PROGRAMA SECTORIAL DE SALUD

Quintana Roo

2013-2016

Secretaría Estatal

de Salud

En materia de salubridad, el objetivo es **asegurar el acceso a los servicios de salud**. En otras palabras, se busca llevar a la práctica este derecho constitucional. Para ello, se propone fortalecerla rectoría de la Secretaría de Salud y promover la integración funcional a lo largo de todas las instituciones que la integran. Asimismo, se plantea reforzar la regulación de los establecimientos de atención médica, aplicar estándares de calidad rigurosos, privilegiar el enfoque de prevención y promoción de una vida saludable, así como renovar la planeación y gestión de los recursos disponibles.

PND 2013-2018

Impulsar una política de desarrollo social que eleve la calidad de vida de los quintanarroenses con oportunidades que fortalezcan la igualdad de derechos sociales e impacten en la superación del rezago de carencias en los segmentos más pobres y vulnerables de la población.

Plan Quintana Roo 2011-2016

Contenido

MENSAJE DEL SECRETARIO DE SALUD....5

MARCO NORMATIVO NACIONAL....6

MARCO JURÍDICO ESTATAL....7

1. INTRODUCCIÓN....8

2. ANTECEDENTES....9

2.1 Nacional....9

2.2 Estatal....9

3. DIAGNÓSTICO DE SALUD....10

4. METODOLOGÍA DEL "PROGRAMA SECTORIAL DE SALUD QUINTANA ROO"....39

5. SISTEMA DE GESTIÓN DEL PROGRAMA SECTORIAL DE SALUD QUINTANA ROO 2013-2016....39

6. MARCO ESTRATÉGICO....40

MISIÓN....40

VISIÓN....40

7. LÍNEAS DE ACCIÓN ESTRATÉGICAS:....41

Transversales / Relativas a la Organización / Indicadores....41

7.I. Líneas de Acción Transversales....42

7.1.1."Políticas Sectoriales"....42

7.1.2. Líneas de Acción Transversales....58

7. 2.- Líneas de Acción Relativas a la Organización del Sector....72

7.2.1 FORTALEZAS ¿Cómo destacar?....73

7.2.2 OPORTUNIDADES ¿Cómo aprovecharlas?....75

7.2.3 DEBILIDADES ¿Cómo combatirlas?....76

7.2.4 AMENAZAS ¿Cómo prevenirlas?....77

8. CONCLUSIONES....79

MENSAJE DEL GOBERNADOR

LIC. ROBERTO BORGE ANGULO

El **Quintana Roo SOLIDARIO** que comprometí al inicio de mi mandato, está sustentado en la corresponsabilidad de todos los quintanarroenses, para que quienes más nos necesitan vivan una vida digna y saludable, que reciban todos los servicios y trabajen con alegría en un estado creciente y pródigo, con todos los que aquí estamos construyendo nuestro futuro.

El Quintana Roo que convoqué a construir tan pronto asumí el mandato de los quintanarroenses, es ante todo un estado de igualdad de oportunidades. La oportunidad de nacer y crecer en condiciones apropiadas, la oportunidad de educarse, trabajar y formar un patrimonio, la oportunidad de participar activamente en el destino de este bello Estado.

El **Plan de Salud 2011-2016** que ahora pongo a su disposición, es el instrumento que da congruencia, rumbo, contenido, alcance y orden, a la transición epidemiológica que se vive en el país y en el Estado, y a todas las acciones que realizaremos de manera coordinada y complementaria, los tres órdenes de Gobierno y la sociedad en su conjunto, para alcanzar los **Resultados con beneficios para todos**, comprometidos ante ustedes.

MENSAJE DEL SECRETARIO DE SALUD

DR. JUAN LORENZO ORTEGÓN PACHECO

Quintana Roo requiere de salud para todos. De la buena salud de la población depende la prosperidad económica, el bienestar social y la estabilidad política. Gracias al esfuerzo de varias generaciones de médicos, enfermeras y otros trabajadores de la salud, así como a la participación activa de la sociedad, nuestro Estado ha logrado avances importantes en materia de salud. Pero así como celebramos con justicia los logros de la salud pública, debemos reconocer los desafíos que emergen frente a nosotros. En salud siempre somos víctimas de nuestros éxitos. Seguimos trabajando en lograr la equidad en nuestro sistema de salud, siguiendo las líneas nacionales, las condiciones del rezago y la desigualdad. Nos tocó vivir en una época donde las principales causas de muerte en el país son las relacionadas con los estilos de vida no saludables, las adicciones, las enfermedades mentales y enfrentar los problemas del subdesarrollo que algunos mexicanos siguen padeciendo, como la atención de padecimientos ligados al parto y al embarazo, así como la reducción de la mortalidad en menores de un año en el programa de Arranque Parejo.

Así mismo es importante la atención con Calidad que se les ofrece a los ciudadanos. Ofrecer calidad y calidez, fortaleciendo la oportunidad, rapidez y profesionalización de los servicios de salud y las relaciones interpersonales con los pacientes.

Por último, es necesario continuar la inclusión de la población no asegurada en el Seguro Popular, para evitar el “gasto de bolsillo” de los ciudadanos en la atención a su salud.

MARCO NORMATIVO NACIONAL

La *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos* establece la planeación del desarrollo nacional, como el eje que articula las políticas públicas que implementa el Gobierno de la República. La Constitución norma, además, dos aspectos fundamentales de esta planeación. Por un lado, su carácter democrático, es decir, la planeación debe considerar las aspiraciones y demandas de los diversos sectores sociales participantes. Por otro, estipula la manera en que deben ejercerse los recursos económicos de la federación, los estados, los municipios, el Distrito Federal y sus demarcaciones territoriales, conforme a principios de eficiencia, eficacia, economía, transparencia y honradez.

La Constitución establece específicamente que habrá un *Plan Nacional de Desarrollo,* al que se sujetarán, obligatoriamente los programas de la Administración Pública Federal. El *Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018* es el principal instrumento de planeación, ya que define las prioridades nacionales que se busca alcanzar con las acciones de gobierno mediante objetivos, estrategias y líneas de acción.

A su vez, la Ley de Planeación señala que todo Programa Sectorial deberá elaborarse en congruencia con el Plan Nacional. El *Programa Sectorial de Salud, 2013-2018* define entonces los objetivos, estrategias y líneas de acción en materia de salud, conforme a los *Lineamientos para dictaminar y dar seguimiento a los programas derivados del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018*.

Programa Sectorial de Salud 2013 – 2018

MARCO JURÍDICO ESTATAL

Los artículos 25 y 26 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos otorgan al Estado Mexicano, el papel rector del desarrollo económico y social de la nación, así como las bases para implementar el Sistema Nacional de Planeación Democrática y en particular al mandato establecido en el artículo 9 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Quintana Roo que indica procurar y promover la participación de todos los ciudadanos en el proceso de planeación que regula la vida de la comunidad en lo político, económico, social y cultural para la elaboración del Plan Estatal de Desarrollo en el marco del Sistema Estatal de Planeación Democrática Participativa.

El Plan Estatal de Desarrollo del Estado que denominamos **Plan Quintana Roo 2011-2016**, integra los anhelos y esperanzas de los ciudadanos expresados en el proceso de planeación participativa realizada en los Foros de Consulta y Participación Ciudadana y a través de las tecnologías de la información en el portal de internet del Gobierno del Estado, como lo indica el artículo 123 fracciones I y V de la Ley de Planeación para el Desarrollo del Estado y los artículos 54 fracción I y 65 del Reglamento de la Ley de Planeación.

El Plan Quintana Roo 2011-2016

1. INTRODUCCIÓN.

El compromiso por brindar servicios de salud de calidad, oportunos, accesibles, sustentables, eficientes y acordes a las necesidades y cultura de los usuarios, conlleva a retos de carácter, técnico-científico, político y presupuestario que permitan a las instituciones dar cabal cumplimiento al Artículo 4º. Constitucional, donde se reconoce el derecho de todas las personas a la protección de la salud.

El presente documento hace referencia al Marco Normativo que le da sustento al Gobierno del Estado para atender los problemas de salud.

El Programa Sectorial de Salud de Quintana Roo, se fundamenta en las demandas ciudadanas por un mejor nivel de vida constatadas por el Gobernador del Estado, y en un diagnóstico que refleja la situación real de los daños a la salud que presenta la población, los factores condicionantes que en ella intervienen y los recursos con que se cuenta para la atención de las necesidades sentidas y reales de los quintanarroenses.

Inmerso en el Federalismo, el Programa se vincula con el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 y el Plan Quintana Roo 2011-2016, ambos con el objetivo común de mejorar el nivel de vida de la población.

Del trabajo previo del Diagnostico Sectorial de Salud, actualizado en el presente año, se derivan los objetivos, estrategias y líneas de acción para fortalecer los programas exitosos implementados, así como reorientar los que presentan rezagos, y que debemos ver como campos de oportunidad para trabajar en ellos y cumplir con las metas trazadas por el Gobierno del Estado y el Gobierno Federal.

Es importante mencionar, que para la ejecución de las diferentes estrategias es fundamental el trabajo coordinado entre Autoridades de los tres Niveles de Gobierno; las Instituciones que conforman el Sector Salud y la Participación Ciudadana, todos ellos, en perfecta sincronía para que las acciones que a cada parte le correspondan se sinergicen y se logren los objetivos establecidos.

2. ANTECEDENTES.

2.1 Nacional

El Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 establece como líneas de acción, las trazadas por los programas *México Incluyente* y *México Próspero* y para lograr el objetivo de dichos programas, *El Programa Sectorial de Salud 2013-2018* establece seis objetivos asociados a las metas nacionales:

1. Incrementar acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades.
2. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad.
3. Reducir los riesgos sanitarios que afectan a la población en cualquier actividad de su vida.
4. Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país.
5. Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud.
6. Avanzar en la construcción del Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud.

Dichas Políticas Nacionales establecen el rumbo a seguir por las instituciones en Salud y deben verse como catalizadores de gestión hacia el éxito sectorial.

2.2 Estatal

El *Plan Estatal de Desarrollo 2011-2016* establece entre sus cuatro ejes de acción, uno que está directamente vinculado al Sector Salud: "**Quintana Roo Solidario"** y otro que por elevar la calidad de vida de la población, reduce las causas de morbi-mortalidad como es el caso de "**Quintana Roo Fuerte."** Dichas estrategias reflejan el compromiso del Ejecutivo Estatal para hacer frente a las **Debilidades** y **Amenazas** que atentan contra la salud de la población.

Por otra parte y de forma indirecta los ejes de **"Quintana Roo Competitivo" y "Quintana Roo Verde",** presentan para el Sector Salud, campos de oportunidad para desarrollar fortalezas y oportunidades en la salud de la población.

3. DIAGNÓSTICO DE SALUD.

Quintana Roo, es la entidad federativa más joven del país, es un Estado eminentemente turístico con reconocimiento mundial, recibe cada año cerca de 12 millones de visitantes.[1] con más del 60% de extranjeros. El aeropuerto internacional de Cancún es el de mayor movimiento de operaciones después del de la ciudad de México; y con 2 puertos marítimos que reciben cruceros internacionales. (2° a nivel mundial).

La tasa de crecimiento 4.10% anual, es una de las más altas en el país (1.4%).

DATOS CENSALES 1990 – 2010

Año	México	Quintana Roo
1990	81,249,645	493,277
1995	91,158,290	703,536
2000	97,483,412	874,963
2005	103,263,388	1,135,309
2010	112,336,538	1,325,578

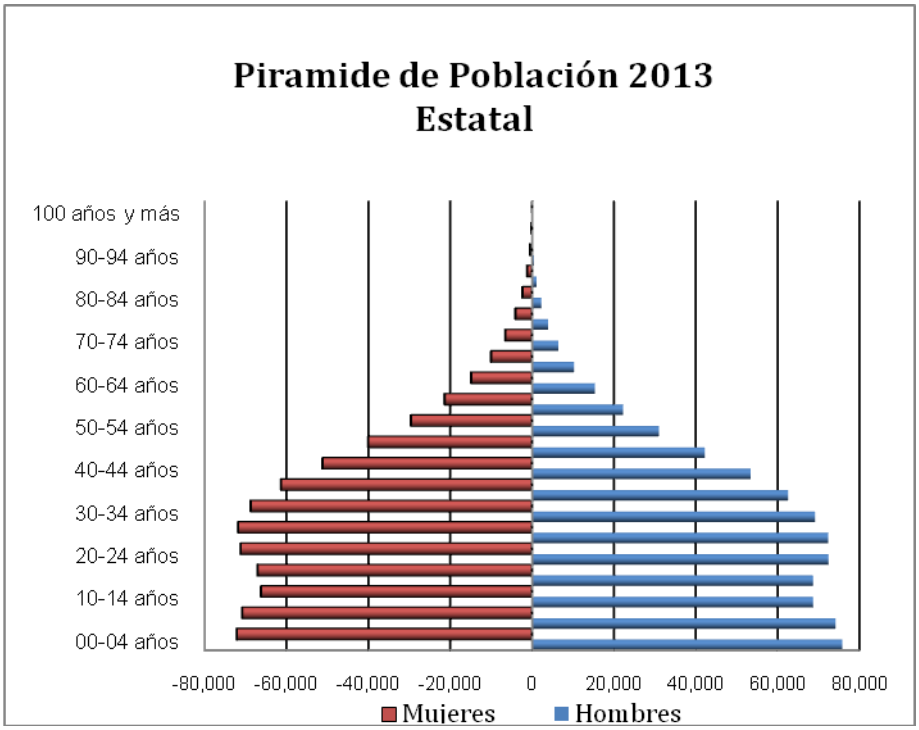
Fuente: INEGI 1990-2010

POBLACIÓN POR MUNICIPIO 2013

Municipio	Población	% del Estado
Cozumel	89,331	6.2
Felipe Carrillo Puerto	84,039	5.7
Isla Mujeres	18,190	1.2
Othón P. Blanco	233,946	15.7
Benito Juárez	740,041	49.8
José Ma. Morelos	40,537	2.7
Lázaro Cárdenas	28,448	1.9
Solidaridad	176,621	11.9
Tulúm	31,431	2.1
Bacalar	41,374	2.8
Todo el Estado	1’483,968	100

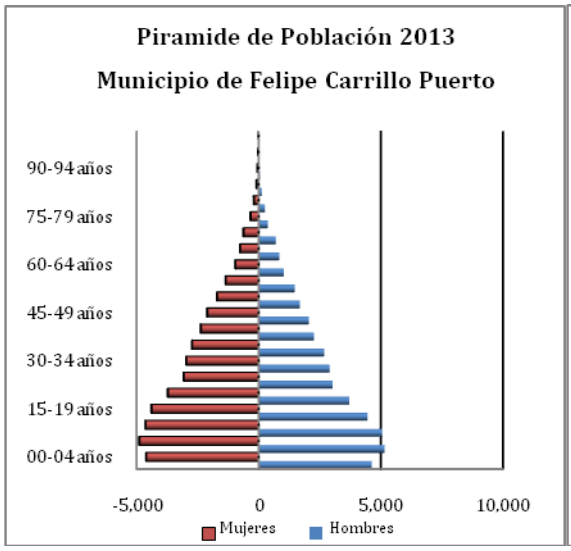
Fuente SINAIS-2013

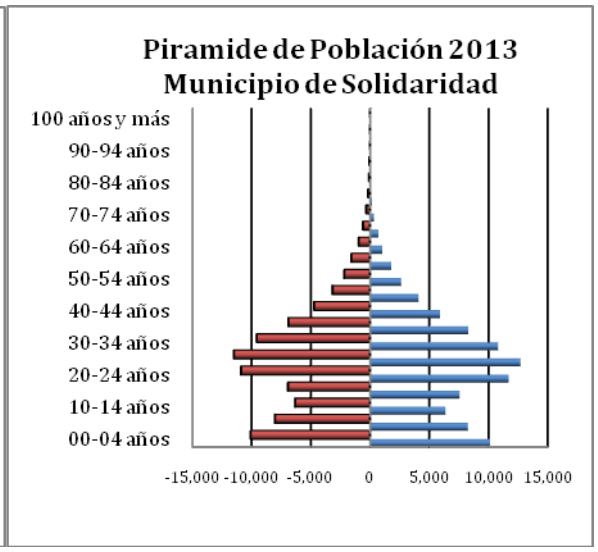
En un solo municipio; Benito Juárez, habitan prácticamente la mitad del total de la población estatal, siguiéndole, Othón P. Blanco y en 3er. lugar Solidaridad. Este último con una tasa de crecimiento del 6% anual.



FTE. Proyección de población. SINAIS.

Del total de la población, los de 15 a 59 años representan 65% (976,461); los de 0 a 14, son 28.8% (427,854); mientras que los de 60 y más años, representan 5.4% (79,653), sin embargo a nivel de municipio, se presentan patrones diferentes.





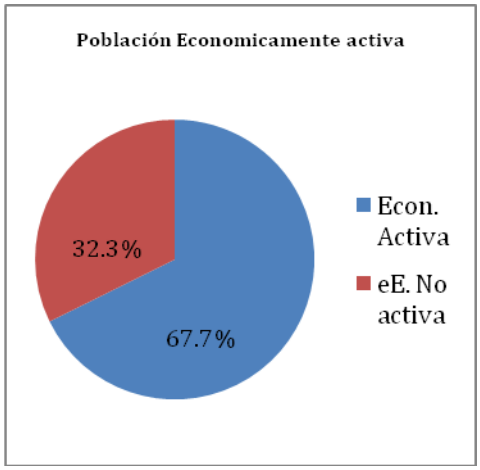
Dos municipios con estructuras poblacionales diferentes: Felipe Carrillo Puerto de la Zona Maya y Solidaridad de la Zona Turística.

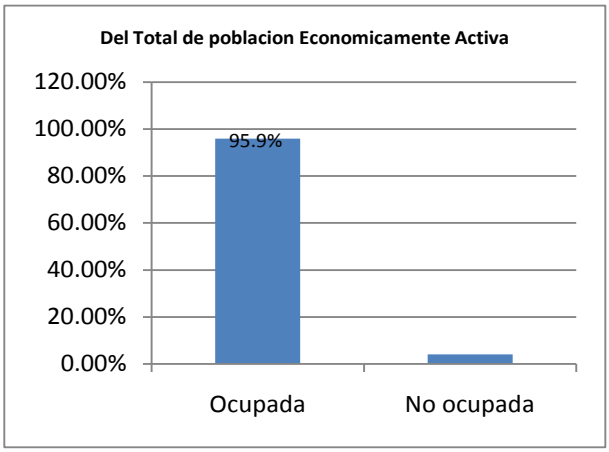
La Esperanza de Vida es de 77.62 años; superior a la nacional de 75.07, particularmente, las mujeres tienen una Esperanza de Vida de 78.87 años, mientras que en los hombres es de 74.38 años.

