

PLAN INTEGRAL DE SALUD DEL ESTADO DE SINALOA

*Construyendo un Sinaloa
saludable y productivo*

GRUPO DE TRABAJO

María Gladys Faba Beaumont
Javier Enrique Peñuelas Cota
Ezequiel Avilés Ochoa
José Lauro Meléndrez Parra
Thania Karina Parra y Parra
Aurora Alicia Gastelum Martínez
Ana Lucía Díaz de Sandi Sánchez
Ezequiel Avilés López

EQUIPO ADMINISTRATIVO

Jesús Alfonso Ceballos Madueña
Solange Nalley Rangel Jacobo

Plan Integral de Salud del Estado de Sinaloa

Primera edición: noviembre de 2014

D.R. © Consejo para el Desarrollo Económico de Sinaloa
Paseo Niños Héroes 78 Pte.
Colonia Centro, 80000
Culiacán (Sinaloa)

Fotografías de portada: Luis Brito

ISBN:

Editado y hecho en México

Prohibida la reproducción parcial o total de esta publicación por cualquier medio sin previa autorización por escrito del propietario de los derechos reservados.

PLAN INTEGRAL DE SALUD DEL ESTADO DE SINALOA

*Construyendo un Sinaloa
saludable y productivo*

CONSEJO

LIC. MARIO LÓPEZ VALDEZ
PRESIDENTE
GOBERNADOR DEL ESTADO DE SINALOA

LIC. JAVIER LIZÁRRAGA MERCADO
PRESIDENTE EJECUTIVO
PRESIDENTE DE CAFÉ EL MARINO S. A. DE C. V.

LIC. MOISÉS AARÓN RIVAS LOAIZA
VOCAL EJECUTIVO
SECRETARIO DE DESARROLLO ECONÓMICO DE SINALOA

ING. JUAN ENRIQUE HABERMANN GASTÉLUM
PRESIDENTE CRPE ZONA CENTRO
DIRECTOR GENERAL DE LA COSTA, S. A. DE C. V.

ING. SERGIO RADAMÉS DÍAZ MEZA
SUPLENTE

ING. VÍCTOR GODOY ANGULO
SUPLENTE
PRESIDENTE DEL CONSEJO DE SERVICIOS
AGROPECUARIOS DE LA COSTA, S.A. DE C.V.

C.P. ARMANDO VILLARREAL IBARRA
SECRETARIO DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS

ING. SERGIO RUBIO AYALA
PRESIDENTE CRPE ZONA CENTRO NORTE
DIRECTOR GENERAL DE GANADERA RUBIO'S, S.P.R. DE R. L. DE C. V

LIC. GILDARDO AMARILLAS LÓPEZ
SUPLENTE

LIC. JUAN NICASIO GUERRA OCHOA
SECRETARIO DE AGRICULTURA, GANADERÍA Y PESCA

SR. FLORENCIO ANGULO GÁLVEZ
SUPLENTE
DIRECTOR GENERAL AGROPLAN DE GUASAVE, S. A. DE C. V.

ING. FRANCISCO JAVIER CASTILLO HERN
SUPLENTE

LIC. JOSÉ MARIO CADENA BÓRQUEZ
PRESIDENTE CRPE ZONA NORTE
DIRECTOR GENERAL AGRÍCOLA CADENA, S. A. DE C. V.

LIC. GUSTAVO ADOLFO ZAVALA GUERRERO
JEFE DE LA OFICINA DEL GOBERNADOR

DR. FRANCISCO MANUEL CÓRDOVA CELAYA
SECRETARIO DE TURISMO

LIC. JESÚS DEL MURO LEIVA
SUPLENTE
DIRECTOR GENERAL DE ALMACENES DEL MURO

LIC. RAFAEL LIZÁRRAGA FAVELA
SUPLENTE

ING. RODOLFO MADERO RODRÍGUEZ
PRESIDENTE DE GRUPO ALERTA

LIC. FRANCISCO LABASTIDA GÓMEZ DE LA TORRE
COORDINADOR DE PROYECTOS ESTRATÉGICOS

LIC. JAVIER MAGAÑA LIZÁRRAGA
DIRECTOR GENERAL INMOBILIARIA SERJAM, S. A. DE C. V.

LIC. FERNANDO I. VALDEZ SOLANO
PRESIDENTE CRPE ZONA SUR
DIRECTOR GENERAL MUEBLERÍAS VALDEZ

LIC. ALEJANDRO SÁNCHEZ CHÁVEZ
DIRECTOR GENERAL DE PUBLICOM

LIC. FERNANDO MEDRANO FREEMAN
SUPLENTE
DIRECTOR GENERAL OPERADORA MARÍTIMA
DEL PACÍFICO, S. A. DE C. V.

ING. JAVIER PINEDA MENDI
DIRECTOR GENERAL AGRÍCOLA DE SERVICIOS, S. A DE C. V.
ING. SEBASTIÁN ARANA ESCOBAR
DIRECTOR GENERAL MECANIZACIÓN Y PROYECTOS, S. A. DE C. V.

ING. GUILLERMO ELIZONDO MACÍAS
DIRECTOR GENERAL DE GRUPO CERES

LIC. SERGIO ESQUER PEIRO
DIRECTOR GENERAL DE AGRÍCOLA CHAPARRAL

CONSEJEROS HONORARIOS

LIC. ENRIQUE COPPEL LUKEN
PRESIDENTE COPPEL CAPITAL

SR. JUAN MANUEL LEY LÓPEZ
DIRECTOR GENERAL
CASA LEY, S. A. DE C. V.

ING. MARIO CADENA PAYÁN
PRESIDENTE DE CONSEJO DE
DISTRIBUIDORA AGRÍCOLA DE
SINALOA, S. A. DE C. V.

PRESENTACIÓN

La salud de las personas se ve afectada fundamentalmente por tres elementos: las características biológicas y fisiológicas del cuerpo humano; el entorno ambiental, político y económico; y los que se relacionan con el comportamiento individual y colectivo. El cuidado de la salud, por lo tanto, debe articular de la manera más armónica posible estos tres aspectos y representa no sólo un derecho de las personas, sino también una responsabilidad de las instituciones de Salud, de toda la ciudadanía y especialmente de cada individuo.

Los estilos de vida en una sociedad cambiante como la que integramos se han convertido en factores de riesgo de enfermedades transmisibles, crónicas y emergentes, que en décadas anteriores sólo eran atribuibles a factores vinculados con aspectos genéticos y fisiológicos. La vida social representa hoy un factor condicionante del estado de salud de la población, por lo tanto, una adecuada atención a los problemas de salud debe ser ejercida por la propia sociedad organizada.

Sinaloa es un estado con un gran potencial económico y social, su capacidad productiva y competitiva en el país y en el extranjero depende, además de sus recursos económicos y tecnológicos, de sus niveles de reproducción social, los cuales a su vez descansan en las condiciones de salud y bienestar de sus habitantes.

Los grupos sociales sinaloenses vinculados por el CODESIN, como son los miembros de las instituciones de gobierno, empresarios, académicos y sociedad, conscientes de la importancia de

ofrecer una respuesta a los problemas de salud de mayor carga para las instituciones y el gobierno estatal, se han reunido durante estos últimos tres años para analizar a fondo las condiciones de salud del estado, conocer la dimensión de los problemas que afectan a toda la población, en especial a los grupos que viven en condiciones de pobreza, y diseñar un Plan Integral de Salud (PISES) que enfoca sus estrategias y acciones a los determinantes sociales de la salud, con el fin de fortalecer la capacidad de la población para construir una vida saludable y prevenir enfermedades.

El PISES reúne características especiales. En primer lugar, se fundamenta en los resultados de un cuidadoso estudio científico realizado por investigadores especializados en la salud pública, que permitió obtener un diagnóstico de las actuales condiciones de salud de la población de cada uno de los municipios del estado y de la capacidad de respuesta de las instituciones del sistema de Salud. En el proceso de elaboración de este estudio se identificaron los problemas de mayor carga económica y social para el Estado, los factores de riesgo predominantes en la sociedad sinaloense y las intervenciones que podrían ayudar a prevenir y a controlarlos. En segundo lugar, representa un esfuerzo ejemplar de articulación del conocimiento y experiencia de profesionales provenientes de diversos sectores que se relacionan de manera directa e indirecta con el cuidado de la salud, como son educación, medio ambiente, industria, seguridad civil, entre otros.

Los esfuerzos de esta larga y productiva jornada de trabajo han traído como resultado, un plan que incorpora una visión integral del cuidado de la salud. Las estrategias y acciones propuestas se alinean al *Programa Nacional de Desarrollo* y a los programas Nacional y Estatal de Salud y se enfocan especialmente en los problemas de salud que demandan una atención especial en el corto, mediano y largo plazos. Los retos a los que nos enfrenta la diabetes *mellitus*, la obesidad, las enfermedades isquémicas del corazón, los accidentes y la violencia, demandan un abordaje consciente, cuidadoso y responsable no sólo de las instituciones de Salud, sino de los distintos sectores que intervienen en la vida social y económica del estado y en especial de

una sociedad consciente de la importancia de asumir una conducta de corresponsabilidad en el cuidado de su salud.

El PISES es un recurso construido gracias a las contribuciones y al compromiso de las instituciones lideradas por la Secretaría de Salud, de instituciones educativas, de investigación y educación superior, empresas y organizaciones civiles. El concurso de sus representantes y su valiosa contribución en los foros de consenso para validar los resultados del diagnóstico y para definir las estrategias y acciones ha hecho posible esta publicación. Queda ahora en manos de las instituciones y organizaciones de la sociedad sinaloense, para emprender la construcción de un Sinaloa saludable, productivo y altamente competitivo en las próximas décadas.

JAVIER LIZÁRRAGA MERCADO
Presidente Ejecutivo del CODESIN

La elaboración del PLAN INTEGRAL DE SALUD DEL ESTADO DE SINALOA (PISES) es producto del esfuerzo colectivo para construir un estado más saludable y productivo. Se debe reconocer el mérito de cada uno de los colaboradores de la cuádruple hélice (gobierno-empresa-academia-sociedad) para alcanzar los objetivos propuestos para que podamos contar en Sinaloa con un plan de salud al 2035, sin olvidar que nunca se parte de cero, y que sólo se puede llegar más lejos cuando la acumulación del conocimiento de otros es aprovechado para aprender y mejorar. De allí el progreso de las naciones.

Como resultado de este proceso de aprendizaje, contamos con el respaldo de actores clave de la cuádruple hélice para avanzar hacia la implementación de las intervenciones planteadas para contribuir a la solución de los principales problemas de salud de la población en Sinaloa.

CODESIN se compromete a dar seguimiento a la implementación y evaluación del *Plan Integral de Salud del Estado de Sinaloa* y trabajar en coordinación con la Secretaría de Salud del estado y los demás actores del desarrollo, para asegurar que la aplicación del conocimiento desarrollado se refleje en el mejoramiento de la salud de todos los sinaloenses.

ENRIQUE MAYTORENA GARCÍA
Director General del CODESIN

AGRADECIMIENTOS

El CODESIN agradece a:

Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT)

Por el apoyo económico aprobado a través del Fondo Mixto, lo que hizo posible la realización del PISES, durante el periodo de febrero de 2013 a marzo de 2014. Proyecto innovador, único en su tipo a nivel nacional con una visión a largo plazo y un enfoque integral y preventivo.

Secretaría de Salud

Por la apertura innovadora para integrar el conocimiento científico a la política pública de salud, en especial al Dr. Ernesto Echeverría Aispuro, Secretario de Salud, facilitando con su apoyo la construcción y consolidación del PISES. Así mismo, queremos expresar especial gratitud al Dr. Álvaro Acosta Padilla y al personal sanitario adscrito a dicha institución, porque su cumplimiento y aportaciones de calidad hicieron posible concluir exitosamente este proyecto.

Instituto Nacional de Salud Pública

Por la oportunidad de sumar las mejores capacidades nacionales y locales en la construcción de un trabajo de investigación integral sobre el tema de salud, realizando un sólido *Diagnóstico Integral de Salud del Estado de Sinaloa*, base fundamental de planeación para la priorización de las estrategias e intervenciones del PISES en el corto, mediano y largo plazos.

INTRODUCCIÓN

Aun cuando las condiciones de salud de la población en Sinaloa se mantienen similares al promedio nacional y muestran avances en el aumento de 2.2 años en la esperanza de vida, en el descenso relativo de la mortalidad materna (62%) y en el descenso de la mortalidad infantil (55%), el estado continúa en la etapa de transición epidemiológica, caracterizada por el traslape de enfermedades propias del rezago en salud, con las enfermedades crónico-degenerativas, que resultan de los nuevos riesgos por cambios en la estructura demográfica de los veinte años recientes y de estilos de vida determinados por la industrialización y la urbanización.

En los diez años recientes, estudios sobre las causas de los problemas de salud en el mundo —en especial en los países en desarrollo— demuestran que gran parte de las enfermedades infecciosas y crónicas están determinadas por las condiciones sociales y económicas de la población. Los grupos sociales que viven en condiciones de pobreza y pobreza extrema muestran mayor vulnerabilidad a problemas de salud. También hay evidencia de que los factores de riesgo por estilos de vida inadecuados generan incrementos en la mortalidad de la población joven y de adultos en edad productiva. Problemas de conducta relacionados con las adicciones, violencia y accidentes, incrementan lesiones y discapacidades, lo cual genera una carga importante en el sistema de salud y en la sociedad.

De acuerdo con las proyecciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO), se estima que el crecimiento poblacional

El PISES se fundamenta en un diagnóstico integral de salud, su análisis y su posterior planeación estratégica; y para su concreción y consolidación es fundamental la participación de la cuádruple hélice gobierno-empresa-academia-sociedad.

de Sinaloa ascenderá de 2.9 (2013) a 3.1 millones de habitantes (2030). La pirámide de población estatal señala el cambio en la estructura por edad de 1990 a 2010; la estimación a 2030 es la reducción porcentual de niños y jóvenes a 22.8, la concentración de población en edad económicamente activa (66.1%) y el ensanchamiento de la pirámide en su cúspide; es decir, un incremento de adultos mayores a 11.1 por ciento.

En este escenario, las instituciones del sector salud enfrentan importantes problemas derivados, precisamente, de este traslape en el perfil epidemiológico. Por un lado, con las enfermedades infecciosas y las generadas por la violencia, o las deficiencias nutricionales (propias del rezago); por otro, con las enfermedades crónico-degenerativas y las neoplasias, que cambian de manera importante las necesidades de atención médica y cuyo panorama en el corto plazo tiende a agudizarse. Las enfermedades crónicas son la principal causa de mortalidad y de demanda de servicios a las instituciones de salud. Esta situación se exacerba a causa del aumento de la morbilidad y mortalidad por causas externas, principalmente accidentes y violencia.

Una política orientada a mejorar las condiciones de vida y el bienestar de la población sinaloense demanda atención especial en las condiciones sociales y económicas de los problemas de salud, lo cual exige una visión integral que trascienda las fronteras del sector salud para incorporar a los sectores de educación, transporte, industria, desarrollo social y medio ambiente, entre otros. Las acciones en beneficio de la salud deben ser el resultado de esfuerzos de los sectores público y privado, organizaciones civiles y academia, con la finalidad de atender todos los frentes que demanda la prevención de problemas de salud y la atención y control de enfermedades.

Con esta visión, el Consejo para el Desarrollo Económico de Sinaloa (CODESIN) impulsó la iniciativa de diseñar un *Plan Integral de Salud del Estado de Sinaloa* (PISES), fundamentado en un diagnóstico integral de salud realizado por investigadores del Instituto Nacional de Salud Pública de México y en ejercicios de análisis y planeación estratégica en los que participaron representantes de instituciones públicas, privadas y organizaciones civiles convocados por el Consejo. El propósito de estas

sesiones fue analizar los aspectos fuertes y débiles de las condiciones de salud y el desempeño de los servicios de salud, así como la prospectiva a 25 años. Las conclusiones lograron el consenso de que es imperativo girar la atención a la salud hacia una visión preventiva, integral y de largo plazo.

La salud es un bien de indiscutible valor social y demanda acciones más allá de los límites sexenales. Por las características epidemiológicas de la sociedad moderna, como es la sinaloense, se requiere articular esfuerzos y voluntades no sólo de los sectores de gobierno, sino de la participación y corresponsabilidad de la sociedad civil.

Para el CODESIN y las instituciones participantes en el diseño del PISES, este plan es un recurso estratégico de la Alianza por la Competitividad, esquema para el crecimiento y desarrollo fundamental del Consejo. En este modelo, la salud es asumida como un insumo básico para la población porque genera bienestar y crea las bases para generar una sociedad progresivamente productiva y competitiva.

El diseño y desarrollo del PISES ha permitido identificar los factores económicos, sociales, culturales y políticos, que determinan los problemas de salud y afectan las condiciones de bienestar de la población. Asimismo, este plan inicia un nuevo concepto de la atención a la salud. Propone tres pilares centrales: (a) *prevención de las enfermedades* y promoción de salud; (b) *visión de largo plazo* para generar las bases institucionales de continuidad de los programas y acciones estratégicas de prevención y atención a problemas de salud, y (c) *acciones intersectoriales* para atender a la salud desde los sectores público y privado que influyen en alguna medida en las condiciones de salud de la población. Un requisito fundamental es que estas acciones se articulen con la rectoría de la Secretaría de Salud del estado.

El PISES se presenta a la sociedad sinaloense como un recurso potenciador de estrategias y programas contenidos en el *Programa Nacional de Salud 2013-2018* y atiende los principios básicos señalados en el *Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018*. Para ello, enfoca sus estrategias y acciones en seis problemas de salud que, de acuerdo con el *Diagnóstico Integral de Salud del Estado de Sinaloa*, deben atenderse con visión preventiva, integral

Con los fundamentos del PISES, se espera que en el mediano plazo podamos contar con un estado ejemplar en el país, con una sociedad fuerte, sana, productiva y competitiva.

e intersectorial, con la finalidad de reducir en el mediano y largo plazos la importante carga que son para el sistema de salud. Estos problemas se señalan con mayor detalle en los siguientes capítulos.

La elaboración de este plan ha sido el resultado de un proceso de dos años de trabajo y colaboración profesional y técnica de un gran número de personas representantes de instituciones del gobierno estatal, la iniciativa privada, organizaciones civiles y la academia.

Esta publicación contiene, en primer lugar, los aspectos centrales del diagnóstico integral (capítulo I) y el análisis prospectivo (capítulo II) de las condiciones de salud de la población sinaloense. Enseguida, se establece la misión, objetivos y líneas de acción del PISES (capítulo III) y las recomendaciones de intervención para prevenir y controlar los seis problemas de salud (capítulo IV) identificados y priorizados por los representantes de las instituciones que colaboraron en el planteamiento de este Plan. Por último, se señalan las acciones de gestión de este Plan como recurso de política pública (capítulo V), alineadas al *Programa Nacional de Salud 2013-2018*.

El CODESIN presenta el PISES para contribuir con las instituciones de gobierno —en especial con la Secretaría de Salud, como rectora de las políticas de salud en el estado— en la construcción de un sistema basado en la mayor equidad, focalizado en grupos vulnerables y en comunidades marginadas, y en la oferta de servicios de buena calidad y seguridad para el paciente. Con estos fundamentos, se espera que en el mediano plazo podamos contar con un estado ejemplar en el país, con una sociedad sana, productiva y competitiva.

ÍNDICE

| | |
|-----------------|----|
| Presentación | 7 |
| Agradecimientos | 12 |
| Introducción | 13 |

Capítulo I

| | |
|--|----|
| Diagnóstico Integral de Salud del Estado de Sinaloa | 19 |
| EL ENTORNO DE LA SALUD | 19 |
| CONDICIONES DE SALUD | 30 |
| CAPACIDAD DE RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD | 51 |

Capítulo 2

| | |
|---|----|
| Prospectiva de la salud en Sinaloa | 71 |
| INTRODUCCIÓN | 71 |
| TENDENCIAS ECONÓMICAS, SOCIALES Y DEMOGRÁFICAS | 72 |
| TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA | 72 |
| CRECIMIENTO ECONÓMICO | 73 |
| ESTRUCTURA PRODUCTIVA | 74 |
| INGRESO POR HABITANTE | 75 |
| MERCADO LABORAL Y GENERACIÓN DE EMPLEO | 76 |
| PROSPECTIVA DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD | 78 |
| LOS ESCENARIOS FUTUROS DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD | 79 |
| PRINCIPALES RETOS | 85 |

Capítulo 3

Objetivos, estrategias y líneas de acción del PISES | 87

MISIÓN | 87

VISIÓN | 87

OBJETIVOS, ESTRATEGIAS Y LÍNEAS DE

ACCIÓN DEL PISES | 87

ESTRATEGIAS MUNDIALES PARA PROBLEMAS

PRIORITARIOS DE SALUD PÚBLICA, PRINCIPALES

RETOS DEL SISTEMA DE SALUD Y COMBATE DE

FACTORES DE RIESGOS PRIORITARIOS | 100

Capítulo 4

Recomendaciones de intervención de salud pública para atender la diabetes *mellitus*, obesidad, lesiones causadas por accidentes, cáncer de mama y control de tabaco | 109

INTRODUCCIÓN | 115

Capítulo 5

Gestión del PISES como un recurso de política pública de salud en el estado de Sinaloa | 115

INTRODUCCIÓN | 115

CONCLUSIONES | 123

Opiniones | 125

Colaboradores del PISES | 131

CAPÍTULO I

DIAGNÓSTICO INTEGRAL DE SALUD DEL ESTADO DE SINALOA

*Un diagnóstico integral de salud basado en
las condiciones externas e individuales*

EL ENTORNO DE LA SALUD

Los indicadores de desarrollo económico y social de Sinaloa mantienen un comportamiento similar al del promedio del país. Es uno de los estados agrícolas más importantes de la economía nacional y si bien la contribución más alta al Producto Interno Bruto (PIB) nacional proviene del sector servicios (en especial del comercio), la producción agrícola es una actividad económica importante, gracias a su calidad y competitividad en el mercado internacional. Al igual que en el resto del país, Sinaloa vive un acelerado proceso de urbanización que ha estimulado la expansión del sector servicios, sobre todo el de la comercialización. Las repercusiones sociales de un sector terciario irregular determinan la presencia de una población estatal en condiciones de vulnerabilidad en el acceso a los servicios de salud y, por consecuencia, a la seguridad social que podría garantizar el acceso equitativo y mejores condiciones de salud y bienestar.

El desarrollo económico y social del estado se basa en un comportamiento desigual entre sus municipios, predominando aquellos en los que se concentra población en condiciones de pobreza, pobreza extrema y con rezago educativo. Estos factores sociales y económicos inciden de manera muy importante en las condiciones de salud y en las posibilidades de resolver a mediano y largo plazos problemas de salud determinados no sólo por condiciones biológicas de los individuos, sino fundamentalmente por sus estilos de vida, hábitos y conductas.

Sinaloa cuenta con recursos naturales que ofrecen condiciones de vida favorables para sus habitantes. El 97.01% de la población habita en zonas térmicas cálidas de 22 a 26°C; el 2.01% en zonas térmicas semicálidas de 18 a 22°C y menos del 1% en zonas templadas o semifrías de 5 a 18°C. En las jurisdicciones 1, 2, 3 y 4, localizadas en los municipios de Ahome, Guasave, Salvador Alvarado y Culiacán, respectivamente, más del 85% de la población habita en zonas de precipitación baja (menos de 600mm anual), mientras que sólo el 2.45 y 6.01% de la población en las jurisdicciones 5 y 6 habita en zonas con rangos de precipitación más altas (entre 1200 y 2000 mm).

Condiciones económicas y sociales

Sinaloa aparece entre los 16 estados que aportan mayor porcentaje al PIB nacional (2.1). Su tasa de crecimiento promedio, en 1994-2011, se mantuvo en el 1.9%, es decir, por debajo del promedio nacional (2.7). La agricultura, eje productivo de la economía estatal, registra en los últimos años una problemática compleja y recurrente. A los frecuentes problemas de sequía, crédito y comercialización, se suma una amplia oferta de bienes agrícolas en el exterior. Las actividades agrícolas de la entidad tienen una rentabilidad declinante, aunque mantienen alta participación en la economía estatal (7.9%), más del doble del promedio nacional (3.1%). El sector industrial conserva baja participación en la economía estatal (1.4%) y el sector servicios ha mostrado la mayor expansión, en especial el comercio, cuya participación en el PIB estatal es de 23 por ciento.

De acuerdo con el Censo 2010, las actividades económicas que más aportan al PIB son las terciarias, como el comercio, transporte, preparación de alimentos y bebidas (67.66%), industria manufacturera y minería (19.31%) y la agricultura, el aprovechamiento forestal y la pesca (13.03%). Entre 2004 y 2011, la entidad se situó en el lugar nacional 20 en crecimiento económico y es la de menor dinámica en el noroeste. Su ritmo de crecimiento es de 2.4, similar al promedio nacional (2.5).

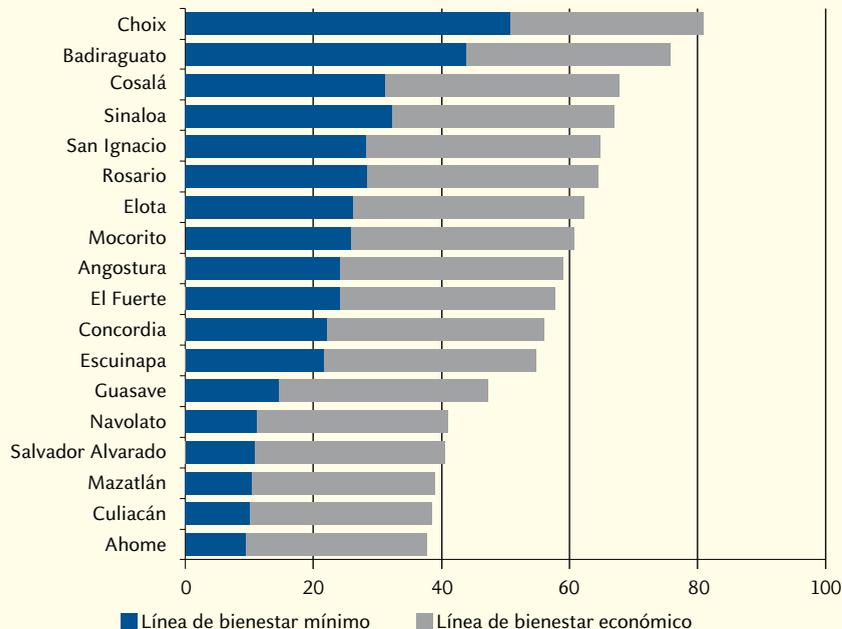
La infraestructura económica y productiva de mayor peso se concentra en cinco de los 18 municipios (Ahome, Guasave, Salvador Alvarado, Culiacán y Mazatlán) y las áreas de mayor marginación se localizan en los 13 restantes (Angostura, Badiraguato, Concordia, Cosalá, Choix, Elota, Escuinapa, El Fuerte, Mocorito, Navolato, Rosario, San Ignacio y Sinaloa). En los primeros, hay un proceso de urbanización donde los habitantes tienen relativamente mayor acceso a los servicios de educación, salud, agua potable y electrificación, y en los segundos se mantiene mayor porcentaje de población viviendo en condiciones mínimas de bienestar (figura 1.1).

Sinaloa ocupa el lugar 24 en porcentaje de población en condiciones de pobreza y el 23 en pobreza extrema, por lo tanto se ubica entre las diez entidades con menor pobreza en el país.

Polarización económica y productiva en el estado de Sinaloa: 5 de los 18 municipios concentran la infraestructura de producción del estado.

FIGURA 1.1

Porcentaje de población por municipio con ingreso inferior a la línea de bienestar económico e ingreso inferior a la línea de bienestar mínimo. Sinaloa, 2010.



FUENTE: Elaborada a partir de estimaciones del CONEVAL, con base en el MCS-ENIGH 2010 y la muestra del Censo de Población y Vivienda 2010.

En 2010, del total de la población que habitaba en el estado, 36.5% se encontraba en situación de pobreza.

En Sinaloa, 50% de la población está en el mercado laboral informal, esto representa condiciones de vulnerabilidad en el acceso a servicios de salud.

Según estadísticas del Consejo Nacional de Evaluación de Política de Desarrollo Social (CONEVAL), en 2010, del total de la población que habitaba en el estado, 36.5% se hallaba en situación de pobreza, con un promedio de carencias de 2.2.¹ El 5.4% del total de la población se ubicaba en condiciones de pobreza extrema con un promedio de carencias de 3.6; el porcentaje de población no pobre y no vulnerable fue de 22.1.

Los municipios que albergan la mayor proporción de población en condiciones de pobreza son Choix (79.1%), Badiraguato (74.8%), Cosalá (66.1%) y con menor proporción Mazatlán (28.1%), Culiacán (29.8%) y Ahome (30.69%).

Los datos del CONEVAL señalan que, en 12 de los 18 municipios, más del 55% de la población cuenta con un ingreso inferior a la línea de bienestar económico. La diferencia más importante sucede entre los municipios de Choix y Ahome. El primero, con más del 80% de su población por debajo de la línea de bienestar económico, mientras que en Ahome el porcentaje es de 38% (figura 1.1).

Las condiciones de desarrollo de Sinaloa que, al igual que en el resto del país, reflejan una importante desigualdad entre sus regiones y municipios, componen un escenario de grandes retos para atender los problemas de salud. Entre ellos, la distribución de la población en el mercado laboral. La tasa de ocupación informal de la población estatal alcanza el 50%, lo que significa condiciones de vulnerabilidad en la atención a la salud al no contar con un esquema formal de seguridad social. El 22.2% de la población del estado no tiene acceso a servicios regulares de salud y no está incorporado a un sistema de seguridad social.

1 Una persona se encuentra en situación de pobreza cuando tiene, por lo menos, una carencia social (en los seis indicadores de: rezago educativo, acceso a servicios de salud, acceso a la seguridad social, calidad y espacios de la vivienda, servicios básicos en la vivienda y acceso a la alimentación) y su ingreso es insuficiente para adquirir los bienes y servicios que requiere para satisfacer sus necesidades alimentarias y no alimentarias.

Ocupación y desocupación

En el periodo 2000-2012 la población ocupada tuvo un incremento del 6.7%, pero la población desocupada creció 72% en el mismo periodo. El principal reto es la transición de la población menor de 14 años al ingresar a la Población Económicamente Activa (PEA), porque un porcentaje importante lo hace como población desocupada.²

El sector terciario ocupa la mayor cantidad de personas, mientras que los sectores primario y secundario perdieron participación en el periodo 2005-2010. En el sector servicios, las actividades de comercio y los servicios diversos son las actividades con mayor número de personas ocupadas. La tasa de informalidad es ligeramente mayor para las mujeres que para los hombres (55.98% y 54.52%, respectivamente).³

Desigualdades en salud

Rezago educativo

El promedio de analfabetismo en la población de los 18 municipios alcanza el 5.4% y el promedio de años escolares cursados es de 7.84. El mayor porcentaje de analfabetismo corresponde a los municipios donde se concentra el mayor porcentaje de población

2 Población inactiva disponible: constituida por las personas de 12 y más años que no trabajaron ni tenían empleo y no buscaron activamente uno por desaliento o porque piensan que no se les daría por la edad; porque no tienen estudios, etc., pero que estarían dispuestas a aceptar un trabajo si se les ofreciera; sin embargo, no buscan activamente uno. Población inactiva no disponible: formada por la población de 12 y más años que en la semana de referencia no trabajó ni tenía empleo; tampoco buscó activamente uno y no estaría dispuesta a aceptar un trabajo, aunque se lo ofrecieran, por dedicarse a los quehaceres del hogar, estudios o ser jubilados o pensionados, estar incapacitados para trabajar o pertenecer al grupo de otros inactivos, como ociosos voluntarios y alcohólicos, entre otros.

3 *Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE)*, 2012.

en condiciones de pobreza extrema: Choix (9.7%), Sinaloa (8.4%), Badiraguato (8%) y Cosalá (8%).

Grupos vulnerables

La desigualdad en las condiciones de salud también aparece entre hombres y mujeres y entre grupos de diferente edad. En los años recientes, la mortalidad es mayor en la población masculina y muestra un comportamiento inverso en la población femenina.

La relación directa entre pobreza y tasa estandarizada de mortalidad es más acentuada en zonas urbanas que en rurales para casi todos los rangos de edad, con excepción del grupo de 65 a 75 años. Es probable que la mortalidad infantil en zonas rurales sea mayor, pero por condiciones sociales, la mortalidad en niños de 0 a 4 años no se registra.

A escala estatal, la relación entre pobreza y marginación con la esperanza de vida sigue un patrón parecido al que se ha encontrado en el reporte de la Comisión de los Determinantes Sociales, de la Organización Mundial de la Salud (OMS): la esperanza de vida disminuye, según aumenta la marginación y la pobreza.

Acceso a los servicios de salud

Sinaloa se ubica en el décimo lugar respecto al porcentaje de población con carencias de acceso a los servicios de salud, con el 21.4% del total de habitantes. De acuerdo con los datos publicados por el CONEVAL a escala municipal, el porcentaje de personas con carencias de acceso a los servicios de salud es superior al promedio estatal en seis de los municipios más poblados, en los cuales se observó alta densidad poblacional, menor rezago educativo y menor porcentaje de población viviendo en la pobreza: Guasave, Culiacán, Mazatlán, Salvador Alvarado y Ahome.

Acceso a la seguridad social

La falta de acceso a la seguridad social es uno de los principales problemas en el país. Aunque el estado ocupa el noveno lugar

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la esperanza de vida disminuye, según aumenta la marginación y la pobreza.