Los indicadores demográficos son:

Indicador	Quintana Roo	Comparativo Nacional
Relación Hombres-Mujeres a)	103.1	95.4
Tasa global de fecundidad b)	2.0	2.2
Tasa bruta de natalidad c)	19.1	19.2
Promedio de hijos nacidos vivos por mujer d)	2.0	2.3
Edad Mediana de población	25	26
Índice de envejecimiento e)	17	31
Índice de dependencia f)	48	55
Tasa de Mortalidad g)	3.6	5.7
Tasa de Mortalidad Infantil h)	12.7	13.2

Fuente. Censo INEGI 2010





La actividad de la población ocupada en el Estado es terciaria (de servicios), en un 80 %.

De acuerdo a INEGI 2010, Quintana Roo, presenta un índice de marginación de 25.76 (escala de 100), ubicándolo como grado medio.

A nivel municipal, existen diferencias marcadas:*

Medio: Felipe Carrillo Puerto, José Ma. Morelos y Lázaro Cárdenas.
Bajo: Isla Mujeres, Othón P. Blanco y Tulúm
Muy Bajo: Benito Juárez, Cozumel y Solidaridad.

*** El Municipio de Bacalar, está considerado en Othón P. Blanco**

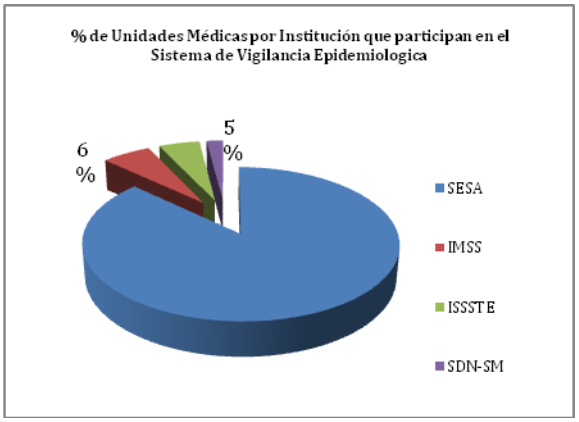
POBLACIÓN EN QUINTANA ROO SEGÚN PERCEPCIÓN DE INGRESOS

Ingresos	Quintana Roo %	Nacional %
No recibe ingresos	6.4	8.5
Hasta 2 salarios mínimos	28.9	37
2 a 5 salarios	46.4	36.3
Más de 5 salarios	13.0	7.9

Fuente. INEGI 2010

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.

El Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Quintana Roo opera en 222 unidades médicas.



El Sistema de Vigilancia Epidemiológica tiene una organización para el control de su operación a través del Comité Estatal de Vigilancia Epidemiológica, integrada por representantes de todas las Instituciones del Sector, y presidida por la Secretaria de Salud como rector del sector.

Fuente. SUIVE. Q.R00. 2012

En este Comité, se analizan todos los eventos epidemiológicos que afectan o pueden afectar en Quintana Roo, tomando acuerdos y compromisos, sin embargo, reiteradamente, son limitadas las acciones que en vigilancia y control epidemiológico realizan las demás dependencias del Sector. Hay escaza participación en acciones para el control de las enfermedades, incumplimiento de acuerdos, etc. Lo anterior dificulta en algunos casos, llevar a cabo las acciones de vigilancia y control epidemiológico.

MORBILIDAD.

20 Principales Causas de Enfermedad en Quintana Roo 2012

Orden	Padecimiento	Total	Tasa*
1	Infección. Respiratorias agudas	311539	21632.9
2	Inf. Intestinales por otros organismos y las mal definidas	70497	4895.2
3	Inf. de Vías Urinarias	57525	3994.4
4	Ulceras Gastritis y Duodenitis	14853	1031.5
5	Otras Helmintiasis	9294	645.3
6	Gingivitis y enfermedad Periodontal	7869	546.4
7	Otitis Media	7774	539.8
8	Asma	6591	457.6
9	Amebiasis Intestinal	6566	455.3
10	Paratifoidea y otras salmonelosis	4652	323.0
11	Conjuntivitis	4633	321.7
12	Candidiasis urogenital	3372	234.1
13	Varicela	3316	230.3
14	Diabetes mellitus no insulinodependiente (Tipo II)	2929	203.4
15	Hipertensión Arterial	2889	200.6
16	Quemaduras	2710	188.2
17	Escabiosis	2522	175.1
18	Neumonías y bronconeumonías	1743	121.0
19	Ascariasis	1738	120.7
20	Mordedura por perro	1073	74.5
		Total **539,572**	

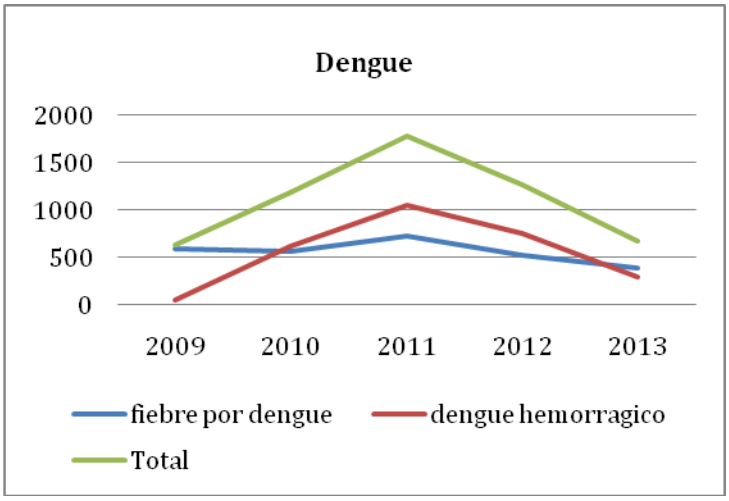
Fuente: SUIVE 2012

Desde hace mas de 20 años, las Infecciones Respiratorias y las Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas, han ocupado el primero y segundo lugar, respectivamente, y hasta 1995, las 5 primeras causas de morbilidad eran padecimientos infecciosos, es a partir del 2000, cuando las infecciones de vías urinarias empiezan a ocupar el tercer lugar, y las úlceras, gastritis y duodenitis se encuentran entre las primeras 6 causas de morbilidad. Ya en el 2010, se incorpora en el 10º lugar la fiebre por dengue, sin embargo al año siguiente ocupa el 19º lugar y desapareciendo dentro de las primeras 20 causas en el 2012.

Aunque la morbilidad en el Estado es similar a la del resto del país, por sus condiciones ambientales y de polo turístico a nivel mundial, existen algunos padecimientos que merecen especial atención:

- Dengue y paludismo.
- Enfermedades de transmisión sexual (ITS).
- Enfermedades crónico degenerativas como la diabetes e hipertensión.
- Adicciones.
- Accidentes.

El dengue es una enfermedad presente en 30 de las 32 entidades del país, en Quintana Roo, es endémica, presentándose repuntes cada 3 o 4 años, y el municipio con mayor incidencia es Othón P. Blanco.



Año	Fiebre por dengue	Dengue hemorrágico	Total
2009	590	47	637
2010	561	622	1183
2011	726	1050	1776
2012	519	752	1271
2013*	390	290	680

En cuanto a las Enfermedades Prevenibles por Vacunación, es importante mencionar el impacto logrado en la eliminación y/o reducción de estas enfermedades.

En Quintana Roo no se presentan casos desde hace:

30 años de poliomielitis
20 años de Difteria
6 años de Sarampión
5 años de Rubeola Congénita y
5 años de Tétanos Neonatal

Se encuentra en control epidemiológico la meningitis tuberculosa, tétanos en adultos y parotiditis.

Durante el año 2012 se registraron 341 casos nuevos de VIH/SIDA, de estos el 79% corresponde a casos VIH y 21% casos SIDA.

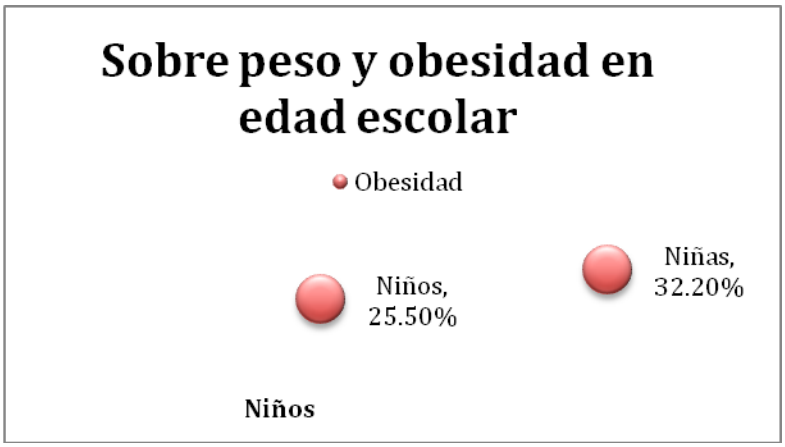
	VIH		SIDA	
	N	%	N	%
SSA	207	76.95	48	66.67
IMSS	58	21.56	22	30.56
ISSSTE	4	1.49	1	1.39
Privada	0		1	1.39
	269		72	

Actualmente se cuenta con mayor disponibilidad de pruebas rápidas, lo que permite incrementar las detecciones; y por otro lado, al detectar los casos seropositivos y ofrecerle los tratamientos con el control, seguimiento y apego de los pacientes, estos casos cada vez menos, desarrollan SIDA.

La aparición de enfermedades emergentes y re emergentes en el mundo, favorecidas por los medios de comunicación, pueden presentarse en Quintana Roo, ya que además de la vía terrestre en el país, recibe vuelos directos de Norte, Sudamérica y Europa, sin dejar de soslayar los que por esas rutas, llegan de Asia y África, lo que representa riesgos para la salud pública.

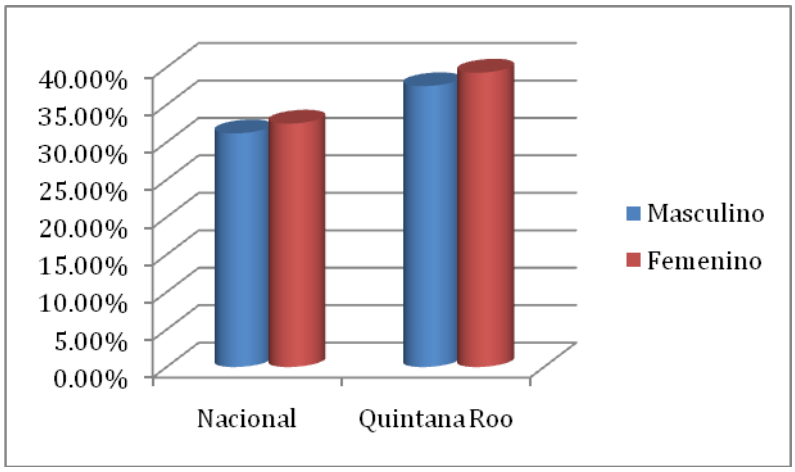
Malnutrición.

El sobrepeso y la obesidad son un problema de salud pública, iniciándose con datos alarmantes desde la edad escolar (5 a 11 años), con el 25.5% en niños y 32.2 % en las niñas. **Ocupando Quintana Roo, el 4º lugar a nivel nacional.**



En adolescentes

Fuente. ENSANUT 2006-Q.Roo



Estado Nutricional	Hombres %	Mujeres %
Desnutrición	0.4	0.4
Adecuado	28.8	21.7
Sobre peso	39.5	40.4
Obesidad	31.2	37.4

En adultos

Fuente. ENSANUT 2006-Q.Roo

Salud Mental.

En la atención de los problemas de salud mental cada vez más frecuentes, resultado de las actuales condiciones de vida en donde inciden diversos factores sociales, económicos y ambientales, se han atendido pacientes con los siguientes diagnósticos:

PRINCIPALES DIAGNÓSTICOS ATENDIDOS	TOTAL
1. Trastorno depresivo moderado F32.1	**1,709**
2. Problemas de relación paterno filiales Z63.8	**1,210**
3. Esquizofrenia paranoide F20.0	**714**
4. Problemas conyugales Z63.8	**878**
5. Trastorno de ansiedad generalizada F41.1	**526**
6.-Trastorno de Déficit de Atención F90.0	**136**
7.- Intentos de Suicidio	**365**

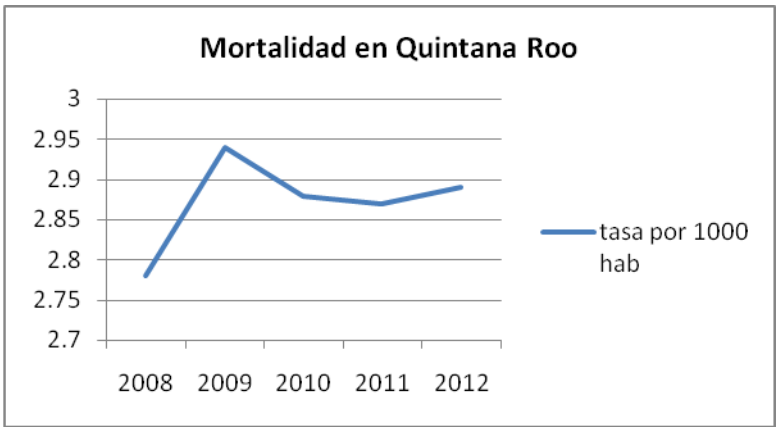
Casos de Suicidio por Municipio 2011 – 2012

Año	BJ	OPB	COZ	SOL	BAC	TUL	IM	FCP	JMM	LC	TOTAL
2011	61	30	3	19	2	0	0	4	1	1	**121**
2012	65	28	11	12	2	0	5	0	0	1	**124**
Variación	**7%**	**-7%**	**267%**	**37%**	**0%**		**500%**	**100%**	**100%**	**0%**	**2%**

Mortalidad.

Quintana Roo, presenta la tasa de mortalidad más baja del país, la media nacional es de 5 por cada 1,000 habitantes, mientras que en el Estado es de cerca 3 por cada 1000 habitantes.
La tendencia en los últimos 5 años, prácticamente es estacionaria.

Fuente: SEED 2008-



La probabilidad de fallecer es sumamente alta al momento del nacimiento y disminuye rápidamente en los primeros días y meses de vida y después a un menor ritmo pero gradual hasta alcanzar el mínimo en la adolescencia.

Grupo de edad	Total	Tasa
-1 año	258	9.29
1 – 4	38	0.35
5 – 14	55	0.20
15 - 24	227	0.77
25 - 44	750	1.91
45 - 59	846	4.74
60 y +	2,047	27.81
Total	4,221	2.93

Fuente: SEED-2012

Defunciones 2012 Quintana Roo

Orden	Causa	Casos	Tasa	%
1	Diabetes Mellitus	529	3.67	12.5
2	Tumores	454	3.15	10.7
3	Enfermedades isquémicas del corazón	314	2.18	7.4
4	Enfermedades del hígado	297	2.06	7.0
5	Lesiones por causas externas	282	1.95	6.7
6	Signos, sintomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratoio no especificado	194	1.34	4.6
7	Enfermedades del sistema genitourinario	187	1.29	4.4
8	Enfermedades hipertensivas	159	1.10	3.7
9	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	153	1.06	3.6
10	Neumonías	141	0.97	3.3
11	Enfermedad cerebro vascular	139	0.96	3.3

12	Lesiones autoinfligidas (suicidios)	128	0.86	3.0
13	Otras enfermedades del corazón	125	0.84	2.9
14	Resto de enfermedades aparato respiratorio	122	0.81	2.8
15	Agresiones (homicidios)	119	0.79	2.7
16	Resto de enfermedades del sistema digestivo	103	0.71	2.4
17	Enfermedad por el VIH	102	0.71	2.4
18	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	73	0.51	1.7
19	Accidentes de transporte	72	0.50	1.7
20	Malformaciones congénitas y alteraciones cromosómicas	65	0.45	1.5
	Las demas	463	3.21	10.9
	Total	4,221	29.31	100

Fuente: SEED 2012 Tasa x 10,000 habs.

Las 4 primeras causas son características de la transición epidemiológica, y abarcan cercan del 40% de todas las defunciones; mientras que por muertes violentas (accidentes, homicidios y suicidios) es 12.6%. Prácticamente 1 de cada 2 muertes son por alguna enfermedad crónica degenerativa, y 1 de cada 8 muertes, es por una violencia.

En Quintana Roo, al igual que en el país, la tasa de mortalidad infantil presenta una tendencia en franco descenso, con cifras muy por debajo de la nacional. En los últimos 5 años, el descenso es aún mayor, al pasar de 12.9 muertes por cada mil nacidos vivos, a 9.5. Lo anterior, nos indica que los niños en el Estado, tienen más oportunidades de sobrevivir que en el resto del país.

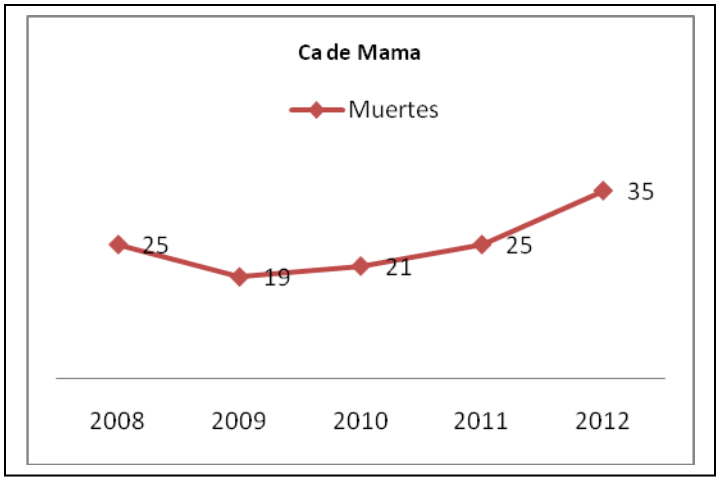
Año	Defunciones	Nacidos vivos	Tasa
2008	314	23,576	13.3
2009	271	23,302	11.6
2010	265	23,509	11.3
2011	299	25,444	11.7
2012	258	27,758	9.3

Fuente: SEED 2008-2012

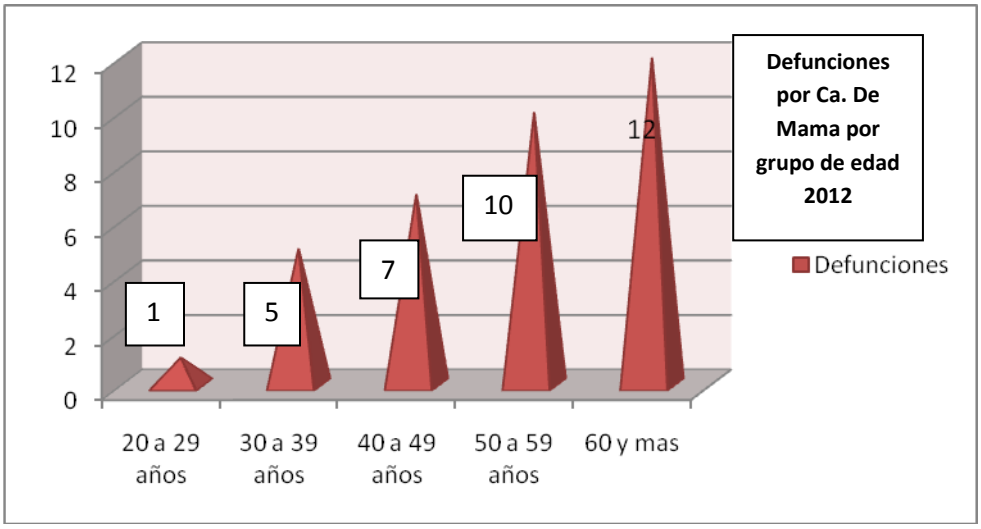
Defunciones 2012 por tumores malignos. SEED-2012

Orden	Tumor	0 a 14 años	15 a 59	60 y +	Total
1	Tumor maligno no especificado	3	41	51	95
2	Tumor maligno de estómago	0	20	26	46
3	Tumor maligno de traquea, bronquio y pulmón	0	15	29	44
4	Tumor maligno de hígado y vías biliares	0	12	24	36
5	Tumor maligno de mama	0	23	12	35
6	Tumor maligno cérvico uterino	0	21	12	33
7	Tumor maligno de colon, recto y ano	0	13	17	30
8	Leucemia	11	10	2	23
9	Tumor maligno de próstata	0	2	20	22
10	Tumor maligno de meninges, encéfalo y sistema nervioso	2	12	8	22
11	Tumor maligno de pancreas	0	3	10	13
12	Tumor maligno de ovarios	0	3	10	13
13	Linfoma no Hodgkin	1	7	4	12
14	Tumor maligno de laringe	0	3	6	9
15	Tumor maligno de esófago	0	2	5	7
16	Tumor maligno de vegija	0	2	4	6
	Los demás	0	3	5	8
	Total	17	192	245	454

La mortalidad por tumores, en base a los registros obtenidos de los certificados de defunción, 21%, no está especificado el órgano afectado. El 3.7% de las defunciones fueron en menores de 15 años, y de éstas, 65% fueron por leucemias; 42.3% fueron en edad productiva y 54% en el grupo de 60 y más años.

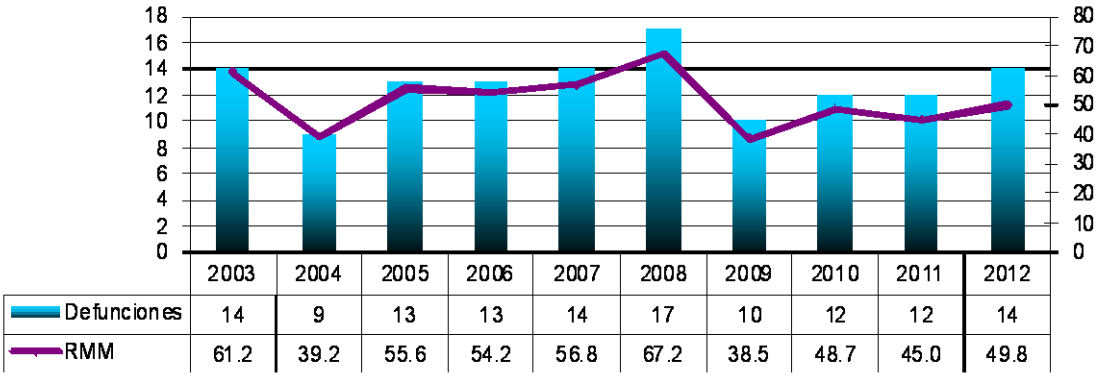


El Ca. de Mama es la 1ª. Causa de muerte en las mujeres en edad productiva. Resaltan las defunciones en menores de 50 años, y más aún en menores de 40 años, cuando el programa de detección por mastografía se enfoca al grupo de mayores de 50 años, y solo a 40 años cuando existen factores de riesgo, sobre todo, los hereditarios.



Fuente: SEED 2012

La mortalidad materna aunque no aparece como tal en las principales causas de muerte, es un grave problema de Salud Pública que puede y debe evitarse a través de su priorización. La prevención de la mayoría de las muertes depende directamente de la cobertura y la calidad de los servicios de salud.



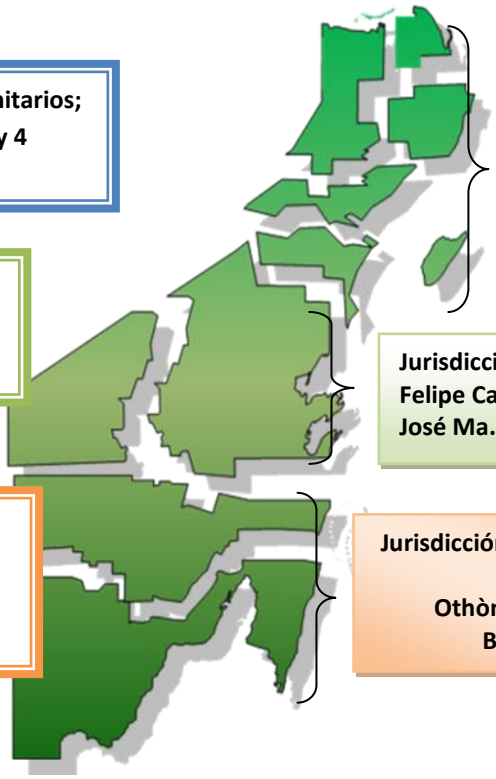
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Defunciones	14	9	13	13	14	17	10	12	12	14
RMM	61.2	39.2	55.6	54.2	56.8	67.2	38.5	48.7	45.0	49.8

Respuesta Social Organizada para la Atención a la Salud
Sector Salud 2012

41 Centros de Salud; 2 Hospitales Comunitarios; 2 Hospitales Generales; 9 UNEMES y 4 Caravanas

54 Centros de Salud; 1 Hospital Comunitario; 1 Hospital General; 3 UNEMES y 5 Caravanas

70 Centros de Salud; 1 Hospital Comunitario; 1 Hospital General; 1 Hospital de Especialidad; 5 UNEMES y 7 Caravanas



Jurisdicción Sanitaria N°2
Benito Juárez
Cozumel
Isla Mujeres
Lázaro Cárdenas
Solidaridad
Tulúm

Jurisdicción Sanitaría N°3
Felipe Carrillo Puerto
José Ma. Morelos

Jurisdicción Sanitaria N° 1
Othòn P. Blanco
Bacalar

Jurisdicción Sanitaria N° I

IMSS	Hospital General de Zona	1
	Unidad Medico Familiar	1
ISSSTE	Clínica Hospital	1
	Unidad de Med. Familiar	1
SEDENA	Enfermería Militar	1
SEDEMAR	Hospital Naval	1

Jurisdicción Sanitaria N°2

IMSS	Hospital General	2
	Hospital General de Zona	1
	Hospital Gineco Pediátrico	1
	Unidad de Medicina Familiar	1
ISSSTE	Clínica Hospital	1
	Unidad de Medicina Familiar	4
	Centro Médico Familiar	1
SEDEMAR	Sanatorio Naval	2

Jurisdicción Sanitaria N°3

IMSS	Unidad de Medicina Familiar	1
ISSSTE	Unidad de Medicina Familiar	2

ACREDITACIÓN.

La Secretaria de Salud cuenta con 164 centros de salud acreditados que representan 99% del total; así como el Hospital Materno Infantil "Morelos". En los hospitales de Chetumal y Cancún: las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales; los Centros de Atención y Prevención de las Infecciones por Transmisión Sexual (CAPACITS) y los Servicios de Tratamiento de Cataratas, en la ciudad de Chetumal, las UNEMES de enfermedades crónico degenerativas y la Clínica de Leucemia. Con esta certificación de "Acreditación" que otorga la Dirección General de Calidad, se garantiza el acceso al financiamiento del seguro popular y la atención a los usuarios.

INFRAESTRUCTURA.

Las condiciones en las que actualmente se encuentran la mayoría de las Unidades, es un reflejo fiel de la carencia de mantenimiento preventivo y correctivo debidamente programado, además del deterioro que ocasiona el alto impacto ambiental de nuestra región.

En términos generales, desde el inicio de operación de todas las Unidades y aunque hay un Programa establecido de mantenimiento, éste por múltiples factores no se lleva a cabo, ocasionando el deterioro constante de las instalaciones, acrecentándose en la época de lluvias con filtraciones que motivan temporalmente la suspensión de actividades de acuerdo a la parte afectada.

En éste sentido, 60% de la Unidades, presentan reportes de filtraciones, ocasionando alto grado de inoperatividad, independientemente de problemas en los sistemas hidráulico, sanitario, eléctrico y drenaje.

El 30 % de las Unidades de primer nivel tienen más de 30 años de operación.
Los Hospitales Generales excepto Playa del Carmen, de reciente apertura, han crecido con modificaciones o adaptaciones no acordes a las normas establecidas.

El Hospital General de Cancún y el de Chetumal, se construyeron en 1978 e iniciaron operaciones en marzo de 1980, con 30 y 60 camas censables, con una población en esa época de 40 y 80 mil habitantes respectivamente. Hoy ambos, a pesar de múltiples adecuaciones, ampliaciones y remodelaciones, continúan siendo insuficientes, sobre todo el de Cancún con 120 camas, para una población actual, cercana al millón de habitantes, con 50% de responsabilidad de SESA, y que además, atiende a un sin número de pacientes considerados como población flotante o turistas; y el de Chetumal con 300 mil habitantes, y hospital de referencia de los municipios de Felipe Carrillo Puerto y José Ma. Morelos, así como de Calakmul, Campeche y de Belice CA, tienen serios problemas de sobre ocupación. Las áreas de urgencias, a pesar de las últimas ampliaciones y remodelaciones, son insuficientes para albergar el número de usuarios que demandan servicios.

REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA.

El sistema de referencia y contra referencia articula la red de servicios de primero y segundo nivel.
El actual Manual Operativo de Referencia y Contra referencia de la Secretaría de Salud, data de 1990. Recientemente se activó este sistema al nombrar responsables estatal y jurisdiccionales.
El reto para esta estructura es activar este sistema, no solo en su funcionamiento sino también en la información que se genere.

DERECHOHABIENCIA.

Población Derechohabiente por Institución y Municipio al mes de Junio de 2013. Anuario Estadístico 2º. Informe de Gobierno

Municipio	Total	IMSS	ISSSTE	SEDENA	SEMAR
Estado	**1 049 856**	**833 360**	**184 522**	**25 615**	**6 359**
Bacalar	3 875	N.D.	3 875		0
Benito Juárez	51 145	N.D.	51 145		0
Cozumel	12 492	N.D.	12 492		0
Felipe Carrillo Puerto	10 212	N.D.	10 212		0
Isla Mujeres	3 564	N.D.	3 564		0
José María Morelos	5 996	N.D.	5 996		0
Lázaro Cárdenas	2 365	N.D.	2 365		0
Othón P.Blanco	117 566	N.D.	85 592	25 615	6 359
Solidaridad	9 281	N.D.	9 281		0
Tulúm	0	N.D.	N/A		0

Nota: **La población derechohabiente se refiere al conjunto de personas que por ley tienen derecho a recibir prestaciones en especie o en dinero por parte de las instituciones de seguridad social. Este grupo comprende a los asegurados directos o cotizantes, pensionados y a los familiares o beneficiarios de ambos.**

Población Asegurada al Seguro Popular

Municipio	Población
Cozumel	27,222
Felipe C. Puerto	64,991
Isla Mujeres	14,450
Othón P. Blanco	126,713
Benito Juárez	201,265
José Ma. Morelos	30,713
Lázaro Cárdenas	22,859
Solidaridad	67,646
Tulúm	18,110
Bacalar	35,644
Estado	609,613

Al agregar la población asegurada al Régimen de Protección Social en Salud (Seguro Popular) a la Derecho habiente de las Instituciones de Seguridad Social, se tiene un total de población asegurada de 1 659 469 personas, cifra superior en 175 500 personas más que a la estimada para este año en el Estado, lo que indica duplicidad de población asegurada en más de una Institución

(Registros REPSS al 1er. Trimestre 2013)

Cobertura de Atención por Institución a Junio 2013 (Población Usuaria)

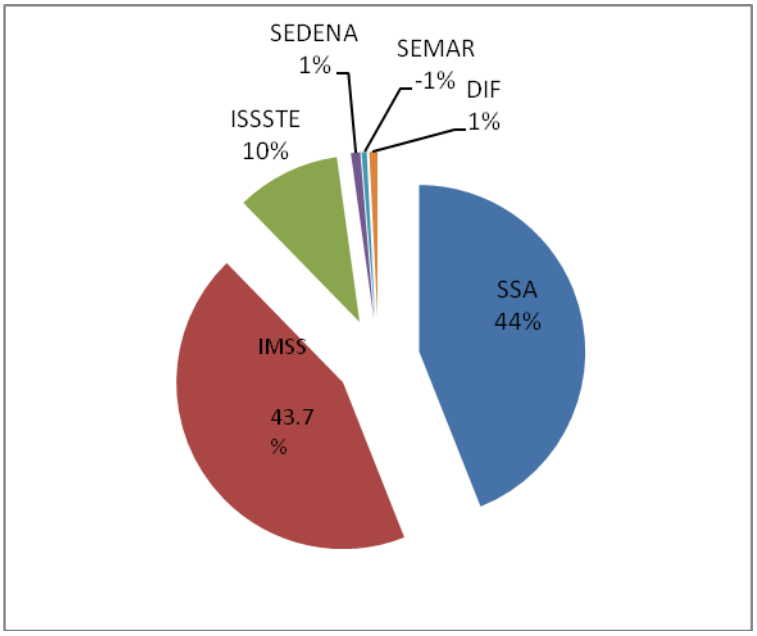
	Total	IMSS	ISSSTE	SEDENA	SEMAR	SEGURO POPULAR	DIF
ESTADO	1 396 735	610 451	140 205	13 159	6 359	614 718	11 843
BACALAR	48 556	0	3 183			45 373	
BENITO JUÁREZ	580 834	380 507	37 642			153 835	8 850
COZUMEL	82 143	48 209	10 341			23 593	
FELIPE CARRILLO PUERTO	86 623	6 809	9 103			69 789	922
ISLA MUJERES	38 467	4 175	2 537			31 755	
JOSÉ MARÍA MORELOS	49 619	0	5 725			43 894	
LÁZARO CÁRDENAS	31 632	0	1 976			29 656	
OTHÓN P. BLANCO	316 526	75 239	63 774	13 159	6 359	157 995	
SOLIDARIDAD	142 698	95 512	5 924			39 191	2 071
TULUM	19 637		N/A			19 637	

NOTA: La población usuaria se refiere al segmento de la población derechohabiente y potencial que hace uso de los servicios institucionales de atención médica.

Fuente: Anuario Estadístico II Informe de Gobierno

Tabla Comparativa entre población asegurada por Institución y cobertura real

Institución	Población Asegurada	Cobertura Real	Diferencia	%
IMSS	**833,360**	**610,451**	**-222,909**	**26.7%**
ISSSTE	**184,522**	**140,205**	**-44,317**	**24%**
SEDENA	**25,615**	**13,159**	**-12,456**	**48.6%**
SEMAR	**6,359**	**6,359**	**0**	**0**
SESA*	**609,613**	**614,718**	**+5,105**	**0.8%**
TOTAL	**1,659,469**	**1,384,892**	**-274,577**	**16.5%**



La cobertura real por Institución, es el indicador referente a la población que al menos en una ocasión al año, hace uso de los servicios médicos de la Dependencia de la que es derecho habiente.

Fte: Anuario Estadístico para el 2º. Informe de Gobierno

RECURSOS FÍSICOS.

Quintana Roo, con 1 483 969 habitantes, cuenta con: una cama censable por cada 1 545 habitantes; 1 consultorio médico por cada 1,848 personas (se incluyen consultorios de medicina familiar o general y de especialidad; un área de urgencias por cada 55 500; y una cama de terapia intensiva por cada 49,465 habitantes. (Total 30 camas de UCI).

Sin embargo al analizar cama censable según derechohabiencia se tendría lo siguiente:

Camas censables por Institución

Institución	Población	Camas Censables	Habs. X Cama
SESA	609 613	392	1 555
IMSS	833 360	461	1 808
ISSSTE	184 522	49	3 766
SEDENA	25 614	26	985
SEMAR	6 359	12	530
ESTATAL	1 659 469*	960	1 728

Población Según derechohabiente. * Superior a la estimada 2013

Laboratorio Estatal de Salud Pública (LESP).

Para coadyuvar la identificación de riesgos a la salud se cuenta con el Laboratorio Estatal de Salud Pública, incorporando infraestructura, equipamiento y tecnología con procedimientos para ofrecer servicios de diagnóstico oportuno que garantizan la adecuada vigilancia epidemiológica y sanitaria. Además de las acciones que implementa la Dirección de Protección contra Riesgos Sanitarios, a través de la regulación, control, vigilancia y fomento sanitario, que en términos de las disposiciones sanitarias corresponden a la Secretaría de Salud.

Para el desarrollo del LESP, implementa métodos diagnósticos de mayor sensibilidad de acuerdo a la transferencia de metodología de los laboratorios de referencias nacionales (INDRE) en el ámbito de vigilancia epidemiológica y CCA y AC en protección contra riesgos sanitarios.

El LESP ha mantenido la vigilancia del sistema de gestión, manteniendo el certificado de autorización desde 1998; el logro del certificado de tercero autorizado de 2009-2011 2009-2013 y 2013-2015 en el ámbito de Protección Contra Riesgos Sanitarios; y ha obtenido reconocimientos por competencia técnica en vigilancia epidemiológica 3er lugar en 2011 y 2do lugar nacional en 2012.