21.4% de los habitantes de Sinaloa presentan carencias de acceso a los servicios de salud y más del 50% carece de la seguridad social.

en porcentaje con menor número de personas sin acceso a la seguridad social, más del 50% carece de ella. Sólo cuatro municipios tienen porcentajes inferiores al estatal y en ocho de ellos supera el 70 por ciento. Navolato posee la tasa estandarizada de muerte más alta en el estado, teniendo como principal causa de defunción la violencia, pero es el segundo municipio con menos personas con carencia de acceso a seguridad social.

Los riesgos de perder años de vida saludable es mayor en los municipios con más alta marginación, como Choix, Badiraguato, Cosalá y Sinaloa, en donde hay mayores niveles de pobreza, rezago educativo y predominio del empleo informal, expresado en la carencia de acceso a la seguridad social.

Calidad y espacios en la vivienda

El 8.5% de la población de Sinaloa tiene carencias por calidad y espacios en la vivienda. El estado ocupa la posición 8 en el contexto nacional. Sin embargo, a escala municipal 11 de los municipios superan el porcentaje estatal y en Choix más del 30% de sus habitantes padece carencias de este tipo (CONEVAL, 2010).

Dinámica demográfica

En la perspectiva de impulsar un plan integral de salud con énfasis en la prevención y con visión de largo plazo, la distribución geográfica de la población, así como por edades y sexo, es un indicador útil para fundamentar estrategias y acciones de atención, de acuerdo con las demandas de cada sector. La tendencia de envejecimiento es un factor en especial importante, porque la planeación de los servicios en el mediano plazo deberá considerar las demandas de este sector poblacional. El incremento de la proporción de adolescentes en la estructura poblacional también exige fortalecer políticas para controlar los factores de riesgo de este grupo poblacional.

Los datos de este apartado señalan que en los veinte años recientes hay una dinámica demográfica caracterizada por descensos en los niveles de fecundidad y variaciones en los niveles de

Los municipios con más alta marginación son los que tienen mayores riesgos en salud.

Progresivo envejecimiento de la población sinaloense, durante los últimos veinte años.

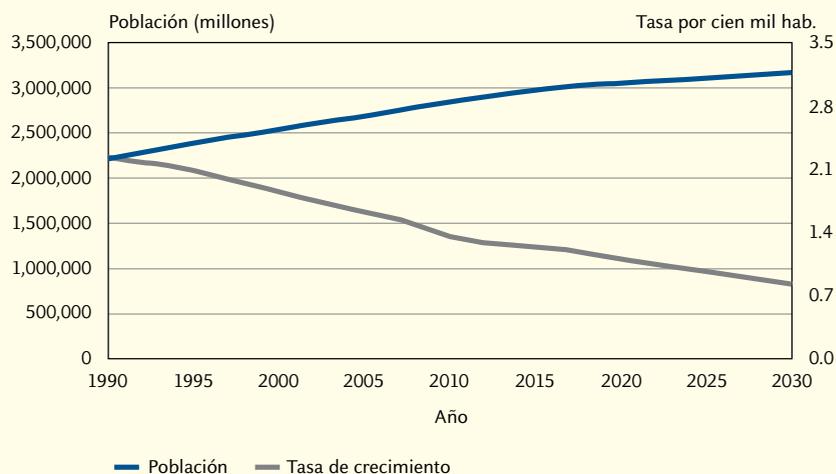
mortalidad; en consecuencia, por un progresivo envejecimiento. En 1990, la población de Sinaloa era de 2.2 millones de habitantes y crecía a una tasa promedio anual de 2.2%; hacia 2010 alcanzó los 2 767 761 millones con una tasa de crecimiento anual de 1.3%, ocupando el 15° lugar nacional por su número de habitantes.

De acuerdo con las Proyecciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO), se estima una población de 3.1 millones de habitantes hacia 2030, con una tasa de crecimiento anual que se reducirá a 0.83 por ciento. Aunque la tasa de crecimiento ha descendido gradualmente por la inercia demográfica, la población ha crecido y seguirá creciendo en números absolutos, pero a ritmo menor (figura 1.2).

La distribución geográfica en el estado se ha caracterizado por una importante concentración de población en lo que podríamos denominar polos de desarrollo. En 2010, el 72.1% se concentró en cuatro municipios (Culiacán, 31.0%; Mazatlán, 15.8%; Ahome, 15.0%; y Guasave, 10.3%), mientras que en 2000

FIGURA 1.2

**Población y tasa de crecimiento poblacional.
Sinaloa, 1990-2030.**



FUENTE: CONAPO, «Estimaciones y proyecciones de la población por entidad federativa (1990-2010, 2010-2030)».

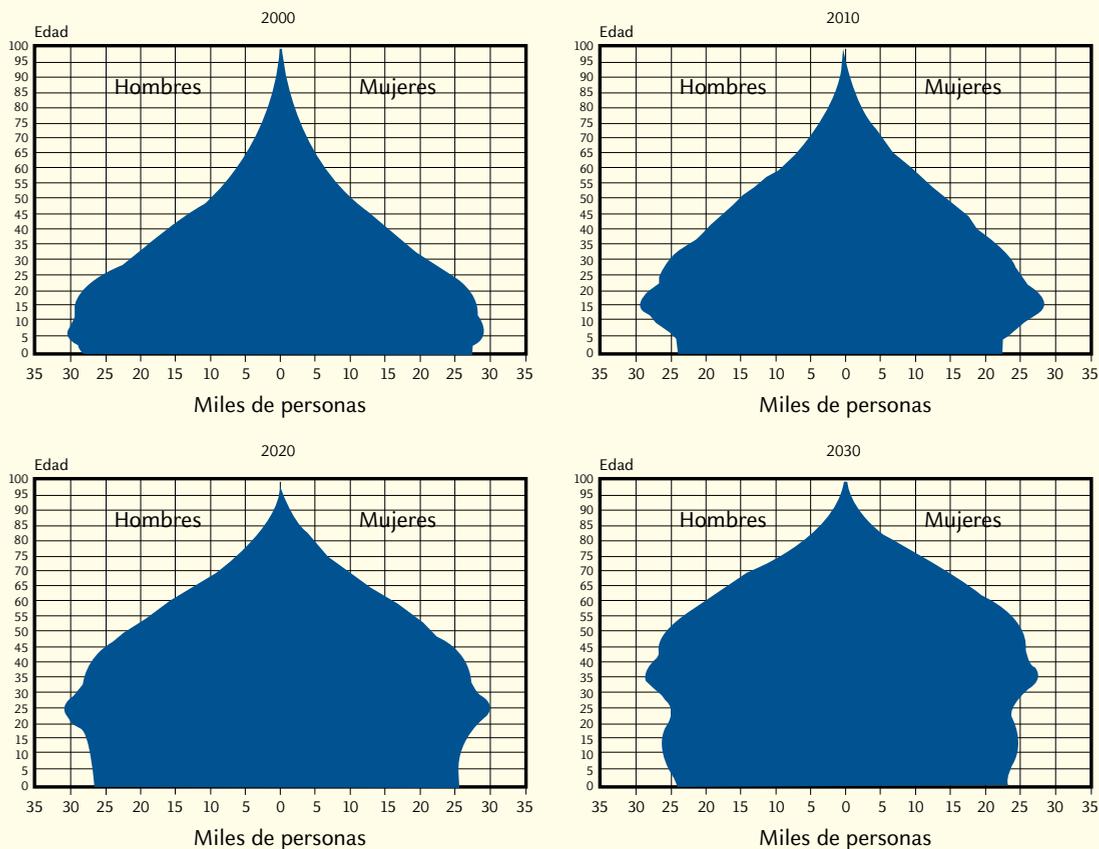
estos mismos municipios albergaban 69.5% de la población total. Los municipios con mayor población urbana y que están por encima del promedio estatal son Mazatlán (92.8%), Salvador Alvarado (87.5%), Culiacán (86.5%), Escuinapa (80.7%) y Ahome (80.5%). Los más rurales son Badiraguato (87.6%) y Sinaloa (80.3%).

La tendencia de urbanización muestra que los municipios de Navolato (15.7%), Angostura (9.5%), Culiacán (8.7%), Cosalá y Elota (8.3%), son los que más han crecido.

La pirámide estatal de población (figura 1.3) muestra el cambio en la estructura por edad de 2000 a 2010 y la estimación hasta

FIGURA 1.3

Estructura y evolución de la población sinaloense, 2000, 2010, 2020 y 2030.



FUENTE: INEGI, XI Censo General de Población y Vivienda 1990 y XII Censo de Población y Vivienda 2010. CONAPO, Proyecciones de la Población de las Entidades Federativas, 2010-2030.

Los municipios urbanos concentran mayor población femenina y los rurales, mayor población masculina.

2030, distinguiéndose una reducción de la base, es decir, de niños y jóvenes de 0 a 14 años a 28.5%, una concentración de población en edad económicamente activa, con 64.5%, y un ensanchamiento de la pirámide en su cúspide, es decir, un incremento del 6.6% de adultos mayores (de 60 años o más). Se ha estimado para 2030 que este grupo de población alcanzará el 11.4% de la población total (INEGI, CONAPO, 2010).

Los municipios urbanos concentran mayor población femenina. La relación entre el número de hombres por cada cien mujeres es de 96.9 en Culiacán, 97.3 en Mazatlán y 97.4 en Ahome, con excepción de Salvador Alvarado, que es de 96.6 hombres por cada cien mujeres. Por el contrario, en los municipios rurales hay predominio de población masculina. Por ejemplo, San Ignacio, con 108.0; Choix, con 107.8, y Badiraguato, con 107.3 hombres por cada cien mujeres. La proporción de niños y adolescentes va disminuyendo de manera progresiva, pasando del 38.4% en 1990 al 22.8% en 2010 con un descenso del 15.6% en el periodo, mientras que los grupos de adultos crecen en 8.7% y los adultos mayores en 2.6 por ciento. Hacia 2030, el crecimiento de la población mayor a 65 años habrá crecido casi tres veces más en un periodo de 40 años, lo cual significará un reto importante en la atención a la salud de este grupo.

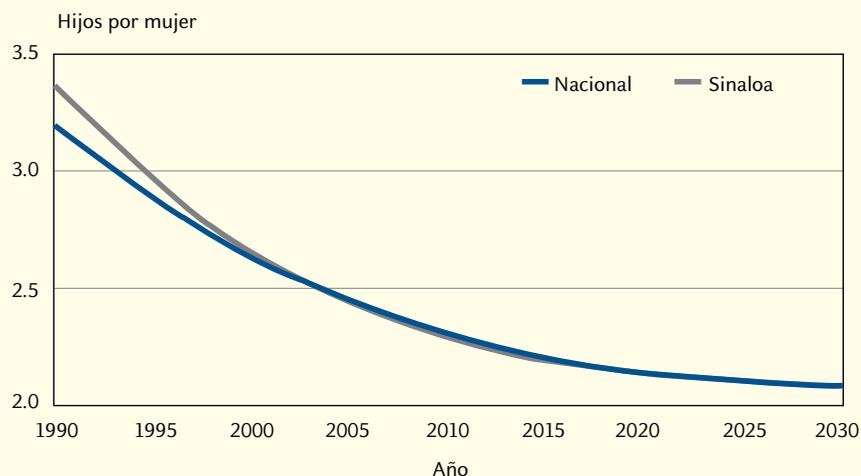
La estructura de edad por municipio señala que los que concentran población más joven de 0 a 14 años son Cosalá, con 34.6%, y Elota, con 32.9 por ciento. El mayor porcentaje de personas en edad laboral se encontró en Mazatlán (66.5%), que podría ser una atracción para el mercado laboral de ese municipio. Los porcentajes de población más envejecida corresponden a los municipios más rurales: Mocorito (11.6%) y San Ignacio (10.6%), lo cual puede ser resultado de la migración de los jóvenes para trabajar en centros urbanos, dejando una concentración de adultos mayores.

Tasa de fecundidad

La tasa bruta de natalidad ha experimentado un descenso acelerado, como consecuencia, en gran medida, de la utilización extendida de métodos anticonceptivos y de las condiciones so-

FIGURA 1.4

Tasa global de fecundidad. Sinaloa y México, 1990-2030.



FUENTE: CONAPO, «Estimaciones y proyecciones de la población por entidad federativa (1990-2010, 2010-2030)».

cioeconómicas y culturales del estado. En 1990, la tasa bruta de natalidad en Sinaloa alcanzó niveles de 26.9 nacimientos por cada mil habitantes, cifra que disminuyó en 7.9 puntos, llegando en 2010 a 19.0 nacimientos por cada mil habitantes, similar al nacional, con 19.7 (figura 1.4).

En 1990, el número de hijos promedio por mujer era de 3.2, 2.3 en 2010, y se espera que hacia 2026 se ubique por debajo del nivel de reemplazo generacional, que es de 2.1 hijos por mujer, comportamiento muy similar al nacional.

Migración

Uno de los sectores más afectados en el acceso a servicios de salud son los migrantes. En Sinaloa, las zonas de alta producción agrícola experimentan la presencia de población flotante en los periodos de siembra y cosecha.

Actualmente de la población de Sinaloa, la nativa o nacida en la entidad es del 89.1%; el 9.6% provienen del resto del país y, por último, el 1.2% a extranjeros.

Sinaloa presenta pérdida poblacional por migración a otros estados del país e internacional. La población sinaloense se redujo

La tasa bruta de natalidad ha experimentado un descenso acelerado, entre los factores intervinientes están:

- La utilización extendida de métodos anticonceptivos.
- El incremento en mejores condiciones socioeconómicas, y culturales del estado.

Cerca de 5 mil personas abandonan cada año el estado de Sinaloa para emigrar a otros países, principalmente a Estados Unidos.

en 10 200 personas en 2010, como consecuencia de la diferencia por la emigración de 27 883 personas y la inmigración de 18 840 individuos. Estos movimientos poblacionales dieron como resultado que la tasa haya ido en aumento, en comparación con el registrado en 1990 (-2.0 por cada mil habitantes). Los estados hacia donde los sinaloenses migran principalmente son Baja California, Sonora y Jalisco. La migración internacional también genera una pérdida de población, ya que cerca de cinco mil personas abandonan cada año el estado para vivir en otro país, dirigiéndose casi en su totalidad a Estados Unidos. La tasa de migración neta internacional en 2010 fue de -0.4 por mil personas.

CONDICIONES DE SALUD

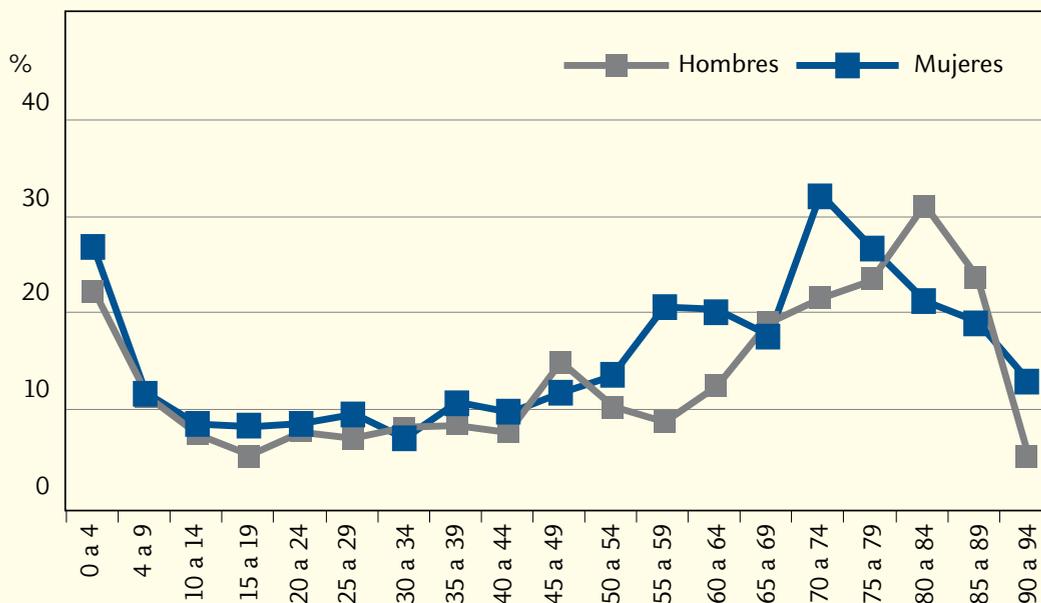
En Sinaloa se han logrado destacados avances en salud pública, definidos en los compromisos internacionales, nacionales y locales, entre ellos, el aumento de la esperanza de vida en el estado de 2.5 años entre 1990 y 2014. En este último año, el promedio de esperanza de vida en el estado es 75.1 años y en el país 74.7, esto representa una diferencia de 0.4 años mayor al promedio nacional (INEGI, 2014).

Otros avances son los relacionados con el descenso de la mortalidad. Por ejemplo, la mortalidad materna disminuyó más del 62% entre 2007 y 2012; la mortalidad infantil bajó alrededor del 57% entre 1990-2010, al pasar de 24.4 a 10.6 defunciones por cada mil nacimientos, lo cual demuestra una mayor reducción que la tasa promedio nacional, a lo anterior se agrega, la reducción en 22.8 fallecimientos causados por tumores malignos en el mismo periodo. El control de cáncer de útero ha sido uno de los mayores logros, al reducir la mortalidad en dos terceras partes en el mismo periodo, pasando del 30.8 a 10.3 muertes por cien mil mujeres mayores de 15 años.

Una mención especial merece la cobertura estatal de casi el 100% del Programa de Vacunación Universal y la reducción de enfermedades diarreicas en 37.9% en 2006-2012.

En Sinaloa, la prevalencia periódica de algún problema de salud se localiza en los grupos de mujeres de 70 a 74 años, que

En el año 2014 el promedio de esperanza de vida en el estado es de 75.1 años y en el país de 74.7, esto representa una diferencia de 0.4 años mayor al promedio nacional.

FIGURA 1.5**Prevalencia lápsica de algún problema de salud. Sinaloa, 2012.**

FUENTE: ENSANUT 2012.

llega a 32.5%; en cambio, en los hombres alcanza el 30% en grupos de entre 80-85 años (figura 1.5).

Daños a la salud⁴

Los daños a la salud (enfermedad, muerte y discapacidad) en Sinaloa tienden a concentrarse en población en edad productiva: entre 15 y 64 años; en adultos mayores de 65 años se deben,

4 Para analizar el perfil epidemiológico de la población sinaloense, se han utilizado los datos de la *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición* (ENSANUT) 2006 y 2012 y la de los registros de egreso hospitalario (Dirección General de Información en Salud, SSA) de vigilancia epidemiológica (Dirección General de Epidemiología, SSA) y mortalidad (INEGI, SSA), especificando sus causas. El análisis de la información se ha hecho de acuerdo con grupos de edad y distribución geográfica.

En el 2010 la tasa bruta de mortalidad en Sinaloa alcanzó 5.8 muertes por mil habitantes, fue superior al promedio nacional de 5.6.

Tumores malignos y enfermedades cardiovasculares causan el mayor número de muertes en el estado.

Los accidentes y lesiones intencionales son la primera causa de muerte en la población de entre 15 y 34 años.

sobre todo, a padecimientos no transmisibles, causados en su mayor parte por los estilos de vida y factores hereditarios.

Mortalidad general

En los treinta años recientes, la tasa de mortalidad general en Sinaloa, al igual que en el país, ha ido descendiendo, lo cual ha generado el envejecimiento progresivo de la población. Se proyecta que continúe aumentando en los próximos 25 años.

Este proceso de envejecimiento y la exposición a riesgos relacionados con estilos de vida poco saludables han modificado el cuadro de principales causas de muerte. Sinaloa, como en el resto de la nación, atraviesa una transición epidemiológica caracterizada por el predominio cada vez mayor de enfermedades no transmisibles y lesiones.

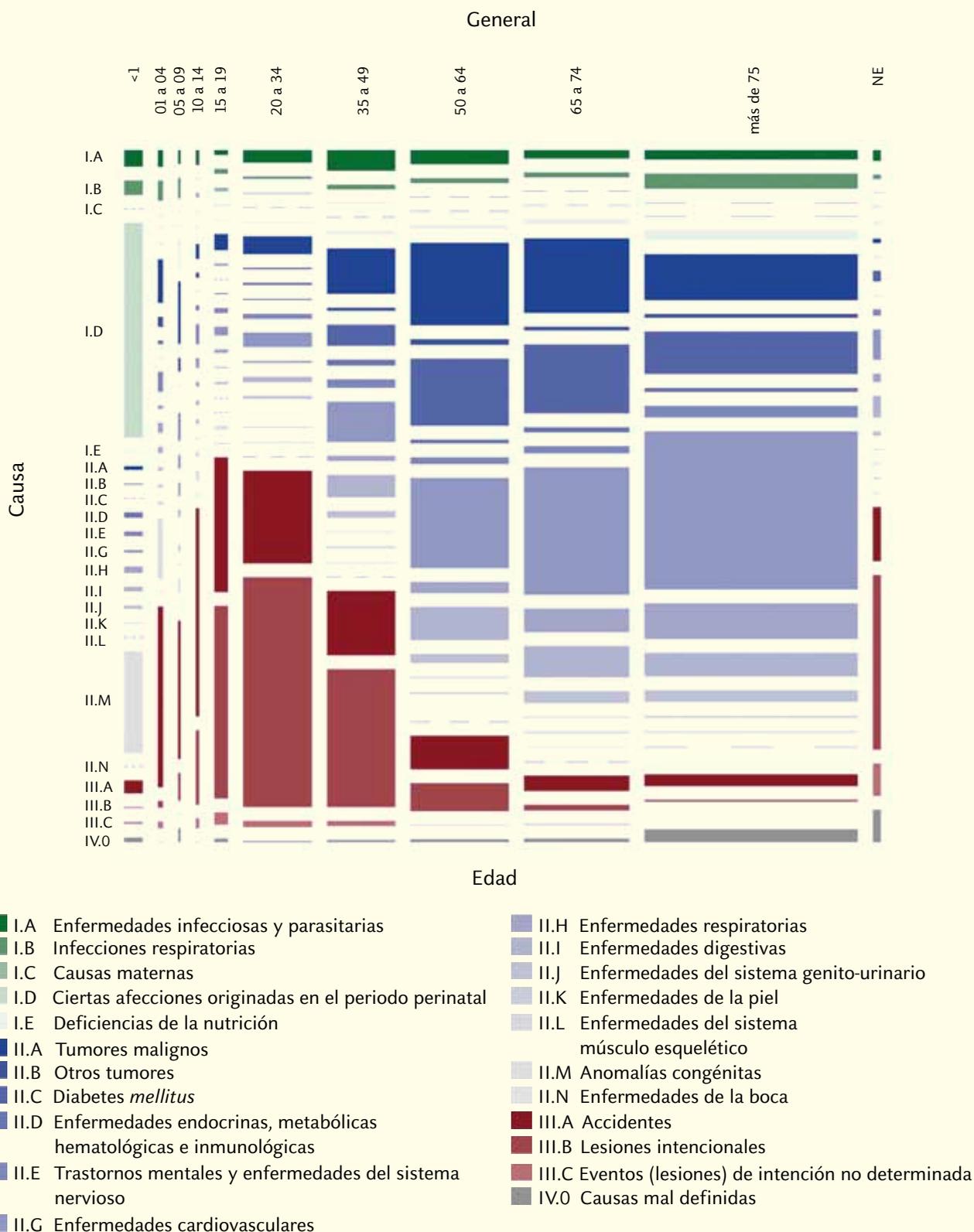
La tasa bruta de mortalidad en Sinaloa descendió desde la década de los treinta hasta los noventas del siglo pasado, cuando la tasa era 4.6 muertes por mil habitantes, tendencia que cambió en 2007 (5.05), alcanzando una tasa de 5.8 en el año 2010. Además, en este mismo año, esa tasa fue superior a la registrada a escala nacional (5.6). Se espera que la velocidad de crecimiento de la tasa de mortalidad en el estado disminuya un poco, pero es probable que continúe creciendo hasta llegar a una tasa de 7.11⁵ en 2030 (CONAPO, 2010, «Estimaciones y proyecciones de la población por entidad federativa (1990-2010, 2010-2030)»).

En la figura 1.6 se muestra la distribución de las causas de mortalidad por edades en los grupos de población productiva (50 a 64 años). Los tumores malignos y las enfermedades cardiovasculares son las que generan el mayor número de muertes. En cambio, los accidentes y lesiones intencionales corresponden a la población más joven (entre 15 y 34 años). En los grupos mayores de 70 años la diabetes *mellitus* y enfermedades endocrinas causan el mayor número de muertes.

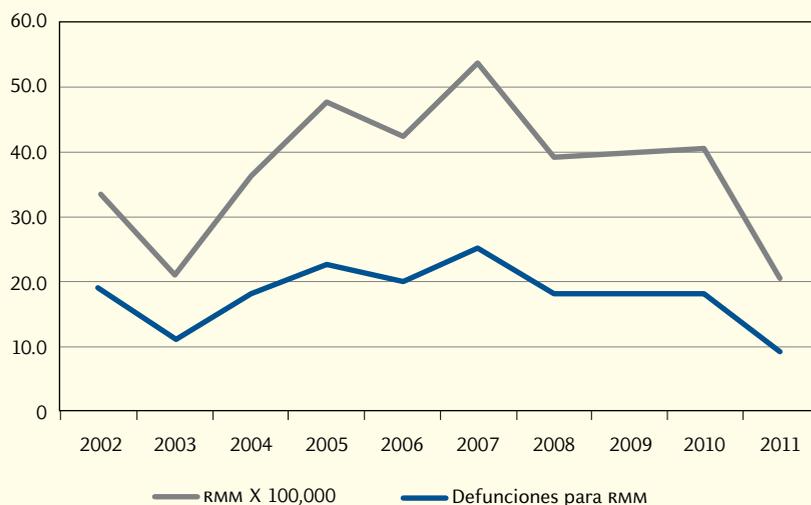
5 Consejo Nacional de Población (CONAPO), 2010. «Estimaciones y proyecciones de la población por entidad federativa (1990-2010, 2010-2030)».

FIGURA 1.6

Mortalidad por causa y grupo de edad. Sinaloa, 2008-2011.



FUENTE: Diagnóstico Integral de Salud del Estado de Sinaloa, 2013.

FIGURA 1.7**Razón de mortalidad materna. Sinaloa, 2002-2011.**

FUENTE: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Mortalidad materna por año de registro y entidad de residencia habitual, 2002-2011. Secretaría de Salud.

Mortalidad materna

La razón de mortalidad materna del estado (2011) fue la segunda más baja en el país, con una tasa de 20.5 defunciones maternas por cada cien mil nacimientos; la tendencia ha sido a la disminución de más del 60% de 2007 a la fecha (figura 1.7).

Mortalidad infantil

En México, entre 1990 y 2010 la mortalidad infantil se redujo en más del 55%, al pasar de 32.6 a 14.1 defunciones por cada mil nacimientos. En Sinaloa también se ha registrado una reducción similar, ubicando a la entidad por debajo de la media nacional. En 2010, la tasa de mortalidad infantil en el estado fue de 10.6 defunciones por cada mil nacimientos, significativamente menor a la registrada en 1990, de 24.4 muertes de menores de un año.

Sinaloa redujo la mortalidad infantil en más del doble entre 1990 y 2010, de 24.4 a 10.6 defunciones por cada mil nacimientos.

Esperanza de vida

El descenso de la mortalidad general y la mortalidad infantil se refleja principalmente en el aumento de la esperanza de vida al nacer. La ganancia en la vida media de la población mexicana entre 1990 y 2010 fue de 3.6 años, al pasar de 70.4 a 74 años, respectivamente. En Sinaloa, la ganancia en el mismo periodo ha sido notablemente menor a la media nacional (1.2 años). En 1990, una persona nacida en Sinaloa tenía una expectativa de vida al nacer de 72.6 años y en 2010 aumentó a 73.8. En paralelo, se observa que en Sinaloa, como prácticamente en todo el mundo, las mujeres tienen una sobrevivencia mayor que los hombres. Entre 2008 y 2010 los hombres sufrieron un revés en su ganancia de años de vida, ampliando aún más las diferencias por sexo. En 2010, la brecha en la esperanza de vida entre hombres y mujeres sinaloenses fue poco más de ocho años, aunque se estima que esta brecha se va reduciendo y que podría persistir a lo largo de los años.

Principales causas de muerte

Las causas más importantes de muerte en población adulta, en edad productiva, son las enfermedades no transmisibles, como las cardiovasculares, diabetes, cánceres y otros padecimientos metabólicos y hereditarios. Su tendencia es también ligeramente descendente, con valores que fluctuaron entre 492.0 y 423.4 muertes por cada cien mil habitantes entre 1990 y 2010, respectivamente.

Entre 1990 y 2006 la tasa de mortalidad por causas externas descendió de 86.9 a 67.4 muertes por cien mil habitantes, pero aumentó a 138.7 muertes por cien mil personas en 2007-2010. Entre las causas de muerte expuestas destacan la diabetes *mellitus* (II.C)⁶ las enfermedades cardiovasculares (II.G) y las agresiones (III.B). La tendencia descendente se da principalmente en la mortalidad causada por diferentes tipos de cáncer ya que el aumento en la tasa de mortalidad registrada a partir de 2007 se debe principalmente al incremento de muertes violentas (figura 1.8).

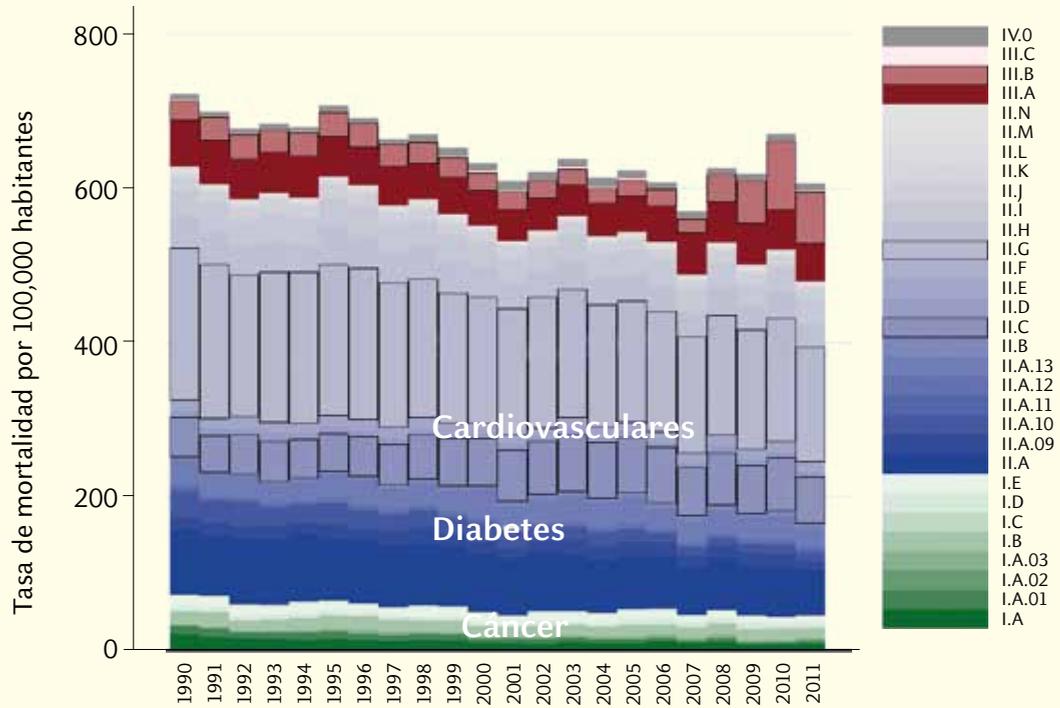
6 Clasificación Internacional de Enfermedades; OMS, 2010.

La ganancia en la vida media de la población mexicana entre 1990 y 2010 fue de 3.6 años, al pasar de 70.4 a 74 años, respectivamente.

Entre 1990 y 2006 la tasa de mortalidad por causas externas descendió de 86.9 a 67.4 muertes por cien mil habitantes, pero aumentó a 138.7 muertes por cien mil personas en 2007-2010.

FIGURA 1.8

Tasa anual de mortalidad 1990-2011 por grandes grupos de causa de muerte.



FUENTE: Elaborada con datos de estadísticas vitales: Dirección General de Información en Salud (DGIS), de la Secretaría de Salud (SSA), e Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), y con los datos de las «Estimaciones/Proyecciones de Población de las Entidades Federativas 1990-2030», del Consejo Nacional de Población (CONAPO).

TABLA 1.1

Clasificación Internacional de Enfermedades.

| CLAVE DE SUBGRUPO | DESCRIPCIÓN |
|-------------------|---|
| I.A | Enfermedades infecciosas y parasitarias |
| I.A.01 | Tuberculosis |
| I.A.02 | Enfermedades de transmisión sexual |
| I.A.03 | VIH/SIDA |
| I.B | Infecciones respiratorias |
| I.C | Causas maternas |
| I.D | Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal |
| I.E | Deficiencias de la nutrición |
| II.A | Tumores malignos |
| II.A.09 | Cáncer de mama |
| II.A.10 | Cáncer de cuello del útero |

Clasificación Internacional de Enfermedades.

| CLAVE DE SUBGRUPO | DESCRIPCIÓN |
|-------------------|---|
| II.A.11 | Cáncer del cuerpo del útero |
| II.A.12 | Cáncer de ovario |
| II.A.13 | Cáncer de próstata |
| II.B | Otros tumores |
| II.C | Diabetes <i>mellitus</i> |
| II.D | Enfermedades endocrinas, metabólicas, hematológicas e inmunológicas |
| II.E | Trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso |
| II.F | Enfermedades de los órganos de los sentidos |
| II.G | Enfermedades cardiovasculares |
| II.H | Enfermedades respiratorias |
| II.I | Enfermedades digestivas |
| II.J | Enfermedades del sistema genito-urinario |
| II.K | Enfermedades de la piel |
| II.L | Enfermedades del sistema músculo esquelético |
| II.M | Anomalías congénitas |
| II.N | Enfermedades de la boca |
| III.A | Accidentes |
| III.B | Lesiones intencionales |
| III.C | Eventos (lesiones) de intención no determinada |
| IV.0 | Causas mal definidas |

FUENTE: Organización Mundial de la Salud (OMS). Clasificación Internacional de Enfermedades. 2010.