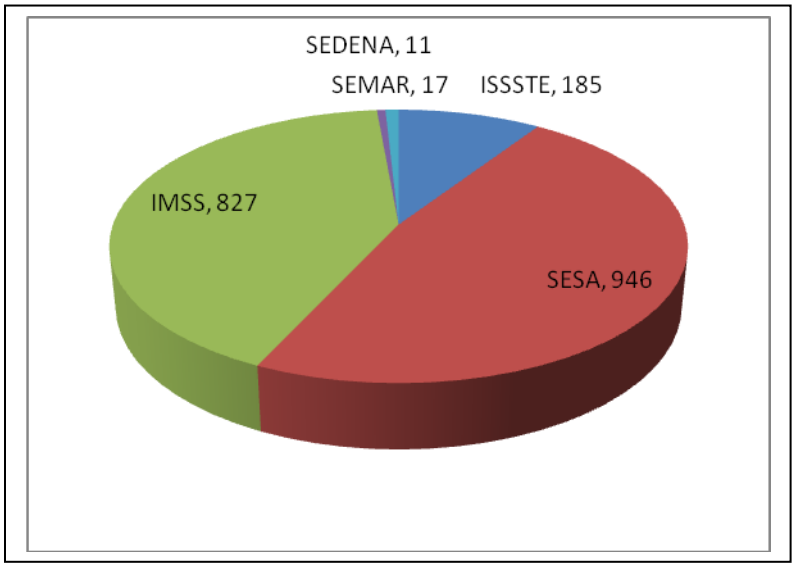
El LESP participa en el convenio de cooperación técnica y científica entre México y Belice desde 2009 y en seguimiento a su modificación actualmente se trabaja en el proyecto de Vigilancia Epidemiológica para fomentar las acciones de prevención y control de enfermedades en Belice.

En relación a la Red Estatal de laboratorios clínicos se logró la automatización de los 29 laboratorios en los procesos analíticos de química clínica, hematología, uro análisis, coagulación y gasometría.

RECURSOS HUMANOS.

El Sector Salud cuenta con 1 931 médicos contratados en contacto directo con pacientes: 852 familiares o generales y 1 079 especialistas. Es importante mencionar, que de acuerdo a información de Recursos Humanos, 95% de los médicos especialistas, y 23% de los médicos generales, laboran con plazas de base, en más de una Institución del Sector.

Personal Médico por Institución



Como médico de primer contacto se cuenta con 1 por cada 1,947 habitantes, cuando la OMS indica como satisfactorio 1 por cada 1 500 a 3 000 habitantes.

El 58% de éstos médicos, pertenecen a la Secretaria de Salud, y de éstos, 50% están ubicados en las diversas comunidades rurales del Estado.

Fuente. Anuario Estadístico. II informe de Gob. Sector Salud

En base a la información disponible, no se cuenta con todas las especialidades requeridas de acuerdo al perfil epidemiológico de la población, y en otros casos, el número de especialistas son insuficientes para cubrir la demanda de los servicios.

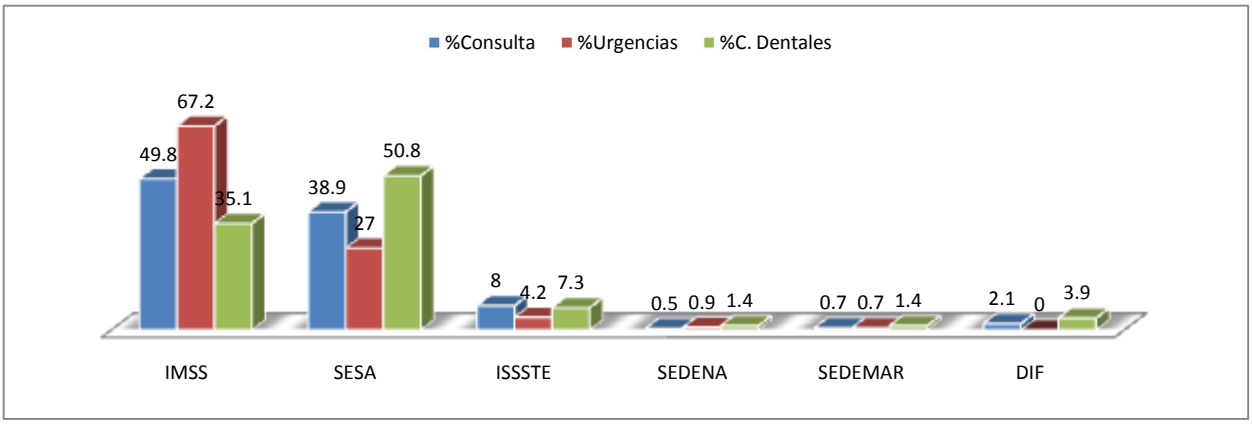
Actualmente se carece de las siguientes especialidades:

- Otorrinolaringología
- Gastroenterología
- Urología
- Neumología
- Reumatología
- Geriatría
- Neurocirugía
- Medicina Física (Rehabilitación)

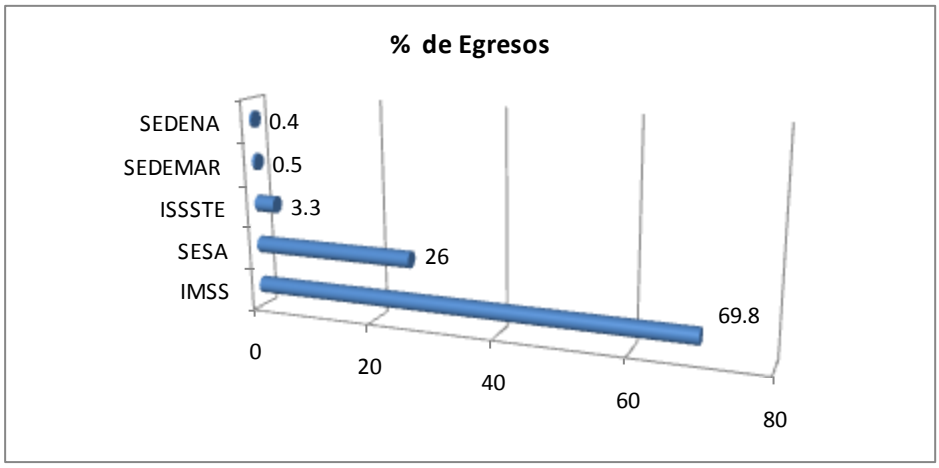
CONSULTAS Y SERVICIOS OTORGADOS.

En cuanto a la consulta médica en las instituciones del Sector la consulta general es la primera causa de consulta, misma que está directamente relacionada con el número de unidades médicas de primer nivel de atención, así mismo es menester reconocer que mucha consulta general es atendida en los hospitales tanto en la consulta especializada como en la atención a urgencias, dado que los pacientes acuden a los hospitales sin ser referidos por su médico general.

Las atenciones en consulta externa y urgencias, el IMSS es la Institución del Sector que proporciona el mayor porcentaje, sin embargo en la consulta dental es la SESA quien otorgó poco mas que 50% del total. Porcentajes similares se mantienen en los egresos hospitalarios.



Fuente. Anuario Estadístico. II informe de Gob. Sector Salud

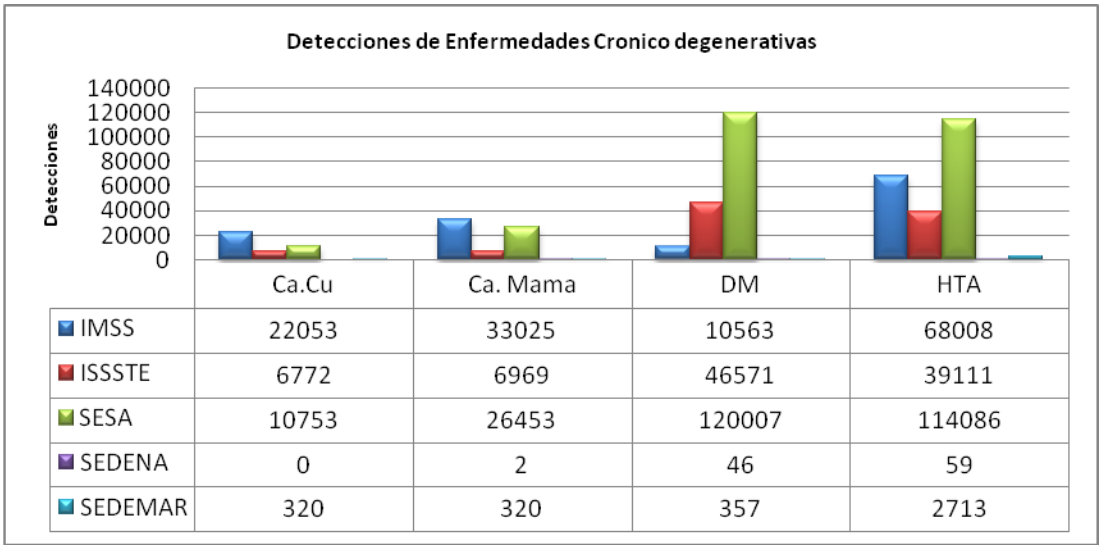


Fuente. Anuarios estadísticos II Informe de Gobierno.

Del total de egresos hospitalarios cerca del 70% de todos los pacientes hospitalizados en el 2012, fueron en los hospitales del IMSS.

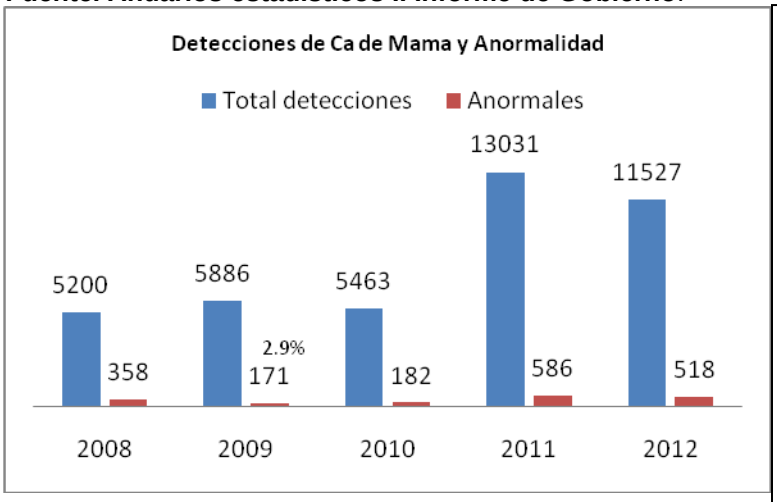
PRINCIPALES CAUSAS DE EGRESO HOSPITALARIO SECTOR SALUD

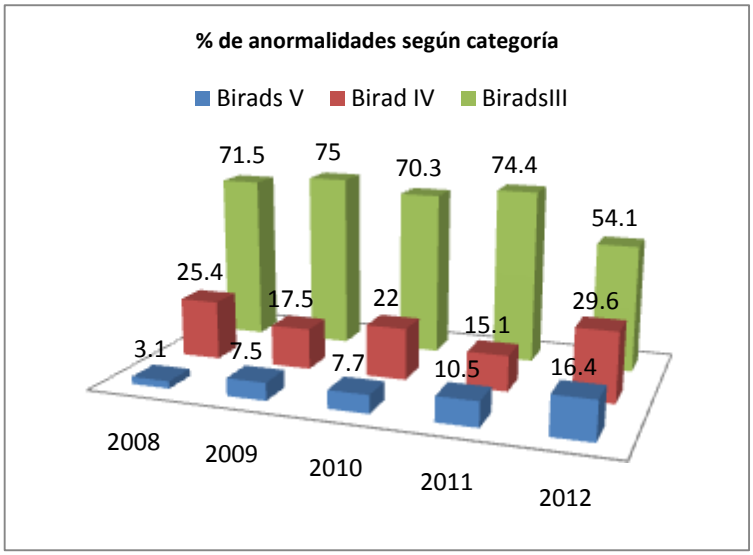
Grupo de diagnóstico de egreso	Total	IMSS	ISSSTE	SEDENA	SEMAR	SESA	DIF
Total	**134 316**	**94 240**	**4 435**	**485**	**0**	**35 156**	**0**
O00-O99 Embarazo, parto y puerperio	46 447	28 298	807	53		17 289	N/A
K00-K93 Enfermedades del sistema digestivo	14 143	10 483	629	34		2 997	N/A
N00-N99 Enfermedades del sistema genitourinario	11 689	9 363	348	33		1 945	
S00-T98 Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	10 095	7 433	234	6		2 422	N/A
C00-D48 Tumores (neoplasias)	6 601	5 558	157	2		884	N/A
J00-J99 Enfermedades del sistema respiratorio	6 879	5 126	486	21		1 246	N/A
A00-B99 Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	7 060	4 248	407	95		2 310	N/A
E00-E90 Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	5 734	4 198	227	83		1 226	N/A
I00-I99 Enfermedades del sistema circulatorio	4 864	3 932	154	39		739	N/A
P00-P96 Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	4 153	2 752	170	1		1 230	N/A
M00-M99 Enfermedades del sistema osteomusculares y del tejido conjuntivo	2 928	2 395	288	5		240	N/A
L00-L99 Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	2 532	2 047	99	4		382	N/A
Z00-Z99 Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud	3 165	2 292	56	78		739	N/A
R00-R99 Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	1 879	1 240	84	29		526	N/A
H00-H59 Enfermedades del ojo y sus anexos	1 653	1 493	49	0		111	N/A
G00-G99 Enfermedades del sistema nervioso	1 434	1 146	43	0		245	N/A
Q00-Q99 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	1 091	851	12	0		228	N/A
F00-F99 Trastornos mentales y del comportamiento	888	549	63	2		274	N/A
D50-D89 Enf de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad	662	482	66	0		114	N/A
H60-H95 Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	419	354	56	0		9	N/A



	Ca.Cu	Ca. Mama	DM	HTA
IMSS	22053	33025	10563	68008
ISSSTE	6772	6969	46571	39111
SESA	10753	26453	120007	114086
SEDENA	0	2	46	59
SEDEMAR	320	320	357	2713

Fuente. Anuarios estadísticos II Informe de Gobierno.





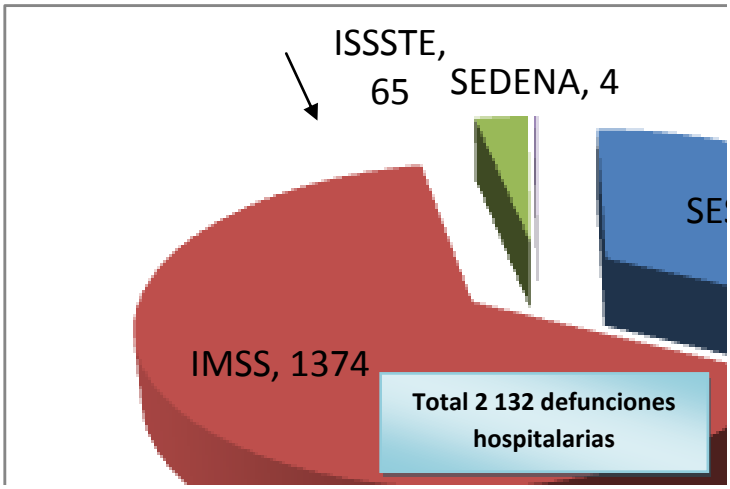
Existe coordinación con diferentes sectores de la sociedad, como el DIF y el Instituto de la Mujer, quienes en forma regular, se encargan de traer desde comunidades alejadas, a las mujeres para los estudios correspondientes.

En los últimos 5 años se ha duplicado el número de detecciones para cáncer de mama, instalaron mastógrafos en Chetumal, Cancún, Cozumel, Playa del Carmen, Felipe Carrillo Puerto, José Ma. Morelos y Lázaro Cárdenas. Del volumen de estudios que se realizan, aun persiste un 4.5% con alguna anormalidad.

Quintana Roo, hoy puede enorgullecerse de contar con 2 de las 6 UNEMES DEDICAM instaladas en todo el país. Una se encuentra en Cancún y la otra, en Chetumal, logrando mayor cobertura para efectuar el tamizaje a través de las mastografías y refiriendo con oportunidad a las pacientes que presentan alguna alteración.

MORTALIDAD HOSPITALARIA.

La tasa bruta de Mortalidad hospitalaria a nivel sectorial en el Estado es de 1.6 por cada 100 egresos, tasa muy baja comparada con la media nacional, de **2.8.** A nivel Institucional, la SESA es la que presenta la tasa más alta de 1.96; el ISSSTE 1.46; el IMSS 1.38, mientras que la SEDENA presenta la tasa más baja con 0.8 defunciones por cada 100 egresos. No se cuenta con información de la SEDEMAR, ni con las tasas ajustadas de mortalidad hospitalaria.



En términos generales las 5 primeras causas de mortalidad hospitalaria son compartidas por el IMSS y el ISSSTE, en la SESA la primera causa de muerte en hospital son Ciertas Afecciones Originadas en el Período Perinatal, y la 2ª. Es por Enfermedades del Aparato Digestivo.

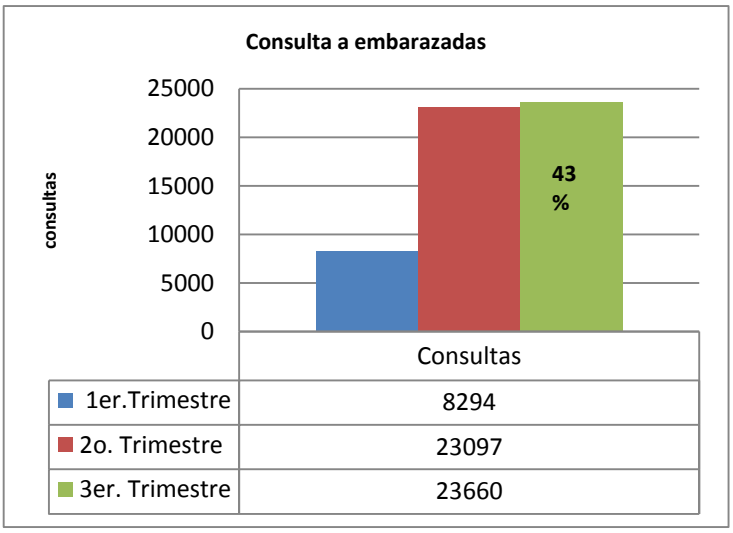
10 principales causas de Defunciones hospitalarias registradas en las instituciones del sector

Julio 2012 a Junio 2013 Anuario Estad. 2º. Informe de Gobierno

Grupo de diagnóstico de egreso	Total	IMSS	ISSSTE	SEDENA	SEMAR	SESA	DIF
Total	**2 132**	**1 374**	**65**	**4**	**0**	**689**	**0**
I00-I99 Enfermedades del sistema circulatorio	**360**	260	11	1		88	N/A
E00-E90 Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	**346**	252	13	1		80	N/A
K00-K93 Enfermedades del sistema digestivo	**282**	164	11	0		107	N/A
C00-D48 Tumores (neoplasias)	**254**	195	14	0		45	N/A
P00-P96 Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	**226**	112	0	0		114	N/A
J00-J99 Enfermedades del sistema respiratorio	**207**	116	6	0		85	N/A
A00-B99 Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	**153**	83	1	1		68	N/A
N00-N99 Enfermedades del sistema genitourinario	**81**	54	2	0		25	N/A
V01-Y89 Causas externas de morbilidad y de mortalidad	**80**	63	0	0		17	N/A
Q00-Q99 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	**51**	30	0	1		20	N/A

SERVICIOS OTORGADOS SESA.

Se otorgaron 68,406 atenciones a embarazadas, 24.3% fueron mujeres menores de 20 años.



La Norma Oficial Mexicana 007, y la Guías de Práctica Clínica, indican 5 consultas como mínimo en cada embarazada, por lo tanto se está proporcionando en promedio 1 consulta menos que lo establecido.

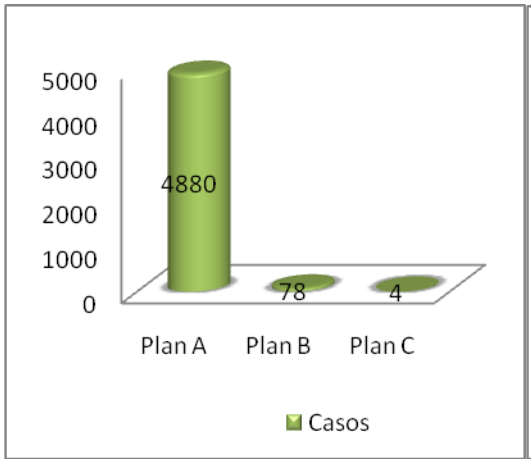
Fuente: SIS-2012 Consulta Externa

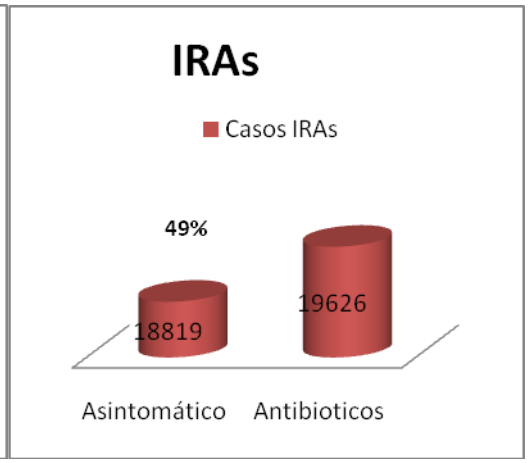
1.6% de las consultas de control prenatal fueron en menores de 15 años.

4 % de las consultas, fueron en embarazos de Alto Riesgo

Promedio de 4 consultas por embarazada

Atenciones por Enfermedad Diarréica e Infección Respiratoria Aguda menores de 5 años





Fuente: SIS-2012 Consulta Externa

El manejo en las EDAs, el 98.5% son manejados con Plan A, lo que indica el uso preventivo para evitar complicaciones, sin embargo, en las IRAs, el uso de antibiótico es excesivo. De acuerdo a las Guías de Práctica Clínica, este debe ser como máximo el 30%.

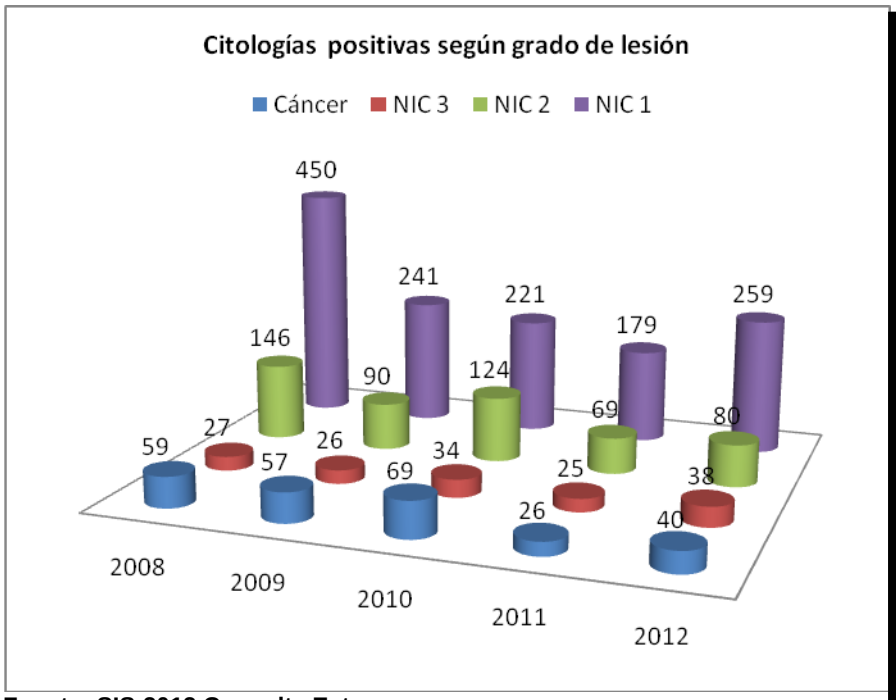
DETECCIONES.

7 868 detecciones de VIH/SIDA en Población General, con 54 Sero Positivos.

15 516 detecciones en Embarazadas con 50 Sero Positivos.

Todos los casos Sero Positivos con pruebas confirmatorias de Wester Blot.

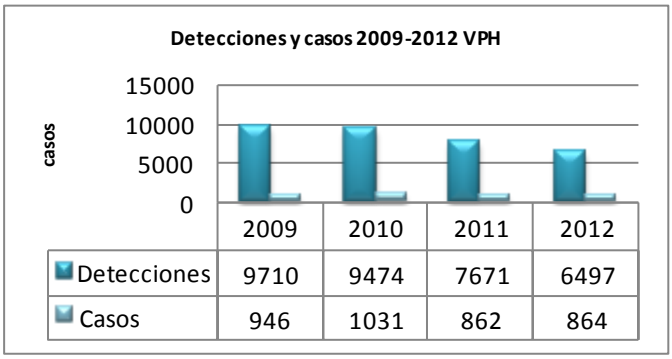
Todas las Embarazadas Sero Positivas, se resolvieron los embarazos por vía abdominal (Cesárea) y abolición de lactancia al seno materno. Hasta el momento, todos los Recién Nacidos son Sero Negativos.



Fuente: SIS-2012 Consulta Externa

Del 2008 al 2012 hay un decremento del 38.1% en las citologías realizadas. La razón de positividad en el 2008 y el 2012, es la misma de 1 citología con alguna displasia por cada 61 estudiadas.

Las displasias graves (NIC3) presentan una tendencia al incremento con una razón de 1 por cada 1 527 citologías en el 2008, a 1 por cada 627 en el 2012.



Hay una disminución del 33.1% en las detecciones de VPH en los últimos 4 años.

El porcentaje de positividad en el mismo período se incrementó de 9.7% a 13.3%, en relación a las detecciones realizadas.

Padecimiento	Total detecciones	Positivas	% Positividad
Diabetes	84 547	7 760	9.2
Hipertensión Arterial	88 314	5 199	5.9
Obesidad	66 108	26 086	39.5
Dislipidémia	25 874	2 106	8.1
Depresión	10 556	462	4.4
Hiperplasia Prostática	21 671	630	2.9

Fuente: SIS-2012 Consulta Externa

Padecimiento	En tratamiento	Controlados	% de Controlados
Hipertensión Arterial	5,663	1,212	21.4
Obesidad	5,075	1,301	25.6
Dislipidemia	2,402	663	27.6
Diabetes	6,840	2,287	33.4

El número de pacientes en tratamiento en el Primer Nivel, es muy bajo en comparación con el número de pacientes esperados; y por otro lado, igualmente es muy bajo el porcentaje de pacientes que están controlados.

Productividad Hospitalaria Quintana Roo 2012

Hospital	% de Ocupación	Camas Censables	Partos	Cesáreas	Nacimientos	Egresos	Defunciones	Cirugías
Hosp. Morelos	81	39	1876	1539	3410	4649	36	3298
HG Chetumal	53	90	174	0	39	161	0	1219
HG Cancún	94	120	3994	1373	5355	15532	390	6127
HG Playa del Carmen	87	60	958	667	1616	4202	59	3237
HG Cozumel	43	30	467	237	701	1840	39	606
Gral. Felipe C. Puerto	83	26	786	508	1275	3422	13	1856
I. Kantunilkín	12	7	39	0	39	161	0	0
II. I. Isla Mujeres	10	7	49	27	76	229	0	59
III. José Ma. Morelos	42	13	250	27	279	524	0	361
Total		392	8593	4626	13169	34004	664	16763

Fuente. Sis-2012 .

CALIDAD DE LA ATENCION MÉDICA.

La Calidad en su carácter de continua y permanente, se evalúa sistemáticamente y se registra en períodos trimestrales**.**

ÍNDICE E INDICADOR	1ER. CUATRIMESTRE 2012	2DO. CUATRIMESTRE 2012	3ER. CUATRIMESTRE 2012	SEMAFORO
TRATO DIGNO EN SEGUNDO NIVEL URGENCIAS	86.90	92.10	82.10	>=90
Satisfacción por la oportunidad en la atención	79.20	89.02	72.20	>=85
Satisfacción por la información proporcionada por el médico	92.41	94.80	88.90	>=85
Satisfacción por el trato recibido	84.10	90.53	79.10	>=90
ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS URGENCIAS	26.30	36.50	27.20	>=90
Tiempo de espera en urgencias	30.82	38.35	29.74	15
Porcentaje de usuarios que esperan tiempo estándar para recibir atención	43.90	60.80	45.40	>=80
ATENCIÓN MÉDICA EFECTIVA SEGUNDO NIVEL				
Diferimiento quirúrgico en cirugía general	12.31	24.11	18.18	<=15
Tasa de cesáreas	33.62	42.84	33.99	<=30
Tasa de infecciones nosocomiales	0.38	0.66	4.76	<=15

Fuente: Resultado de Indicadores de Calidad Estatal.- Indica 2012

Un tema crucial en términos de acceso tiene que ver con el surtimiento de medicamentos es el surtimiento de medicamentos recetados por institución es deficiente en todo el Sector, de acuerdo a **ENSANUT 2012**, en la Unidades de la SSA en el país, un 21.6 % de los pacientes solo obtuvieron uno o ninguno de los medicamentos solicitados. No se cuenta con información del Sector en el Estado, en la SESA se estima que dicho indicador se encuentra en cifras similares.

4. METODOLOGIA DEL "PROGRAMA SECTORIAL DE SALUD QUINTANA ROO".

Este documento parte de un análisis y alineación de las políticas Nacionales y Estatales de Desarrollo Social, a las que se da respuesta mediante líneas estratégicas de acción emitidas por el "Programa Sectorial de Salud 2013-2018" y que para asegurar su cumplimiento, el "Programa Sectorial de Salud Quintana roo 2013 2016." las eleva a nivel de Política Sectorial Estatal y las incluye en el diseño de su sistema de gestión de calidad y marco estratégico.

Con la finalidad de promover el cumplimiento a las disposiciones que norman al sector salud, aplica la evaluación organizacional a las diversas esferas del entorno que impactan en las Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas y que se reflejan en los Indicadores de Programas y en el Diagnóstico de Salud del Estado, así mismo brinda propuestas de acción y resalta aquellos indicadores estratégicos que deberán integrarse de manera puntual en el ejercicio sectorial.

5. SISTEMA DE GESTIÓN DEL PROGRAMA SECTORIAL DE SALUD QUINTANA ROO 2013-2016.

El "Sistema de Gestión" del Programa Sectorial de Salud Quintana Roo 2013-2016,es una estructura operacional de trabajo que integra elementos rectores y motores de gestión para lograr los objetivos de la organización o sector. (Gráfica 1)

Con sustento en las políticas sociales del Plan de Desarrollo Nacional y Estatal, y en apego a las Líneas de Acción Estratégicas, que establecen los Programas Sectoriales de Salud Nacional y Estatal; se establece la dirección de las acciones. Y mediante el análisis del diagnóstico organizacional FODA, se efectúan intervenciones especificas que resulten en el uso eficiente y efectivo que demandan las áreas de oportunidad en la organización. Con el objetivo especifico de cumplir con las disposiciones oficiales sectoriales y la misión y visión de los Servicios Estatales de Salud.

6. MARCO ESTRATÉGICO.

El marco estratégico esclarece de forma integral la razón de ser de una organización así como el efecto positivo hacia la proyección de sus acciones y aspiraciones.

MISIÓN.

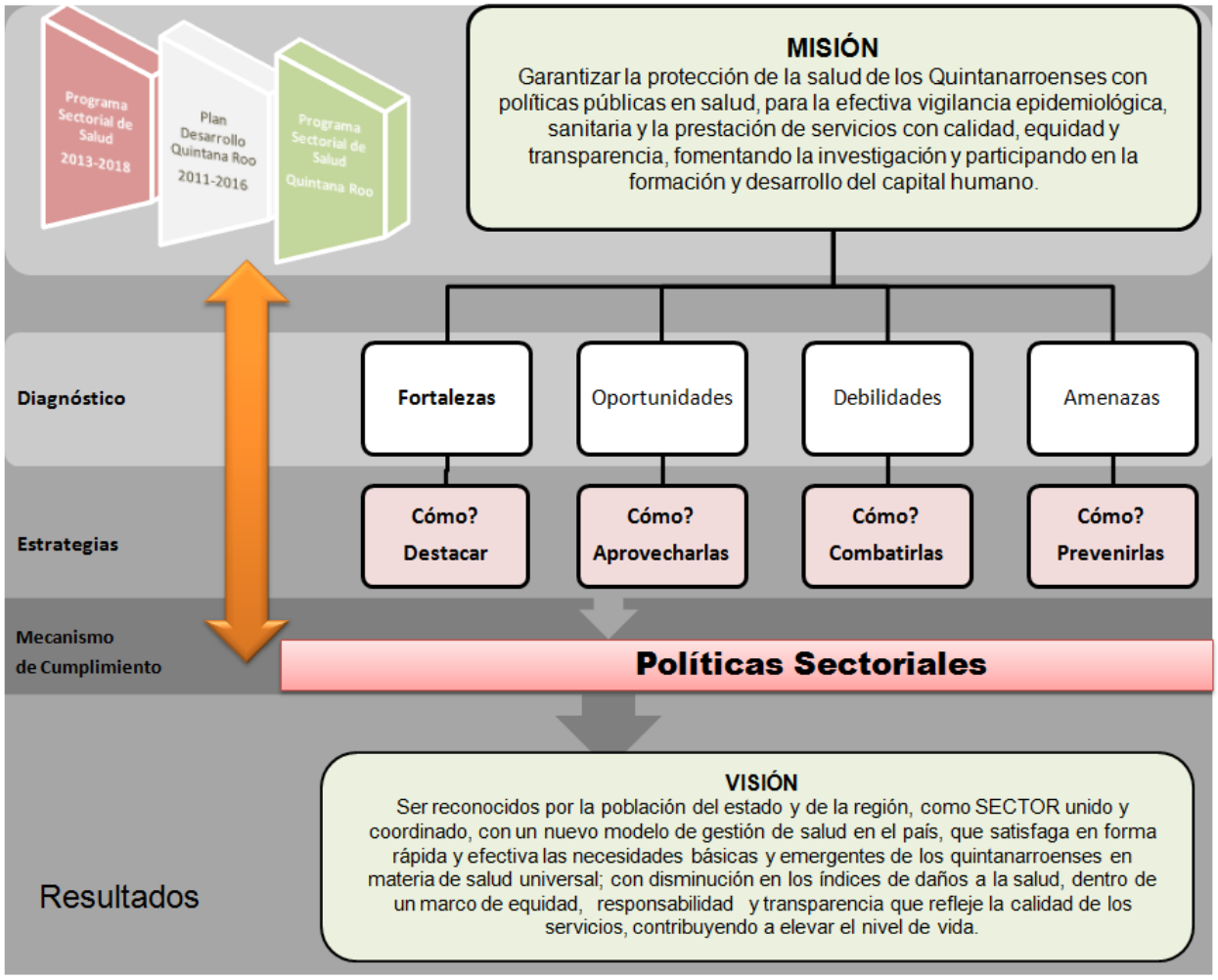
Garantizar la protección de la salud de los quintanarroenses con políticas públicas en salud, para la efectiva vigilancia epidemiológica, sanitaria y la prestación de servicios con calidad, equidad y transparencia, fomentando la investigación y participando en la formación y desarrollo del capital humano.

VISIÓN.

Ser reconocidos por la población del Estado y de la región, como SECTOR unido y coordinado, con un nuevo modelo de gestión de salud en el país, que satisfaga en forma rápida y efectiva las necesidades básicas y emergentes de los quintanarroenses en materia de salud universal; con disminución en los índices de daños a la salud, dentro de un marco de equidad, responsabilidad y transparencia que refleje la calidad de los servicios, contribuyendo a elevar el nivel de vida.

Grafica 1.Esquema del Sistema de Gestión

Programa Sectorial de Salud Quintana Roo 2013-2016



7. LÍNEAS DE ACCIÓN ESTRATÉGICAS:

Transversales / Relativas a la Organización / Indicadores.

Las Líneas de Acción Estratégicas son aquellas que están encaminadas a cumplir con el propósito de las políticas nacionales, estatales de desarrollo, y las disposiciones en materia de salud que se manifiestan en el Programa Sectorial Nacional, dichas líneas de acción se dividen en tres grupos 1.-Lineas de Acción Transversales, 2.- Líneas de Acción Estratégicas Relativas a la Organización del Sector, 3.-Indicadores.

7.I. Líneas de Acción Transversales.

Son aquellas que por su carácter de “Política Sectorial” norman y regulan al sector.

Su ejecución obligatoria da cumplimiento a la Normatividad y Disposiciones Nacionales y Estatales que nos rigen como sector salud.