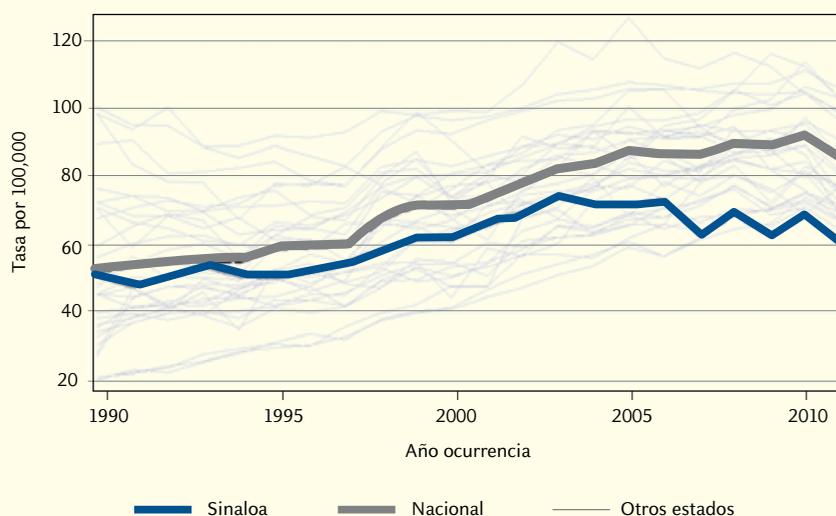
Mortalidad causada por diabetes

La tasa de mortalidad por esta causa en Sinaloa —aunque inferior a la nacional— presentó una tendencia similar a ella; hasta 2003, aumentó de 51.3 (1990) a 74.5 (2003). A partir de 2003, la línea de tendencia se separa de la nacional con un comportamiento descendente que coloca al estado como el de menor tasa de mortalidad por diabetes a partir de 2009, alcanzando un nivel de 69.0 muertes por cien mil habitantes en 2010, comparado con una media nacional de 92.7. Ningún otro estado tiene un comportamiento similar. Es necesario investigar a profundidad qué es lo que está generando esta baja en la mortalidad por

Es probable que la alta disminución de mortalidad causada por diabetes (casi 50% entre 2009-2010) se deba a un subregistro o a una incorrecta clasificación de la causa de muerte.

FIGURA 1.9

Tendencia en la tasa anual de mortalidad 1990-2011 por diabetes *mellitus*.



Tasas estandarizadas por la población mundial estándar 2000-2010 (oms 2000)

FUENTE: Elaborada con datos de estadísticas vitales: Dirección General de Información en Salud (DGIS), de la Secretaría de Salud (SSA), e Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), y con los datos de las «Estimaciones/Proyecciones de Población 1990-2050» del Consejo Nacional de Población (CONAPO).

Sinaloa concentra la mayor tasa de muerte por accidentes viales en el país (27.0 por 100 mil habitantes), superando la tasa promedio nacional (14.4).

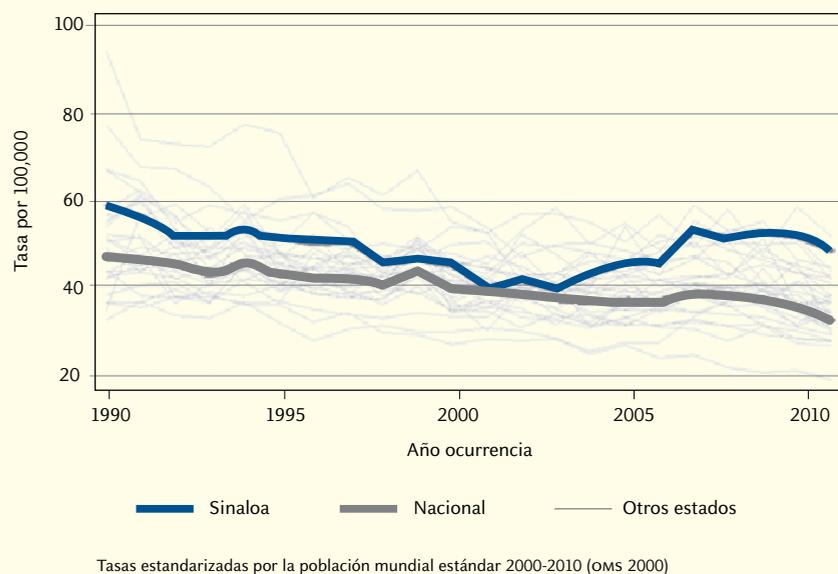
diabetes y asegurar, en primer lugar, que no se trata de algún problema en el registro de las defunciones. En caso de que este comportamiento sea real, deben identificarse las prácticas que han influido de esta manera en la mortalidad por diabetes y reforzarlas, además de compartirlas con el resto de las entidades federativas como un ejemplo de buenas prácticas en el manejo de pacientes con diabetes (figura 1.9).

Mortalidad por accidentes y lesiones intencionales

Esta tasa de mortalidad (figura 1.10) tenía una tendencia descendente desde 1990 hasta 2001, donde se redujo de 59.0 a 40.0 muertes por cada cien mil habitantes. Entre 2001 y 2007 aumentó, hasta alcanzar un valor de 53.2 muertes por cien mil habitantes. Posteriormente, se ha estabilizado en alrededor de 50.0. La tasa de mortalidad por accidentes en el estado es la segunda más elevada del país.

FIGURA 1.10

Tendencia en la tasa anual de mortalidad 1990-2011 por accidentes.



FUENTE: Elaborada con datos de estadísticas vitales: Dirección General de Información en Salud (DGIS), de la Secretaría de Salud (SSA), e Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), y con los datos de las «Estimaciones/Proyecciones de Población 1990-2050» del Consejo Nacional de Población (CONAPO).

La tasa de mortalidad por lesiones intencionales en el estado ha sufrido un aumento de casi 500% entre 2007 y 2010.

Sin duda, la más alarmante situación se presenta en las muertes por lesiones intencionales. La tasa de mortalidad por este grupo de causas en el estado ha sufrido un aumento de casi 500% entre 2007 y 2010 (figura 1.11). La tasa mantuvo un comportamiento estable, con variaciones de alrededor de 20 muertes por cien mil habitantes, y alcanzó un mínimo de 18.6 en 2007. Sin embargo, a partir de ese año el aumento ha sido dramático, alcanzó el mínimo de 84.1 en 2010. Sólo el estado de Chihuahua tiene tasas de mortalidad más elevadas que Sinaloa.

Mortalidad por grupos de edad

El grupo de edad más afectado por las enfermedades infecciosas y parasitarias es el de mayores de 75 años. El menos afectado es el grupo de 5 a 9 años; las causas que mayormente afectan a los menores de un año son las afecciones originadas en el periodo perinatal, en primer lugar, y las anomalías congénitas, en

En los niños de 10 a 14 años la mayor proporción de muertes se debe a accidentes y la segunda a lesiones intencionales, este comportamiento se revierte en el grupo de 15 a 19 años.

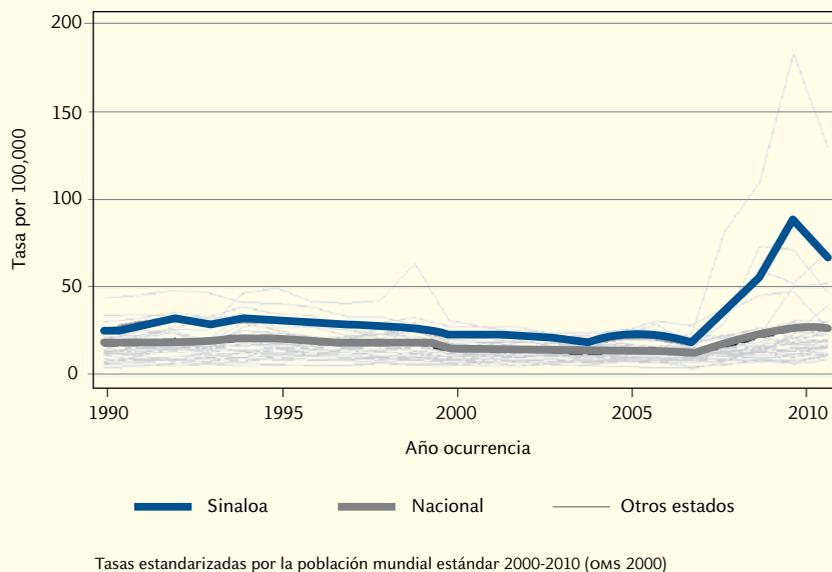
Las mujeres de entre 50 y 74 años son víctimas predominantemente de la diabetes *mellitus* y de los tumores malignos; las mayores de 75 años, de enfermedades endocrinas y trastornos mentales.

El grupo de edad más afectado por las enfermedades infecciosas y parasitarias es el de mayores de 75 años. El menos afectado es el grupo de 5 a 9 años.

Accidentes y lesiones, principal causa de muerte en personas entre 10 y 49 años de edad en Sinaloa.

FIGURA 1.11

Tendencia en la tasa anual de mortalidad 1990-2011 por lesiones intencionales.



FUENTE: Elaborada con datos de estadísticas vitales: Dirección General de Información en Salud (DGIS), de la Secretaría de Salud (SSA), e Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), y con los datos de las «Estimaciones/Proyecciones de Población 1990-2050» del Consejo Nacional de Población (CONAPO).

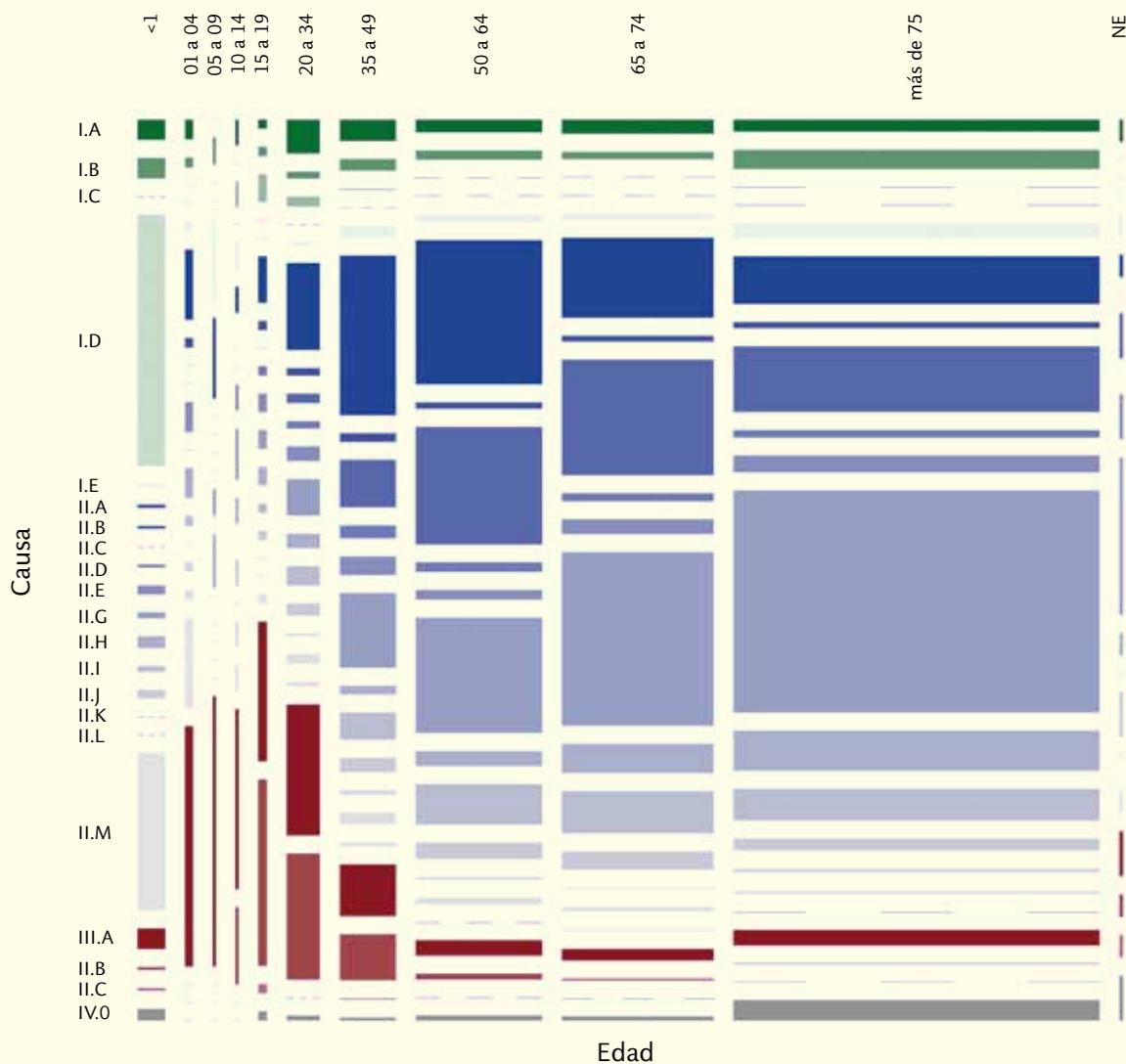
segundo. Los accidentes y lesiones intencionales son las primeras causas de muerte en la población joven, pero su distribución cambia, según el grupo de edad. Mientras que en los niños de 10 a 14 años la mayor proporción de muertes se debe a accidentes y la segunda a lesiones intencionales, este comportamiento se revierte en el grupo de 15 a 19 años.

Los accidentes y lesiones intencionales son las principales causas de muerte en la población de 10 a 49 años de edad. A partir de los 50 años, estas causas de muerte pierden relevancia y aparecen la diabetes, los cánceres y las enfermedades cardiovasculares como las principales.

Las figuras 1.12 y 1.13 muestran la mortalidad por causas específicas en diferentes grupos de edad. Las mujeres de entre 50 y 74 años son víctimas predominantemente de la diabetes *mellitus* y de los tumores malignos; las mayores de 75 años, de enfermedades endocrinas y trastornos mentales.

FIGURA 1.12

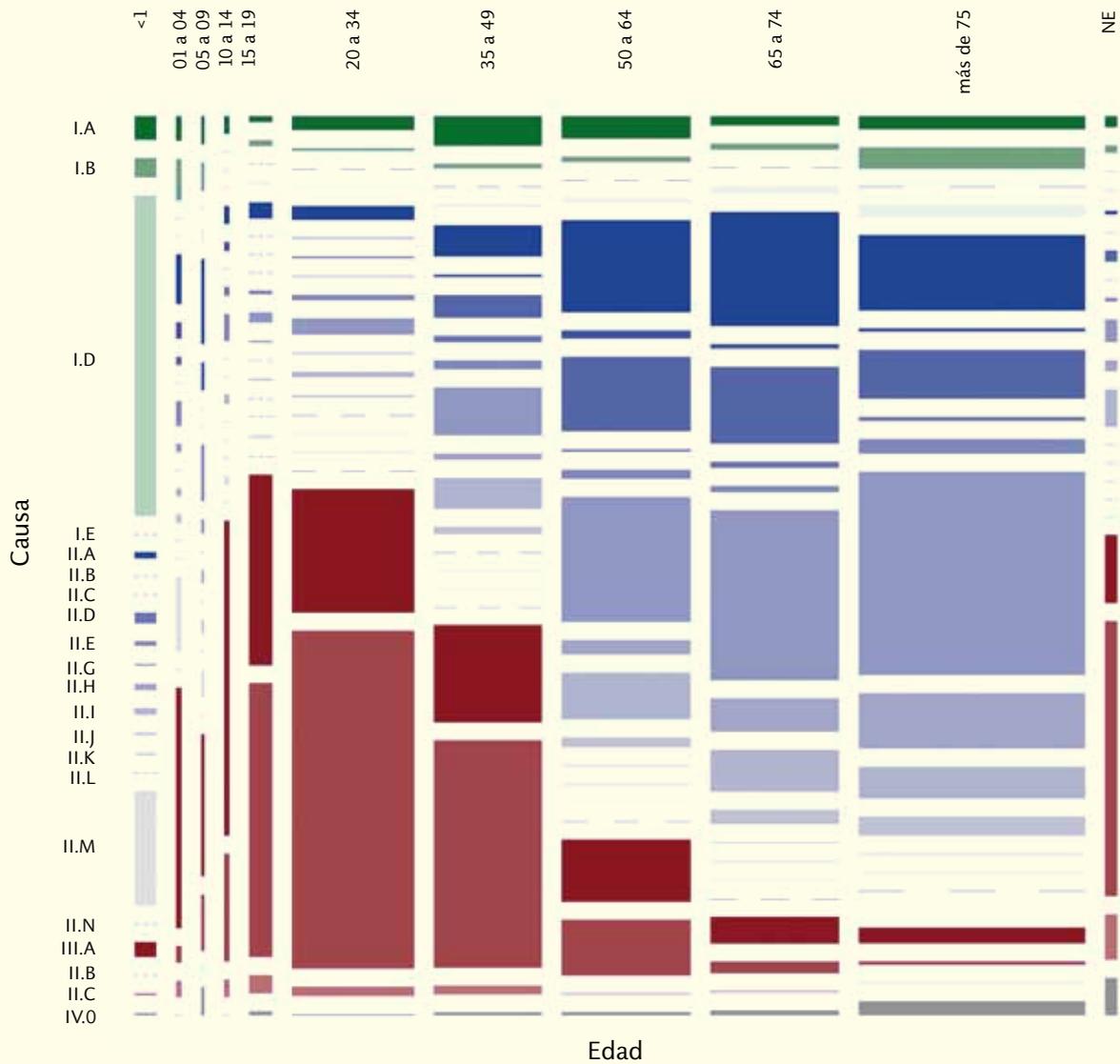
Mortalidad por causa y grupo de edad. Sinaloa (mujeres), 2008-2011.



FUENTE: Diagnóstico Integral de Salud del Estado de Sinaloa, 2013.

FIGURA 1.13

Mortalidad por causa y grupo de edad. Sinaloa (hombres), 2008-2011.



- | | |
|---|--|
| ■ I.A Enfermedades infecciosas y parasitarias | ■ II.H Enfermedades respiratorias |
| ■ I.B Infecciones respiratorias | ■ II.I Enfermedades digestivas |
| ■ I.C Causas maternas | ■ II.J Enfermedades del sistema genito-urinario |
| ■ I.D Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal | ■ II.K Enfermedades de la piel |
| ■ I.E Deficiencias de la nutrición | ■ II.L Enfermedades del sistema músculo esquelético |
| ■ II.A Tumores malignos | ■ II.M Anomalías congénitas |
| ■ II.B Otros tumores | ■ II.N Enfermedades de la boca |
| ■ II.C Diabetes <i>mellitus</i> | ■ III.A Accidentes |
| ■ II.D Enfermedades endocrinas, metabólicas hematológicas e inmunológicas | ■ III.B Lesiones intencionales |
| ■ II.E Trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso | ■ III.C Eventos (lesiones) de intención no determinada |
| ■ II.G Enfermedades cardiovasculares | ■ IV.0 Causas mal definidas |

FUENTE: *Diagnóstico Integral de Salud del Estado de Sinaloa, 2013.*

Los accidentes, la violencia y lesiones intencionales, son la primera causa de mortalidad en hombres de entre 20 y 49 años. Los tumores malignos, la diabetes y enfermedades endocrinas causan muerte en hombres de entre 50 y 74 años; los trastornos mentales afectan especialmente a hombres mayores de 75 años.

Riesgos para la salud⁷

Los factores que crean condiciones de vulnerabilidad en los grupos de la población son los que emergen de las condiciones del entorno y de los estilos de vida de los individuos, que al no ser atendidos con oportunidad llegan a generar daños a la salud, como son la enfermedad, sus complicaciones y, en los casos en que éstas no se controlan, la muerte. Entre los riesgos del entorno se incluyen la falta de acceso a agua potable, falta de acceso a servicios de salud, contaminación atmosférica, riesgos laborales y desastres naturales. Entre los estilos de vida poco saludables destacan la mala nutrición, el sedentarismo y el consumo de sustancias adictivas, que han dado origen al sobrepeso y obesidad, hipocolesterolemia, hipertensión arterial, tabaquismo y consumo excesivo de alcohol y drogas ilegales, violencia doméstica y prácticas sexuales inseguras. Estos factores de riesgo pueden combatirse con la promoción de hábitos de salud positiva (*Programa Nacional de Salud 2007-2012*).

La prevención y control de estos factores depende de acciones no exclusivas de los servicios de salud, sino de esfuerzos intersectoriales.

Factores de riesgo del entorno

Entre los factores del entorno se identifican los relacionados con las condiciones de la vivienda en que habitan e interactúan

⁷ Los datos utilizados en este apartado provienen de los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2006 y 2012). Esta Encuesta fue aplicada en una muestra de 50 528 hogares del país, distribuidos equitativamente en cada estado.

Estilos de vida poco saludables son:

- La mala nutrición.
- El sedentarismo.
- El consumo de sustancias adictivas.

las personas. Por ejemplo, es sabido que una vivienda sin drenaje, con piso de tierra y falta de agua, será más propensa a que en ella se desarrollen enfermedades infectocontagiosas, entre las que destacan las infecciones parasitarias y bacterianas. La contaminación atmosférica también forma parte de este tipo de riesgos que afectan sobre todo a la población infantil.

Servicios y bienes de las viviendas

Piso de tierra

La cantidad de viviendas particulares habitadas con piso diferente a tierra en el estado en 2010 (661 182) fue 34.5% más que en 2000. Los municipios con mayor cantidad de viviendas habitadas con piso diferente a tierra son Culiacán (207 205), Mazatlán (116 450) y Ahome (102 987), mientras que los municipios con menor cantidad de casas particulares habitadas con piso diferente a tierra son, Cosalá (2 841), San Ignacio (5 112) y Badiraguato (5 954).

Agua potable

Según datos del INEGI, en Sinaloa la cantidad de viviendas particulares habitadas que disponen de agua de la red pública (agua potable) aumentó 44.5%, pasando de 440 679 a 636 954 en el periodo 1995-2010. Los municipios urbanos, como Culiacán (207 403), Mazatlán (115 958) y Ahome (102 862), registraron mayor acceso a este recurso en 2010, mientras que los municipios con menor acceso a agua potable fueron Cosalá (2 466), Badiraguato (3 000) y San Ignacio (5 926).

Drenaje

La cantidad de viviendas particulares habitadas que disponen de drenaje aumentó en 92.8% entre 1995 a 2010. En 2010 hubo mayor acceso en los municipios urbanos, como Culiacán (208 937), Mazatlán (117 702) y Ahome (101 425), mientras que los municipios con menor acceso a drenaje fueron Cosalá (2 679), San Ignacio (5 022) y Choix (5 688).

Prácticas alimentarias inadecuadas en menores de 2 años

Está comprobado que la lactancia materna es la principal fuente de inmunización y de completa nutrición para el recién nacido. Sus efectos positivos no sólo se comprueban en el corto plazo, sino a lo largo de la vida del individuo. Las recomendaciones de la OMS señalan un plazo óptimo de lactancia de seis meses (exclusivo) y una lactancia extendida de dos años con alimentos complementarios. En el estado, en 2006 la lactancia adecuada en niños de 0 a 11 meses fue de 28.3% y en 2012 de 35.6%.⁸ A pesar de este incremento, continúa lejos de las recomendaciones de la OMS.

Protección contra enfermedades prevenibles por vacunación

Aunque la cobertura de vacunación en niños menores de 5 años en México y Sinaloa es ejemplar, en esta entidad aún se detecta que 2.9% de padres de familia no cuenta con la Cartilla Nacional de Vacunación, ni con la Cartilla Nacional de Salud. Este porcentaje es mayor a la media nacional (2.5%).⁹

La cobertura en el primer año de edad de las vacunas BCG y hepatitis B alcanzó niveles de 90% en el estado. Sin embargo, con excepción de la pentavalente y neumocócica, todas las coberturas de vacunación se ubicaron por arriba de la media nacional. La vacunación contra el rotavirus presentó mayor cobertura (79.2%) sobre el promedio nacional (76.8%). La cobertura alcanzó 71.1% y se incrementó a 80.8% cuando se consideró el esquema con sólo cuatro vacunas.

La cobertura del esquema completo de vacunación en 2012 era del 71.1% en niños de 1 año y de 75.8% en niños de hasta 2 años. Cuando se reduce el esquema a cuatro vacunas, pasa de una cobertura de 80.8% en niños de 1 año y 82.9% en niños de hasta 2 años (ENSANUT, 2012).

8 ENSANUT 2006, ENSANUT 2012.

9 ENSANUT 2012.

La lactancia materna está comprobada como la principal fuente de inmunización y nutrición completa para el recién nacido.

Conductas de riesgo en adolescentes

Este grupo poblacional quizás sea el que presenta menor morbilidad. Sin embargo, por diversas circunstancias sociales o familiares desarrollan conductas de riesgo que pueden llegar a constituir daños a la salud en la vida adulta. Entre éstas, la mala nutrición, tabaquismo, alcoholismo, prácticas de sexo inseguro, así como la exposición a violencia, accidentes y lesiones intencionales (homicidios y suicidios).

Sobrepeso y obesidad

En 2006, 22.0% de los adolescentes presentó sobrepeso y 10.1%, obesidad; en 2012 el sobrepeso en este grupo de población disminuyó (17.6%) y la obesidad aumentó (12.3%). En los adolescentes que habitan localidades urbanas del estado, la cifra de sobrepeso (17.9%), sumada a la de obesidad (13.0%), se mantuvo en 30.9% en 2012 al igual que en 2006 (año en que las cifras fueron de 20.8, en sobrepeso, y 10.2 en obesidad), pero con una disminución en sobrepeso (2.9%) y un aumento en obesidad (2.8%). Entre los que habitan localidades rurales, el sobrepeso (16.9%), más obesidad (10.5%), disminuyó de 34.2 a 27.4% en 2012.

Sedentarismo

El 66.6% de los adolescentes de 10 a 14 años reportó no haber realizado actividad física¹⁰ alguna de tipo competitivo¹¹ en los 12 meses previos a la Encuesta. El 20.8% informó haber cumplido

10 La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera actividad física cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía. La actividad física abarca el ejercicio, pero también otras actividades que entrañan movimiento corporal y se realizan como parte de los momentos de juego, del trabajo, de formas de transporte activas, de las tareas domésticas y de actividades recreativas.

11 Se considera actividad física competitiva o formal a actividades como bailar, patinar, jugar fútbol, etcétera.

Conductas de riesgo de la población sinaloense:

- Mala nutrición.
- Tabaquismo.
- Alcoholismo.
- Prácticas de sexo inseguro.
- Exposición a violencia, accidentes y lesiones intencionales.

La actividad física abarca el ejercicio, pero también actividades que entrañan movimiento corporal y se realizan como parte de los momentos de juego, del trabajo, de formas de transporte activas, de las tareas domésticas y de actividades recreativas.

con la recomendación de pasar un máximo de dos horas diarias frente a una pantalla,¹² lo cual es poco menos que el promedio nacional (33.0%).

De acuerdo con la clasificación de la OMS, 25.2% de los adolescentes de 15 a 18 años fue inactivo,¹³ 10.0% moderadamente activo¹⁴ y 64.8% activo, prevalencias similares a las encontradas en el ámbito nacional. El 22.7% reportó haber pasado hasta dos horas diarias frente a una pantalla, lo cual fue un porcentaje significativamente menor que el observado en el ámbito nacional (36.1%).

Alcohol

Se estimó que 38.8% de los adolescentes en Sinaloa ha ingerido bebidas alcohólicas alguna vez en su vida, menor al porcentaje reportado en el país (42.9%). Al hacer la comparación de acuerdo con el sexo, se identifica que es mayor la ingesta de alcohol en hombres (42.4%) que en mujeres (35.1%). Por grupos de edad, en los hombres de 15 a 19 años de edad el porcentaje de los que han consumido bebidas alcohólicas alguna vez en su vida fue 2.6 veces mayor que el porcentaje entre los de 10 a 14 años (68.8% y 15.9%, respectivamente). En las mujeres de 15 a 19 años de edad, el porcentaje de las que han consumido bebidas alcohólicas alguna vez en su vida fue 8.7 veces mayor que el porcentaje en las de 10 a 14 años (61.1% y 8.2%, respectivamente).

Prácticas sexuales de riesgo

El inicio de vida sexual en los adolescentes de 12 a 19 años alcanza un porcentaje de 23.8%, ligeramente mayor al nacional

12 La ENSANUT 2012, clasificó el tiempo que los niños, adolescentes y adultos pasan frente a la pantalla, consideró como tiempo adecuado hasta 14 horas a la semana promedio (2 horas diarias); de entre 14 a 28 horas a la semana como poco adecuado y como inadecuado 28 horas o más a la semana.

13 La inactividad física se define como la ausencia de actividad o de ejercicio físico.

14 Moderadamente activos se definen en una escala absoluta, a la actividad física realizada de 3.0 a 5.9 veces más intensamente que en estado de reposo.

Sinaloa ocupa el lugar 22 en el consumo de bebidas alcohólicas por adolescentes que declararon haber consumido alcohol alguna vez en su vida. Esta cifra estuvo por debajo de la estimación nacional (42.9%).

La salud sexual y reproductiva es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no simplemente la ausencia de enfermedades.

(23.0%) y mayor entre hombres (30.6%) y mujeres (16.8%). De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2012), se obtiene que 33.1% de los adolescentes entrevistados señalan no haber utilizado métodos anticonceptivos, en tanto que entre quienes reportaron haber usado alguno, el 64.3%, utilizó el condón masculino, cifra menor a la media nacional (66.0%).

En relación con el acceso a condones, 28.4% de los adolescentes de 12 a 19 años reportó haberlo recibido de manera gratuita en los últimos 12 meses, cifra menor a la nacional (32.7%). El promedio de condones masculinos recibidos fue de 9.5. El 55.7% de mujeres adolescentes de 12 a 19 años con inicio de vida sexual declaró haber estado alguna vez embarazada.

Riesgos en la población adulta

Los riesgos para la salud de los adultos mayores de 20 años de edad, de acuerdo con la ENSANUT 2006, están fuertemente relacionados con los cambios en sus estilos de vida. Actualmente, la vida sedentaria, el consumo de alimentos con alto valor energético, así como la carga genética, han impactado de manera importante en el aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas asociadas a la obesidad, como la diabetes *mellitus*, la hipertensión arterial, las enfermedades cerebrovasculares y la dislipidemia que, aunadas a otro tipo de padecimientos, como las neoplasias malignas, son las principales causas de defunción de la población adulta.

Sobrepeso y obesidad

En 2012, la prevalencia de sobrepeso y obesidad ($IMC^{15} \geq 25 \text{ kg/m}^2$) en hombres fue de 68.9% y en mujeres de 74.3%; la de obesidad ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$) fue 37.7%, la cual es más baja en hombres (28.5%) que en mujeres (39.2%), mientras que la de sobrepeso fue mayor en hombres (40.4%) que en mujeres (31.5%). Hay un incremento de 15.9% en la prevalencia de obesidad en

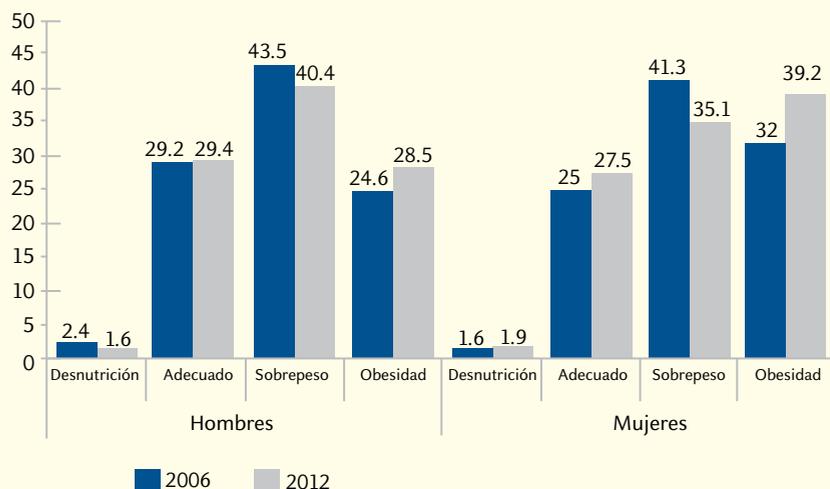
15 IMC: Índice de Masa Corporal.

Los riesgos para la salud en adultos mayores de 20 años de edad se relacionan con:

- Exceso de vida sedentaria.
- Consumo de alimentos con alto valor energético.
- Antecedentes genéticos.

FIGURA 1.14

Distribución porcentual del estado nutricional de adultos de 20 años y más, de acuerdo con la clasificación del índice de masa corporal por sexo. Sinaloa, México.



FUENTE: ENSANUT 2006 y 2012.

el caso de los hombres y un incremento de 22.5% en mujeres. En esta comparación entre las encuestas de 2006 y 2012, la prevalencia de sobrepeso y obesidad en conjunto ($IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$) incrementó 0.8 puntos porcentuales en hombres y 0.9 en mujeres (figura 1.14). Este incremento en las mujeres, corresponde al comportamiento promedio en el país.

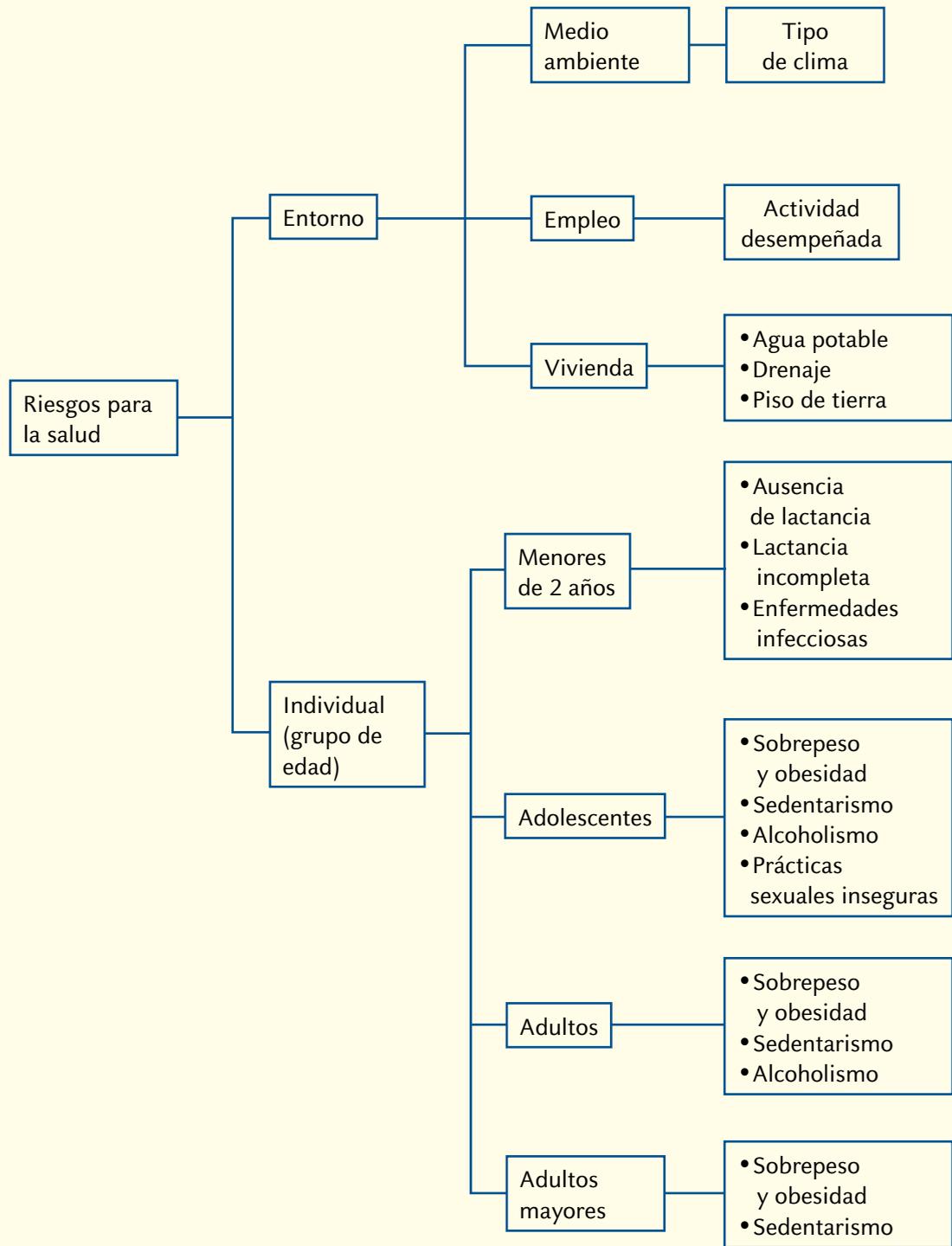
Sedentarismo

De acuerdo con la clasificación de la OMS, al aplicar la ENSANUT se obtuvo que aproximadamente 20.2% de los habitantes en el estado eran inactivos, 9.5% moderadamente activos (es decir, realizaban el mínimo de actividad física sugerido por la OMS) y 70.3% activos.

De la muestra estatal de adultos, 50.1% informó haber pasado hasta dos horas diarias frente a una pantalla (similar al 51.4, promedio nacional), 33.5% reportó entre dos horas y cuatro horas diarias y 16.5% cuatro o más horas diarias promedio frente a una pantalla; todo esto se señala teniendo en cuenta que

FIGURA 1.15

Factores de riesgo de la población sinaloense.



las recomendaciones internacionales proponen no exceder dos horas diarias frente a una pantalla.

Alcohol

La proporción de adultos que consumía alcohol en Sinaloa en el momento de la Encuesta Nacional de Salud (2012) fue de 50.1%: 69.3% de hombres y 31.9% de mujeres. El consumo en 2006 fue de 35.4% en la población total: 56.8% hombres y 14.1% mujeres, datos adicionales señalan que 17.7% del total de adultos (32.9% de hombres y 3.2% de mujeres) refirió haber consumido alcohol en exceso en el último mes. En la ENSANUT 2006 se reportó 19.3% en total, 35.5% en hombres y 3.0% en mujeres.

CAPACIDAD DE RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Estructura del Sistema Estatal de Salud

El sistema de salud mexicano se caracteriza por su fragmentación. En él convergen instituciones públicas y privadas. La provisión de servicios de las instituciones públicas distingue entre no asegurados y afiliados a la seguridad social.

La seguridad social incluye al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), que cubre a los trabajadores del sector privado formal de la economía, y al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), que afilia a los empleados de gobierno. A estas dos grandes instituciones se suman los sistemas de aseguramiento de Petróleos Mexicanos (PEMEX), la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) y la Secretaría de Marina (SEMAR), que cubren a trabajadores y familiares de estas dependencias. La Secretaría de Salud (SSA), los Servicios Estatales de Salud (SESA), el IMSS Oportunidades (IMSS-O) y el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) cubren a trabajadores del sector informal de la economía, agricultores y a los que trabajan por cuenta propia, principalmente aquellos con limitada capacidad de pago.

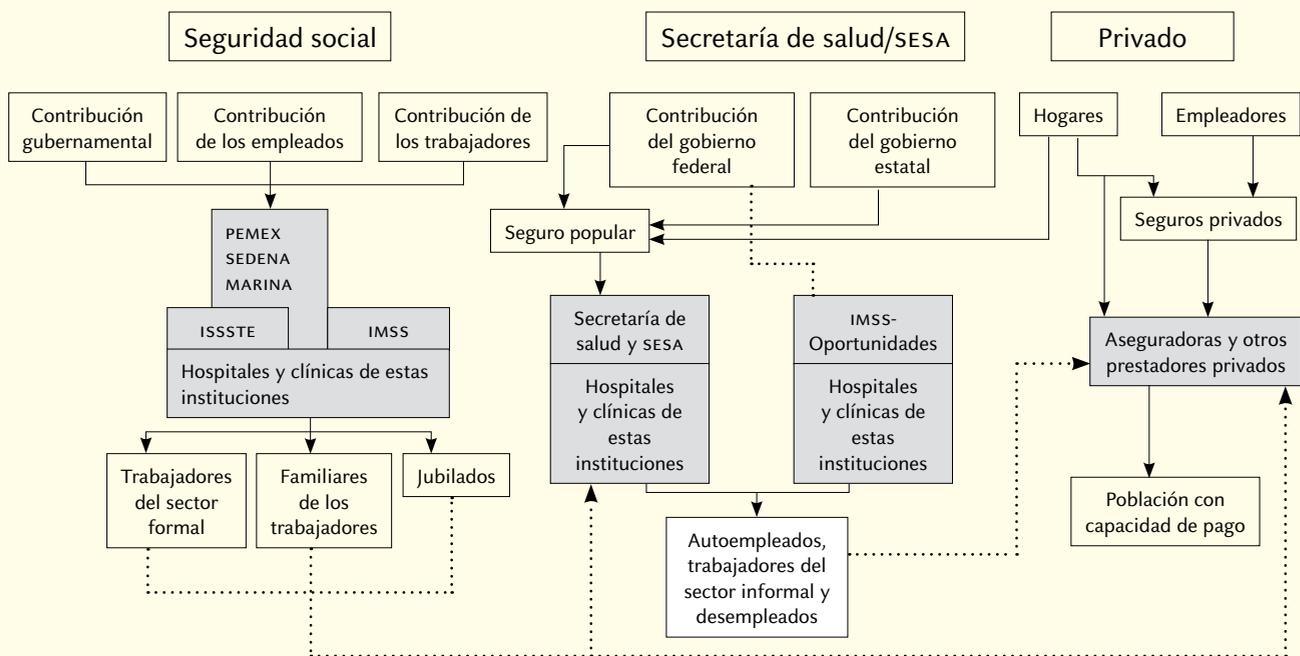
El sector privado de salud es muy heterogéneo y atiende principalmente a la población con capacidad de pago, que por lo general cubre los gastos del servicio en el momento de recibir la atención. Sin embargo, la escasez de datos de la oferta de servicios de este sector no permite incluirlo en este diagnóstico. En la figura 1.16 se presenta el esquema con la estructura del sistema de salud mexicano y las interrelaciones entre actores y funciones.

De acuerdo con lo que establece la *Ley General de Salud de Sinaloa*, el Sistema Estatal de Salud (SES) está constituido por dependencias y personas físicas de los sectores público, social y privado, coordinado por la Dirección General de Servicios de Salud.

Las acciones de atención a la salud son ejecutadas mediante las seis jurisdicciones sanitarias de Sinaloa (tabla 1.2).

FIGURA 1.16

Esquema del sistema de salud mexicano.



FUENTE: O. Gómez-Dantés, S. Sesma, V. M. Becerril, F. M. Knaul, H. Arreola y J. Frenk (2011).

TABLA 1.2**Conformación de las jurisdicciones y proporción de población cubierta, Sinaloa 2011.**

| JURISDICCIÓN | MUNICIPIOS | % DE LA POBLACIÓN CUBIERTA |
|--------------|-------------------|----------------------------|
| Culiacán | Badiraguato | 39.2 |
| | Cosalá | |
| | Culiacán | |
| | Elota | |
| | Navolato | |
| Los Mochis | Ahome | 19.8 |
| | Choix | |
| | El Fuerte | |
| Mazatlán | Concordia | 17.7 |
| | Mazatlán | |
| | San Ignacio | |
| Guasave | Guasave | 13.5 |
| | Sinaloa | |
| Guamúchil | Angostura | 6.1 |
| | Mocorito | |
| | Salvador Alvarado | |
| Escuinapa | Escuinapa | 3.7 |
| | Rosario | |
| Total | | 100.0 |

FUENTE: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud (DGIS), 2011.

Disponibilidad de recursos y servicios

Infraestructura

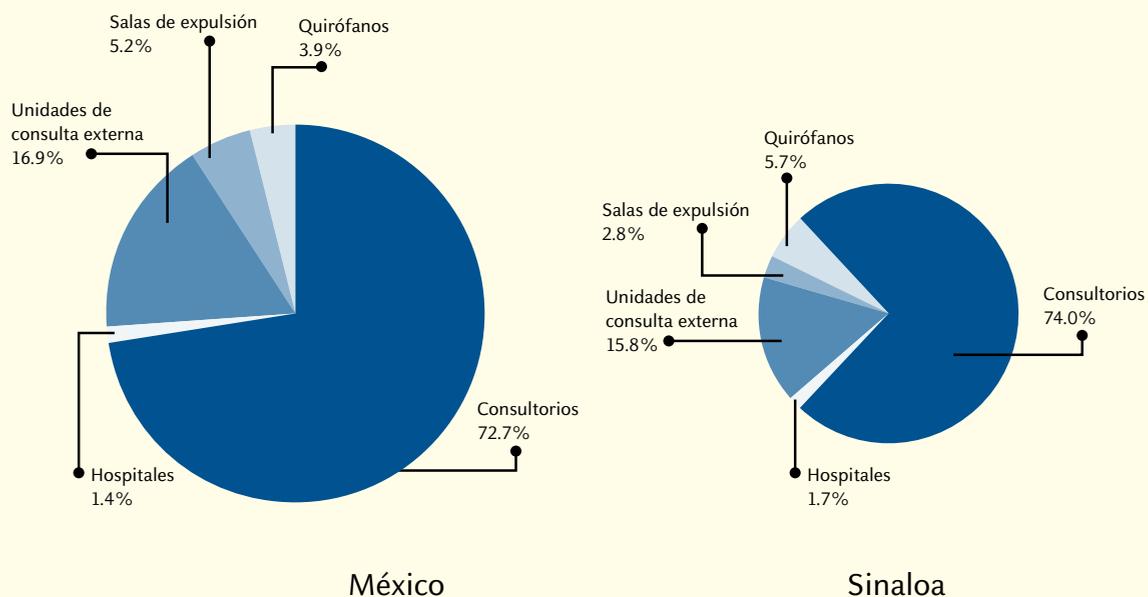
En términos generales, la disponibilidad de infraestructura estatal está dentro de los estándares nacionales en términos del número de consultorios y de camas hospitalarias (figura 1.17).

Para atender las demandas de la población, el sistema de salud sinaloense cuenta con 39 hospitales y 363 unidades de consulta externa (UCE), distribuidos de manera bastante desigual en los municipios y jurisdicciones. El 79.1% de estas unidades

En términos generales, la disponibilidad de infraestructura estatal está dentro de los estándares nacionales en términos del número de consultorios y de camas hospitalarias.

FIGURA 1.17

Infraestructura para la oferta de servicios de salud en Sinaloa y México, 2011.



FUENTE: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud (DGIS), 2011.

Para atender las demandas de la población, el sistema de salud sinaloense cuenta con 39 hospitales y 363 unidades de consulta externa (UCE), distribuidos de manera bastante desigual en los municipios y jurisdicciones.

depende de los servicios de salud estatal. La razón de 13.1 consultorios, por cien mil habitantes (1.5 más abajo de la nacional) señala escasez de este tipo de recursos, que podría traducirse en barreras de acceso a la atención de primer nivel, sobre todo para la población que vive en jurisdicciones rurales (tabla 1.3). Entre el IMSS y la Secretaría de Salud estatal (SSA, SESA) concentran el 90.1% de las UCE en la entidad.

En el periodo 2004-2012, casi 49% de las UCE estaba acreditada ante la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS), sin embargo, hacia 2013 únicamente el 10% de las UCE de la SSA estatal cuenta con el requisito de acreditación. En este mismo periodo, sólo el 18% de los hospitales de la SSA estaba acreditada y las jurisdicciones de Guamúchil y Mazatlán no disponían de hospitales acreditados (tabla 1.4). Esta situación ha ido empeorando paulatinamente, pues en 2013 ningún hospital contaba con acreditación vigente. Es imprescindible que entre

TABLA 1.3**Unidades de consulta externa por cien mil habitantes y jurisdicción sanitaria. Sinaloa, 2011.**

| JURISDICCIÓN | UCE | POBLACIÓN | RAZÓN |
|--------------|--------|-------------|-------|
| Los Mochis | 64 | 546 833 | 11.7 |
| Guasave | 65 | 374 194 | 17.4 |
| Guamúchil | 41 | 169 925 | 24.1 |
| Culiacán | 121 | 1 083 844 | 11.2 |
| Mazatlán | 52 | 489 454 | 10.6 |
| Escuinapa | 20 | 103 511 | 19.3 |
| Sinaloa | 363 | 2 767 761 | 13.1 |
| México | 16 309 | 112 336 538 | 14.5 |

FUENTE: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud (DGIS), 2011.

TABLA 1.4**Unidades de consulta externa por institución de salud y jurisdicción. Sinaloa, 2011.**

| JURISDICCIÓN | INSTITUCIÓN | | | | TOTAL POR JURISDICCIÓN | % DE LA JURISDICCIÓN EN EL TOTAL ESTATAL | UCE ACREDITADAS 2004-2012 | VIGENCIA 2013 |
|--|-------------|-------|--------|-------|------------------------|--|---------------------------|---------------|
| | SSA/SESA | IMSS | ISSSTE | PEMEX | | | | |
| Los Mochis | 46 | 12 | 6 | 0 | 64 | 17.6% | 25 | 3 |
| Guasave | 51 | 6 | 8 | 0 | 65 | 17.9% | 33 | 6 |
| Guamúchil | 32 | 4 | 5 | 0 | 41 | 11.3% | 27 | 0 |
| Culiacán | 100 | 10 | 11 | 0 | 121 | 33.3% | 45 | 4 |
| Mazatlán | 43 | 5 | 3 | 1 | 52 | 14.3% | 30 | 2 |
| Escuinapa | 15 | 3 | 2 | 0 | 20 | 5.5% | 8 | 0 |
| No especificada | | | | | | | 9 | 3 |
| Unidades disponibles en Sinaloa por institución | 287 | 40 | 35 | 1 | 363 | 100% | 177 | 18 |
| Unidades disponibles en México por institución* | 13 824 | 1 156 | 1 070 | 35 | 16 309 | | | |
| Participación proporcional de cada institución en el total estatal | 79.1% | 11.0% | 9.6% | 0.3% | 100.0% | | | |
| Participación proporcional de Sinaloa en el total de unidades de consulta externa de México por institución de salud | 2.1% | 3.5% | 3.3% | 2.9% | 2.2% | | | |

FUENTE: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud (DGIS), 2011..

Es imprescindible que entre los lineamientos de control de calidad se generen mecanismos para estimular la certificación y acreditación de los hospitales, ya que esto no sólo ayudará a estandarizar procedimientos de atención, sino que asegurará la oferta de márgenes de intervenciones con mayor efectividad, menor riesgo y, consecuentemente, menor costo.

los lineamientos de control de calidad se generen mecanismos para estimular la certificación y acreditación de los hospitales, ya que esto no sólo ayudará a estandarizar procedimientos de atención, sino que asegurará la oferta de márgenes de intervenciones con mayor efectividad, menor riesgo y, consecuentemente, menor costo.

Al comparar la disponibilidad de hospitales con la media nacional aparece que en el estado hay 1.9 hospitales por cien mil habitantes (tabla 1.5), razón que supera la nacional (1.3). Sin embargo, existen diferencias entre las jurisdicciones en la disponibilidad de hospitales, ajustado por población. Guasave, por ejemplo, está por debajo de la media estatal y nacional (0.9 por cien mil habitantes), mientras que Guamúchil reporta la razón más alta (3.1).¹⁶

Los hospitales generales disponibles en el estado brindan servicios de atención médica integral a pacientes con patologías de complejidad y frecuencia media, pacientes ambulatorios o que

Sinaloa presenta una disponibilidad de 1.9 hospitales por 1000 habitantes, 30% mayor que el promedio nacional.

TABLA 1.5

Hospitales por cien mil habitantes y jurisdicción, según población de responsabilidad. Sinaloa, 2011.

| JURISDICCIÓN | IMSS | ISSSTE | PEMEX/SEDENA/ SEMAR | POBLACIÓN OBJETIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD* |
|--------------|------|--------|------------------------|---|
| Los Mochis | 0.9 | 2.4 | 34.3 | 1.2 |
| Guasave | 0.8 | 0.0 | 0.0 | 0.9 |
| Guamúchil | 1.8 | 0.0 | 0.0 | 3.1 |
| Culiacán | 0.6 | 1.0 | 0.0 | 2.3 |
| Mazatlán | 0.4 | 2.7 | 23.9 | 2.0 |
| Escuinapa | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 2.6 |
| Sinaloa | 0.7 | 1.3 | 21.0 | 1.9 |
| México | 0.7 | 1.5 | 6.9 | 1.3 |

*Incluye SSA/SESA, Servicios Médicos Estatales, IMSS-Oportunidades.

FUENTE: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud (DGIS), 2011.

16 La OMS reporta que la mediana mundial de hospitales por 100 mil habitantes es de 1.2, el mínimo de 0.2 y el máximo de 63.5.

requieren hospitalización. Cuentan con especialistas en las cuatro ramas básicas: cirugía general, gineco-obstetricia, medicina interna y pediatría. Además cuentan con el apoyo de anestesiología, servicios de diagnóstico, gabinete de radiología y transfusión o banco de sangre.¹⁷ La población localizada en el área de influencia de cada hospital depende de la oferta de esta gama de servicios. Los hospitales generales que atienden entre 20 mil y 50 mil habitantes cuentan con, por lo menos, un núcleo básico de servicios de salud y los que cubren entre 50 mil y 150 mil habitantes con al menos, tres núcleos, incluyendo servicios auxiliares y de transfusión sanguínea, dependiendo del número de núcleos. Estos hospitales están diseñados para resolver regionalmente daños a la salud y apoyar a otras unidades con menor capacidad y, en su caso, trasladan a pacientes a hospitales de alta especialidad (tercer nivel de atención).

Equipo: Quirófanos

La disponibilidad de quirófanos en unidades hospitalarias tradicionalmente ha sido un indicador de capacidad de respuesta a su población de responsabilidad. En los registros oficiales de las instituciones públicas del estado aparecen 129 quirófanos. El mayor porcentaje (47.2%) pertenece a la SSA/SESA, 32.6% al IMSS, 7.0% al ISSSTE, 6.2% a los Servicios Médicos Estatales y el 7.0% restante se distribuye entre la Secretaría de la Defensa Nacional, la Secretaría de Marina y el IMSS-Oportunidades.

La distribución de los quirófanos muestra también diferencias entre jurisdicciones. Culiacán concentra 48.1% del total estatal, mientras que en Mazatlán y Los Mochis se ubican 17.8% y 15.5%, respectivamente. El 18.6% restante se distribuye entre las jurisdicciones de Guamúchil (8.5%), Guasave (7.0%) y Escuinapa (3.1%).

La distribución institucional de quirófanos por población de responsabilidad en la mayor parte de las instituciones públicas del estado rebasa a la nacional. La disponibilidad de quirófanos

¹⁷ Estos servicios conforman un *núcleo básico de servicios de salud hospitalaria*.

TABLA 1.6**Quirófanos por cien mil habitantes y jurisdicción sanitaria, Sinaloa 2011.**

| JURISDICCIÓN | QUIRÓFANOS | POBLACIÓN | RAZÓN |
|--------------|------------|-------------|-------|
| Los Mochis | 20 | 546 833 | 3.7 |
| Guasave | 9 | 374 194 | 2.4 |
| Guamúchil | 11 | 169 925 | 6.5 |
| Culiacán | 62 | 1 083 844 | 5.7 |
| Mazatlán | 23 | 489 454 | 4.7 |
| Escuinapa | 4 | 103 511 | 3.9 |
| Sinaloa | 129 | 2 767 761 | 4.7 |
| México | 3 724 | 112 336 538 | 3.3 |

FUENTE: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud (DGIS), 2011.

por cien mil habitantes es marcadamente desigual entre algunas jurisdicciones sanitarias. Por ejemplo, Guasave muestra una razón de 2.4, en contraste con 6.5 de Guamúchil (tabla 1.6).

Recursos humanos

La SSA y el IMSS aportan el mayor porcentaje de médicos al estado (40.5% y 36.7%, respectivamente). La relación médico por habitante en estas instituciones es de 1.8 por cada mil habitantes, ligeramente superior a la reportada en el país (1.7). Si consideramos la densidad de médicos por habitantes, México alcanza tres médicos por mil habitantes. Como referencia, en países con mayor desarrollo esta cifra alcanza a tres (Reino Unido) y cuatro (España); un caso excepcional es Cuba, donde la densidad de médico es seis por cada mil habitantes. (OMS, 2012).

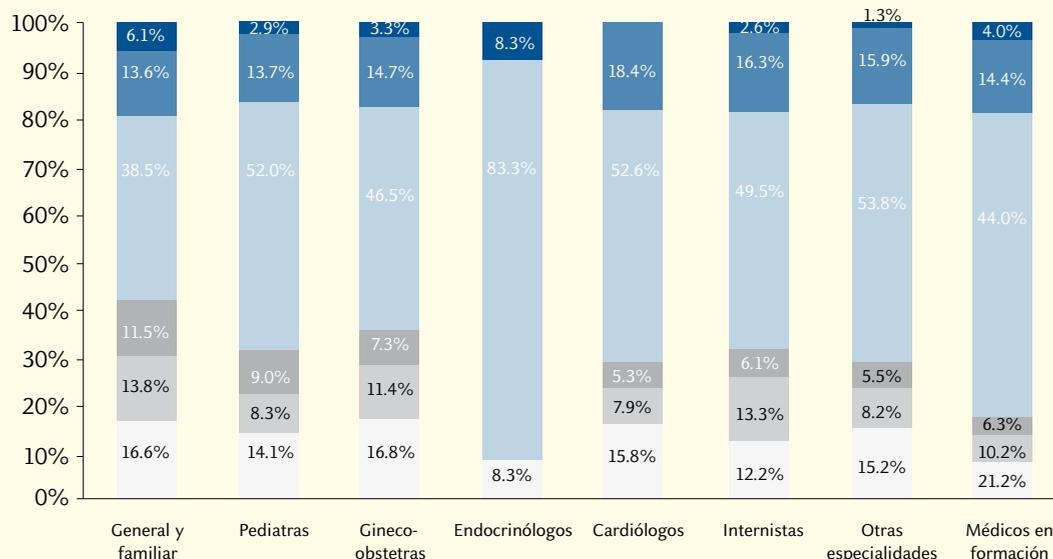
En 2011, las instituciones públicas de Sinaloa registraron 6 405 enfermeras; 48.1% correspondió a enfermeras generales, 37.8% a auxiliares, 9.8% a especialistas y 4.3% en formación.¹⁸ Esta distribución se distingue levemente de la nacional, que re-

18 De acuerdo con los registros de la OMS, se señala un promedio en la región de las Américas 7.1 por 1000 habitantes.

En la mayoría de los municipios, con excepción de Culiacán, se advierte escasez de especialistas en endocrinología y cardiología.

FIGURA 1.18

Porcentaje de médicos por especialidad y jurisdicción. Sinaloa, 2011.



| Jurisdicción | General y familiar | Pediatras | Gineco-obstetras | Endocrinólogos | Cardiólogos | Internistas | Otras especialidades | Médicos en formación |
|--------------|--------------------|-----------|------------------|----------------|-------------|-------------|----------------------|----------------------|
| Escuinapa | 100 | 8 | 9 | 0 | 0 | 5 | 17 | 31 |
| Mazatlán | 224 | 38 | 40 | 1 | 7 | 32 | 201 | 123 |
| Culiacán | 635 | 144 | 127 | 10 | 20 | 97 | 681 | 505 |
| Guamúchil | 189 | 25 | 20 | 0 | 2 | 12 | 70 | 31 |
| Guasave | 227 | 23 | 31 | 0 | 3 | 26 | 104 | 45 |
| Los Mochis | 273 | 39 | 46 | 1 | 6 | 24 | 192 | 64 |

FUENTE: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud (DGIS), 2011.

gistró 48.9% enfermeras generales, 11.3% especialistas, 34.6% auxiliares y 5.2% en formación, por lo que la proporción de enfermeras especialistas está por debajo de lo que se registra en el total del país (DGIS/SSA, 2011).

En las instituciones de salud se observa un predominio de personal profesional y auxiliar en el ejercicio de la medicina general y de la enfermería general. El personal especializado es menos de la tercera parte del total en la institución.

En la mayoría de los municipios, con excepción de Culiacán, se advierte escasez de especialistas en endocrinología y cardiología (figura 1.18). La distribución de endocrinólogos es la menos equitativa, pues más del 83% de ellos se encuentra en Culiacán. Las jurisdicciones de Guasave y Guamúchil están desprovistas de este recurso. Los médicos en formación atienden

Culiacán concentra el 46.6% de odontólogos disponibles en el estado.

Un reto importante del PISES a futuro es la distribución equitativa de profesionales de la salud en áreas especializadas, en todos sus municipios.

a la población más pobre (56.3% de los médicos del IMSS-O y 31.1% de los SME son de este tipo).

Culiacán concentra la mayor proporción de odontólogos, en comparación con el resto de las jurisdicciones del estado (46.6%). Dos terceras partes de este recurso las aporta la SSA estatal. El número de odontólogos por mil habitantes parecería ser bajo para atender las necesidades en el estado, aunque la razón de odontólogos por mil habitantes de Sinaloa es similar a la nacional (0.1).

En la mira de un plan de largo plazo, será necesario atender una distribución de los profesionales de la salud de una manera más equitativa entre las jurisdicciones.

Egresos hospitalarios y días de estancia

Los servicios de salud de la SSA estatal registran el mayor número de egresos en el estado (47.4%, el IMSS, 39.6%. La distribución de egresos entre jurisdicciones de salud señala que aproximadamente el 80% se concentra en Culiacán (42%), Los Mochis (21.0%) y Mazatlán (17.1).

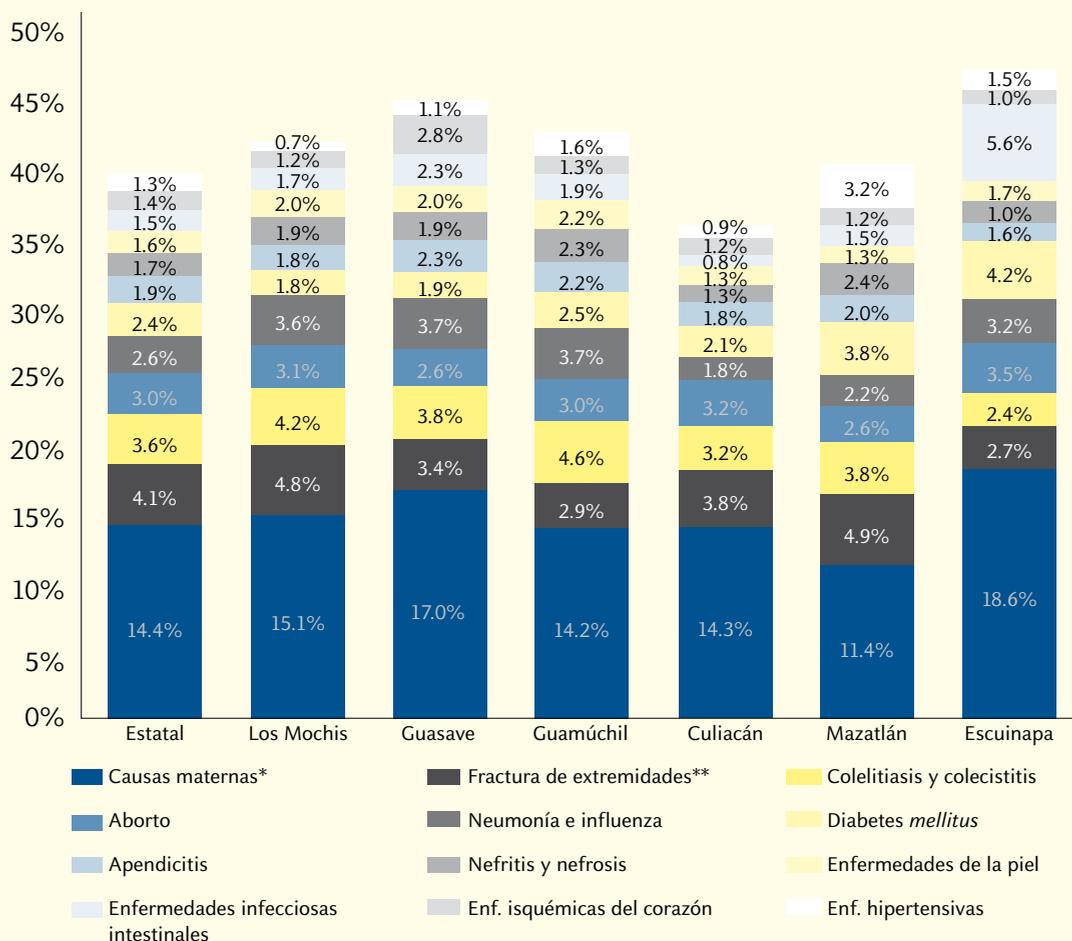
El IMSS concentró casi la mitad de los días de estancia en el estado (49.6%), la SSA 37.1%, el ISSSTE 10.5% y el resto de instituciones públicas 2.6 por ciento. Similar a lo que ocurre con los egresos, Culiacán concentró la mayor proporción de días de estancia (43.8%), seguido de Los Mochis y Mazatlán (21.2% y 19.4%, respectivamente).

La atención del evento obstétrico es la principal causa de egresos en el estado, no así de días de estancia hospitalaria, estos eventos demandan un promedio de 1.4 días. Las fracturas de extremidades superiores e inferiores es la segunda causa de egresos, y debido a que este problema de salud demanda en promedio 6.2 días de hospitalización es el que concentra el mayor número de días de hospitalización en el estado (7.5).

Aunque se evidencian diferencias en las causas de hospitalización entre las seis jurisdicciones sanitarias, las enfermedades hipertensivas, apendicitis, enfermedades endocrinas, hematológicas e inmunológicas, son las más frecuentes en la mayor parte de ellas. La esquizofrenia, la atención de bajo peso al nacer y la

FIGURA 1.19

Principales causas de egresos hospitalarios por jurisdicción sanitaria. Sinaloa, 2011.



*Parto único espontáneo, hemorragia obstétrica, edema proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, parto obstruido.

** Inferiores o superiores.

*** No incluye diabetes.

FUENTE: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud (DGIS), 2011.

prematurez son las causas que necesitan en promedio más días de hospitalización por egreso a escala estatal (figura 1.19).