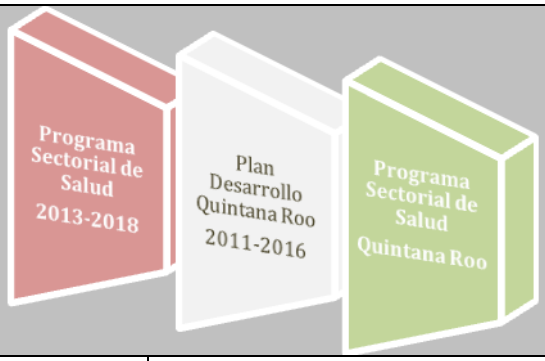
Estas “Políticas Sectoriales” se derivan de la alineación de las “Políticas Públicas de Desarrollo, Nacionales y Estatales,” y las de los “Programas Sectorial Nacional y Estatal”.

Por otra parte están las Iniciativas por la Calidad de los Servicios, enfocadas al proceso y ejercicio de programas sectoriales de salud.

7.1.1.“Políticas Sectoriales”.

Inmersas en el sistema de gestión y reflejadas en el Marco Estratégico de la Organización, las disposiciones del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 incluidas en el Programa Sectorial de Salud 2013-2018 en sus seis líneas de acción, tienen su par en las líneas de acción del Plan Estatal de Desarrollo Quintana Roo 2011-2016 y en el Programa Sectorial de Salud Quintana Roo.(Grafica 2)

Gráfica 2. Alineación de objetivos y acciones estratégicas: *" Programa Sectorial de Salud 2013-2018", "Plan Estatal de Desarrollo Quintana Roo 2011-2016" y "Programa Sectorial de Salud Quintana Roo 2013-2016"*



Programa Sectorial de Salud 2013-2018 Plan de Desarrollo Quintana Roo 2011-2016 Programa Sectorial de Salud Quintana Roo	Objetivo de la Meta	Objetivo Del Programa	Líneas de Acción Estratégicas
México Incluyente	**2.3. Asegurar el acceso a los servicios de salud**	- Hacer de las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud. - Mejorar la atención de la salud a la población en situaciones de vulnerabilidad. - Garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad.	1. Incrementar acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades. 2. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad. 3. Reducir los riesgos sanitarios que afectan a la población en cualquier actividad de su vida.

Quintana Roo Solidario	**I.1. Bienestar con Prosperidad Social y Comunitaria** **I.2. Solidaridad Social para los Pueblos Indígenas** **I.4. Salud para Todos** **I.8. Igualdad entre Mujeres y Hombres** **I.9. Igualdad de oportunidades para la juventud** **1.10. Ciudades Sostenibles**	I.1Impulsar una política de desarrollo social que eleve la calidad de vida de los quintanarroenses con oportunidades que fortalezcan la igualdad de derechos sociales e impacten en la superación del rezago de carencias en los segmentos más pobres y vulnerables de la población. I.2 Contribuir a una solidaridad social que impulse el desarrollo integral y ejercicio de los derechos de los pueblos y comunidades indígenas. I.4 Encaminar acciones que impulsen la promoción de la salud, prevención y control de enfermedades, incrementar la calidad y organización de los servicios médicos, fortalecer la investigación y la capacitación del personal de salud, desarrollar y fortalecer la infraestructura, así como las acciones de prevención contra riesgos sanitarios. I.8 Consolidar una política pública con perspectiva de género con acciones para el desarrollo de las mujeres en ejercicio pleno de sus derechos con igualdad de acceso a las oportunidades en la educación, la salud y el trabajo remunerado. 1.9 Ofrecer más oportunidades de desarrollo para los jóvenes a incorporarse a la vida	**I.1.1. Estrategia 1**(Obj.1 y 2PROSESA / Concordancia: Protección y Acceso y Calidad a la Salud). **Atención a las Carencias y Rezagos Comunitarios.** **I.1.3. Estrategia 3** (Obj.1 y 2PROSESA / Concordancia: Protección y Acceso a la Salud) **Igualdad de Oportunidades** **I.1.4. Estrategia 4** (Obj. 3 PROSESA / Concordancia: Disminución de Riesgos Sanitarios) **Vinculación de la Política Social.** **I.2.1. Estrategia 1**(Obj.1 PROSESA / Concordancia: Protección de la Salud.) **Fortalecimiento de los Derechos y Cultura de la Etnia Maya y Comunidades Indígenas.** **I.2.3.- Estrategia 3** (Obj.1, 2 y 3 PROSESA / Concordancia: Acceso a los Servicios Disminución de Riesgos Sanitarios y Calidad de Servicios)**Bienestar Social y**

		productiva, económica y social. 1.10 Desarrollar ciudades sostenibles, Elevar la calidad de servicio en los sistemas de agua potable en el estado.	**Disminución de la Desigualdad Social de la Etnia Maya y Comunidades Indígenas** **I.4.1. Estrategia 1** (Obj.2 PROSESA / Concordancia: Calidad de Servicios) **Servicios de Salud Fortalecidos y Modernizados.** **I.4.2. Estrategia 2** (Obj.1 y 3PROSESA / Concordancia: Protección y Prevención en Salud) **Fortalecer las Acciones de Promoción de la Salud y Prevención y Control de Enfermedades.** **I.4.3. Estrategia 3** (Obj.1y 2 PROSESA / Concordancia: Protección y Acceso a la Salud.) **Ampliación de la Cobertura de los Servicios de Salud** **I.8.2. Estrategia 2** (Obj.1 y 3PROSESA / Concordancia: Protección y Prevención en Salud) **Acceso de las Mujeres al Cuidado y Prevención de la Salud.**

			I.9.2. Estrategia 2 (Obj. 1 y 3 PROSESA / Concordancia: Prevención) **Apoyo a jóvenes vulnerables.** **I.10.7. Estrategia 7** (Obj.3 PROSESA/ Concordancia: Disminución de riesgos Sanitarios) **Drenaje y Saneamiento para Todos.** **I.10.8. Estrategia 8** Obj.3 PROSESA / Concordancia: Disminución de Riesgos Sanitarios) **Garantizar la Autosuficiencia y Calidad en la Prestación de los Servicios.**

Programa Sectorial de Salud Quintana Roo		**Acciones especificas para dar cumplimiento a las estrategias:** I.1.1.5. Promover oportunidades para la población de zonas rurales en marginación para facilitar el acceso a la educación, salud, servicios básicos y vivienda. I.1.1.2. Gestionar y optimizar recursos para impulsar programas sociales dirigidos a elevar la infraestructura comunitaria en atención a los rezagos de educación, salud, agua potable y electrificación en las comunidades rurales de alta y muy alta marginación que impacten en la calidad de vida de la población. I.1.3.1. Integrar programas de apoyo económico y/o en especie para familias de bajos ingresos que dentro de su núcleo familiar cuenten con discapacitados, personas de la tercera edad y madres solteras para facilitarles el acceso a los servicios de atención básica. I.1.3.3. Gestionar la ampliación de la cobertura de seguridad social a la población abierta que carece de oportunidades de acceso a los servicios de salud en especial a mujeres jefas de familia. I.1.3.5. Brindar oportunidades a los adultos de la tercera edad de bajos ingresos al acceso a los servicios de salud especializada y de oportunidades de empleo e ingreso digno. I.1.4.1. Fortalecer la vinculación interinstitucional para establecer acuerdos de coordinación para vincular la política económica al desarrollo social, con acciones que otorguen solidez a los programas de salud, educación, asistencia social, infraestructura básica y rehabilitación de diferentes espacios sociales que combatan la marginación de las comunidades en pobreza extrema. I.2.3.1. Apoyar la consolidación de la educación intercultural. I.4.3.1. Ampliación de la cobertura de los servicios de salud con la construcción y consolidación de

		unidades médicas. I.4.1.1. Mejorar y hacer más eficiente el marco normativo para promover la coordinación intersectorial e interinstitucional. I.4.1.2. Implementar herramientas para que la información estadística en salud y la vigilancia epidemiológica sea confiable y oportuna para la toma de decisiones. I.4.1.3. Otorgar atención médica de calidad a la población que no cuenta con acceso al servicio de seguridad social a través de su afiliación al sistema de protección social en salud. I.4.1.4. Impulsar el desarrollo del capital humano en formación y la investigación en salud. I.4.1.5. Promover y gestionar acciones de capacitación y actualización del personal de las instituciones de salud. I.4.1.6. Establecer mecanismos de modernización de los procesos administrativos I.4.3.2. Impulsar la dignificación y el mantenimiento de la infraestructura médica. I.4.3.3. Promover la planeación, distribución, asignación y uso racional del equipamiento médico conforme los lineamientos e indicadores establecidos. I.8.2.1. Promover el acercamiento de la atención médica a las zonas marginadas y rurales, así como cuidar y prevenir la salud de las mujeres en edad reproductiva, de la tercera edad y/o discapacitadas. 1.8.2.2. Proporcionar asesoría y atención especializada a adolescentes y jóvenes en materia de planificación familiar, prevención de adicciones y violencia en el noviazgo. 1.8.2.5. Levantar bandera blanca en cuanto a muerte materna en el estado. I.8.2.6. Diseñar estrategias que permitan desarrollar campañas de difusión para disminuir en la mujer el

		problema de salud pública que representa el VIH-Sida. I.9.2.3. Desarrollar programas de difusión entre los jóvenes con atención a su educación sexual, adicciones y combate del pandillerismo y los riesgos de embarazos no deseados. I.10.7.3. Evitar la contaminación en playas y ríos subterráneos por descargas de aguas residuales. (Contribuir) I.10.7.4. Garantizar el nivel de tratamiento de las aguas residuales de acuerdo a los límites establecidos en las normas oficiales mexicanas.(contribuir) I.10.8.4. Dotar de agua potable con calidad físico-química bacteriológica que señalan las normas mexicanas y establecer un sistema de vigilancia permanente para reducir el riesgo de proliferación de enfermedades transmisibles por el agua. **Acciones Relevantes** - Diagnóstico Sectorial de Salud. Quintana Roo. - Programa Sectorial de Salud Quintana Roo 2013-2016 - Plan Maestro de Infraestructura • Dignificación de 51 Centros de Salud Rurales Jurisdicción Sanitaria N°1 • Construcción del Hospital Comunitario en la Comunidad de Nicolás Bravo. - Creación e Instalación del Comité Estatal de Salud. - Plan Estatal de Acreditación - Fortalecer la Afiliación. - Universalidad de los Servicios - Portabilidad de la Seguridad Social. - Fomento e impulso normativo de la Interculturalidad. - Planeación basada en las demandas y

		necesidades de la población - Instalación de Sistemas de Gestión de la Calidad en la operación de programas.	
México Incluyente	2.1 Garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales para toda la población.	- Fortalecer el desarrollo de capacidades en los hogares con carencias para contribuir a mejorar su calidad de vida e incrementar su capacidad productiva.	4. Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país.
Quintana Roo Solidario	**I.1. Bienestar con Prosperidad Social y Comunitaria** **I.2. Solidaridad Social para los Pueblos Indígenas** **I.4. Salud para Todos** **I.8. Igualdad entre Mujeres y Hombre** **I.9. Igualdad de Oportunidades para la Juventud** **I.10. Ciudades Sostenibles**	I.1Impulsar una política de desarrollo social que eleven la calidad de vida de los quintanarroenses con oportunidades que fortalezcan la igualdad de derechos sociales e impacten en la superación del rezago de carencias en los segmentos más pobres y vulnerables de la población. I.2 Contribuir a una solidaridad social que impulse el desarrollo integral y ejercicio de los derechos de los pueblos y comunidades indígenas. I.4 Encaminar acciones que impulsen la promoción de la salud, prevención y control de enfermedades, incrementar la calidad y organización de los servicios médicos, fortalecer la investigación y la capacitación del personal de salud, desarrollar y fortalecer lainfraestructura, así como las acciones de prevención contra riesgos sanitarios. I.8 Consolidar una política	**I.1.1. Estrategia 1** (Obj.4 PROSESA/ Concordancia: Cerrar Brechas en Salud) **Atención a las Carencias y Rezagos Comunitarios.** **I.1.3.- Estrategia 3** (Obj.4 PROSESA/ Concordancia: Cerrar Brechas en Salud) **Igualdad de Oportunidades.** **I.1.4.- Estrategia 4** (Obj.4 PROSESA/ Concordancia: Cerrar Brechas en Salud) **Vinculación de la Política Social.** **I.2.1.- Estrategia 1** (Obj.4 PROSESA/ Concordancia: Cerrar Brechas en Salud) **Fortalecimiento de los Derechos y Cultura de la Etnia Maya y Comunidades Indígenas.**

		pública con perspectiva de género con acciones para el desarrollo de las mujeres en ejercicio pleno de sus derechos con igualdad de acceso a las oportunidades en la educación, la salud y el trabajo remunerado I.9 Generar una equidad de oportunidades en los jóvenes en condiciones de riesgo y vulnerabilidad.	**I.2.3. Estrategia 3** (Obj.4 PROSESA/ Concordancia: Cerrar Brechas en Salud) **Bienestar Social y Disminución de la Desigualdad Social de la Etnia Maya y Comunidades Indígenas.** **I.4.3. Estrategia 3** (Obj.4 PROSESA/ Concordancia: Cerrar Brechas en Salud) **Ampliación de la Cobertura de los Servicios de Salud** **I.8.2. Estrategia 2** (Obj.4 PROSESA/ Concordancia: Cerrar Brechas en Salud) **Acceso de las Mujeres al Cuidado y Prevención de la Salud.** **I.9.2. Estrategia 2** (Obj.4 PROSESA/ Concordancia: Cerrar Brechas en Salud) **Apoyo para los Jóvenes Vulnerables.**
Programa Sectorial de Salud Quintana Roo		**Acciones especificas para dar cumplimiento a las estrategias:** I.1.1.3. Generar igualdad de oportunidades para el acceso a los servicios de infraestructura social básica y servicios públicos a la población con mayor desventaja social. I.1.3.3. Gestionar la ampliación de la cobertura de seguridad social a la población abierta que carece de oportunidades de acceso a los servicios de salud en especial a mujeres jefas de familia.	

		I.1.3.4. Promover la ampliación de la cobertura en salud y elevar los niveles nutricionales de la población infantil de alta y muy alta marginación que estudia la educación básica tanto en localidades rurales como en las zonas urbanas. I.1.3.5. Brindar el acceso a los servicios de salud especializados a los adultos de la tercera edad de bajos ingresos. I.1.4.1. Fortalecer la vinculación interinstitucional, estableciendo acuerdos de coordinación para aplicar una política económica al desarrollo social, con acciones que otorguen solidez a los programas de salud, educación, asistencia social, infraestructura básica y rehabilitación de diferentes espacios sociales que combatan la marginación de las comunidades en pobreza extrema. I.2.1.1. Promover y difundir la legislación indígena (Interculturalidad). I.2.3.1. Apoyar la consolidación de la educación intercultural. I.4.3.1. Ampliación de la cobertura de los servicios de salud con la construcción y consolidación de unidades médicas. I.4.3.3. Promover la planeación, distribución, asignación y uso racional del equipamiento médico, conforme a los lineamientos e indicadores establecidos I.8.2.1. Promover el acercamiento de la atención médica a las zonas marginadas y rurales, así como cuidar y prevenir la salud de las mujeres en edad reproductiva, de la tercera edad y/o discapacitadas. 1.8.2.2. Proporcionar asesoría y atención especializada a adolescentes y jóvenes en materia de planificación familiar, prevención de adicciones y violencia en el noviazgo. I.9.2.3.- Desarrollar programas de difusión entre los jóvenes con atención a su educación sexual, adicciones y combate del pandillerismo y los riesgos de embarazos no deseados.

		Acciones relevantes y de impacto: - Diagnostico Sectorial de Salud. Quintana Roo. - Programa Sectorial de Salud Quintana Roo 2013-2016 - Creación e Instalación del Comité Estatal de Salud. - Plan Maestro de Infraestructura - Fortalecer la Afiliación. - Universalidad de los Servicios - Garantizar la Portabilidad de la Seguridad Social en el Estado. - Fomento e impulso normativo de la Interculturalidad. - Implementación de la Telemedicina. - Instalación de Sistemas de Gestión de la Calidad. - Fortalecimiento del programa sectorial de vectores - Fortalecimiento del Programa Sectorial para la Atención de las Emergencias Obstétricas. - Implementar Expediente Clínico Electrónico - Acreditar y Mantener la Acreditación del 100% de las Unidades de 1ro y 2do Nivel.	
México Próspero	4.1. Mantener la estabilidad macroeconómica del país	- Promover un ejercicio eficiente de los recursos presupuestarios disponibles, que permita generar ahorros para fortalecer los programas prioritarios de las dependencias y entidades.	5. Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud.

Quintana Roo Solidario	**I.1. Bienestar con Prosperidad Social y Comunitaria** **I.4. Salud para Todos**	I.1Impulsar una política de desarrollo social que eleven la calidad de vida de los quintanarroenses con oportunidades que fortalezcan la igualdad de derechos sociales e impacten en la superación del rezago de carencias en los segmentos más pobres y vulnerables de la población. I.4 Encaminar acciones que impulsen la promoción de la salud, prevención y control de enfermedades, incrementar la calidad y organización de los servicios médicos, fortalecer la investigación y la capacitación del personal de salud, desarrollar y fortalecer la infraestructura, así como las acciones de prevención contra riesgos sanitarios.	**I.1.1. Estrategia 1** (Obj.5 PROSESA/ Concordancia: Eficientar Recursos) **Atención a las Carencias y Rezagos Comunitarios** **I.1.3. Estrategia 3** (Obj.5 PROSESA/ Concordancia: Eficientar Recursos) **Igualdad de Oportunidades** **I.1.4. Estrategia 4** (Obj.5 PROSESA/ Concordancia: Eficientar Recursos mediante vinculación económica Interinstitucional) **Vinculación de la Política Social.** **I.4.1. Estrategia1** (Obj.5 PROSESA/ Concordancia: Eficientar Recursos mediante marco normativo) **Servicios de Salud Fortalecidos y Modernizados**
Programa Sectorial de Salud Quintana Roo		**Acciones especificas para dar cumplimiento a las estrategias:** I.1.1.2. Gestionar y optimizar recursos para impulsar programas sociales dirigidos a elevar la infraestructura comunitaria en atención a los rezagos de educación, salud, agua potable y electrificación en las comunidades rurales de alta y muy alta marginación	

		que impacten en la calidad de vida de la población. I.1.3.1. Integrar programas de apoyo económico y/o en especie para familias de bajos ingresos que dentro de su núcleo familiar cuenten con discapacitados, personas de la tercera edad y madres solteras para facilitarles el acceso a los servicios de atención básica (Ejem. Programa Oportunidades). I.1.4.1. Fortalecer la vinculación interinstitucional para establecer acuerdos de coordinación para vincular la política económica al desarrollo social, con acciones que otorguen solidez a los programas de salud, educación, asistencia social, infraestructura básica y rehabilitación de diferentes espacios sociales que combatan la marginación de las comunidades en pobreza extrema. I.4.1.1. Mejorar y hacer más eficiente el marco normativo para promover la coordinación intersectorial e interinstitucional. (Diagnostico Sectorial de Salud, Programa Sectorial de Salud). I.4.1.2. Implementar herramientas para que la información estadística en salud y la vigilancia epidemiológica sea confiable y oportuna para la toma de decisiones.(Expediente Clínico Electrónico). I.4.1.6. Establecer mecanismos de modernización de los procesos administrativos. **Acciones Relevantes:** - Re estructuración del Marco Estratégico Institucional. - Implementación de sistemas de gestión de la Calidad en la Administración y Procesos Críticos para la Prestación de Servicios con enfoque a indicadores de resultados. - Impulso a las Iniciativas que permitan acceder a fuentes de financiamiento externas.(ejem. Certificación de Servicios). - Subrogación de servicios interinstitucionales.