Para el futuro es conveniente mantener la actualización de los datos sobre este indicador, en especial los que se refieren a los problemas de salud prioritarios,¹⁹ con la finalidad de que las

19 Enfermedades crónicas (hipertensivas, diabetes, etc.), lesiones causadas por accidentes y violencia.

Las enfermedades hipertensivas, apendicitis, enfermedades endocrinas, hematológicas e inmunológicas, son las causas más frecuentes de la hospitalización en Sinaloa.

unidades hospitalarias planifiquen la disponibilidad de recursos materiales, humanos y servicios adecuados a las necesidades.

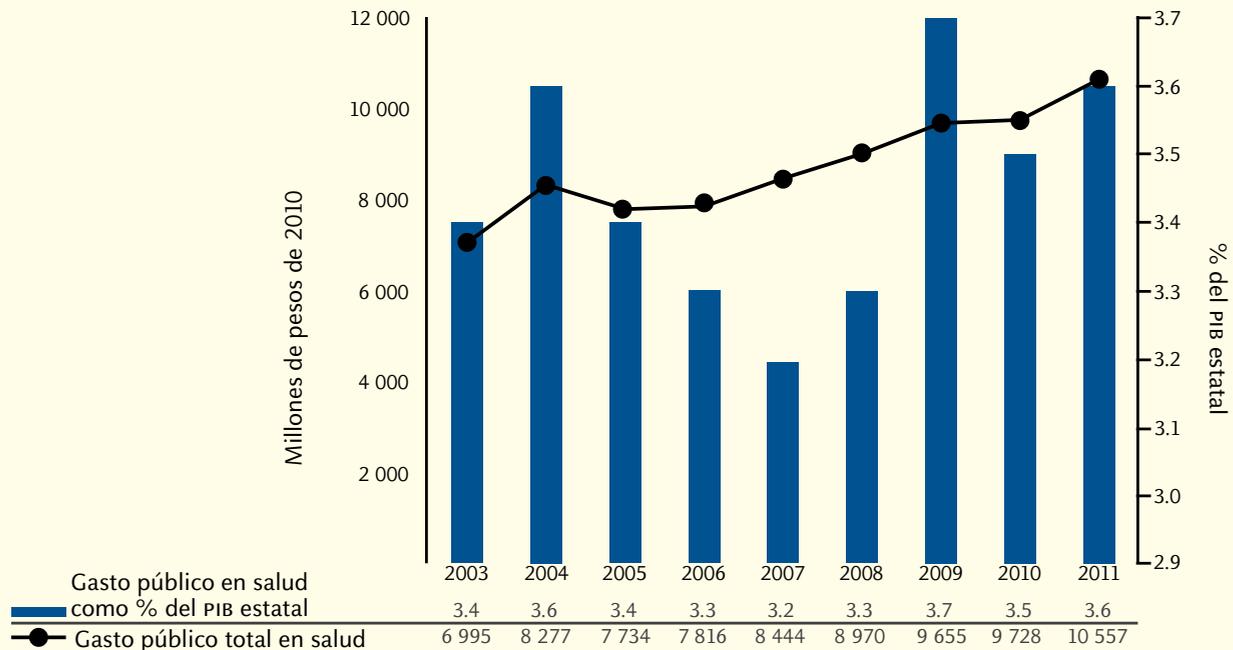
Recursos financieros

En Sinaloa, entre 2003 y 2011, el comportamiento del gasto público en salud (figura 1.20) se incrementó 51%; es decir, tuvo un crecimiento menor al nacional (61.4%). En 2011, este gasto representó el 3.6% del PIB del estado, porcentaje superior al promedio nacional (3.1%).

El gasto reportado por las instituciones del Sistema Estatal de Salud manifestó una tendencia ascendente entre 2003 y 2011. La Secretaría de Salud, a través del SPSS (SSA/SPSS), reportó el mayor incremento del periodo, casi duplicando en 2011 lo gastado en 2003. En el ISSSTE también se mostró un incremento de casi 86 por ciento. En las demás instituciones de salud, aunque

FIGURA 1.20

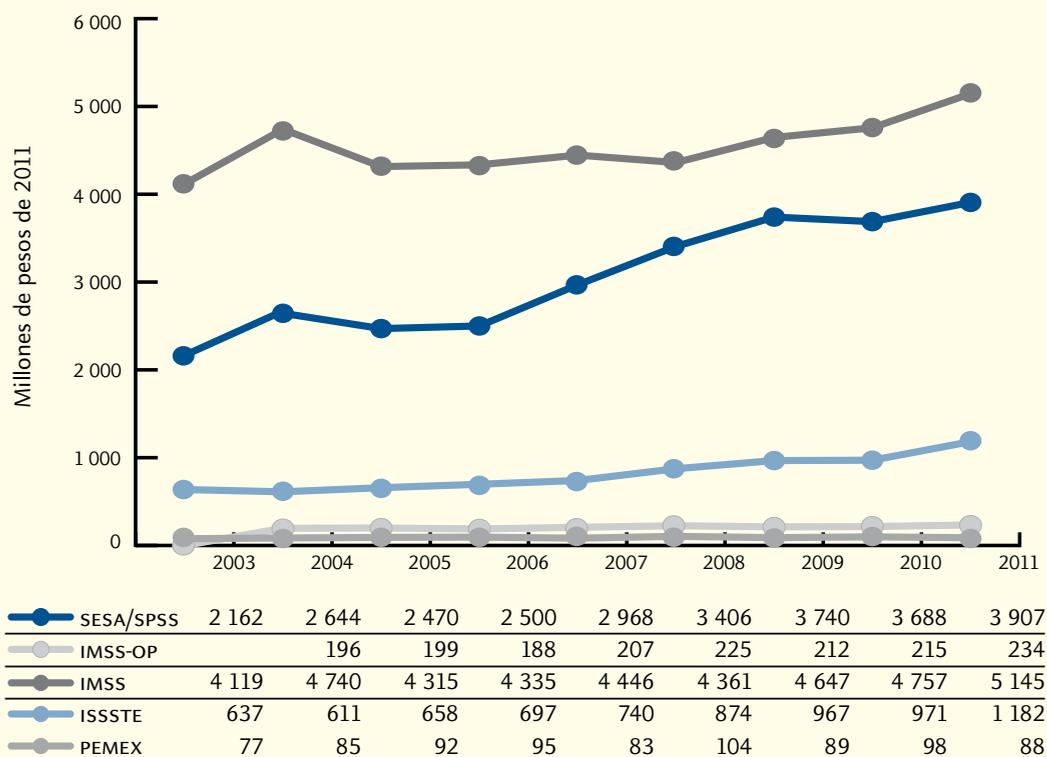
Tendencia del gasto público en Sinaloa, 2003-2011 (millones de pesos).



FUENTE: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud (DGIS), 2011.

FIGURA 1.21

Tendencia del gasto público por institución de salud. Sinaloa, 2003-2011. Millones de pesos de 2011.



FUENTE: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud (DGIS), 2011.

también registraron tendencias positivas en el periodo, los aumentos fueron menores (figura 1.21).

El gasto de la seguridad social (IMSS, ISSSTE, PEMEX) representó en 2003, 69% del total del gasto público ejecutado en ese año. En 2011, esta proporción se redujo al 60.1%, debido al incremento del gasto ejercido en SSA/SPSS e IMSS Oportunidades para ofrecer atención a los no asegurados. La participación de las instituciones que dan cobertura a población no asegurada pasó de 31% del total del gasto público en 2003 a casi 40% en 2011 (figura 1.21).

Si bien la mayor proporción del gasto en seguridad social entre 2003 y 2007 fue ejercida por el IMSS (50%), a partir de 2008 esta participación ha ido disminuyendo con la aparición

El gasto de la SSA estatal, incluyendo el del Seguro Popular, representó entre 30.9% y 40.9% del gasto público en salud del estado.

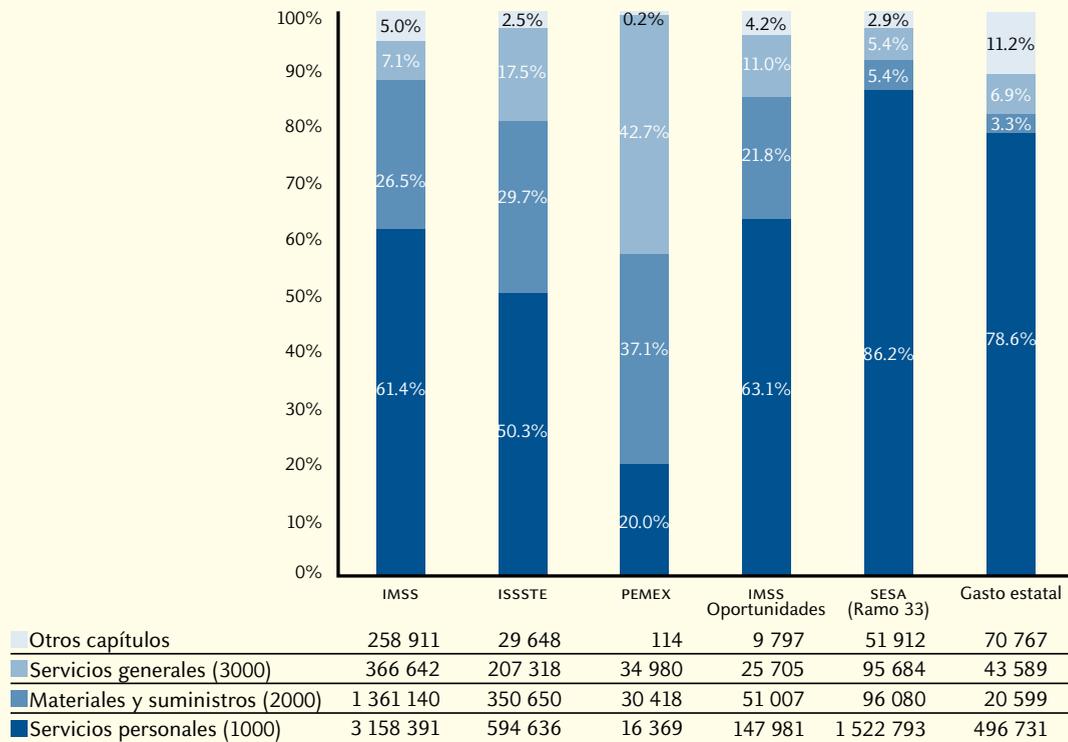
del Seguro Popular (SP). El gasto de la SSA estatal, incluyendo este seguro, representó entre 30.9% y 40.9% del gasto público en salud del estado. La participación porcentual del ISSSTE osciló entre 9.1% y 11.2% del total gastado en los años 2003 y 2011. Asimismo, con la puesta en marcha del SPSS, el gasto público de la SSA casi se duplicó en Sinaloa.

La reforma del sistema de salud implementada en 2003 a escala nacional ha demostrado una mejor distribución de los recursos financieros entre los asegurados y no asegurados. El gasto per cápita de este estado, tanto para población asegurada como para población sin acceso a la seguridad social (población objetivo de la SSA), se mantiene en el promedio nacional.

En casi todas las instituciones públicas de salud, el principal rubro de gasto es el pago de nómina, con excepción de PEMEX,

FIGURA 1.22

Composición del gasto por capítulo de gasto e institución de salud. Sinaloa, 2011.



FUENTE: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud (DGIS), 2011.

en donde la mayor proporción del gasto se concentra en el rubro de «materiales y suministros». El peso que tiene el gasto en pago de personal es mayor para los servicios de salud estatales (SESA) que para la seguridad social. Como resultado, el gasto en los otros rubros (materiales/suministros, servicios generales, inversión en la infraestructura) es menor para la SSA estatal que para las instituciones de seguridad social (figura 1.22).

Gasto en medicamentos

La participación del gasto en medicamentos, en el total ejercido en las instituciones de salud en el estado, muestra un comportamiento polarizado entre las instituciones de salud. PEMEX mantiene un comportamiento estable en el ejercicio de su gasto entre 2004 y 2011, invirtiendo un promedio del 41.5% de su gasto en salud en compra de medicamentos. En situación completamente opuesta están la SSA/SESA, cuyo gasto en medicamentos alcanza 1.06% del gasto institucional en salud. El ISSSTE muestra un comportamiento peculiar, ya que en 2004 su ejercicio en gasto de medicamentos representaba 1.8% del total invertido en salud y en 2011 este gasto ascendió a 24.7 por ciento. En este periodo, el ISSSTE mantuvo una participación promedio del gasto en medicamentos de 5.57 por ciento. El IMSS, por su parte, mantuvo una participación promedio de 17.58% de su gasto en medicamentos en el total de gasto en salud.

Uno de los puntos críticos de la capacidad de respuesta del sistema de salud nacional, y consecuentemente el de Sinaloa, es no sólo la distribución del gasto en este insumo, que, como vemos, es marcadamente heterogénea, sino la distribución a la población, lo cual debe constituir un área de atención especial para un programa de atención integral de largo plazo.

Productividad hospitalaria

En promedio, la productividad hospitalaria, medida como porcentaje de ocupación hospitalaria en el estado de Sinaloa, está 1.7 puntos porcentuales por debajo de lo que se reporta en el país.

Uno de los puntos críticos de la capacidad de respuesta del sistema de salud nacional, y consecuentemente el de Sinaloa, es asegurar el gasto y distribución de los medicamentos para la población usuaria de los servicios de salud.

El índice de rotación hospitalaria (más del 100 %) en la SSA/SESA, sugiere sobreocupación de sus instalaciones y tiempos prolongados de espera, afectando la calidad de la atención.

La población del estado sin un esquema de aseguramiento en salud descendió de 42.5 % (en 2006) a 16.7 % (en 2012). Este incremento de la cobertura de la seguridad en salud se atribuye a la expansión del Seguro Popular.

La ocupación hospitalaria entre jurisdicciones muestra bastante heterogeneidad y hay alta movilidad de pacientes por camas censables en la mayor parte de las unidades hospitalarias. Culiacán es la jurisdicción que concentra la mayor proporción de consultas generales y de especialidad, seguida por Los Mochis.

Las consultas por mil habitantes, indicador utilizado para medir la productividad de la atención ambulatoria, superaron ligeramente en el estado el comportamiento nacional.

El índice de rotación hospitalaria es particularmente elevado para la SSA/SESA, más del 100 por ciento. Ello podría sugerir hacinamiento y tiempos prolongados de espera para la atención hospitalaria, es decir podría estar anunciando problemas de calidad de la atención.

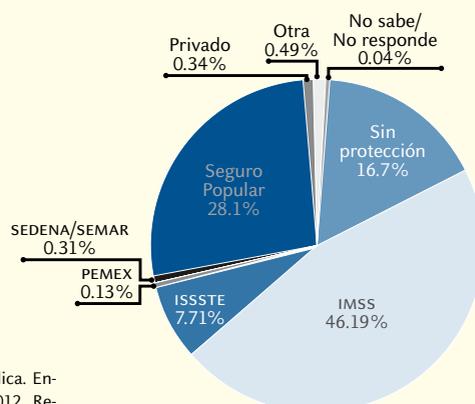
Cobertura efectiva del sistema de salud de los servicios de salud

Cinco factores ayudan a dimensionar la cobertura efectiva del sistema de salud: a) la cobertura de la protección en salud; b) la utilización de servicios curativos ambulatorios y hospitalarios; c) la prescripción, surtimiento y gasto en medicamentos; y d) la calidad de la atención para los servicios curativos ambulatorios. Los datos de estos indicadores fueron capturados por las ENSANUT 2006 y 2012 y se utilizan en este apartado para analizar la cobertura efectiva del Sistema Estatal de Salud.

Protección en salud

En Sinaloa, en el momento de la ENSANUT 2012, 16.7% de la población no contaba con esquema de aseguramiento en salud. Esta cifra es inferior a la nacional (21.4%). En 2006 la Encuesta reportaba una desprotección del 42.5 por ciento. Se atribuye este incremento al impulso del SPSS (figura 1.23).

Analizando la cobertura del SPSS y el nivel socioeconómico, se observa que este seguro público tiene un efecto progresivo; es decir, beneficia a los más pobres.

FIGURA 1.23**Distribución de la población por condición de protección en salud. Sinaloa, México. ENSANUT 2012.**

FUENTE: Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados por entidad federativa, Sinaloa. Capítulo 1. Hogar.

Utilización de los servicios

Para medir la utilización de servicios ambulatorios, se registraron datos de las dos últimas semanas previas a la aplicación de la ENSANUT. La tasa de utilización de servicios de salud ambulatorios en la población de Sinaloa fue de 78.8 por mil habitantes, similar a la tasa nacional (77.0). La utilización de servicios hospitalarios se midió considerando el último año previo a esta encuesta. El uso de servicios de hospitalización fue de 43.3 por mil habitantes, casi 14% superior a la tasa reportada en el ámbito nacional (38).

Entre los que utilizaron servicios ambulatorios en Sinaloa en esos años, el 24.7% recibió la atención por la SSA; 37.5% recibió la atención del IMSS; 26.3% de los utilizadores reportó que su prestador de servicios fueron médicos privados; el resto (11.5%) se distribuyó en otras instituciones públicas de salud. Este patrón de utilización por prestadores de servicios de salud es diferente al observado en 2006, cuando la SSA atendió a 29.7% (IC95% 25.0-34.8)* y los servicios privados a 30.2% (IC95% 25.5-35.5).

* IC = Intervalo de confianza.

El uso de servicios de hospitalización en el estado, fue de 43.3 por mil habitantes, casi 14% superior a la tasa reportada en el ámbito nacional (38).

El IMSS concentró la mayor utilización de los servicios hospitalarios (42.3%); los hospitales de la SSA registraron 30.3% de utilización; los hospitales privados y otros, como ISSSTE/PEMEX/SEDENA/SEMAR, reportaron porcentajes de 13.8 y 13.6%, respectivamente.

Prescripción, surtimiento y pago de bolsillo de medicamentos en servicios curativos ambulatorios

En 2012, a escala estatal casi 70% de los usuarios de servicios de consulta médica ambulatoria consiguió sus medicamentos en el sitio de la consulta, proporción ligeramente superior a la reportada en el país (65.2%). Esta cifra disminuyó en 6.5% desde 2006 cuando se reportaba un surtimiento del 76.5 por ciento. El surtimiento total de los medicamentos recetados en el lugar de la consulta varió, según la institución. El IMSS reportaba que el 90.9% de sus usuarios recibió todos sus medicamentos, igual al reportado en 2006. La SSA estatal registró 57.3% de surtimiento de medicamentos en 2012, manifestando un descenso respecto al año 2006 (27.1%).

A pesar de la cobertura en surtimiento de medicamentos en el estado, casi 41% de quienes utilizaron servicios curativos ambulatorios tuvo que realizar algún pago para adquirir sus medicamentos. Esta proporción fue menor a la reportada a escala nacional (53.7%). La mediana del monto gastado a escala estatal fue de 250 pesos, ligeramente superior que la reportada para el ámbito nacional (200 pesos).

Calidad de la atención curativa ambulatoria

La evaluación de la calidad de la atención es un aspecto crítico para la evaluación de las instituciones de salud, así como un insumo clave para definir estrategias que permitan asegurarla. Uno de los indicadores utilizados para su medición es el tiempo de espera, que se define como los minutos que transcurren entre el momento en que el usuario llega a la unidad de atención y el momento en que recibe la consulta. En Sinaloa, el promedio de tiempo de espera en los servicios curativos ambulatorios fue de 55.3 minutos, muy cercano al promedio nacional (58 minutos).

A pesar de la cobertura en surtimiento de medicamentos en el estado, casi 41% de quienes utilizaron servicios curativos ambulatorios tuvo que realizar algún pago para adquirir sus medicamentos.

En Sinaloa, de acuerdo con la ENSANUT 2012, el promedio de tiempo de espera en los servicios curativos ambulatorios fue de 55.3 minutos, muy cercano al promedio nacional (58 minutos).

Los servicios de la SSA presentaron el promedio de tiempo de espera más largo (79.5 minutos) y una mediana de 30 minutos, inferiores al promedio reportado por esta institución a escala nacional (90.6 y 60 minutos, respectivamente). El IMSS estatal reportó un promedio de 73 minutos; la mediana fue de 40 minutos, cercano a lo que reporta esta institución a escala nacional (75 y 30 minutos, respectivamente). Los servicios privados del estado tuvieron el menor tiempo de espera, con un promedio de 14.6 minutos, similar a lo reportado a escala nacional (21.2 minutos); la mediana estatal fue similar a la nacional, de 10 minutos.

Otro indicador sobre calidad de la atención incluida es la percepción de mejoría en salud después de haber recibido atención ambulatoria. De acuerdo con la información de la ENSANUT 2012, el 76.5% de los utilizadores de servicios curativos ambulatorios en el estado manifestó mejoría en su salud. El 64% de los usuarios de los servicios del IMSS expresó la menor percepción de mejoría y 81.5% de los usuarios de la SSA/SESA manifestó lo mismo.

En síntesis, en los últimos años el sistema de salud de Sinaloa ha demostrado un importante avance al expandir el acceso a los servicios de salud a la población más pobre, históricamente excluida de la seguridad social. Sin embargo, para alcanzar la cobertura universal no sólo se requiere incrementar o, aún más, lograr la afiliación completa de la población objetivo del SPSS, sino alcanzar el uso efectivo de los servicios incluidos en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES).

El 76.5% de los utilizadores de servicios curativos ambulatorios en el estado manifestó mejoría en su salud (ENSANUT, 2012).

CAPÍTULO 2

PROSPECTIVA DE LA SALUD EN SINALOA

Análisis de las tendencias de los problemas de salud y sus determinantes en Sinaloa, 2014-2034

INTRODUCCIÓN

El PISES, como un recurso de planeación de largo plazo, plantea la necesidad de complementar los datos del pasado y presente con la proyección del futuro.

En los capítulos anteriores se han descrito las condiciones sociales, económicas y culturales que influyen en la salud de la población y también cómo éstas inciden de manera distinta en los grupos sociales.

El análisis prospectivo de la salud, vinculado con los factores económicos y sociales, sirve de insumo para configurar escenarios deseables y posibles. Para ello, las instituciones de gobierno, iniciativa privada y organizaciones civiles, deben alinear acciones bajo una perspectiva de planeación estratégica, en la cual se definan acciones y metas posibles, mecanismos de monitoreo y evaluación, con la finalidad de asegurar que los escenarios deseables se cumplan en beneficio del bienestar de la población sinaloense.

El análisis prospectivo de los principales problemas de salud contiene el reconocimiento de la tendencia histórica de la tasa de mortalidad. El punto de inflexión se sitúa en 2011. A partir de entonces, se estiman posibles escenarios y se identifica un límite de advertencia, que señala la probabilidad de una aceleración en el comportamiento de la tasa, lo cual demandará acciones de prevención o control.

La construcción de futuro de la salud de Sinaloa se emprende en el presente.

Un recurso fundamental para la construcción de escenarios futuros del bienestar de los sinaloenses es la convergencia del conocimiento y la experiencia de académicos, funcionarios de gobierno, empresarios y organizaciones civiles.

El objetivo de la evaluación prospectiva es diseñar estrategias y acciones que permitan estabilizar tendencias, como prerrequisito para acceder a escenarios deseables y posibles, que conduzcan a reducir la magnitud y gravedad de los problemas de salud pública.

TENDENCIAS ECONÓMICAS, SOCIALES Y DEMOGRÁFICAS

En el debate académico hay coincidencia generalizada en que salud y progreso económico están intrínsecamente correlacionados. La salud es causa de productividad y rendimientos crecientes. Las regiones que deliberadamente estimulan la mejoría de sus indicadores fortalecen su competitividad, atraen más inversión productiva y registran las mayores tasas de crecimiento de ingreso per cápita.

En los próximos años, Sinaloa experimentará un envejecimiento demográfico, habrá menos nacimientos y más adultos mayores con problemas de salud. Asimismo, la esperanza de vida aumentará y, en consecuencia, demandará mayor gasto público en salud.

En la entidad, la coyuntura es favorable para desarrollar políticas públicas que mejoren las condiciones de salud, para convertirlas en pilares centrales de círculos virtuosos donde su progresiva mejoría y el crecimiento económico se refuerzan mutuamente.

El CONAPO estima que la Población Económicamente Activa (PEA) sinaloense en los próximos años tiende a tener una significativa desaceleración. Estas cifras van en línea con el envejecimiento demográfico en la entidad. Ello demandará, en el mediano y largo plazos, un esfuerzo menor que el requerido hasta hoy, en la creación de nuevas plazas laborales.

TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA

En los próximos años, la población de 0 a 12 años de la entidad disminuirá de 25% en 2010 a 22 y 20% en 2020 y 2030, respec-

tivamente; la población de 13 a 40 años, que compone la mayor parte de la población económicamente activa (PEA), registrará un descenso, en el mismo periodo, de 47 a 43 y 41%, en 2020 y 2030, respectivamente. En cambio, la población de 65 años y más aumentará de 6% en 2010 a 11% en 2030. En los próximos 20 años, la población infantil y joven evidenciará una tasa de crecimiento negativo de 1.7 y 1.6%, respectivamente. La población mayor de 50 años, en la que recaen los principales problemas de salud de la entidad, aumentará de 19% en 2013 a 26% en 2030 (CONAPO, 2013).

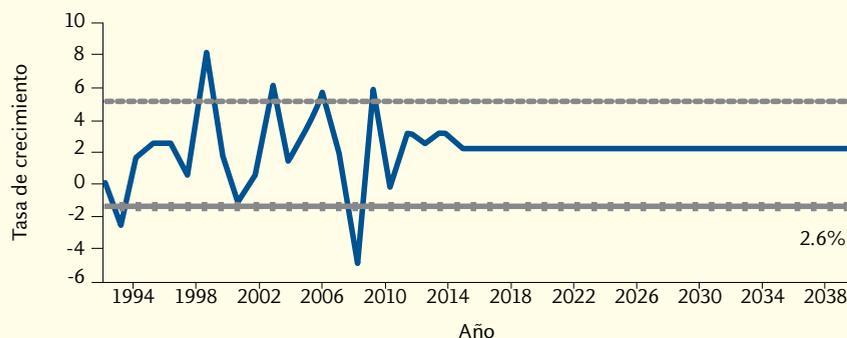
CRECIMIENTO ECONÓMICO

En el periodo 1994-2012, la tasa de crecimiento económico fue estacionaria y volátil, si las condiciones estructurales de la economía sinaloense no se modifican en los próximos 25 años, no se observará un cambio significativo en las condiciones de vida de la población. Se estima que el crecimiento potencial es de 2.6 por ciento. En el futuro, es factible alcanzar tasas de 5%, pero también de registrar tasas negativas de hasta menos 1%. El reto es disminuir la inestabilidad del crecimiento (figura 2.1).

En los próximos años, Sinaloa experimentará un envejecimiento demográfico progresivo, habrá menos nacimientos y más adultos mayores con problemas de salud. Asimismo, la esperanza de vida aumentará y, en consecuencia, demandará mayor gasto público en salud.

FIGURA 2.1

Sinaloa. Tasa de crecimiento económico. Tendencia y proyecciones, 1994-2038.



FUENTE: INEGI. Sistema de Cuentas Nacionales de México. PIB por entidad federativa 1994-2011.

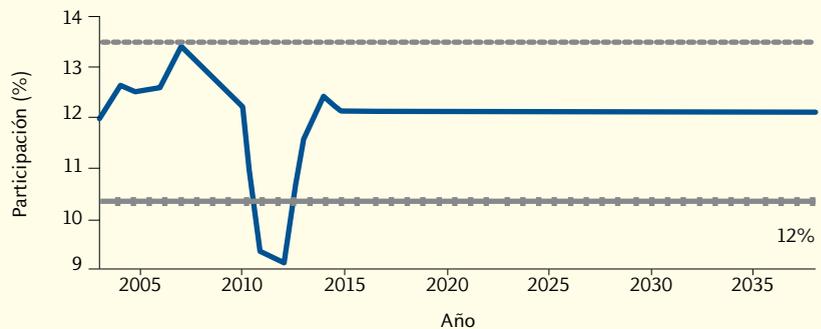
ESTRUCTURA PRODUCTIVA

Una explicación del lento crecimiento y los bajos salarios se encuentra en la rigidez de la estructura productiva, concentrada en actividades con limitada adición de valor agregado y términos de intercambio desfavorables y un sector secundario incipiente.

La expectativa para los próximos 25 años es que la participación de las actividades primarias en la producción de la entidad se estabilice alrededor de un promedio de 12%; el comercio en 20.5%, el sector inmobiliario en 12.4% y la industria manufacturera en 8.6% (figuras 2.2, 2.3, 2.4 y 2.5).

FIGURA 2.2

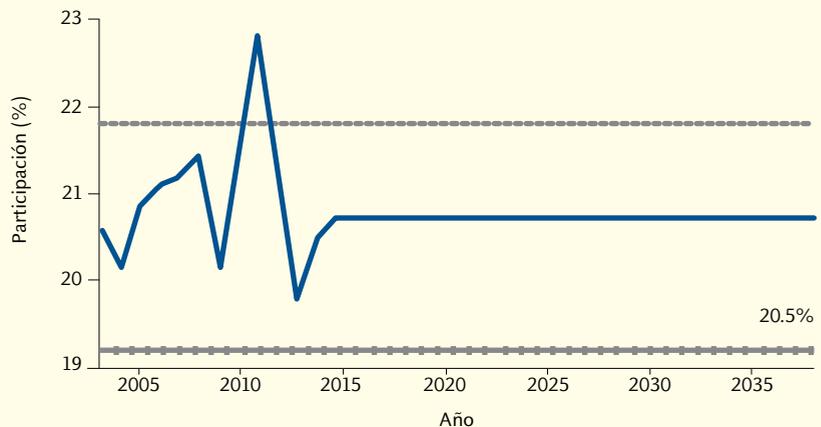
Sinaloa. Participación del sector primario en el PIB estatal. Tendencia y proyecciones 1994-2038.



FUENTE: INEGI. Sistema de Cuentas Nacionales de México. PIB por entidad federativa 1994-2011.

FIGURA 2.3

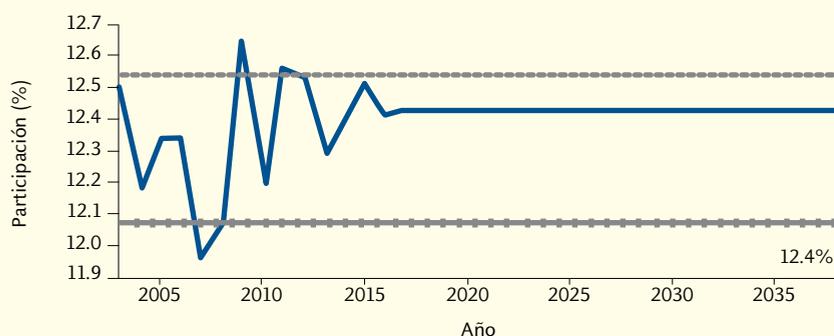
Sinaloa. Participación del comercio en el PIB estatal. Tendencia y proyecciones 1994-2038.



FUENTE: INEGI. Sistema de Cuentas Nacionales de México. PIB por entidad federativa 1994-2011.

FIGURA 2.4

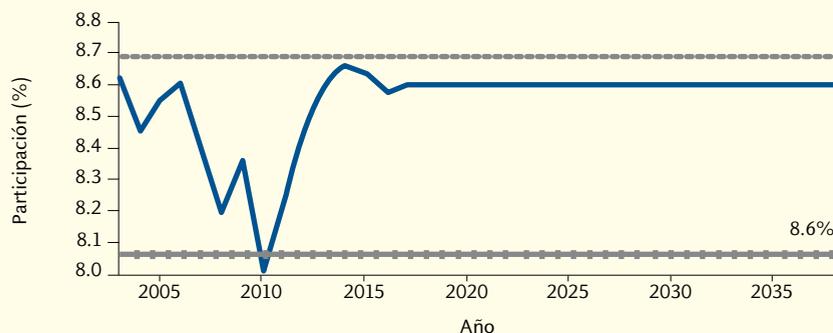
Sinaloa. Participación del sector inmobiliario en el PIB estatal. Tendencia y proyecciones 1994-2038.



FUENTE: INEGI. Sistema de Cuentas Nacionales de México. PIB por entidad federativa 1994-2011.

FIGURA 2.5

Participación de la industria manufacturera en el PIB estatal. Tendencia y proyecciones 1994-2038.



FUENTE: INEGI. Sistema de Cuentas Nacionales de México. PIB por entidad federativa 1994-2011.

INGRESO POR HABITANTE

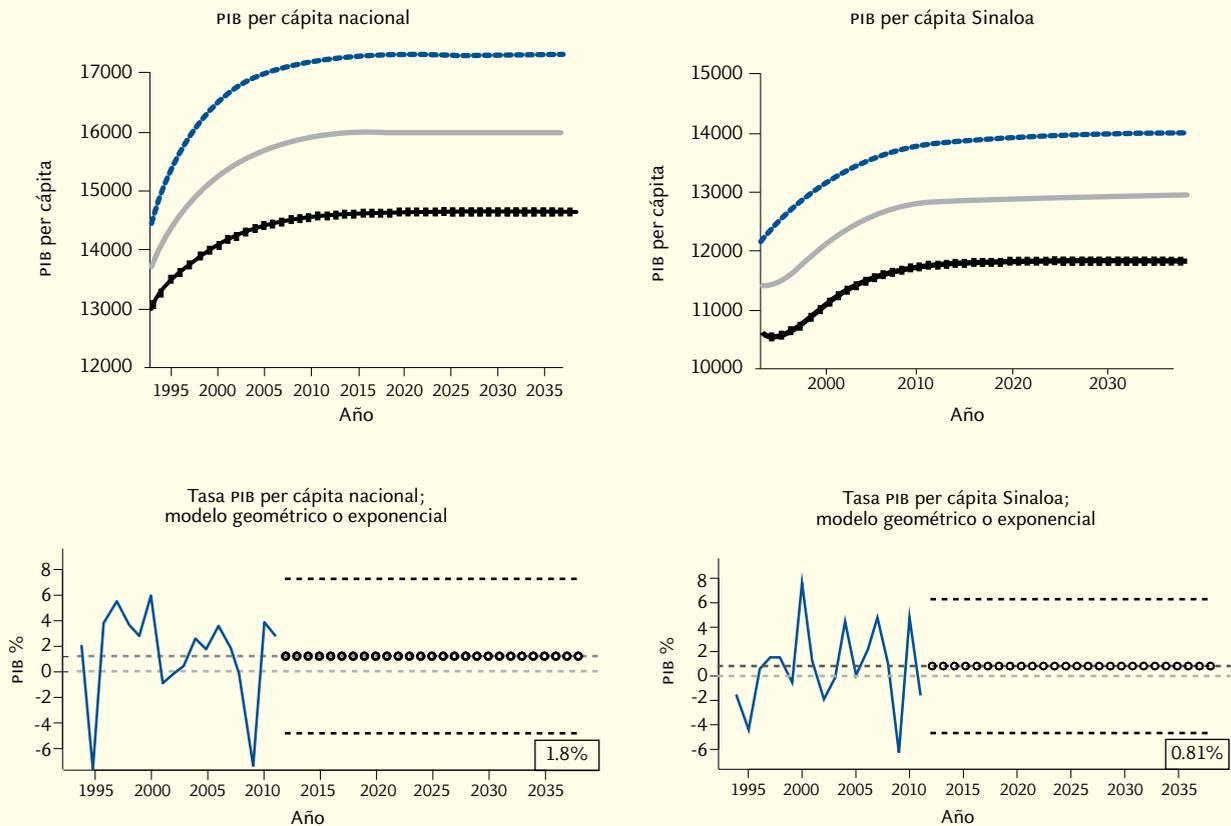
El Producto Interno Bruto nacional por habitante (PIB per cápita) es 23% mayor al sinaloense. En el periodo 1993-2011, el PIB del país ha incrementado a un ritmo anual de 1.2%, mientras el de la entidad a 0.8%. Si bien hay una significativa correlación positiva, la divergencia entre el ingreso estatal y el promedio nacional tiende a incrementarse en el tiempo. Si las condiciones estructurales no cambian, la divergencia y su comportamiento

Se estima que en los próximos años el PIB per cápita nacional registre una tasa de crecimiento de 1.8%, en tanto la de Sinaloa se matendrá en 0.8%.

no se modificarán en el mediano y largo plazos. Se estima que en los próximos años el PIB per cápita nacional registre una tasa de crecimiento de 1.8%, en tanto la de Sinaloa se mantendrá en 0.8%.

FIGURA 2.6

PIB per cápita nacional, Sinaloa. Tendencia y proyecciones 1994-2038.



Azul: Nacional. Negro: Sinaloa.

FUENTE: Elaborada con información del INEGI y el Centro de Estudios de las Finanzas Públicas de la H. Cámara de Diputados. El PIB per cápita está expresado en pesos de 1993.

MERCADO LABORAL Y GENERACIÓN DE EMPLEO

En los años recientes, la economía sinaloense no ha crecido con el ritmo que demanda una población predominantemente joven. De la Población Económicamente Activa (PEA) de la enti-

dad que representa el 45.7%, en ella 5% está desocupada. El 70% de la población ocupada (1 millón 271 517) es asalariada y 48% está registrada en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) (<http://www.stps.gob.mx>).

El salario promedio mensual de un trabajador afiliado en esta institución a escala nacional es 34% mayor al de un trabajador sinaloense; en tanto el promedio nacional es de 8 mil 634 pesos, el estatal es de 6 mil 457 pesos. La tasa de informalidad laboral alcanza el 50% de la población ocupada (<http://www.stps.gob.mx>).

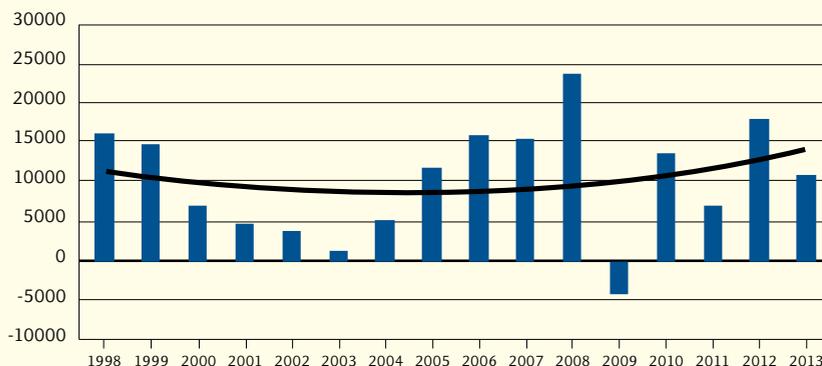
En el periodo 1998-2012, el promedio de generación de nuevos puestos de trabajo formal, medido por el total de asegurados en el IMSS, es de 10 293, inferior al ritmo anual de crecimiento de la PEA, de 12 mil. El déficit es de dos mil nuevos empleos (figura 2.7).

Con base en el comportamiento ilustrado en la gráfica 2.7, se advierte que el potencial de creación anual de nuevos puestos llegue a modificarse en el mediano y largo plazos. Esta insuficiencia, sumada al acumulado de años anteriores, ejerce fuertes presiones sobre el mercado de trabajo. También repercute en el ensanchamiento del trabajo informal y las condiciones de salud de la población.

En los años recientes, la economía sinaloense no ha crecido con el ritmo que demanda una población predominantemente joven.

FIGURA 2.7

Sinaloa. Generación de empleo formal. Asegurados IMSS (1998-2013).



FUENTE: Elaborada con información de asegurados IMSS, STPS y gobierno federal. La información incluye a trabajadores eventuales del campo. Excluye los grupos de seguro facultativo, estudiantes y continuación voluntaria.

El Consejo Nacional de Población (CONAPO) estima que la Población Económicamente Activa (PEA) sinaloense empezará a mostrar en los próximos años una significativa desaceleración.

El CONAPO estima que la PEA sinaloense empezará a mostrar en los próximos años una significativa desaceleración. Estas cifras van en línea con el envejecimiento demográfico en la entidad. Ello demandará, en el mediano y largo plazos, un esfuerzo menor que el hasta hoy se ha requerido en creación de plazas.

No obstante la desaceleración de la PEA, la mayor presión seguirá observándose en el grupo de población ubicada entre 30 y 54 años, que en promedio se estima una expansión anual, en los próximos seis años de 5 mil 644; en 2013 aproximadamente el 57% de los trabajadores registrados en el IMSS se sitúa en ese rango de edad.

PROSPECTIVA DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD

De acuerdo con los propósitos del PISES, se seleccionaron los seis principales problemas de salud que los datos señalan como de mayor carga al sistema de salud estatal. Lo anterior se desprende del diagnóstico y de la priorización de expertos nacionales y locales; así como del personal del sistema de salud del estado, teniendo en cuenta su magnitud (incidencia en la población), gravedad (mortalidad) y viabilidad de solución (tabla 2.1).

TABLA 2.1

| Priorización de problemas de salud. | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| PROBLEMAS DE SALUD | |
| | Diabetes <i>mellitus</i> |
| | Enfermedades isquémicas del corazón |
| | Agresiones (homicidios) |
| | Accidentes de vehículo automotor |
| | Enfermedades respiratorias |
| | Infecciones diarreicas agudas |
| | Enfermedades hipertensivas |
| | Infecciones respiratorias agudas |

Priorización de problemas de salud.

PROBLEMAS DE SALUD

Tumor maligno de mama

Mortalidad materna

Mortalidad infantil

Tumor maligno de próstata

Trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado

Enfermedad cerebrovascular

Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón

Deficiencias de la nutrición (sobrepeso y obesidad)

Nefritis y nefrosis

Afecciones del periodo perinatal

Tumor maligno cervicouterino

Desnutrición calórico proteica

FUENTE: El ejercicio de priorización coordinada por el CODESIN con el apoyo técnico del Instituto Nacional de Salud Pública se basó en la técnica de J.J. Hanlon.

LOS ESCENARIOS FUTUROS DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD

La estimación de la tendencia y proyección cuantitativa de escenarios futuros se realizó con base en la tasa bruta anual de mortalidad por cada cien mil habitantes de los principales problemas de salud de Sinaloa. Las proyecciones son válidas bajo el supuesto de que las condiciones estructurales no se modifican.

Diabetes *mellitus*

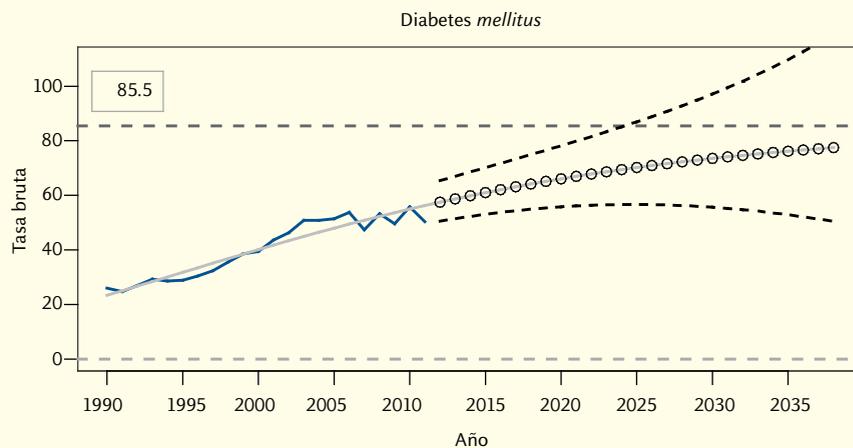
Es un problema de salud de más alta prioridad en el país y en particular en Sinaloa. La tasa observada en 2011 (de 50.8) tiende a incrementarse hasta un nivel de 77.5 en 2038. La evidencia reporta un límite de advertencia de 85.5, a partir del cual la tasa puede registrar una aceleración significativa en 2025. Asimismo, las

La diabetes *mellitus* es un problema de salud de más alta prioridad en el país y en particular en Sinaloa.

La tasa de mortalidad causada por la diabetes *mellitus* continuará creciendo; los grupos de población más vulnerables son los mayores de 50 años y la tendencia de mortalidad será mayor en las mujeres.

FIGURA 2.8

Diabetes *mellitus*. Sinaloa, 1990-2038. Tasa bruta anual de mortalidad (por cada 100 mil habitantes).



FUENTE: Elaborada con información del INSP. El ajuste de tendencia utilizado es el del Modelo Gompertz.

cifras advierten la posibilidad de un control de la enfermedad a partir de una tasa inferior a 50, que puede manifestarse en 2025. En 2010, la tasa promedio nacional se ubicaba en 92.7 (figura 2.8).

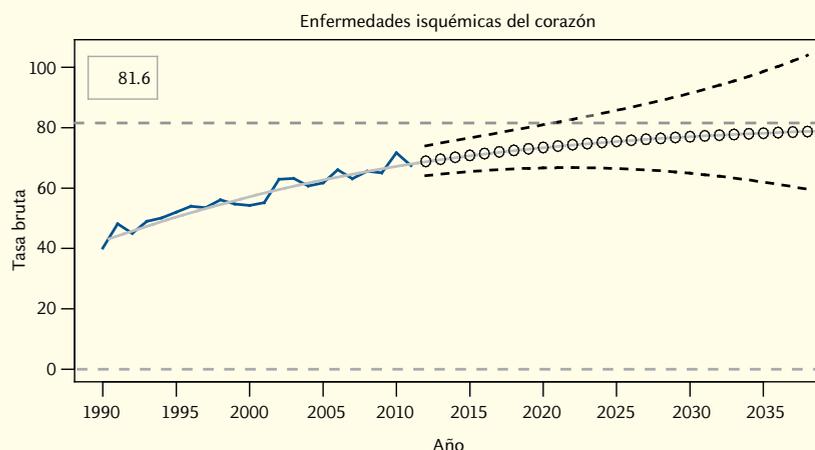
Los grupos más vulnerables son los mayores de 50 años. En ellos se concentra el 93% del total de defunciones en el periodo 1990-2011. El 52% de los fallecimientos son de mujeres. La tasa promedio de mortalidad para todas las edades es de 40.62; la de los grupos de 50 a 64, 65 a 74 y 75 y más es de 118.7, 380.3 y 718.3, respectivamente. Esta población aumentará de 19% en 2013 a 21, 24 y 26% en 2020, 2025 y 2030, respectivamente.

Enfermedades isquémicas del corazón

La tasa registrada en 2011 (de 67.4) tiende a aumentar hasta un nivel de 80 en 2038. El análisis reporta un límite de advertencia de 81.8, que puede alcanzarse en 2020, a partir del cual puede observar una aceleración. Asimismo, se advierte la probabilidad de un control de la enfermedad a partir de una tasa inferior a 70, que puede evidenciarse en 2025. La tasa promedio nacional en 2010 es de 65.4 (figura 2.9).

FIGURA 2.9

**Enfermedades isquémicas del corazón. Sinaloa, 1990-2038.
Tasa bruta anual de mortalidad (por cada 100 mil habitantes).**



FUENTE: Elaborada con información del INSP. El ajuste de tendencia utilizado es el del Modelo Gompertz.

Los grupos vulnerables son los mayores de 50 años, en quienes se concentra el 92% del total de las defunciones ocurridas en 1990-2011. El 58% de los fallecimientos es de hombres. La tasa promedio para todas las edades es de 57.2, en tanto la de los grupos de 50 a 64, 65 a 74 y 75 y más, es de 120.3, 442.5 y 143.5, respectivamente.

Agresiones (homicidios)

Por el comportamiento de la tendencia, no se anticipa que la tasa pueda reducirse en el corto plazo a los niveles observados hasta antes de 2006. Sin embargo, la evidencia indica que si el esfuerzo de la sociedad permite decrecerla a un nivel inferior de 46 defunciones por cada 100 mil habitantes, la disminución puede acelerarse en el corto plazo. También es importante destacar que si se mantiene en 80 la tasa bruta el problema puede recrudecerse. En las condiciones actuales, es probable esperar una tasa de 45.3 en 2030. La tasa bruta promedio nacional en 2010 es de 23.8 (figura 2.10).

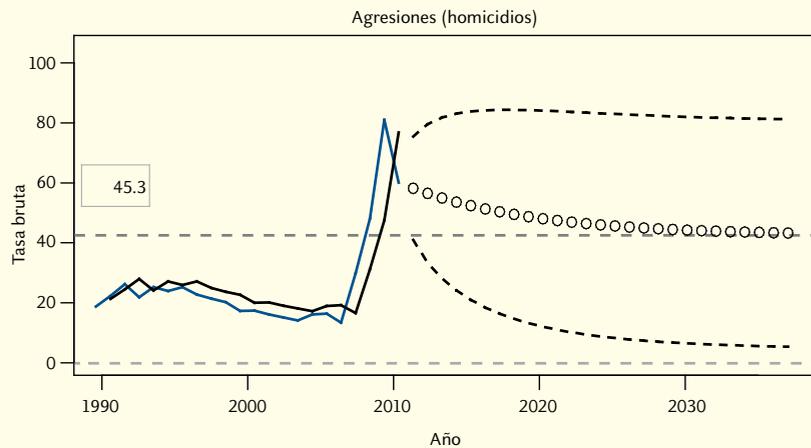
La tendencia de la mortalidad causada por enfermedades isquémicas del corazón continuará afectando a grupos mayores de 50 años y particularmente en hombres.

La tasa de mortalidad por lesiones intencionales (homicidio y violencia) muestra una tendencia similar a la de los años anteriores, por ello es imprescindible que las políticas de salud y de sectores afines al control de la violencia emprendan acciones de control y reducción de este problema de salud.

La tendencia de la tasa de mortalidad por accidentes de tráfico en el estado anuncia un comportamiento similar a los últimos años, por ello es necesario establecer políticas regulatorias de prevención y control para revertir este comportamiento.

FIGURA 2.10

Agresiones (homicidios). Sinaloa, 1990-2038. Tasa bruta anual de mortalidad (por cada 100 mil habitantes).



FUENTE: Elaborada con información del INSP. El ajuste de tendencia utilizado es el del Modelo Autorregresivo (1).

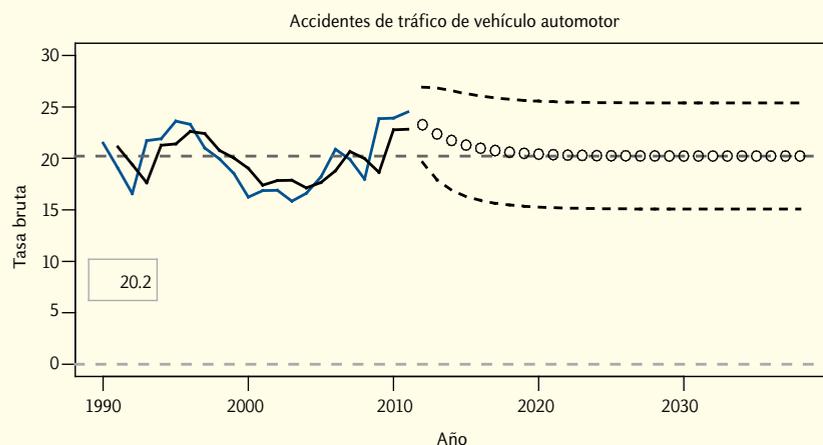
El 78% de los homicidios en el periodo 1990-2011 se concentra en la población, cuya edad fluctúa entre 20 y 49 años; el 95% de los decesos es de sexo masculino. La tasa promedio para todas las edades es de 27.8, mientras la de los grupos de 20 a 34 y 35 a 49, es de 54.5 y 45.7, respectivamente. La población vulnerable, que representa el 43% de total de la entidad, muestra un comportamiento estable en los próximos años.

Accidentes de tráfico de vehículo automotor

La tasa no registra en el mediano plazo un comportamiento significativamente diferente al observado en el periodo 1990-2011; ésta tiende a estabilizarse en un promedio de 20.2 en las próximas décadas; sin embargo, si rebasa sistemáticamente el nivel de 25, puede registrar una significativa aceleración. En el largo plazo, se advierte la posibilidad de abatir la tasa a un nivel de 16. La tasa bruta promedio nacional en 2011 es de 27 (figura 2.11), lo que supera el punto de advertencia, de la mortalidad por accidentes de vehículo motor .

FIGURA 2.11

Accidentes de tráfico de vehículo automotor. Sinaloa, 1990-2038. Tasa bruta anual de mortalidad (por cada 100 mil habitantes).



FUENTE: Elaborada con información del INSP. El ajuste de tendencia utilizado es el del Modelo Autorregresivo (1).

El 55% de las defunciones en el periodo 1990-2011 se agrupa en la población cuya edad oscila entre 20 y 49 años; el 82% de los fallecimientos es del sexo masculino. La tasa promedio para todas las edades es de 20; la de los grupos de 20 a 34 y 35 a 49 es de 25.9 y 26.1, respectivamente. La población más vulnerable, que representa el 43% del total de la entidad, no observa cambios significativos en el tiempo.

Enfermedades respiratorias

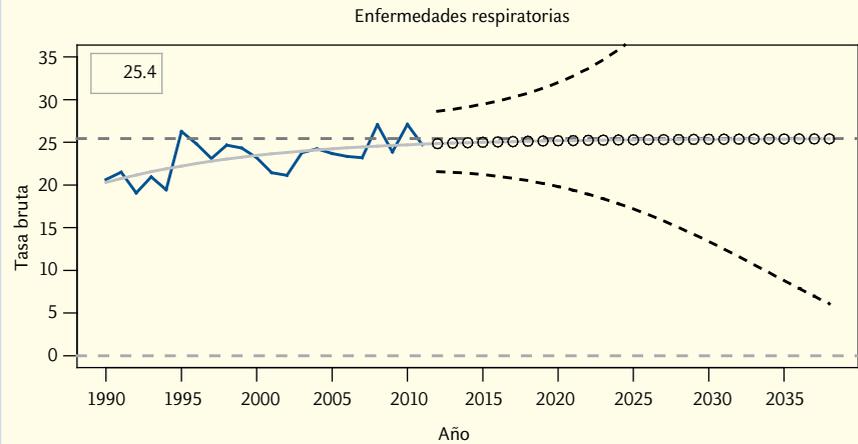
En el contexto actual, es posible anticipar que la tasa tienda a estabilizarse, a partir de 2015, en 25.4 defunciones por cada 100 mil habitantes. Pero si rebasa ese nivel, en 2020, puede manifestar una aceleración. En el largo plazo, se advierte la posibilidad de abatirla a un nivel de 16. El 70% de las enfermedades respiratorias son del tipo pulmonar obstructiva crónica (figura 2.12).

El 55% de las defunciones en el periodo 1990-2011 se agrupa en la población cuya edad oscila entre 20 y 49 años; el 82% de los fallecimientos es del sexo masculino.

Las enfermedades de mayor ocurrencia en el grupo de «infecciosas y parasitarias» son tuberculosis (26.2%), intestinales (19.4%) y VIH/SIDA (15.8%).

FIGURA 2.12

Enfermedades respiratorias. Sinaloa, 1990-2038. Tasa bruta anual de mortalidad (por cada 100 mil habitantes).



FUENTE: Elaborada con información del INSP. El ajuste de tendencia utilizado es el del Modelo Gompertz.

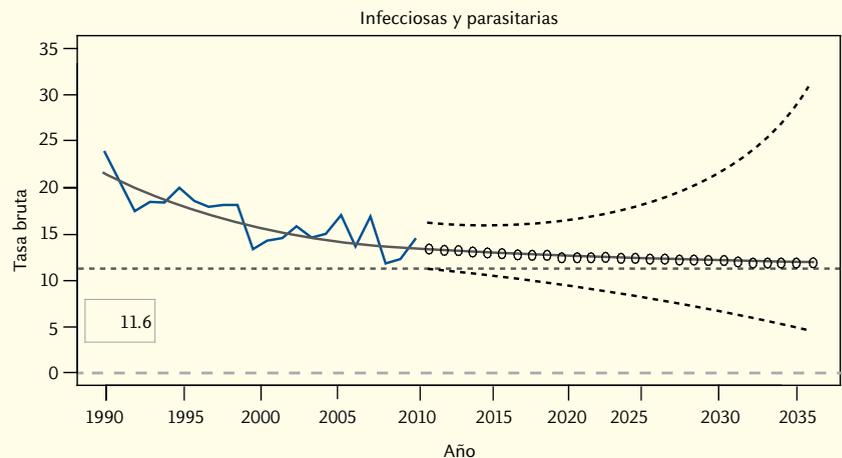
Enfermedades infecciosas y parasitarias

En el corto plazo, la tasa tiende a disminuir y estabilizarse en un promedio de 11.6 defunciones por cada 100 mil habitantes. Sin embargo, se prevé un cambio de tendencia a partir del año 2020 (figura 2.13).

Las enfermedades de mayor ocurrencia en este grupo son tuberculosis (26.2%), intestinales (19.4%) y VIH/SIDA (15.8%).

FIGURA 2.13

Enfermedades infecciosas y parasitarias. Sinaloa, 1990-2038. Tasa bruta anual de mortalidad (por cada 100 mil habitantes).



FUENTE: Elaborada con información del INSP. El ajuste de tendencia utilizado es el del Modelo Gompertz.

PRINCIPALES RETOS

El análisis de tendencias a 25 años de los principales problemas de salud en el estado es una oportunidad para planificar estrategias y acciones integrales que disminuyan la magnitud y gravedad de los problemas de salud pública. Además, permite focalizar los esfuerzos en la prevención y aumentar las probabilidades de generar escenarios deseables.

Es indispensable observar dichas proyecciones y su relación con los determinantes sociales, ya que son éstos los que explican las inequidades en los sistemas de salud.

En Sinaloa, la informalidad laboral es creciente y el análisis de la tendencia futura no señala que ello pueda mejorar en el mediano plazo, es preciso edificar una economía estatal más competitiva y diversificada, con mayor capacidad de respuesta al creciente reclamo de una mejor calidad de vida. Ya no es suficiente un desarrollo sostenido principalmente en las actividades primarias. Es forzoso edificar una economía menos estacional con capacidad de generar, todo el año, más empleos formales y con salarios mejor remunerados. Es necesario impulsar nuevas prácticas que provengan de gobierno, empresa y organizaciones civiles para mejorar la efectividad en la toma de decisiones.

Los principales problemas tendrán que ver con el envejecimiento poblacional y la carga financiera que ello implicará en materia de pensiones y gasto en salud.

Las proyecciones demográficas advierten que la entidad experimentará un sostenido envejecimiento demográfico. Es decir, habrá menos nacimientos y más adultos con mayor esperanza de vida. Esto es uno de los mayores retos prospectivos en salud. Exigirá un gasto público creciente en pensiones y salud, demandará ciudades con infraestructura material y de recursos humanos, capaces de brindar servicios adecuados y de calidad a la población de la tercera edad, *por lo que es necesario establecer las bases de un sistema de salud fortalecido en la atención a adultos mayores* para traducir el aumento de la esperanza de vida en la experiencia de vivir más años con calidad de vida.

Otro de los principales desafíos en el futuro sinaloense es *lograr el cambio de los estilos de vida a nivel individual y colectivo*

Los principales problemas tendrán que ver con el envejecimiento poblacional y la carga financiera que ello implicará en materia de pensiones y gasto en salud.

Es forzoso edificar una economía menos estacional con capacidad de generar, todo el año, más empleos formales y con salarios mejor remunerados. Es necesario impulsar nuevas prácticas que provengan de gobierno, empresa y organizaciones civiles para mejorar la efectividad en la toma de decisiones.

La tendencia de envejecimiento de la población sinaloense demanda el establecimiento de bases de un sistema de salud fortalecido en la atención a adultos mayores para traducir el aumento de la esperanza de vida en la experiencia de vivir más años con mejor calidad de vida.

de la población, para delinear un panorama donde las enfermedades crónicas degenerativas (ECD) no alcancen los límites de advertencia. Es prioritario fundar en el presente un sistema de prevención integral de ECD, con equidad y calidad de la atención y servicios de salud a todos los sinaloenses.

CAPÍTULO 3

OBJETIVOS, ESTRATEGIAS Y LÍNEAS DE ACCIÓN DEL PISES

MISIÓN

Elevar el bienestar de la población sinaloense, atendiendo su estado de salud integral, con la finalidad de incrementar la competitividad productiva, económica y social de Sinaloa.

VISIÓN

En 25 años, Sinaloa será un estado pionero en la construcción de bienestar de sus habitantes. Para ello, contará con un sistema de salud fortalecido y con capacidad de prevenir los mayores riesgos de la salud.

OBJETIVOS, ESTRATEGIAS Y LÍNEAS DE ACCIÓN DEL PISES

Los objetivos, estrategias y líneas de acción del PISES están alineadas al *Plan Nacional de Desarrollo (2012-2016)* y al *Programa Sectorial de Salud (2013-2018)*, ya que ambos consideran la salud como la suma de los determinantes sociales y mantienen el enfoque principal en la prevención, integralidad y vinculación intersectorial, características directrices del PISES.

Muchas de las líneas de acción se han obtenido directamente del *Programa Nacional de Salud*, debido a que el PISES es

un recurso que potenciará las acciones nacionales en el ámbito estatal. Como se ha mencionado, este es un plan que enfatiza acciones de prevención con visión de largo plazo en problemas de salud considerados como los de más alta prioridad por los representantes de las instituciones del sistema de salud. La priorización consistió en un ejercicio de consulta a representantes clave de los programas de atención a la salud del estado para analizar los problemas de salud señalados en el *Diagnóstico Integral de Salud del Estado de Sinaloa* (v. CAPÍTULO 1) y valorar su magnitud, gravedad y viabilidad de solución. De ese ejercicio de priorización, se incorporan al PISES los seis que representan hoy y en el futuro la carga económica y social más alta para el estado de Sinaloa con el fin de encauzar acciones preventivas y de control basadas en acuerdos intersectoriales y ofrecer una solución integral a estos problemas, de tal manera que las acciones propuestas trascienden el sector salud y convocan la participación de los sectores de la educación, del transporte y comunicación, desarrollo social y seguridad civil, entre otros.

TABLA 3.1
Objetivos, estrategias y líneas de acción del PISES.

| OBJETIVOS | ESTRATEGIAS | LÍNEAS DE ACCIÓN |
|--|---|--|
| <p>1. Fortalecer las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de riesgos y enfermedades.</p> | <p>1.1. Promover actitudes y conductas saludables y corresponsables en el ámbito personal, familiar y comunitario.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Impulsar la participación de los sectores público, social y privado, para incidir en los determinantes sociales de la salud. 2. Promover campañas de mercadotecnia social y comunicación educativa que motiven la adopción de hábitos y comportamientos saludables. 3. Impulsar la comunicación personalizada para el mejor uso de la información, con el propósito de mejorar la toma de decisiones en salud. 4. Impulsar la actividad física y la alimentación correcta en diferentes ámbitos, en particular en escuelas y sitios de trabajo. 5. Reforzar las acciones de promoción de la salud mediante la acción comunitaria y la participación social. 6. Fomentar los entornos que favorezcan la salud, en especial escuelas de educación básica, media superior y superior. 7. Fortalecer la promoción de la salud ocupacional. 8. Promover las estrategias de prevención y promoción de la salud mental. |
| | <p>1.2. Promover en el estado la <i>Estrategia nacional para la prevención y control del sobrepeso, la obesidad y la diabetes</i>.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Desarrollar campañas educativas permanentes sobre la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles con cobertura estatal, local y comunitaria. 2. Fomentar la alimentación correcta a nivel individual, familiar, escolar y comunitario, a través de estrategias innovadoras de mercadotecnia social. 3. Promover la actividad física a nivel individual, familiar, escolar y comunitario. 4. Promover la creación de espacios para la realización de actividades físicas. 5. Enfatizar la importancia de los sistemas de vigilancia para diabetes <i>mellitus</i> tipo 2, hipertensión, sobrepeso y obesidad. 6. Establecer mecanismos de difusión oportuna de la información epidemiológica sobre obesidad y diabetes. 7. Impulsar acciones de detección oportuna de sobrepeso y obesidad en entornos escolares, laborales y comunitarios. |
| | <p>1.3. Impulsar acciones orientadas a reducir la morbilidad y mortalidad por enfermedades transmisibles de importancia epidemiológica o emergentes y reemergentes.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar campañas de vacunación, diagnóstico y tratamiento oportuno de las enfermedades transmisibles en toda la población. 2. Promover la participación comunitaria, municipal e intersectorial, en la reducción de riesgos de exposición a las enfermedades transmisibles. 3. Enfatizar la importancia de los sistemas de alerta temprana mediante la vigilancia ambiental y epidemiológica de las enfermedades transmisibles. 4. Fortalecer la vigilancia epidemiológica para la adecuada toma de decisiones en el control, eliminación y erradicación de enfermedades transmisibles. 5. Promover la participación comunitaria para incidir en la reducción de la morbilidad y mortalidad por enfermedades diarreicas y respiratorias. 6. Promover la participación estatal y municipal para reducir la morbilidad y mortalidad por enfermedades diarreicas y respiratorias. |

TABLA 3.1

Objetivos, estrategias y líneas de acción del PISES.

| OBJETIVOS | ESTRATEGIAS | LÍNEAS DE ACCIÓN |
|-----------|--|--|
| | <p>1.4. Impulsar acciones integrales para la prevención y control de factores de riesgo que representan la mayor carga en el estado, como son accidentes, violencia y adicciones.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Impulsar campañas para informar y concienciar acerca del uso, abuso y dependencia de sustancias psicoactivas. 2. Reforzar acciones para reducir la demanda, disponibilidad y acceso al tabaco y otras sustancias psicoactivas. 3. Consolidar redes estatales y locales para la atención y prevención de las adicciones y promover la vigilancia epidemiológica e investigación. 4. Consolidar el proceso de regulación de establecimientos especializados en adicciones para asegurar la calidad y seguridad en la atención. 5. Promover los centros de atención primaria en adicciones para la detección e intervención oportunas. 6. Fomentar acciones para reducir la demanda, disponibilidad y acceso al alcohol y evitar su uso nocivo. 7. Promover acciones intersectoriales que fomenten la vida productiva en los adolescentes. |
| | <p>1.5. Fortalecer acciones de prevención y control para adoptar conductas saludables, atendiendo los ciclos de vida de la población (niños, adolescentes, adultos y adultos mayores).</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Diseñar estrategias de comunicación en salud sexual y reproductiva. 2. Promover acciones para prevenir el embarazo adolescente. 3. Promover redes con el sector educativo de los niveles básico y medio superior para una educación integral en salud. 4. Promover la salud sexual y reproductiva responsable, así como la prevención del VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual (ITS). 5. Garantizar el abasto y oferta de métodos anticonceptivos e insumos para prevenir el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y otras ITS. 6. Enfatizar y promover la detección prenatal y el tratamiento oportuno de enfermedades congénitas, VIH y otras ITS. 7. Fomentar el embarazo saludable y un parto y puerperio seguros. 8. Fomentar la lactancia materna con acciones que contribuyan a incrementar la duración y el apego. 9. Promover la prevención de lesiones de causa externa. 10. Promover en la población la capacidad para construir relaciones libres de violencia. 11. Promover la prevención, detección de conductas alimentarias de riesgo y su referencia a unidades especializadas. 12. Promover la colaboración interinstitucional e intersectoriales para ofrecer actividades recreativas, productivas y culturales. 13. Promover la detección y atención oportuna de trastornos mentales y el riesgo suicida en grupos vulnerables. 14. Promover la detección oportuna del hostigamiento escolar (<i>bullying</i>) entre niños y adolescentes. |