México Incluyente	2.3. Asegurar el acceso a los servicios de salud	- Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal - Mejorar la atención de la salud a la población en situaciones de vulnerabilidad	6. Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud
Quintana Roo Solidario	I.1. Bienestar con Prosperidad Social y Comunitaria I.3. Fortalecimiento Integral de la Familia.	- Impulsar una política de desarrollo social que eleven la calidad de vida de los quintanarroenses con oportunidades que fortalezcan la igualdad de derechos sociales que impacten en la superación del rezago de carencias en los segmentos más pobres y vulnerables de la población. - Implementar políticas públicas transversales, para atender y fortalecer a las familias en situación de vulnerabilidad o riesgo social, ofreciendo apoyos, herramientas y el desarrollo de competencias que propicien su desarrollo integral	**I.1.4 Estrategia 4** (Obj.6 PROSESA / Concordancia: Secretaria de Salud Rector del sector salud y educativo en Salud) **Vinculación de la Política Social** **I.3.1. Estrategia 1** (Obj.6 PROSESA / Concordancia: Secretaria de Salud como vinculo entre las Instituciones de Salud para la Participación Social. Ejem. Voluntariados.etc convenios interinstitucionales) **Fortalecimiento de los Servicios de Asistencia Social Integral.**
Plan Sectorial de Salud Quintana Roo		**Acciones especificas para dar cumplimiento a las estrategias:** I.1.4.1. Fortalecer la vinculación interinstitucional para establecer acuerdos de coordinación para vincular la política económica al desarrollo social, con acciones que otorguen solidez a los programas de salud, educación, asistencia social, infraestructura básica y rehabilitación de diferentes espacios sociales que combatan la marginación de las comunidades en	

		pobreza extrema. I.1.4.2. Fomentar la coordinación entre instituciones, organizaciones públicas y privadas, universidades y sociedad civil, para desarrollar estudios, investigaciones y análisis para un mejor desarrollo de las comunidades y zonas de alta y muy alta marginación. I.1.4.4. Coordinar acciones para atender integralmente la infraestructura vial y de urbanización comunitaria para fomentar la seguridad, salud pública y de ordenamiento urbano en un ambiente de colaboración activa y solidaria de la población}. I.3.1.1. Consolidar y apoyar a las familias en situación de pobreza, mediante acciones orientadas a incrementar su bienestar. I.3.1.2. Apoyar a la niñez, a la juventud y a la mujer con acciones de asistencia social y en situación de riesgo. I.3.1.3. Fortalecer acciones para el desarrollo a favor de las personas con discapacidad y brindar atención integral a los adultos mayores. I.3.1.4. Vincular acciones institucionales con organismos e instituciones de la sociedad civil para gestionar donaciones, recursos y fomentar la coparticipación en proyectos en beneficio de las personas en estado de vulnerabilidad. **Acciones Relevantes:**- Convenios de colaboración con las principales escuelas del Estado para acciones e intervenciones en beneficio de la salud. - Mecanismos de financiamiento activos para labores del Voluntariado SESA. - Intervenciones interinstitucionales para ejercicio de Programas de Salud (Telemedicina). - Fortalecimiento de primer nivel(preventivo) con la prestación de servicio social de un equipo integral y multidisciplinario.(Nutrición,Psicología y Odontología)

7.1.2. Líneas de Acción Transversales.

"Calidad de los Servicios"

Fase de Acreditación.

La Calidad como Sistema de Gestión en Salud es una estrategia imprescindible para lograr los propósitos de cualquier programa de salud. Por lo que su implementación a nivel de Política Institucional tiene la finalidad de ir más allá de la demagogia y el discurso, y se aplicará en la estandarización de procesos eficientes y con fundamento científico en beneficio del paciente y la organización así como el ejercicio sistemático de medición de resultados.

Para esto es necesario establecer un programa de acción que fortalezca la cultura de la Calidad. Dicho programa contempla en su segmento de **"Acreditación"**: Sensibilizar y Convencer a dueños del Proceso y Lideres de Programas de Salud, de los beneficios de aplicación de sistemas de gestión de la calidad; como el Programa Nacional de Acreditación de Servicios de Salud, del cual su ejercicio **permanente**, así como el cumplimiento estrecho de los criterios evaluables de las cedulas, resulta en una mejor atención medica para nuestros usuarios y un desarrollo personal y profesional para el servidor público.

El objetivo del segmento de **"Acreditación"** se alcanzará, mediante la integración de los Líderes de Programas de Servicios de Salud al proceso de Supervisión de la Acreditación, (empoderamiento) otorgándoseles únicamente la responsabilidad de vigilar mensualmente el apego a criterios de acreditación que sean **exclusivos de sus programas**.

El Área de Calidad entregará a cada Líder de programa el listado de los criterios de acreditación que le correspondan.

Así mismo el Área de Calidad será la responsable de concentrar la información para su análisis y hará un reporte trimestral de retroalimentación en situaciones regulares, y un reporte inmediato en situaciones que atenten contra el proceso de atención o seguridad del paciente.

El cumplimiento del segmento de **"Acreditación"** permite que ésta, sea un ejercicio operativo permanente, logrando la mejoría de nuestros servicios y la forma en que vemos a nuestra institución, con el valor agregado de un ejercicio administrativo/económico que no necesita grandes inversiones periódicamente.

7. Fase de Mejora Continua en los Programas e Indicadores.

La "Mejora Continua" en los Programas depende en gran parte de la Aplicación de Sistemas de Gestión de la Calidad y Estandarización de Procesos a las Áreas Estratégicas que representan factores críticos de la operatividad: Administrativas y Gerenciales de Programas. (ISO, Six Sigma, etc.).

La Fase de Mejora Continua parte del análisis sistemático de los Indicadores que establece el Programa Sectorial de Salud 2013- 2018 y que impactan en sus "6 Objetivos" agregándose los indicadores de proceso que impactan en Muerte materna y Dengue.

Este análisis contempla la participación de los líderes de programa de salud y con el uso de herramientas básicas de la calidad, establecer las rutas críticas y detectar cuellos de botella en los procesos, así como la duplicidad de acciones y factores de impacto en el proceso e indicadores de resultado.

Las Metas e Indicadores que deberán alcanzar los programas en el alcance de este Programa Sectorial de Salud Quintana Roo 2013- 2016, son:

1. Incrementar acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades

Ficha de Indicador	
Elemento	**Características**
Indicador	Cobertura de Vacunación con esquema completo en menores de un año
Objetivo Sectorial	Incrementar acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades
Descripción General	Porcentaje de menores de un año con esquema completo de vacunación para la edad
Observaciones	El Indicador resulta de la división del número de menores de un año con esquema completo de vacunación para la edad entre el total de nacidos vivos ocurridos por cien.
Periodicidad	Anual
Fuente	Numerador: Base de Datos del Centro Nacional para la Salud de

	la Infancia y la Adolescencia. Denominador: Subsistema de Información sobre Nacimientos
Referencias Adicionales	Rectoría y Estimación: Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia Monitoreo: Dirección General de Evaluación del Desempeño

Línea Base	**Meta**
2012: 48.5%	90.0%

Ficha de Indicador	
Elemento	**Características**
Indicador	Prevalencia de la Obesidad Infantil
Objetivo Sectorial	Incrementar acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades.
Descripción General	Porcentaje de niños de 5 a 11 años de edad con obesidad
Observaciones	Este Índice resulta de la división del número de niños entre 5 y 11 años de edad, cuyo índice de masa corporal se ubica a dos o más desviaciones estándar del valor medio indicado en las tablas de referencia de la OMS, entre el total de niños del mismo grupo etario multiplicado por 100
Periodicidad	Bienal
Fuente	ENSANUT y Encuesta ad hoc
Referencias Adicionales	Rectoría: Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud Estimación : Dirección General de Evaluación del Desempeño Monitoreo: Dirección General de Evaluación del Desempeño

Línea Base	**Meta**
2012: 14.6%	12.0%

Ficha de Indicador	
Elemento	**Características**
Indicador	Casos Confirmados de VIH por transmisión vertical según año de diagnóstico.
Objetivo Sectorial	Incrementar acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades.
Descripción General	Número de casos de infección por VIH en niñas y niños transmitidos verticalmente(vía perinatal)según año de diagnostico de todo el sector salud.
Observaciones	Se consideran los casos de transmisión vertical (vía perinatal) diagnosticados con VIH. La línea de base se estableció conforme a la información del sistema con corte de 30 de junio de 2013
Periodicidad	Anual
Fuente	Sistema Especial de Vigilancia Epidemiológica de VIH/SIDA
Referencias Adicionales	SUIVE (Dirección General de Epidemiología)

Línea Base	**Meta**
2013: 64 casos de VIH	0 casos de VIH

2.-Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad

Ficha de Indicador	
Elemento	**Características**
Indicador	Tasa de mortalidad por cáncer de mama
Objetivo Sectorial	Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad
Descripción General	Número de defunciones de mujeres de 25 años y más debidas a cáncer de mama por cada 100,000 mujeres en este grupo de edad.
Observaciones	Se construye dividiendo el total de mujeres de 25 años y mas debidas a cáncer de mama en un año determinado entre la población estimada a mitad de año en el mismo grupo de edad para el mismo periodo, multiplicado por 100,000
Periodicidad	Anual
Fuente	Numerador: Bases de datos de mortalidad INEGI/SS Denominador: Proyecciones de población de CONAPO a mitad de año
Referencias Adicionales	Rectoría: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva Estimación: Dirección General de Información en Salud Monitoreo: Dirección General de Evaluación del Desempeño

Línea Base	Meta
2011: 16.3%	16.0%

Ficha de Indicador	
Elemento	**Características**
Indicador	Tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino
Objetivo Sectorial	Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad
Descripción General	Número de defunciones de mujeres de 25 años y más debidas a cáncer cérvico-uterino por cada 100,000 mujeres del mismo grupo de edad.
Observaciones	El Indicador resulta de la división del total de mujeres de 25 años y más fallecidas a causa de cáncer cérvico-uterino en un año determinado entre la población estimada de mujeres en el mismo grupo de edad para el mismo periodo multiplicado por 100,000
Periodicidad	Anual
Fuente	Numerador: Base de Datos de mortalidad INEGI/SS Denominador: Proyecciones de población de CONAPO a mitad de año.
Referencias Adicionales	Rectoría: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva Monitoreo: Dirección General de Evaluación del Desempeño

Línea Base	**Meta**
2011: 12.3	10.0

Ficha de Indicador	
Elemento	**Características**
Indicador	Tasa de hospitalización por diabetes no controlada con complicaciones de corto plazo(Indicador OCDE)
Objetivo Sectorial	Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad
Descripción General	Número de egresos hospitalarios con diagnostico principal de diabetes con complicaciones de corto plazo en población de 15 años y más por cada 100,000 habitantes que utiliza servicios

	públicos de salud.
Observaciones	Se construye dividiendo el numero de egresos hospitalarios con diagnóstico principal de diabetes con complicaciones de corto plazo en población de 15 años y más entre el total de población de 15 años y más que utiliza servicios públicos de salud por 100,000
Periodicidad	Anual
Fuente	Numerador: Base de Datos de egresos hospitalarios de las instituciones del sector salud. Denominador: Proyecciones de población de CONAPO a mitad de año y distribución de la población según condición de uso de servicios de salud del INEGI.
Referencias Adicionales	Rectoría: Secretaría de Salud Estimación: Unidad de Análisis Económico Monitoreo: Dirección General de Evaluación del Desempeño.

Línea Base	**Meta**
2011: 16.7	16.0

3.- Reducir los riesgos que afectan a la salud de la población en cualquier actividad de su vida

Ficha de Indicador	
Elemento	**Características**
Indicador	Eficiencia de Cloración de Agua
Objetivo Sectorial	Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida
Descripción General	Porcentaje de muestras dentro de especificaciones de la NOM Es obligación de los municipios entregar agua de calidad bacteriológica a la población La cloración del agua reduce los riesgos a la salud por microorganismos.

	La COFEPRIS de manera conjunta con el Sistema Federal Sanitario, vigilan que el agua para consumo humano de las localidades que cuentan con sistemas formales de abastecimiento de agua tenga concentraciones de cloro residual libre dentro de las especificaciones de la norma vigente, a fin de garantizar el abasto seguro de agua.
Observaciones	El índice resultade la división del total de muestras dentro de especificaciones de NOM entre el total de muestras realizadas por 100.
Periodicidad	Anual
Fuente	Numerador y Denominador: Sistema Federal Sanitario
Referencias Adicionales	Rectoría y estimación Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios. Monitoreo: Dirección General de Evaluación del Desempeño

Línea Base	**Meta**
2012: 90.6%	93.0%

Ficha de indicador	
Elemento	**Características**
Indicador	Tasa de mortalidad por accidentes de tráfico de vehículo de motor (ATVM)
Objetivo sectorial	Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida
Descripción general	Número de defunciones por accidentes de tráfico de vehículo de motor, por cada 100,000 habitantes
Observaciones	La tasa resulta de la división del número de defunciones por accidentes de tráfico de vehículo de motor entre la población total, multiplicado por 100,000 habitantes
Periodicidad	Anual
Fuente	Numerador: Base de datos de mortalidad INEGI/SS Denominador: Proyecciones de la población CONAPO
Referencias adicionales	Rectoría: Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes Estimación: Dirección General de Información en Salud Monitoreo: Dirección General de Evaluación del Desempeño

Línea base	**Meta 2018**
2011: 14.4	9.6

Ficha de indicador	
Elemento	**Características**
Indicador	Tasa de mortalidad por riesgos de trabajo
Objetivo sectorial	Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida
Descripción general	Es la probabilidad de que un trabajador fallezca a consecuencia de un accidente o enfermedad de trabajo.
Observaciones	El indicador resulta de la división del número de defunciones por accidentes y enfermedades de trabajo entre el total de trabajadores asegurados en el ramo de riesgos de trabajo multiplicado por 10,000; al periodo de reporte
Periodicidad	Anual
Fuente	Numerador: Sistema de información de riesgos de trabajo del IMSS Denominador: Informe de población derechohabiente del IMSS.
Referencias adicionales	Rectoría, estimación y monitoreo: Coordinación de Salud en el Trabajo. Dirección de Prestaciones Médicas IMSS. Y Coordinación de Planeación. Dirección de Finanzas IMSS.

Línea base	**Meta 2018**
2012: 1.0	0.9

4. Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país.

Ficha de indicador	
Elemento	**Características**
Indicador	Tasa de mortalidad infantil (TMI)
Objetivo sectorial	Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país
Descripción general	Número de defunciones de niños menores de un año por cada 1,000 nacidos vivos
Observaciones	El índice resulta de la división del número de defunciones de niños menores de un año de edad en un año específico entre el total de nacidos vivos en ese mismo año, multiplicado por 1,000
Periodicidad	Anual
Fuente	Numerador: Base de datos de mortalidad INEGI/SS Denominadora: Subsistema de Información sobre Nacimientos
Referencias adicionales	Rectoría: Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia Estimación: Dirección General de Información en Salud Monitoreo: Dirección General de Evaluación del Desempeño
Línea base	**Meta 2018**
2011: 13.7	10.1

Ficha de indicador	
Elemento	**Características**
Indicador	Razón de mortalidad materna (RMM)
Objetivo sectorial	Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país
Descripción general	Número de defunciones maternas por cada 100,000 nacidos vivos
Observaciones	El índice resulta de la división del número de defunciones maternas en un año específico y el total de nacidos vivos ocurridos en ese mismo año, multiplicado por 100,000. Se excluyen muertes maternas tardías, por secuelas, debidas a coriocarcinoma, y con residencia en el extranjero
Periodicidad	Anual
Fuente	Numerador: Base de datos de mortalidad INEGI/SS Denominadora: Subsistema de Información sobre Nacimientos
Referencias	Rectoría: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud

adicionales	Reproductiva Estimación: Dirección General de Información en Salud Monitoreo: Dirección General de Evaluación del Desempeño
Línea base	**Meta 2018**
2011: 43.0	30.0

5. Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud.

Ficha de indicador	
Elemento	**Características**
Indicador	Gasto público en salud destinado a la provisión de servicios personales y no personales en salud
Objetivo sectorial	Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud
Descripción general	Porcentaje del gasto público en salud destinado a la provisión de servicios personales y no personales en salud
Observaciones	El índice resulta de restar al cien por ciento del gasto público en salud el porcentaje del gasto destinado a administración y rectoría del Sistema Nacional de Salud. La definición de administración y rectoría sigue lo estipulado por la OCDE, refiriéndose a actividades de planeación, gestión, regulación, recaudación de fondos y manejo de las demandas del sistema
Periodicidad	Anual
Fuente	Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS)
Referencias adicionales	Rectoría: Secretaría de Salud Estimación: Dirección General de Información en Salud Monitoreo: Dirección General de Evaluación del Desempeño
Línea base	**Meta 2018**
2011: 82.8%	85.0%

Ficha de indicador	
Elemento	**Características**
Indicador	Surtimiento completo de recetas médicas
Objetivo sectorial	Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud
Descripción general	Porcentaje de usuarios de servicios de salud con receta médica a los que se entregó la totalidad de los medicamentos prescritos
Observaciones	Se obtiene dividiendo el número de pacientes a los que se entregó la totalidad de los medicamentos marcados en su receta entre el total de pacientes encuestados con receta médica, multiplicado por cien

Periodicidad	Bienal
Fuente	ENSANUT y Encuesta ad hoc
Referencias adicionales	Rectoría: Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud Estimación: Dirección General de Evaluación del Desempeño Monitoreo: Dirección General de Evaluación del Desempeño

Línea base	**Meta 2018**
2012: 65.2%	90.0%

6. Avanzar en la construcción de un Sistema Estatal de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud.

Ficha de indicador	
Elemento	**Características**
Indicador	Población con carencia por acceso a servicios de salud
Objetivo sectorial	Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud
Descripción general	Porcentaje de personas en situación de carencia por acceso a los servicios de salud
Observaciones	El índice resulta de la división del número de personas en situación de carencia por acceso a los servicios de salud entre el total de la población Una persona tiene carencia por acceso a los servicios de salud cuando no cuenta con adscripción o derecho a recibir servicios médicos de alguna institución que los preste, incluyendo el Seguro Popular, las instituciones de seguridad social (IMSS, ISSSTE federal o estatal, PEMEX, Ejército o Marina) o los servicios médicos privados
Periodicidad	Bienal
Fuente	Numerador y denominador: Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares
Referencias adicionales	Rectoría: Estimación: Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social Monitoreo: Dirección General de Evaluación del Desempeño

Línea base	**Meta 2018**
2012: 21.5	6.0

Ficha de indicador	
Elemento	**Características**
Indicador	Cobertura de acceso efectivo a los servicios de salud
Objetivo sectorial	Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud
Descripción general	Porcentaje de la población con acceso efectivo a los servicios de salud Que un individuo que presenta una condición de salud que identifique requerir atención, esté en condiciones de acudir a un servicio de salud en el que reciba la atención a la condición que lo hizo acudir con el mejor resultado posible
Observaciones	Acceso Efectivo = 100% -(% de la población sin protección financiera) – (% de la población con protección financiera * % de la población con protección financiera que utiliza servicios privados como respuesta a las barreras de los públicos)
Periodicidad	Bianual
Fuente	Encuesta específica, ENSANUT, y Padrón General de Salud
Referencias adicionales	Rectoría: Dirección General de Evaluación del Desempeño Estimación: Dirección General de Evaluación del Desempeño y Dirección General de Información en Salud Monitoreo: Dirección General de Evaluación del Desempeño
Línea base	**Meta 2018**
2012: 51.5%	80.0%

7. Metas Estatales Estratégicas, Alineadas al Sistema SIAFFASPE

Con Impacto en : Atención Sectorial de la Emergencia Obstétrica				
Programa	Estrategia	Actividad	Indicador	Meta
Salud Reproductiva Adolescentes	Mejorar el acceso y la Calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva para las adolescentes	Incrementar unidades alineadas al modelo de atención Integral para la Salud Sexual y reproductiva para los adolescentes	Incrementar el N° de Servicios amigables para fortalecer la infraestructura de servicios específicos en la atención de las y los adolescentes, apegados al Modelo de Atención a la salud Sexual	70%
Salud Reproductiva Adolescentes	Mejorar la competencia técnica de los prestadores de servicios de salud	Fortalecer la competencia técnica y administrativa de los prestadores de servicios de salud sexual y reproductiva	Total del personal operativo capacitado para prestación de servicios de salud reproductiva	70%

8. DENGUE.

Con Impacto en: Dengue				
Programa	Estrategia	Actividad	Indicador	Meta
Dengue	Manejo Integrado del Dengue Manejo Integrado de Dengue	Operar el sistema de vigilancia epidemiológica con ovitrampas en localidades de riesgo.	Vigilancia entomológica de ovitrampas	70%
		Aplicar Larvicida	Cobertura de control larvario	70%
		Control Focalizado a Casos probables	Cobertura de atención focal	
		Aplicar Adulticida en rociado espacial ULV	Cobertura de Nebulización en ULV	100%
		Reproducir capacitación federal a jurisdicciones	Capacitación para el personal de control de vectores	100%

7. 2.- Líneas de Acción Relativas a la Organización del Sector.

Estas líneas de acción surgen del diagnóstico FODA y se ejercen como una respuesta de los hallazgos. Brindan alternativas para destacar, oportunidades para mejorar y alternativas de solución o prevención a las debilidades y amenazas del sector.

El éxito de estas “Líneas de Acción Transversales” y “Estratégicas Relativas a la Organización del Sector” radica en principio por su fundamentación a nivel de Política Sectorial, el seguimiento al ejercicio y su evaluación sistemática de resultados, así como las acciones de mejora continua que se apliquen a dicha línea de acción.

7.2. Líneas de acción estratégicas basadas en el Análisis FODA.

7.2.1 FORTALEZAS ¿Cómo destacar?

Las fortalezas son aquellos elementos de carácter interno y factores positivos que destacan a la Institución, así mismo se incluyen a los programas de salud que por su ejercicio han sobresalido positivamente o son líderes en su género.

De Carácter Jurídico: Aplicable en el plano Nacional/Estatal	Acciones: ¿Cómo destacar?
*Organismo Rector y Normativo.	*Implementación de altos Estándares de Desempeño en la regulación de servicios de salud en el sector. *Convenios de Colaboración Interinstitucional para Subrogación de Servicios.
*Con Autoridad Sanitaria y facultad de vigilar el cumplimiento de la Ley General de Salud.	*Cumplimiento estricto de protocolos de vigilancia Epidemiológica *Vigilancia Estrecha a Nivel Sectorial de la Aplicación de Guías de Práctica Clínica en Programas y Servicios de Salud
*Órgano de Planeación y coordinación de los Servicios de Salud *Órgano Rector, Coordinador y de Consulta, académica en materia de formación de Recursos Humanos en Salud.	-Censos Actualizados de Recursos Humanos disponibles en la región a nivel Sectorial. -Registros Bio-estadísticos de alta calidad en tiempo real. -Fortalecer: a)CEIFRHIS b)Planeación interinstitucional de formación de recursos humanos en salud. c)Capacitación estratégica acorde a las necesidades institucionales de trabajadores de base.

De Carácter Económico y Recursos	Acciones: ¿Cómo destacar?
*Fuentes de Financiamiento Crecientes (Seguro Popular)	*Fortalecer la Afiliación. *Establecer sistemas de control en los procesos de rembolso por Paciente Atendido.
*Organismo con Mayor Infraestructura en Servicios de Salud	Planeación Estratégica de la Infraestructura de Salud (en base a demanda y cobertura de servicios)
*Organismo con Mayor Capital Humano	* Censar y Planificar de manera sectorial
De Carácter Tecnológico/Científico	Acciones: ¿Cómo destacar?
*Organismo Coordinador de la Información en Salud	*Enriquecer con Tecnologías de Vanguardia los sistemas de Información estadística, capacitación y diagnóstico. *Hacer uso efectivo y optimizar el uso de las Tecnologías de Información. *Uso de la Información en Salud.
De Carácter Gerencial	Acciones: ¿Cómo destacar?
Liderazgo	Existe Dinamismo y compromiso profesional entre las Direcciones e Instituciones. Mantenerlo
De Carácter Operativo	Acciones: ¿Cómo destacar?
*Organismo administrador de programas y servicios presupuestados, que contemplan la mayoría de las necesidades en salud de la población. *Organismo Rector del Sector Salud y gestor de becas en Servicio Social en Salud	-Vigilancia y evaluación estrecha y aplicación de recursos enfocada a resultados. -Rendición de cuentas -Ampliación de la Captura en Prestadores de Servicio Social de Profesionales de Salud y Servicios Auxiliares de Salud.

Programas exitosos *Vacunación *Promoción de la Salud *Vigilancia Epidemiológica *Envejecimiento *Laboratorio de Salud Pública *Acreditación *Servicio social	

7.2.2 OPORTUNIDADES ¿Cómo aprovecharlas?

Las oportunidades son aquellos factores, positivos, que se generan en el entorno y una vez identificados pueden ser aprovechados para impulsar al desarrollo.

	¿Cómo aprovecharlas?
*Liderazgo científico	-Reforzar/ fomentar programas de Investigación -Especialmente en programas que impactan a las problemáticas en salud del estado -Convocatorias Interinstitucionales de propuestas -Creación/Instalación de Órganos de Consulta de Investigación y Bioética
*Cultura Organizacional	-Fomento e impulso a Programas de Desarrollo Organizacional
*Eficiencia de uso de los recursos	-Aplicación de Recursos económicos basado en resultados operativos.
*Imagen Institucional (¿Cómo nos vemos a nosotros mismos?, ¿Cómo nos ven las demás Instituciones?, ¿Cómo nos ven nuestros Usuarios?)	Fomento y estimulo al Institucionalismo: -Reconocimiento al merito personal

	-Reconocimiento a los buenos resultados (Interinstitucional) -Reconocimiento y Promoción pública de programas exitosos.
*Colaboración Internacional /Integración Diplomática de Políticas en Salud Publica con países Fronterizos.	-Aumentar las acciones coordinadas de Salud con países vecinos Colaboración e Integración en tiempo real de bases de datos epidemiológicos con países vecinos. -Fortalecer prácticas de Benchmarking con países vecinos

7.2.3 DEBILIDADES ¿Cómo combatirlas?

Las debilidades en una organización de la salud, representan los elementos, recursos, habilidades y actitudes que constituyen un obstáculo que impiden alcanzar los objetivos de una organización. Estos se pueden reflejar en la baja de resultados, indicadores y estadísticas que operan los programas de salud.

Dichas debilidades son problemas, que ya identificados y desarrollando una adecuada estrategia, pueden y deben eliminarse

Ante las debilidades identificadas se proponen las siguientes medidas de intervención como estrategias.

Debilidades	¿Cómo Combatirlas?
Indicadores de Efectividad/Eficiencia en Operación de Programas	-Estandarización de Procesos Administrativos y Gerenciales -Implementación de Sistemas de Gestión de la Calidad en procesos críticos.
Recursos insuficientes	-Implementación de la evaluación sistemática

	de procesos administrativos, en sus mecanismos de gestión operativa. -Fomento del Ejercicio presupuestal basado en indicadores de Resultado. (eficientar recursos).
Acciones Interinstitucionales Coordinadas para la productividad Sectorial.	Diagnóstico Sectorial de las principales causas de incapacidad laboral y ejercicio de acciones coordinadas.
Investigación	-Instalación de la Comisión Estatal de Bioética e Investigación.
Cobertura Integral de Servicios	-Reestructuración del Programa de Referencias y Contra referencias, Institucional/Sectorial. -Modernización tecnológica y extensión de la cobertura de servicios, Instalación del Programa Telemedicina.

7.2.4 AMENAZAS ¿Cómo prevenirlas?

Las amenazas son situaciones negativas, de carácter interno o externo, que pueden atentar contra la misión o visión de la organización.

Amenazas	¿Cómo Prevenirlas?
De Carácter Organizacional *Segmentación y Fragmentación de los Servicios de Salud	*Convenios Interinstitucionales *Ejercicio de la dinámica interinstitucional de integración de servicios. *Simulacros de integración Interinstitucional de servicios en contingencias epidemiológicas.
De Carácter Social *Inequidad en la prestación de servicios (Interculturalidad) *Creciente demanda de Servicios de la Población Flotante	*Promoción, difusión y establecimiento estandarizado de políticas interculturales a nivel sectorial en salud *Universalidad de la cobertura de servicios y fortalecimiento de la portabilidad de seguridad social.

De Carácter Epidemiológico *Surgimiento de Enfermedades Emergentes y Re-emergentes.	*Simulacros de integración Interinstitucional de servicios en contingencias epidemiológicas, en enfermedades Emergentes (H1N1 2009-2010) y Re-emergentes (Cólera 2013).
De Carácter Geo- Climático. *Fenómenos Meteorológicos Cíclicos *Geográficamente nuestro Estado representa un Factor Crítico para el Desarrollo y Dispersión de Brotes Epidemiológicos (Destino Turístico más Grande de América Latina colindancia fronteriza con 2 países).	*Acuerdos Diplomáticos con países vecinos. *Simulacros **Sistemáticos** de integración Interinstitucional y Colaboración Internacional con países vecinos para la prestación de servicios en contingencias epidemiológicas y catástrofes naturales.
De Carácter Económico *Factores que impactan en la estabilidad económica	*Implementación de la evaluación sistemática de procesos administrativos, en sus mecanismos de gestión operativa. *Fomento del Ejercicio presupuestal basado en indicadores de Resultado (eficientar recursos).

8. CONCLUSIONES.

El presente Programa Sectorial de Salud representa una dirección hacia lo que aspiramos los quintanarroenses. Aspiración renovada y que hoy se encuentra reflejada en las decisiones de los gobiernos federal y estatal marcado en los planes de desarrollo: en el federal, con la meta de **México Incluyente** a través de "**asegurar el acceso a los servicios de salud"**; y en el estatal, **Quintana Roo Solidario** con **"Salud para Todos"**. Ambos planes nos dirigen con rumbo a la máxima aspiración de todos los individuos: elevar la calidad de vida.

Para lograr la meta, es necesario contar con lo primero, sin menoscabo de los demás indicadores, que es la **Salud**. Sin ella, los individuos no tienen las condiciones óptimas para la educación, el aprendizaje y el trabajo.

La salud, es competencia de todos, para mantenerla es necesaria la convergencia de la educación, servicios públicos, ambientes saludables, etc. A las Instituciones del Sector Salud, nos compete procurar mantenerla, restablecerla y rehabilitarla, sin embargo para lograrlo es necesario hacer alianzas con todos los sectores para incidir directamente.

El Programa Sectorial de Salud del Estado de Quintana Roo, busca la coordinación, con las instituciones que conforman el Sector Salud: IMSS, ISSSTE, SISTEMA DIF, SEDENA Y SEDEMAR, y a la vez, con las otras Dependencias del Sector Público, y siempre con la participación de los tres órdenes de gobierno: Federal, Estatal y Municipal, con un destinatario especifico: Los Quintanarroenses, y como tal, en esta entidad solidaria, siempre vemos como nuestros hermanos a todos los que viven o se encuentran en Quintana Roo.

Este programa impulsa una política pública integral y democrática como una demanda de la sociedad, con enfoques a corto, mediano y largo plazo, en donde cada una de las estrategias cuente con acciones transversales como un común denominador:

CALIDAD, en el otorgamiento de todos los servicios a los usuarios, que lleguen con oportunidad a todos las comunidades del estado, y con tal calidad, que los haga sentir satisfechos.

EQUIDAD con énfasis a grupos vulnerables, con la finalidad de abatir la discriminación, sobre todo al considerar las condiciones propias de Quintana Roo, en donde conjuntamos 3 zonas con características culturales y económicas distintas, muy diferentes en cada una de ellas: una turística, ubicada en la parte norte del estado, integrada por los municipios de Benito Juárez, Isla Mujeres, Cozumel, Solidaridad y Tulum, conformando la mundialmente reconocida "Riviera Maya"; una Maya, conformada por municipios con mayor concentración de la cultura Maya, Felipe Carrillo Puerto y José Ma. Morelos, ubicados en el centro del Estado, y el municipio de Lázaro Cárdenas, que aunque se ubica al norte de la entidad, comparte características de la zona Maya; y una sur fronteriza con Campeche, y los países de Belice y Guatemala, en donde se encuentran los municipios de Othón P. Blanco y Bacalar.

TRANSPARENCIA con rendimiento de cuentas, no solo ante instancias superiores, sino con cara a la sociedad. Pero además, que la sociedad conozca de las acciones que se realizan, por que se realizan, las dificultades para llevarlas a cabo y que esperamos de la sociedad para que en conjunto, obtener resultados satisfactorios.

En esta estrategia, es en donde se requiere incidir en la población, para que conozcan de que se enferman, que sepan que actualmente estamos viviendo una etapa epidemiológica en donde se conjugan las enfermedades transmisibles como las respiratorias, las gastrointestinales y a la vez, están presentes otras que son resultado de estilos de vida no saludables, como son el sobre peso, obesidad, diabetes e hipertensión, que pueden llevar a las personas a presentar patologías incapacitantes y de alto costo, tanto económico como en lo social. Hoy declaramos como un enemigo común a la obesidad, sin embargo para combatirla, se requiere la participación de las familias en el hogar, en la escuela, de la sociedad, y de las autoridades, sin ese trabajo coordinado, difícilmente se resolverá.

Uno de los problemas que aun nos aqueja en Quintana Roo, es la mortalidad materna y la perinatal. En el pasado 2012, murieron 14 mujeres relacionadas con el embarazo, los esfuerzos que se tienen que realizar en conjunto con trabajadores de la salud – familia y gobierno, lo estamos haciendo ya. Es necesario aun, mejorar la sensibilización en la población, sobre todo, en aquellos grupos en donde las costumbres perduran en estos tiempos y las embarazadas ponen las primeras barreras no buscando con oportunidad la atención dispuesta para ellas, sin embargo se redoblan esfuerzos ya comprometidos, para disminuir en los próximos 3 años al 50% de las tasas actuales de mortalidad materna.

Atención especial nos ocupan los accidentes, en donde la mortalidad por esta causa cada vez es más elevada, y no solo por las muertes, sino también por los daños colaterales que ocasiona: Secuelas que en muchas de las ocasiones dejan limitaciones permanente para la actividad física; económicas, tanto para la familia como para las Instituciones del Sector, que tienen que erogar altos costos de hospitalización, cirugías, rehabilitación, etc.; y emocional, con el daño psicológico para la familia. Para atender este problema de salud pública, es necesario el trabajo coordinado tantos del Sector Salud, como de otras instituciones, para que en alianza se trabaje por una nueva cultura vial, legislando, capacitando en todos los niveles, incluidos los de nivel básico, para tener en el futuro el enfoque de prevención, y sancionando, como medida correctiva inflexible para los que transgredan las normas.

Aceptar que la base de la salud está en el primer nivel de atención, con autoridades e instituciones comprometidas en la gestión de recursos, permitirá lograr una población con conciencia en la prevención, en donde el auto cuidado de la salud juega un papel importante como el primer eslabón de la cadena de atención, en donde en la familia, en el hogar, en el trabajo, se eviten las condiciones de riesgo, de tal manera que juntos, logremos una cultura transformadora y participativa.

Este documento se terminó de elaborar en el mes de octubre de 2013
en la Secretaría de Salud del Estado de Quintana Roo,
Av. Chapultepec No. 267. Col. Centro. C.P. 77000
Chetumal, Quintana Roo, México.