TABLA 3.1
Objetivos, estrategias y líneas de acción del PISES.

| OBJETIVOS | ESTRATEGIAS | LÍNEAS DE ACCIÓN |
|--|--|---|
| | <p>1.6. Realizar acciones orientadas a reducir la morbilidad y mortalidad por enfermedades crónicas de mayor prevalencia en el estado, como son cardiovasculares y cánceres.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Impulsar políticas y alianzas multisectoriales para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles (ENT). 2. Enfatizar la importancia de reducir la prevalencia de los principales factores de riesgo de las ENT y fortalecer los factores protectores, haciendo hincapié en los niños, los adolescentes y los grupos vulnerables. 3. Impulsar la mejora de la cobertura, el acceso equitativo y la calidad de la atención para las ENT y sus factores de riesgo, con énfasis en la atención primaria de salud y el autocuidado. 4. Fortalecer la capacidad para la vigilancia e investigación sobre las ENT, sus factores de riesgo y sus determinantes, y utilizar los resultados de la investigación como sustento para elaborar y ejecutar políticas y programas basadas en la evidencia. 5. Enfatizar la importancia de integrar y certificar los recursos humanos y los servicios sanitarios encargados de la atención sanitaria a pacientes con ENT. |
| <p>2. Reducir brechas en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del estado.</p> | <p>2.1. Impulsar acciones con un enfoque integral para reducir la morbilidad y mortalidad materna e infantil y en menores de cinco años.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Fomentar la participación de todos los actores sociales y políticos para reducir la mortalidad infantil. 2. Mejorar la calidad de la atención de la salud en recién nacidos y en menores de cinco años. 3. Enfatizar la importancia de la cobertura efectiva en vacunación 4. Promover intervenciones de salud enfocadas en prevención y atención oportuna del menor de cinco años. 5. Coadyuvar en la provisión de alimentos y suplementos alimenticios para una nutrición adecuada. 6. Promover la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad. 7. Fomentar el desarrollo de capacidades para ofrecer a los niños buenas prácticas de crianza y estimulación temprana. 8. Promover la realización del tamiz neonatal metabólico, auditivo y de retinopatía. 9. Reforzar la acción comunitaria en el desarrollo infantil y la educación inicial. |
| | <p>2.2. Fortalecer los servicios de promoción y atención a la salud de grupos en situación de vulnerabilidad, como son los grupos étnicos, migrantes, los adultos mayores y personas con discapacidad.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Impulsar el enfoque intercultural y de género en el diseño y operación de programas y acciones para la población. 2. Fortalecer las redes de atención primaria a la salud. 3. Impulsar la incorporación de redes de telemedicina y uso de la telesalud en zonas de población que vive en situación de vulnerabilidad. 4. Enfatizar la importancia de adecuar los servicios a las necesidades demográficas, epidemiológicas y culturales de la población. |
| | <p>2.3. Impulsar la coordinación intersectorial para ofrecer atención integral a la salud de los grupos vulnerables.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Establecer lazos y conexiones entre las instituciones o sectores involucrados en la solución integral de los problemas de salud, a través de la firma de acuerdos que involucren a academia, gobierno, empresas y organizaciones no gubernamentales. 2. Promover la formación de redes de coordinación y cooperación entre las instituciones de los diversos sectores de organización para lograr resultados integrales de salud positiva. 3. Difundir y divulgar resultados logrados por las redes interinstitucionales e intersectoriales de cooperación. |

TABLA 3.1

Objetivos, estrategias y líneas de acción del PISES.

| OBJETIVOS | ESTRATEGIAS | LÍNEAS DE ACCIÓN |
|--|---|---|
| | <p>2.4. Promover el envejecimiento activo, saludable, con dignidad, y la mejora de la calidad de vida de los adultos mayores.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Impulsar acciones para el cuidado y la atención oportuna de personas adultas mayores, en coordinación con otros programas sociales. 2. Reducir brechas de género en comunidades, que garantice el envejecimiento saludable. 3. Fortalecer la prevención, detección y diagnóstico oportunos de padecimientos, con énfasis en fragilidad, síndromes geriátricos, osteoporosis y caídas. 4. Fortalecer la prevención, detección, diagnóstico y tratamiento oportunos en salud mental. 5. Impulsar acciones de promoción de la salud para lograr el autocuidado de las personas adultas mayores. 6. Fortalecer e impulsar acciones institucionales y sociales para la atención comunitaria de las personas adultas mayores. |
| <p>3. Fortalecer las acciones intersectoriales como un mecanismo de apoyo a la atención integral de la salud de los habitantes del estado.</p> | <p>3.1. Crear una instancia coordinadora de acciones entre las secretarías de salud, educación, desarrollo social, medio ambiente, comunicaciones y transporte, industria y comercio, para impulsar programas de prevención y control de los principales factores de riesgo de la población sinaloense.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Establecer lazos y conexiones entre las secretarías para formar redes de coordinación y la cooperación entre las instituciones de los sectores. 2. Establecer un marco jurídico estatal para respaldar acciones interinstitucionales e intersectoriales dirigidas a prevenir los principales riesgos de salud en el estado. 3. Establecer mecanismos de interacción y monitoreo periódicos de las acciones intersectoriales. |
| | <p>3.2. Estimular entre instituciones públicas, privadas y civiles, la disposición de compartir información que ayude a fortalecer las acciones intersectoriales.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Establecer lazos y conexiones entre las diversas secretarías para circular la información. 2. Establecer un marco jurídico estatal para respaldar el intercambio de información y cooperación interinstitucional e intersectorial. 3. Establecer mecanismos de interacción y monitoreo periódicos de la cooperación y coordinación intersectorial. |
| <p>4. Fomentar en la población sinaloense actitudes y conductas de corresponsabilidad en el cuidado a su salud.</p> | <p>4.1. Impulsar la participación de los sectores público, social y privado, para incidir en los determinantes sociales de la salud.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Impulsar la vinculación entre los sectores para mejorar las condiciones que favorezcan estilos de vida saludables. 2. Establecer redes de promoción donde los diferentes sectores se involucren en la educación de los infantes. 3. Impulsar y enfatizar la importancia de las condiciones de vida y el impacto en la salud positiva. 4. Establecer redes intersectoriales que impulsen la equidad en los determinantes sociales desde el nacimiento hasta la vejez. 5. Enfatizar en las escuelas y sitios de trabajo la importancia de la actividad física y la alimentación correcta. |

TABLA 3.1
Objetivos, estrategias y líneas de acción del PISES.

| OBJETIVOS | ESTRATEGIAS | LÍNEAS DE ACCIÓN |
|--|--|--|
| | 4.2. Generar estrategias de mercadotecnia social y comunicación educativa que motiven la adopción de hábitos y comportamientos saludables. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Fortalecer campañas de difusión que enfatizen la importancia de estilos saludables de vida. 2. Fortalecer la supervisión de las políticas públicas de la publicidad para evitar campañas que promuevan estilos insalubres de vida. 3. Impulsar campañas de información en grupos vulnerables, como niños y adolescentes, que enfatizen la importancia de la actividad física y la alimentación correcta en diferentes ámbitos, en especial en las escuelas. |
| | 4.3. Impulsar la comunicación personalizada para el mejor uso de la información con el objeto de mejorar la toma de decisiones en salud. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Impulsar y fomentar la capacitación del personal de salud de primer nivel, con énfasis en la educación integral de los pacientes. 2. Promover los hábitos saludables en los entornos laborales y escolares. |
| | 4.4. Reforzar las acciones de promoción de la salud mediante la acción comunitaria y la participación social. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Impulsar la creación de una alianza entre organizaciones no gubernamentales (ONG) que realicen actividades con todos los segmentos de la sociedad en pro de la salud pública. 2. Fortalecer ONG que trabajan en la promoción de la salud. 3. Concienciar a la sociedad en torno a la importancia de la participación social en las actividades de salud y su intervención en la vinculación intersectorial e interinstitucional. 4. Promover la participación de infantes en actividades de acción comunitaria en pro de la salud pública. |
| | 4.5. Fortalecer entornos que favorezcan la salud positiva. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Fomentar los entornos que favorezcan la salud, en especial escuelas de educación básica, media y superior. 2. Fortalecer la promoción de la salud ocupacional y condiciones laborales que favorezcan la salud positiva de los empleados. 3. Concienciar a los ciudadanos sobre el efecto del estrés, agresividad y conductas negativas en la salud, con el propósito de generar entornos comunitarios para la salud positiva. |
| 5. Reducir los riesgos que afectan a la población en cualquier actividad de su vida. | 5.1. Fortalecer la regulación y vigilancia de bienes y servicios para reducir riesgos sanitarios, como adicciones, accidentes y violencia. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Fortalecer la supervisión de establecimientos y servicios de salud. 2. Impulsar la modificación de los marcos regulatorios de los procesos de prevención, fomento, vigilancia y control de riesgos sanitarios. 3. Fortalecer el cumplimiento de la normatividad con la consolidación del Sistema Estatal Sanitario. 4. Promover permanente y sistemáticamente todos los programas y acciones para alcanzar la efectiva reducción de riesgos. 5. Fomentar en los ámbitos municipal y estatal la aplicación de medidas en saneamiento básico. |

TABLA 3.1
Objetivos, estrategias y líneas de acción del PISES.

| OBJETIVOS | ESTRATEGIAS | LÍNEAS DE ACCIÓN |
|-----------|---|---|
| | <p>5.2. Fortalecer mecanismos que garanticen la calidad, seguridad y eficacia de los medicamentos biológicos e insumos para la salud.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Fomentar la farmacovigilancia y tecnovigilancia de insumos para la salud. 2. Promover la liberación y uso de nuevas moléculas de medicamentos y biológicos seguros, de calidad y eficaces. 3. Impulsar el ingreso de nuevos medicamentos genéricos y bio-comparables seguros, de calidad y eficaces. 4. Promover el ingreso de dispositivos médicos seguros, de calidad y eficaces. 5. Promover el desarrollo de la farmacogenómica. |
| | <p>5.3. Fortalecer el control, vigilancia y fomento sanitarios de productos y servicios de uso y consumo humano.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Enfatizar la vigilancia de la calidad del agua para uso y consumo humano en zonas rurales y urbanas. 2. Fomentar el control y vigilancia sanitaria en la producción, almacenamiento, distribución y comercialización de alimentos. 3. Fomentar el control y vigilancia de los riesgos sanitarios de la prestación de los servicios de salud. 4. Apoyar el proceso de exportación de alimentos fortaleciendo la certificación de los procesos. 5. Enfatizar y promover la importancia de controlar y vigilar la producción, importación y comercialización de productos con alcohol y tabaco. 6. Fortalecer la capacidad operativa de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) en los municipios. 7. Impulsar la vigilancia y control de los riesgos sanitarios por intoxicación de plaguicidas, mediante una mayor prevención y capacitación. |
| | <p>5.4. Contribuir a disminuir las muertes por lesiones por causa externa.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Fortalecer la creación del Observatorio Estatal de Lesiones. 2. Impulsar la creación del Observatorio Estatal de Accidentes Viales. 3. Impulsar y coadyuvar para mejorar el marco jurídico para la prevención de accidentes de tráfico y lesiones, con base en evidencia científica. 4. Fortalecer la creación de redes intersectoriales que colaboren para prevenir lesiones de causa externa intencionales y no intencionales. 5. Fortalecer los mecanismos de cooperación internacionales, nacionales, interinstitucionales e intersectoriales, para mejorar la seguridad vial. 6. Establecer los mecanismos de comunicación permanentemente en los servicios de urgencias. |
| | <p>5.5. Coordinar actividades con los sectores productivos para la detección, prevención y fomento sanitario en el ámbito laboral.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Fomentar la divulgación y difusión de la información sobre los riesgos para la salud y los estilos de vida saludable en el entorno laboral. 2. Fomentar la investigación del efecto de las enfermedades prioritarias para el estado sobre la productividad laboral y escolar. 3. Promover la prevención y el autocuidado en los lugares de trabajo. 4. Promover entornos laborales que fomenten la salud integral de los individuos. 5. Promover la revisión del esquema regulatorio de salud ocupacional en coordinación con la STPS del estado. 6. Fomentar e impulsar el establecimiento de mecanismos de coordinación entre la SSA, IMSS, ISSSTE y STPS para articular acciones en salud ocupacional. |

TABLA 3.1
Objetivos, estrategias y líneas de acción del PISES.

| OBJETIVOS | ESTRATEGIAS | LÍNEAS DE ACCIÓN |
|---|--|---|
| | 5.6. Impulsar la <i>Estrategia nacional de prevención y control del sobrepeso, la obesidad y la diabetes</i> . | <ol style="list-style-type: none"> 1. Impulsar la actualización de la regulación en alimentos y bebidas industrializados, según las mejores prácticas internacionales. 2. Impulsar la veracidad de la información del etiquetado, enfatizando el contenido calórico en el frontal de todos los alimentos y bebidas industrializados. 3. Impulsar la regulación jurídica para prohibir la publicidad dirigida al público infantil de alimentos y bebidas que no cumplan con criterios científicos de nutrición. 4. Fomentar la reformulación de productos para hacerlos nutricionalmente más balanceados. 5. Enfatizar acciones de vinculación con la Secretaría de Educación Pública para regular las cooperativas escolares. 6. Fomentar la vinculación con la Comisión Nacional del Agua (CONAGUA) para el abasto de agua potable en escuelas de nivel básico y medio superior. 7. Fortalecer la red de municipios para la salud en el abasto de agua potable en escuelas y comunidades. |
| 6. Asegurar el acceso efectivo y equitativo a los servicios de salud. | 6.1. Impulsar el acceso efectivo a servicios de salud de la población sinaloense, independientemente de su condición social o laboral. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Promover un modelo de atención integral a la salud común para todos los sinaloenses. 2. Impulsar la actualización de mecanismos y modalidades de prestación de servicios que favorezcan el acceso efectivo a los servicios de salud. 3. Fortalecer los recursos para la salud con el objeto de mejorar la capacidad resolutive en las unidades de atención. 4. Fortalecer modelos de atención médica a distancia que favorezcan el acceso efectivo a servicios de salud. 5. Fomentar la adecuación de los servicios de salud a las necesidades demográficas, epidemiológicas y culturales de la población. 6. Fortalecer las acciones de donación de órganos y los trasplantes. |
| | 6.2. Mejorar la calidad de los servicios de salud del Sistema Estatal de Salud. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Impulsar acciones de coordinación para mejorar la calidad y seguridad del paciente en las instituciones de salud. 2. Impulsar el cumplimiento de estándares de calidad técnica y seguridad del paciente en las instituciones de salud. 3. Impulsar la certificación y acreditación de los establecimientos de salud y personal sanitario para asegurar calidad, seguridad y capacidad resolutive. 4. Impulsar el enfoque preventivo en los servicios de salud para todos los niveles de atención. 5. Impulsar mecanismos que permitan homologar la calidad técnica e interpersonal de los servicios de salud. 6. Fomentar el uso de las normas oficiales mexicanas (NOM), guías de práctica clínica, manuales y lineamientos para estandarizar la atención en salud. 7. Fortalecer la conciliación y el arbitraje médico para resolver las controversias entre usuarios y prestadores de servicios. 8. Fomentar los mecanismos de retroalimentación en el Sistema Nacional de Salud para mejorar la calidad. 9. Promover los procesos de certificación de programas de la salud. 10. Impulsar nuevas modalidades de concertación de citas y atención que reduzcan los tiempos de espera en todos los niveles. |

TABLA 3.1
Objetivos, estrategias y líneas de acción del PISES.

| OBJETIVOS | ESTRATEGIAS | LÍNEAS DE ACCIÓN |
|-----------|---|--|
| | <p>6.3. Crear redes integradas de servicios de salud interinstitucionales.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Fortalecer las unidades médicas de primer nivel como el eje de acceso a las redes de servicios. 2. Impulsar el diseño e implementación de redes de servicios que favorezcan el acceso efectivo con las instituciones públicas. 3. Reforzar las redes de servicios y procesos para la detección oportuna, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos. 4. Consolidar las herramientas para operar redes integradas de servicios interinstitucionales. 5. Fomentar una perspectiva intercultural, intersectorial y de género en el diseño y operación de programas y acciones de salud. 6. Ampliar la red de atención mediante unidades móviles en regiones de alta marginación y dispersión poblacional. 7. Fortalecer la red de atención de telemedicina en regiones de alta marginación y dispersión poblacional. 8. Promover la implementación del modelo de atención prehospitalaria para homologar la atención de emergencias en salud. |
| | <p>6.4. Impulsar la mejora del proceso de detección y atención de neoplasias malignas, principalmente la de CaMa, CaCu* y próstata.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Establecer acciones de comunicación de riesgos de neoplasias malignas. 2. Promover la detección temprana y la atención oportuna de neoplasias malignas. 3. Focalizar acciones de prevención y detección de cánceres, en especial cervicouterino y de mama. 4. Difundir y divulgar evaluaciones de desempeño de los programas de tamizaje de cáncer cervicouterino y de mama. 5. Fomentar la revisión rutinaria para detectar factores de riesgo de enfermedad prostática, cáncer de próstata y otras neoplasias malignas. 6. Fortalecer la detección temprana y referencia oportuna para el tratamiento adecuado de pacientes oncológicos en menores de 18 años. 7. Impulsar la atención adecuada con la integración de redes de atención especializada para cáncer de infancia y adolescencia. 8. Fortalecer las competencias profesionales del personal de salud en la atención integral del paciente oncológico menor de 18 años. |
| | <p>6.5. Impulsar un programa especial para asegurar la certificación de unidades de atención hospitalaria y personal sanitario</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Fortalecer los marcos institucionales e intersectoriales que lleven a la obligatoriedad de la acreditación y certificación de las unidades médicas de atención. 2. Fortalecer los marcos institucionales e intersectoriales que lleven a la obligatoriedad de la acreditación y certificación del personal sanitario. 3. Generar y utilizar estratégicamente pruebas procedentes de la investigación para apoyar propuestas de modificación de políticas públicas. 4. Monitorear, valorar y comunicar los resultados de unidades y personal sanitario en acreditados o certificados. |

* CaMa: cáncer de mama; CaCu: cáncer cervicouterino.

TABLA 3.1

Objetivos, estrategias y líneas de acción del PISES.

| OBJETIVOS | ESTRATEGIAS | LÍNEAS DE ACCIÓN |
|---|---|--|
| | <p>6.6. Gestionar políticas y programas para extender y fortalecer unidades de atención de primer nivel especializadas en enfermedades crónicas y lesiones.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Priorizar la implementación de modelos comunitarios y familiares de atención integral de lesiones y enfermedades crónico-degenerativas. 2. Reforzar el diagnóstico y la atención integral de lesiones y enfermedades crónico-degenerativas. 3. Fortalecer la cobertura de atención por lesiones y enfermedades crónico-degenerativas con un enfoque familiar y comunitario. 4. Impulsar la atención integral de discapacitados por lesiones para lograr su reinserción social y productiva. 5. Incorporar gradualmente los servicios de salud integrales para el tratamiento de las enfermedades a la red de servicios de salud. 6. Impulsar modelos de atención no institucionales de los pacientes con trastornos mentales y de comportamiento. |
| <p>7. Elevar la calidad de los servicios de salud en todos los niveles de atención.</p> | <p>7.1. Impulsar acciones de coordinación encaminadas a mejorar la calidad y seguridad del paciente en las instituciones de salud.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Impulsar redes intersectoriales de evaluación y monitoreo de atención al paciente en las instituciones de salud. 2. Impulsar la educación continua del personal sanitario de las instituciones de salud públicas y privadas de, sobre y para la calidad. 3. Fortalecer el marco jurídico de los recursos humanos para la salud en pos de la obligatoriedad de acreditación y certificación. 4. Dignificar el trabajo de los profesionales de la salud mediante incentivos a la calidad de los servicios. 5. Fortalecer e impulsar constantes campañas de los códigos de ética. 6. Impulsar sistemas de recepción de quejas, sugerencias y felicitaciones de la ciudadanía en los servicios de salud. 7. Fomentar el uso de las NOM, guías de práctica clínica, manuales y lineamientos para estandarizar la atención en salud. 8. Promover los procesos de certificación de programas y profesionales de la salud. |
| | <p>7.2. Incorporar el enfoque preventivo en los servicios de salud para todos los niveles de atención.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Promover la capacitación y certificación del personal sanitario y procesos involucrados en la prevención en el primer, segundo y tercer niveles de prevención. 2. Enfatizar y diseñar modelos que reduzcan los riesgos a la salud en cualquier nivel de los servicios de salud. 3. Fortalecer el liderazgo de las autoridades en salud para promover la prevención en todos los niveles de atención. 4. Impulsar las políticas públicas que establezcan la prevención como prioridad en cualquier nivel del sistema de salud. 5. Fortalecer la capacidad de prevención en todos los niveles de atención de las instituciones de salud. |

TABLA 3.1

Objetivos, estrategias y líneas de acción del PISES.

| OBJETIVOS | ESTRATEGIAS | LÍNEAS DE ACCIÓN |
|-----------|---|---|
| | <p>7.3. Fomentar el cumplimiento de estándares de calidad técnica y seguridad del paciente en las instituciones de salud.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Promover los procesos de capacitación y certificación de procesos en programas de calidad técnica y seguridad del paciente. 2. Impulsar la obligatoriedad del cumplimiento de normas de calidad técnica y seguridad del paciente. 3. Impulsar la participación ciudadana en el monitoreo y supervisión del cumplimiento de los estándares. 4. Impulsar el monitoreo interinstitucional e intersectorial de los estándares de calidad técnica y de seguridad del paciente. 5. Actualizar mecanismos que permitan homologar la calidad técnica e interpersonal de los servicios de salud. 6. Impulsar la vigilancia de los mecanismos de calidad técnica e interpersonal de los servicios de salud. |
| | <p>7.4. Fortalecer la conciliación y el arbitraje médico para la resolución de las controversias entre usuarios y prestadores de servicios.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Concienciar a los usuarios sobre sus derechos y obligaciones en el sistema de salud. 2. Divulgar y difundir entre el personal sanitario los reglamentos, políticas y lineamientos para la resolución de controversias médicas. 3. Impulsar la creación de un consejo ciudadano sin conflicto de intereses, que supervise y monitoree la resolución de las controversias médicas. |
| | <p>7.5. Consolidar los mecanismos de retroalimentación en el Sistema Estatal de Salud para el mejoramiento de la calidad.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Impulsar la creación de un consejo ciudadano que supervise y monitoree los mecanismos administrativos y de atención del sistema de salud. 2. Impulsar la unificación de los mecanismos y criterios de calidad en las instituciones del sistema sinaloense de salud. 3. Impulsar la vinculación con los gobiernos locales para coadyuvar en la consolidación del sistema sinaloense de salud y en la calidad de los servicios ofrecidos. 4. Unificar las condiciones de calidad en todas las unidades de atención pertenecientes al sistema de salud. |
| | <p>7.6. Establecer nuevas modalidades de concertación de citas y atención que reduzcan los tiempos de espera.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Inducir el rediseño de los procesos de concertación de citas y atención al paciente. 2. Promover el reconocimiento del desempeño a las unidades y personal sanitario que impulsen la reducción de tiempos de espera. 3. Definir y acordar cambios normativos que garanticen tiempos óptimos de espera a los pacientes. 4. Impulsar la vigilancia de los tiempos de espera en las instituciones de salud a escala local y comunitaria. |

TABLA 3.1
Objetivos, estrategias y líneas de acción del PISES.

| OBJETIVOS | ESTRATEGIAS | LÍNEAS DE ACCIÓN |
|--|---|---|
| <p>8. Asegurar la generación y uso efectivo de los recursos para la salud.</p> | <p>8.1. Fortalecer la cadena de suministro de medicamentos e insumos en las instituciones públicas de salud.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Impulsar la liberación de genéricos para disminuir el gasto en salud. 2. Impulsar la compra consolidada de medicamentos e insumos entre las instituciones del sector público. 3. Consolidar el proceso de negociación de precios de medicamentos e insumos con patente vigente y de fuente única. 4. Vigilar la eficiencia en el gasto asignado a la compra de medicamentos e insumos para la salud. 5. Aplicar esquemas novedosos de compra y abasto de medicamentos e insumos para asegurar su surtimiento y la cobertura a la demanda epidemiológica de la población. 6. Incrementar el abasto de medicamentos y biológicos de acuerdo con las necesidades locales. 7. Desarrollar programas de distribución de medicamentos que alineen los incentivos de las instituciones de todos los participantes. 8. Fomentar el uso racional de la prescripción de medicamentos. |
| | <p>8.2. Impulsar la innovación e investigación científica y tecnológica para el mejoramiento de la salud de la población.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Incrementar la inversión pública del estado en investigación científica, innovación y desarrollo tecnológico en salud. 2. Priorizar la investigación sobre temas relevantes, estratégicos o emergentes en salud. 3. Promover la inversión y corresponsabilidad del sector privado para la investigación científica y el desarrollo tecnológico en salud. 4. Fortalecer la infraestructura de los centros de investigación en salud en los ámbitos regional y local. 5. Gestionar convenios para compartir infraestructura entre instituciones e investigadores, con el objeto de aprovechar la capacidad disponible. 6. Promover la vinculación de las instituciones y centros de investigación con los sectores público, social y privado. 7. Fomentar que la investigación atienda criterios éticos, pertinencia e integridad científica y protección de los derechos humanos. |
| | <p>8.3. Establecer la planeación y gestión interinstitucional de recursos (infraestructura y equipamiento) para la salud.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Establecer los mecanismos para generar y conducir un plan sectorial maestro de recursos. 2. Promover el desarrollo de la infraestructura física y el equipamiento en salud alineada con las necesidades demográficas, epidemiológicas, de desarrollo económico y culturales. 3. Impulsar la mejora de la calidad de la infraestructura establecida en unidades de primer y segundo niveles. 4. Conformar los mecanismos sectoriales de planeación de recursos para la salud. 5. Consolidar la infraestructura en salud, con prioridad en zonas de población en condiciones de vulnerabilidad. |

NOTA: La mayoría de las estrategias y líneas de acción provienen del Programa Nacional de Salud.

ESTRATEGIAS MUNDIALES PARA PROBLEMAS PRIORITARIOS DE SALUD PÚBLICA, PRINCIPALES RETOS DEL SISTEMA DE SALUD Y COMBATE DE FACTORES DE RIESGOS PRIORITARIOS

Con base en el *Diagnóstico Integral de Salud del Estado de Sinaloa*, el PISES ha logrado identificar los problemas prioritarios y factores de riesgo que afectan la salud de la población, así como los principales retos del sistema de salud. Sin embargo, plantear estrategias y acciones requiere soluciones dinámicas y flexibles, capaces de evolucionar con la sociedad sinaloense y que permitan a la entidad cumplir y alcanzar los objetivos internacionales, nacionales y estatales.

Con el fin de construir un estado con salud positiva y con una visión de largo plazo, el PISES considera en este apartado, las estrategias mundiales y regionales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) respectivamente, las cuales responden a la problemática actual y prospectiva de la mayoría de los países en el mundo y representa un valioso referente para las estrategias y acciones planteadas en este Plan para Sinaloa. En gran medida estas estrategias representan una guía específica y con resultados probados a escala mundial. Las estrategias mundiales se han adecuado para la aplicación estatal y municipal y se han dividido en:

1. Estrategias mundiales para problemas prioritarios de salud pública (tabla 3.2).
2. Estrategias mundiales para principales retos del sistema de salud (tabla 3.3).
3. Estrategias mundiales para el combate de factores de riesgo prioritarios (tabla 3.4).

En cada tabla se describe el objetivo que se espera lograr a escala mundial y las estrategias para cada problema de salud pública. Las líneas de acción, indicadores y metas, deberán planearse en ejercicios continuos con la colaboración de todos los actores involucrados y expertos en el tema, que respondan a las necesidades y retos en los escenarios de los próximos 25 años.

La guía de estrategias específicas ofrece al PISES la oportunidad de mantener una visión preventiva e integral con efectos sustanciales en la salud de los sinaloenses.

TABLA 3.2

Estrategias mundiales para problemas prioritarios de salud pública.

| PROBLEMAS PRIORITARIOS DEL ESTADO DE SINALOA | OBJETIVOS | ESTRATEGIAS | FUENTE |
|--|---|--|---|
| Diabetes | <ol style="list-style-type: none"> 1. Mejorar las prácticas sanitarias de las personas que padecen diabetes y del personal sanitario de atención. 2. Prevenir el desarrollo de diabetes. 3. Reducir la incidencia, la morbilidad y la mortalidad por diabetes. | <ol style="list-style-type: none"> a) Actualizar y fortalecer los marcos institucionales. b) Integrar y certificar los recursos humanos y los servicios sanitarios. c) Generar y utilizar estratégicamente pruebas procedentes de la investigación. d) Monitorizar, valorar y comunicar los resultados de los indicadores y de la investigación. e) Adoptar un enfoque de prevención que incluya a toda la sociedad. | Federación Internacional de Diabetes. <i>Plan mundial contra la diabetes 2011-2021.</i> |
| Enfermedades cardiovasculares | Reducir la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura causadas por las enfermedades no transmisibles (ENT) | <ol style="list-style-type: none"> a) Generar políticas y alianzas multisectoriales para la prevención y el control de las ENT. b) Reducir la prevalencia de los principales factores de riesgo de las ENT y fortalecer los factores protectores, haciendo hincapié en los niños, los adolescentes y los grupos vulnerables. c) Mejorar la cobertura, el acceso equitativo y la calidad de la atención para las ENT y sus factores de riesgo, con énfasis en la atención primaria de salud y el autocuidado. d) Fortalecer la capacidad para la vigilancia y la investigación sobre las ENT, sus factores de riesgo y sus determinantes, y utilizar los resultados de la investigación como sustento para la elaboración y ejecución de políticas y programas basados en la evidencia. | OPS/OMS. 2012. <i>Estrategia para la prevención y control de enfermedades no transmisibles.</i> |

TABLA 3.2

Estrategias mundiales para problemas prioritarios de salud pública.

| PROBLEMAS PRIORITARIOS DEL ESTADO DE SINALOA | OBJETIVOS | ESTRATEGIAS | FUENTE |
|--|---|--|---|
| Homicidios | <ol style="list-style-type: none"> 1. Mejorar las prácticas sanitarias del personal sanitario de atención a víctimas. 2. Prevenir el desarrollo de la violencia en el estado. 3. Reducir la incidencia, la mortalidad y la discapacidad causadas por la violencia. | <ol style="list-style-type: none"> a) Desarrollar relaciones sanas, estables y estimulantes entre los niños y sus padres o cuidadores. b) Desarrollar habilidades para la vida en los niños y los adolescentes. c) Reducir la disponibilidad y el consumo nocivo de alcohol y drogas. d) Restringir el acceso a las armas de fuego, las armas blancas y los plaguicidas. e) Cambiar las normas sociales y culturales que propician la violencia. f) Establecer programas de identificación, atención y apoyo a las víctimas. | <p>OPS-OMS. 2013. <i>Prevención de la violencia.</i></p> |
| Accidentes viales | <ol style="list-style-type: none"> 1. Estabilizar y posteriormente reducir la incidencia de víctimas mortales y lesionados en accidentes de tránsito. | <ol style="list-style-type: none"> a) Gestión de la exposición mediante políticas de uso de la tierra y transportes. b) Planificación y diseño de vías públicas para mejorar la seguridad. c) Ofrecer vehículos visibles, «inteligentes» y resistentes al impacto. d) Establecimiento de normas de seguridad en carretera y formas de garantizar su cumplimiento. e) Dispensación de cuidados después del choque. f) Desarrollo de investigación evaluativa. | <p>OMS. 2004. <i>Prevención de los traumatismos causados por el tránsito.</i></p> |

TABLA 3.3

Estrategias mundiales para principales retos del sistema de salud.

| PRINCIPALES RETOS PARA LA SALUD PÚBLICA SINALOENSE | OBJETIVOS | ESTRATEGIAS | FUENTE |
|--|--|--|--|
| Equidad sanitaria | Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud. | <ul style="list-style-type: none"> a) Mejorar las condiciones de vida, es decir, las circunstancias en que la población nace, crece, vive, trabaja y envejece. b) Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos, esto es, los factores estructurales de los que dependen las condiciones de vida, a nivel estatal, municipal y local. c) Medir la magnitud de cada uno de los problemas, evaluar las intervenciones, ampliar la base de conocimientos, dotarse de personal capacitado en materia de determinantes sociales de la salud y sensibilizar a la opinión pública a ese respecto. | <p>CCDS/CDSS. 2008. <i>Subsanar la desigualdad en una generación</i>. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre determinantes sociales.</p> |
| Personal sanitario | Todas las personas, dondequiera que vivan, deben tener acceso a personal sanitario calificado, motivado y respaldado, en el marco de un sistema de salud sólido. | <ul style="list-style-type: none"> a) Crear un consejo intersectorial e interinstitucional coherente para hallar soluciones a la crisis de personal sanitario. b) Garantizar la capacidad de respuesta fundamentada, sobre la base de los datos, objetivos y el aprendizaje conjunto. c) Expandir la educación y formación del personal sanitario. d) Retener recursos humanos para la salud eficaces, responsables y equitativamente distribuidos. e) Garantizar mayores inversiones y más productivas en recursos humanos para la salud. | <p>OMS. 2008. <i>Declaración de Kampala</i>.</p> |

TABLA 3.3

Estrategias mundiales para principales retos del sistema de salud.

| PRINCIPALES RETOS PARA LA SALUD PÚBLICA SINALOENSE | OBJETIVOS | ESTRATEGIAS | FUENTE |
|---|---|--|--|
| Investigación en salud pública | Generar un marco a plazo medio que ofrezca una base más sólida y sostenible para las actividades de investigación y desarrollo en materia de salud orientadas por las necesidades del estado, regiones y municipalidades. | <ul style="list-style-type: none"> a) Realizar una evaluación de las necesidades de salud pública con respecto a las enfermedades que afectan a la población de forma desproporcionada, y determinar sus prioridades en materia de investigación y desarrollo a nivel estatal, municipal y comunitario. b) Fomentar las actividades de investigación y desarrollo centradas en las enfermedades prioritarias del estado detectadas en el diagnóstico de salud del estado de Sinaloa. c) Crear capacidad de innovación en materia de investigación y desarrollo. d) Alentar y apoyar la aplicación y la gestión del régimen de propiedad intelectual de modo que se potencie al máximo la innovación relacionada con la salud, especialmente para atender las necesidades de investigación y desarrollo del estado. e) Asegurar y potenciar mecanismos sostenibles de financiación de las actividades de investigación y desarrollo; así como también para el desarrollo y la difusión de productos sanitarios y dispositivos médicos a fin de atender a las necesidades del estado en materia de salud. | ASM/OMS. 2008. <i>Estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual.</i> |

TABLA 3.3

Estrategias mundiales para principales retos del sistema de salud

| PRINCIPALES RETOS PARA LA SALUD PÚBLICA SINALOENSE | OBJETIVOS | ESTRATEGIAS | FUENTE |
|---|--|--|---|
| Sistemas de información | Fortalecer la capacidad de los países para producir estadísticas vitales y de salud en el contexto de desarrollo de los Sistemas de Información en Salud. | <ul style="list-style-type: none"> a) Apoyar el desarrollo e implementación de procesos de monitoreo y evaluación de la cobertura, calidad y oportunidad de las estadísticas vitales y de salud. b) Identificar y difundir las buenas prácticas y lecciones aprendidas para el mejoramiento de las estadísticas vitales y de salud. c) Desarrollar estándares, metodologías y herramientas para fortalecer las estadísticas vitales y de salud. d) Armonizar proyectos y programas de cooperación técnica y financiamiento con otras agencias, para fortalecer las estadísticas vitales y de salud. e) Movilizar recursos para el apoyo y sostenimiento de actividades para fortalecer las estadísticas vitales y de salud. | <i>OPS/OMS. 2008. Plan de acción regional para el fortalecimiento de las estadísticas vitales y de salud.</i> |
| Acuerdos intersectoriales | Promoción de mecanismos estratégicos para promover el intercambio de información, experiencias, conocimiento y contribuir con la cooperación técnica entre las instituciones, sectores de gobierno o sociales para las tareas asignadas. | <ul style="list-style-type: none"> a) Establecer lazos y conexiones entre las instituciones o sectores involucrados en la solución integral de los problemas de salud. b) Firmar compromisos (acuerdos). c) Involucrar a academia, gobierno, empresas y organizaciones no gubernamentales. d) Organización, coordinación y cooperación para la producción de contenidos y resultados. e) Difusión y divulgación de contenidos o resultados. f) Habilitación de medios o plataformas técnicas. | <i>OPS/OMS. 2011. Redes de relacionamiento estratégico de la OPS/OMS.</i> |

TABLA 3.4

Estrategias mundiales para el combate de factores de riesgo prioritarios.

| PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO PARA LA SALUD PÚBLICA SINALOENSE | OBJETIVOS | ESTRATEGIAS | FUENTE |
|---|---|--|--|
| Alcoholismo | Reducir el uso nocivo del alcohol ofrece una excelente oportunidad para mejorar la salud y el bienestar social y aliviar la actual carga de morbilidad atribuible al alcohol. | <ul style="list-style-type: none"> a) Aumentar la concienciación respecto de la magnitud y la naturaleza de los problemas sanitarios, sociales y económicos causados por el uso nocivo del alcohol, y reforzar el compromiso de los gobiernos (estatal y municipales) para adoptar medidas que contrarresten el uso nocivo del alcohol. b) Consolidar el acervo de conocimientos sobre la magnitud y los determinantes de los daños relacionados con el alcohol y sobre las intervenciones que reducen y previenen eficazmente esos daños. c) Fortalecer las alianzas e intensificar la coordinación entre los interesados, y aumentar la movilización de los recursos necesarios para adoptar medidas adecuadas y concertadas de prevención del uso nocivo del alcohol. d) Mejorar los sistemas de seguimiento y vigilancia a distintos niveles, y la difusión y aplicación más eficaz de la información para fines de promoción, desarrollo de políticas y evaluación. | OMS. 2010. <i>Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol.</i> |

TABLA 3.4

Estrategias mundiales para el combate de factores de riesgo prioritarios.

| PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO PARA LA SALUD PÚBLICA SINALOENSE | OBJETIVOS | ESTRATEGIAS | FUENTE |
|---|--|---|--|
| Tabaquismo | <ol style="list-style-type: none"> 1. Reducir y vigilar el consumo de tabaco. 2. Proteger a la población del humo de tabaco. 3. Ofrecer ayuda para el abandono del tabaco. 4. Hacer cumplir las prohibiciones sobre tabaquismo. 5. Aumentar los impuestos al tabaco para estabilizar y posteriormente reducir la mortalidad por tabaquismo. | <ol style="list-style-type: none"> a) Promulgar y hacer cumplir leyes sobre entornos completamente libres de humo en las instalaciones sanitarias y educativas y en todos los lugares públicos cerrados, incluidos lugares de trabajo, restaurantes y bares. b) Fortalecer los sistemas sanitarios para que faciliten asesoramiento sobre el abandono del tabaco en el marco de la atención primaria de salud. Apoyar el establecimiento de líneas telefónicas de ayuda al abandono del tabaco y otras iniciativas comunitarias, junto con tratamiento farmacológico de fácil acceso y bajo costo, cuando sea conveniente. c) Exigir que el etiquetado incluya advertencias eficaces. d) Realizar campañas de publicidad anti-tabaco. e) Obtener la cobertura gratuita de las actividades anti tabáquicas por los medios de difusión. f) Promulgar y hacer cumplir leyes eficaces que prohíban totalmente toda forma de publicidad, promoción y patrocinio directos del tabaco. g) Promulgar y hacer cumplir leyes eficaces que prohíban la publicidad, la promoción y el patrocinio indirectos del tabaco. h) Aumentar los tipos impositivos para los productos de tabaco, y asegurar que se ajusten periódicamente conforme a las tasas de inflación y aumenten más de prisa que el poder adquisitivo de los consumidores. i) Fortalecer la administración fiscal para reducir el comercio ilícito de productos de tabaco. | <p>OMS. 2008. MPOWER <i>Un plan de medidas para hacer retroceder la epidemia del tabaquismo.</i></p> |

TABLA 3.4

Estrategias mundiales para el combate de factores de riesgo prioritarios.

| PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO PARA LA SALUD PÚBLICA SINALOENSE | OBJETIVOS | ESTRATEGIAS | FUENTE |
|---|--|---|---|
| Nutrición/obesidad | Reducir sustancialmente la mortalidad y la morbilidad mundiales mejorando la alimentación y promoviendo la actividad física. | <ul style="list-style-type: none"> a) Reducir los factores de riesgo de enfermedades crónicas asociados a las dietas malsanas y a la inactividad física a través de medidas de salud pública. b) Incrementar la concienciación y los conocimientos acerca de la influencia de la dieta y de la actividad física en la salud, así como de los efectos positivos de las intervenciones preventivas. c) Establecer, fortalecer y aplicar políticas y planes de acción mundiales, regionales y nacionales para mejorar las dietas y aumentar la actividad física que sean sostenibles e integrales, y cuenten con la participación activa de todos los sectores. d) Seguir de cerca los datos científicos y fomentar la investigación sobre la dieta y la actividad física. | OMS. 2004. <i>Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud.</i> |

CAPÍTULO 4

RECOMENDACIONES DE INTERVENCIÓN DE SALUD PÚBLICA PARA ATENDER LA DIABETES *MELLITUS*, OBESIDAD, LESIONES CAUSADAS POR ACCIDENTES, CÁNCER DE MAMA Y CONTROL DE TABACO

INTRODUCCIÓN

El análisis de los problemas de salud que hoy representan mayor carga económica y social al sistema de salud de Sinaloa destaca que entre las causas importantes de la morbilidad y mortalidad de las enfermedades infecciosas y crónicas están los estilos de vida y las condiciones del entorno en que viven y se desarrollan los sinaloenses.

El diagnóstico integral de la salud en el estado tuvo como principal objetivo identificar áreas críticas y de oportunidad, que el PISES, tomará como base para su concepto integral a 25 años, definir estrategias y líneas de acción para atenderlas a corto, mediano y largo plazos. Desde sus inicios, el PISES se concibió como un recurso que complementara los lineamientos de política federal y los lineamientos internacionales para potenciar las acciones del gobierno estatal. De acuerdo con ello, ha atendido con especial cuidado la identificación de los problemas de salud que deben abordarse con visión estratégica para lograr cambios y soluciones de fondo. Con el fin de cumplir este propósito, se hicieron consultas periódicas con los actores clave de la conducción de políticas y programas de prevención y atención a la salud de la población estatal. Una de ellas consistió en un ejercicio de priorización para identificar los principales problemas de salud del estado. Se identificaron 22 problemas de salud y se concluyó que para apoyar las políticas de salud estatal, el CODESIN, a través del PISES, podía proponer estrategias y

líneas de acción en los primeros seis problemas de salud identificados en este ejercicio, señalados en la tabla 4.1.

La diabetes *mellitus*, el cáncer de mama y la hipertensión se identificaron como las enfermedades crónicas de mayor relevancia.

La obesidad, las adicciones (como el tabaquismo) y accidentes, se identificaron como factores de riesgo que demandan mayor atención en el largo plazo.

TABLA 4.1

Priorización de problemas de salud (diez principales).

PROBLEMAS DE SALUD

Diabetes *mellitus*

Enfermedades isquémicas del corazón

Agresiones (homicidios)

Accidentes de vehículo automotor

Enfermedades respiratorias

Infecciones diarreicas agudas

Enfermedades hipertensivas

Infecciones respiratorias agudas

Tumor maligno de mama

Mortalidad materna

FUENTE: El ejercicio de priorización se basó en la técnica de J.J. Hanlon.

Los resultados del ejercicio de priorización fueron analizados por investigadores especializados con el propósito de determinar dimensiones específicas de los principales problemas de salud, proyectar posibles retos y sugerir intervenciones que podrían ayudar a mitigar la carga de estos problemas. Se identificaron la diabetes *mellitus*, el cáncer de mama y la hipertensión como las enfermedades crónicas de mayor relevancia. También se identificaron a la obesidad, las adicciones (como el tabaquismo) y accidentes, como factores de riesgo que demandan en la actualidad y en el largo plazo, mayor atención para reducir la prevalencia de lesiones que causan grandes daños a la población en edad productiva.

Las intervenciones propuestas por investigadores especializados se han señalado en tres niveles:

1. Intervenciones que deben proponerse en el nivel de políticas macroeconómicas y sociales (*macrosistema*).
2. Intervenciones aplicables a *nivel poblacional*, como son los servicios de salud, programas de prevención y acciones impulsadas por organizaciones civiles estrechamente vinculadas con los grupos de la sociedad civil. Es muy importante el papel de estas organizaciones en el fomento de nuevos estilos de vida que contrarresten los que afectan de manera negativa la salud y el bienestar de la población.
3. Intervenciones individuales, orientadas a personas, no sólo desde la perspectiva de atención médica personalizada, sino atendiendo los patrones de conducta individual, sus hábitos y capacidad de asumir corresponsabilidad en la prevención de riesgos y atención a problemas de salud.

Enseguida, se presenta la tabla 4.2, en la cual se han sintetizado las principales intervenciones recomendadas por los investigadores.

TABLA 4.2

Propuesta de intervenciones para reducir enfermedades crónicas y factores de riesgo en los principales problemas de salud en Sinaloa.

| PROBLEMA DE ALTA PRIORIDAD /OBJETIVOS | INTERVENCIONES A NIVEL DE MACROPOLÍTICAS | INTERVENCIONES A NIVEL DE SERVICIOS DE SALUD Y POBLACIÓN | INTERVENCIONES A NIVEL INDIVIDUAL |
|--|--|---|--|
| <p>Diabetes mellitus (DM)</p> <p>a) Mitigar la prevalencia de diabetes <i>mellitus</i> en el estado.</p> <p>b) Incrementar la detección oportuna de la DM y establecer programas de prevención en los tres niveles de atención.</p> <p>c) Mejorar la calidad de la atención de la DM en el primer nivel de atención.</p> <p>d) Asegurar la disponibilidad de medicamentos para las personas que padecen DM.</p> <p>e) Disminuir los costos de la DM en el estado.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Establecer un sistema estatal de vigilancia de las enfermedades crónicas en el que se incluya la prevención de la prediabetes, DM y sus complicaciones. 2. Asegurar el acceso universal a servicios de salud costo efectivo. 3. Acceso a tamizaje de prediabetes en población de alto riesgo. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Acceso a la información sobre los beneficios de la alimentación saludable y de la actividad física. 2. Programación de campañas para fomentar estilos de vida saludables basados en una alimentación adecuada y en ejercicio físico. 3. Campañas periódicas para informar y crear conciencia sobre la diabetes <i>mellitus</i>, sus medidas de prevención y control. 4. Fomentar la creación de grupos de autoayuda en los que participen pacientes, familiares y personal auxiliar de los servicios de salud. 5. En el primer nivel de atención, establecer programas de orientación y educación a la población usuaria sobre selección adecuada de alimentos saludables. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Aplicar un protocolo para detección de personas con factores de riesgo o en etapa de prediabetes (medición de peso, talla, IMC, presión arterial, glucosa en ayuno, perfil de lípidos y examen general de orina en forma periódica). 2. En el caso de pacientes diabéticos realizar la evaluación de ojos, riñones y pies en la primera consulta; medición de lípidos, hemoglobina glucosilada, EGO y micro albuminuria; electrocardiograma en examen inicial; invitación a un taller de alimentación y otro de actividad física incorporado a programas deportivos acordes a su entorno. 3. Monitoreo periódico por el personal de salud del apego a tratamiento. 4. Orientación y educación permanente al grupo familiar sobre medidas de prevención, adherencia al tratamiento y control de las complicaciones. |
| <p>Cáncer de mama</p> <p>a) Ampliar cobertura de tamizaje.</p> <p>b) Acortar tiempos de atención de la mastografía al inicio del tratamiento.</p> <p>c) Asegurar adherencia al tratamiento de Sistemas de monitoreo basado en la NOM-041-SSA2-2011.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Regulación estatal para fortalecer la detección oportuna. 2. Fortalecimiento del sistema de referencia y contrarreferencia. 3. Capacitación al personal para realizar la biopsia. 4. Incrementar unidades acreditadas para elevar calidad. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Disponibilidad de un número de mastógrafos adecuados para atender a todas las mujeres entre 40 y 69 años. 2. Capacitación del personal de salud en la aplicación de la NOM-041-SSA2-2011. 3. Certificación de por lo menos un hospital público para recibir FPGC para la atención del cáncer de mama (CaMa). Incorporar a líderes comunitarios para fomentar la difusión de la NOM-041-SSA2-2011. 4. Establecimiento de vínculos con ONG para fomentar que las mujeres realicen Dx y tratamiento oportuno. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Empoderar a las mujeres para que asistan a las unidades médicas para el Dx y el Ts adecuados. 2. Fomentar en las mujeres una conducta preventiva y de autocuidado (autoexploración). |

TABLA 4.2

Propuesta de intervenciones para reducir enfermedades crónicas y factores de riesgo en los principales problemas de salud en Sinaloa.

| PROBLEMA DE ALTA PRIORIDAD /OBJETIVOS | INTERVENCIONES A NIVEL DE MACROPOLÍTICAS | INTERVENCIONES A NIVEL DE SERVICIOS DE SALUD Y POBLACIÓN | INTERVENCIONES A NIVEL INDIVIDUAL |
|---|---|---|--|
| <p><i>Lesiones causadas por accidentes y violencia</i></p> <p>a) Reducir el número de lesiones causadas por accidentes de tránsito.</p> <p>b) Cambiar progresivamente el paradigma de desarrollo urbano en que se priorice la protección al peatón.</p> <p>c) Fomentar en la población el cumplimiento de normas y reglamentos de tránsito.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Planeación urbana basada en la movilidad de los ciudadanos. 2. Designar un organismo en la administración estatal de carácter intersectorial que oriente las actividades en materia de seguridad vial. 3. Mejorar la actual infraestructura de las vías en las ciudades y de carreteras. 4. Mejorar las políticas de transporte público masivo, basadas en acciones intersectoriales. 5. Establecer una legislación necesaria, en el estado, para controlar el consumo del alcohol. 6. Mejorar los sistemas de información sobre lesiones debidas al tránsito. 7. Legislar la circulación de motociclistas y de peatones que ofrezcan áreas seguras. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Fortalecer al Consejo Estatal de Prevención contra Accidentes con enfoque intersectorial. 2. Establecer límites de velocidad que reflejen las condiciones físicas de la región (topografía, formas irregulares de urbanización) y los diferentes tipos de usuarios de la vía pública. 3. Documentar y monitorear el respeto a los límites de velocidad por la población y aplicar la legislación vigente. 4. Ampliar el acceso a vías de circulación seguras. 5. Desarrollar programas comunitarios para informar y educar en prevención de riesgos. 6. Mantener campañas regulares en medios masivos de comunicación y en escuelas sobre riesgos. 7. Establecer monitoreos permanentes en el control de la seguridad civil, de los límites de velocidad y de tolerancia cero al consumo de alcohol de conductores de automóviles. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Adopción del límite de 'BAC menor o igual a 0.05 g/dl para la población general. 2. <i>Tolerancia cero</i> para jóvenes menores de 18 años. 3. Establecer mecanismos para garantizar la seguridad civil de las personas. 4. Ampliar áreas físicas para peatones y ciclistas. 5. Fomentar en los automovilistas una conducta de respeto a los límites de seguridad. 6. Fortalecer la conciencia del conductor sobre su responsabilidad social en el cuidado de la vida de terceros. |

TABLA 4.2
Propuesta de intervenciones para reducir enfermedades crónicas y factores de riesgo en los principales problemas de salud en Sinaloa.

| PROBLEMA DE ALTA PRIORIDAD /OBJETIVOS | INTERVENCIONES A NIVEL DE MACROPOLÍTICAS | INTERVENCIONES A NIVEL DE SERVICIOS DE SALUD Y POBLACIÓN | INTERVENCIONES A NIVEL INDIVIDUAL |
|---|--|--|---|
| <i>Nutrición/obesidad</i> a) Prevenir y controlar la desnutrición. b) Prevenir y controlar el sobrepeso y la obesidad. c) Promover alimentación saludable de acuerdo con las necesidades de grupos específicos. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Socialización de los beneficios de la lactancia materna natural a libre demanda. 2. Legislación que regule la disponibilidad de alimentos que propicien una alimentación adecuada para prevenir la malnutrición. 3. Fomento al cultivo de frutas, hortalizas para autoconsumo y regulación del comercio justo de estos alimentos. 4. Legislación para ampliar áreas físicas destinadas a desarrollar actividad física por grupos de personas de diferentes edades. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Normatividad en las instituciones para fomentar la lactancia materna. 2. Fortalecer los programas de desarrollo social orientados a grupos vulnerables. 3. Programas de educación a madres sobre el valor de las prácticas de alimentación adecuadas a niños menores de cinco años. 4. Establecer acciones intersectoriales para fomentar a través de las escuelas la alimentación balanceada y la actividad física en escolares. 5. Fomentar la higiene de los alimentos para evitar enfermedades infecciosas. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Orientación y educación permanente a las madres de familia sobre una alimentación adecuada. 2. Centrar el fomento de nuevos valores de la cultura alimentaria en los niños y jóvenes. 3. Incentivar en las escuelas y en el hogar el desarrollo de actividades físicas y deportivas. |
| <i>Tabaquismo</i> a) Reducir la disponibilidad de todos los productos de tabaco. b) Incorporar el control del tabaquismo como un bien público. c) Incrementar accesibilidad a los servicios de prevención y control del tabaquismo. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Aumentar los impuestos a todos los productos de tabaco. 2. Fortalecer la legislación para proteger el ambiente de lugares públicos del humo de tabaco. 3. Prohibir toda forma de publicidad del consumo de productos de tabaco. 4. Basado en el Art. 5.2 del CMCT de la OMS, establecer una comisión intersectorial permanente de alto nivel técnico y de gestión que incluya los sectores de gobierno estatal, como salud, educación, economía, hacienda, agricultura, comercio exterior, desarrollo social, medio ambiente y transporte. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Desarrollar campañas en medios masivos focalizados a grupos vulnerables. 2. Fortalecer capacitación del personal de unidades de primer nivel para incrementar orientación sobre daños a la salud generados por el tabaco. 3. Prohibir la venta de tabaco a menores de edad y por menores de edad. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Incorporar el cuadro básico de tratamiento que ayude a dejar de fumar. 2. Fortalecer la adherencia al tratamiento de los pacientes. 3. Incrementar grupos de ayuda mutua. |

CAPÍTULO 5

GESTIÓN DEL PISES COMO UN RECURSO DE POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD EN EL ESTADO DE SINALOA

Las políticas públicas se apoyan en determinadas posturas políticas, y estas últimas son factores de viabilidad y factibilidad de las políticas públicas.

INTRODUCCIÓN

El cuidado de la salud en el siglo XXI es uno de los grandes desafíos de política pública para contribuir al crecimiento y el desarrollo de las regiones.

Para alcanzar mejores niveles de productividad y calidad de vida de los sinaloenses, el Estado debe establecer como tema central de sus políticas públicas el cuidado y la atención de la salud de una forma integral, considerando los factores sociales, culturales y económicos que determinan sus condiciones. Por lo tanto, las políticas públicas orientadas a mejorar estas condiciones necesariamente deben considerar la prevención como una inversión en el bienestar de la población a largo plazo que requiere trascender los periodos político-administrativos, y necesita de la participación de los diferentes actores locales para facilitar el acceso equitativo a una vida saludable de los diversos grupos sociales.

El PISES, concebido por el CODESIN y diseñado gracias a la colaboración de representantes de los sectores de gobierno, privado y sociedad civil, se propone complementar los esfuerzos y

Para alcanzar mejores niveles de productividad y calidad de vida de los sinaloenses, el Estado debe establecer como tema central de sus políticas públicas el cuidado y la atención de la salud de una forma integral.

Las políticas al estar respaldadas por evidencias ofrecen mayores márgenes de soluciones asertivas y exitosas.

logros de las instituciones públicas en el cuidado a la salud de la población del estado, abriendo un espacio para impulsar estrategias dirigidas a reducir la incidencia de problemas de salud que en la actualidad afectan negativamente en la capacidad productiva, en el bienestar de la población y en el crecimiento económico futuro de Sinaloa con enfoque integral, preventivo y de largo plazo.

El éxito de una política pública se fundamenta en gran parte en la identificación adecuada del problema crítico que demanda la intervención del Estado. Hacerlo con el apoyo de estudios basados en un análisis objetivo sobre la situación que pretende cambiarse, contribuye a formular soluciones más asertivas y exitosas. Por ello, para la elaboración del PISES se partió de un exhaustivo diagnóstico sobre el estado de salud en Sinaloa, cuyos resultados fueron estudiados durante nueve meses por grupos de investigadores especializados, locales y nacionales, que compartieron los hallazgos de su investigación con representantes de instituciones clave del sistema de salud y sectores afines en el estado, con el fin de validar los resultados y analizar la distintas alternativas propuestas para solucionar en el corto, mediano y largo plazos, los principales problemas de salud en Sinaloa.

Esta visión de los profesionales y agentes involucrados en la actual gestión de políticas y programas de salud —que complementó el estudio científico—, otorga al PISES el sentido de realidad territorial para definir estrategias, líneas de acción e intervenciones viables que realmente contribuyan a mitigar la incidencia de los problemas de salud que han significado una mayor carga económica y social al sistema de salud estatal.

Dentro del diseño de la política pública de salud para Sinaloa, los expertos en salud, académicos, empresarios y funcionarios de gobierno, coincidieron en la pertinencia de contar con un marco estratégico que guíe las acciones que el estado requiere para solucionar los problemas de salud con más alta prioridad como son: la diabetes *mellitus*, enfermedades isquémicas del corazón, adicciones, agresiones, accidentes de vehículo automotor, enfermedades respiratorias e infecciones diarreicas agudas.

El concepto estratégico del PISES

Se concibe al PISES como un instrumento de planeación validado para la construcción de una política pública de salud al 2035 con los siguientes atributos:

- a. Visión de largo plazo y de atención a acciones prioritarias de prevención de problemas de salud.
- b. Articulación de acciones intersectoriales que trascienden el sector salud.
- c. Apertura de espacios para conjuntar esfuerzos entre la academia, el gobierno, la empresa y la sociedad civil.
- d. Incorporación de recursos de gestión de políticas estatales con autonomía y con una clara alineación a los lineamientos nacionales e internacionales.
- e. Estímulo a la investigación y formación de nuevos profesionales en el campo de ciencias de la salud, nutrición, y de la conducta, entre otros.
- f. Creación de estrategias y líneas de acción que se fundamentan en una evolución progresiva de las instituciones de salud, de ser instituciones eminentemente curativas a instituciones orientadoras, educadoras para lograr la prevención de problemas de salud.
- g. Visión prospectiva, que requiere de la definición de fases para alcanzar el cumplimiento de objetivos, estrategias, líneas de acción y metas.
- h. Se inserta en el escenario de políticas públicas de salud como un recurso potenciador del quehacer de las instituciones de salud bajo la rectoría de la SSA/SESA y de otras instituciones afines a la salud.

La adopción del PISES como política pública

El PISES ha sido creado e incorporado como un componente del esquema de desarrollo de largo plazo establecido en la *Alianza por la Competitividad*, y surge como la respuesta directa de los actores del sector público y privado de Sinaloa a la creciente necesidad de contar con estrategias de enfoque integral, preventivo y con

El PISES trasciende el sector salud y demanda la articulación de acciones intersectoriales.

El PISES es un recurso potenciador del quehacer de las instituciones de salud bajo la rectoría de la SSA/SESA.

El éxito de una política que atiende los determinantes sociales de la salud descansa en la continuidad de las acciones y en la visión de largo plazo.

visión de largo plazo para solucionar los principales problemas de salud de la población sinaloense.

Los criterios de integralidad, prevención y colaboración intersectorial, que caracterizan al PISES, establecen un marco fundamental de estrategias y líneas de acción a corto, mediano y largo plazos con el fin de solucionar los problemas de salud actual y modificar los escenarios futuros, considerando en todos los casos los determinantes económicos y sociales.

La adopción del PISES como política pública demanda, para su adecuada gestión, una atención especial en los siguientes aspectos: a) la identificación y selección de los actores políticos que se involucrarán en el impulso de sus estrategias y líneas de acción; b) la operación de procesos de comunicación e intercambio ágiles y efectivos para facilitar el cumplimiento de metas integrales de atención a la salud que se desprendan de los objetivos y líneas de acción; c) la provisión de recursos (materiales, humanos, financieros y jurídicos) que respaldarán y legitimarán el desarrollo de las acciones y cumplimiento de metas; y d) el ejercicio de una rectoría y liderazgo que estimule la participación de los diversos actores provenientes de diferentes sectores de gobierno y de la sociedad.

La adopción del PISES como un recurso para afianzar las políticas públicas de salud en el estado está directamente relacionado con la participación y aceptación del sector gobierno, privado y sociedad civil para construir las condiciones institucionales, jurídicas y presupuestales para:

- Garantizar la permanencia y continuidad de los programas que se deriven de las estrategias.
- Generar la colaboración y cooperación interinstitucional e intersectorial.
- Crear una nueva cultura de participación social en el cuidado de la salud.
- Evaluar los resultados del PISES, con el fin de reforzar los aciertos y corregir los errores o limitaciones.

Gestión del PISES en el marco de las políticas públicas del estado

El proceso de elaboración del PISES integrado por tres etapas: realización del diagnóstico de las condiciones de salud, la consulta a actores clave del estado y el ejercicio de visión prospectiva a 25 años, permitió identificar ocho acciones para impulsar la gestión de políticas públicas:

1. Impulsar la comunicación y articulación intersectorial para atender los seis problemas prioritarios de salud identificados en el diagnóstico como los de mayor carga económica y social. Las acciones intersectoriales permitirán responder a la urgente necesidad de controlar y consecuentemente reducir los efectos negativos de las condiciones económicas y sociales (pobreza e inequidad), culturales (grupos vulnerables), ambientales (poblaciones rurales y en condiciones de vulnerabilidad) y geográficas (marginalidad) que originan los problemas de salud.
2. Incrementar y fortalecer la capacidad de respuesta del sistema de salud del estado, especialmente en la prevención de los factores de riesgo como son las adicciones, violencia, accidentes y en el control de las enfermedades no transmisibles (diabetes, enfermedades del corazón, cáncer de mama, enfermedades respiratorias).
3. Establecer metas viables a corto, mediano y largo plazos (25 años), con una visión prospectiva que permita diseñar escenarios posibles y deseables que trasciendan los límites de los periodos gubernamentales con el fin de asegurar continuidad y permanencia de los programas y acciones.
4. Mejorar el diseño y operación de los sistemas de información estatal de salud en donde se incluyan no sólo indicadores relacionados con las condiciones de salud, de infraestructura, recursos y servicios, sino además indicadores de condiciones sociales y culturales, con el fin de transformarlos en herramientas cada vez más efectivas para apoyar la planeación de estrategias y líneas de acción integrales de atención a la salud, a mediano y largo plazos con enfoque integral y preventivo.

La reducción de la incidencia de los problemas prioritarios en el estado demandan acciones intersectoriales.

Optimizar el diseño y operación de los sistemas de información estatal incluyendo no sólo los indicadores de condiciones de salud, sino también los de condiciones sociales y culturales.

Será necesario fortalecer los recursos jurídicos y legales para prevenir y controlar los factores de riesgo que causan mayor mortalidad y morbilidad.

Impulsar la formación de recursos humanos acreditados y certificados, en el pregrado y posgrado.

La corresponsabilidad de la población en el cuidado de su salud es pieza clave para la obtención de resultados.

5. Establecer indicadores de monitoreo y evaluación de las condiciones de salud, de la capacidad de respuesta de los servicios de salud y afines al cuidado de la salud, así como del cumplimiento de las metas derivadas de las estrategias y líneas de acción.
6. Impulsar la formación de recursos humanos acreditados y certificados, en el pregrado y posgrado, así como la investigación en salud en el estado.
7. Legitimar a través de recursos jurídicos, legales y normativos, un proyecto a largo plazo, integral y preventivo, que ofrezca estrategias y líneas de acción orientadas a mejorar sustancialmente la salud y permitan el desarrollo y la competitividad de la región.
8. Promover la corresponsabilidad de la población en el cuidado de su salud.

Articulación de voluntades para una gestión exitosa del PISES

Una implementación exitosa de política pública de salud para Sinaloa está relacionada directamente con la colaboración, la cooperación y la confianza que se logre generar entre los actores involucrados.

Aún cuando la política pública se puede entender básicamente como el gobierno en acción, el sector privado y la sociedad civil en su conjunto, son un componente básico del proceso de gestión de la política pública de salud con visión integral, preventiva y de largo plazo. Del número y resultados de las interacciones de la cuádruple hélice (gobierno-empresa-academia-sociedad) dependerá en gran medida el éxito de la implementación del PISES y de las intervenciones propuestas.

Para la elaboración del PISES, se consideró desde su diseño la participación de la cuádruple hélice para que integrados en mesas de trabajo construyeran un escenario óptimo de salud en Sinaloa para los próximos 25 años, a partir de los hallazgos de la investigación científica.

TABLA 5.1

| Cuádruple hélice (gobierno-empresa-academia-sociedad) | |
|--|---|
| 1 | Secretaría de Salud |
| 2 | Instituto Nacional de Salud Pública |
| 3 | IMSS |
| 4 | ISSSTE |
| 5 | Médicos Investigadores |
| 6 | Universidad de Occidente |
| 7 | Universidad Autónoma de Sinaloa |
| 8 | Hospital Pediátrico |
| 9 | CODESIN |
| 10 | Administración pública y sociología |
| 11 | Seguro Popular |
| 12 | Secretaría de Educación Pública y Cultura |
| 13 | Secretaría de Comunicaciones y Transporte |
| 14 | Institutos Municipales de Planeación |
| 15 | Dirección de Vialidad y Transporte |
| 16 | Organizaciones no gubernamentales |
| 17 | Empresarios |

Las opiniones de los actores consultados permitieron establecer escenarios probables considerando los determinantes socioeconómicos que pudieran impactar en los problemas de salud prioritarios para ser considerados en la definición de las estrategias y líneas de acción planteadas dentro del PISES. Con ello también se abrió un espacio de discusión y análisis que pudiera ser aprovechable para el seguimiento y monitoreo del PISES a lo largo del tiempo.

La oportunidad política para impulsar el PISES

La decisión del Gobierno Federal de la administración del presidente de la República Enrique Peña Nieto, de establecer entre sus cinco áreas estratégicas: «*Avanzar en un Sistema Nacional de Salud Universal y en acciones de protección, promoción y prevención como un eje prioritario para el mejoramiento de la salud*»,

La empresa, la academia y la sociedad en su conjunto, son un componente básico del proceso de gestión de la política pública de salud con visión integral, preventiva y de largo plazo.

ofrece una coyuntura favorable para la gestión del PISES ya que facilita la adopción por parte del sector salud de las estrategias y líneas de acción preventivas e integrales propuestas.

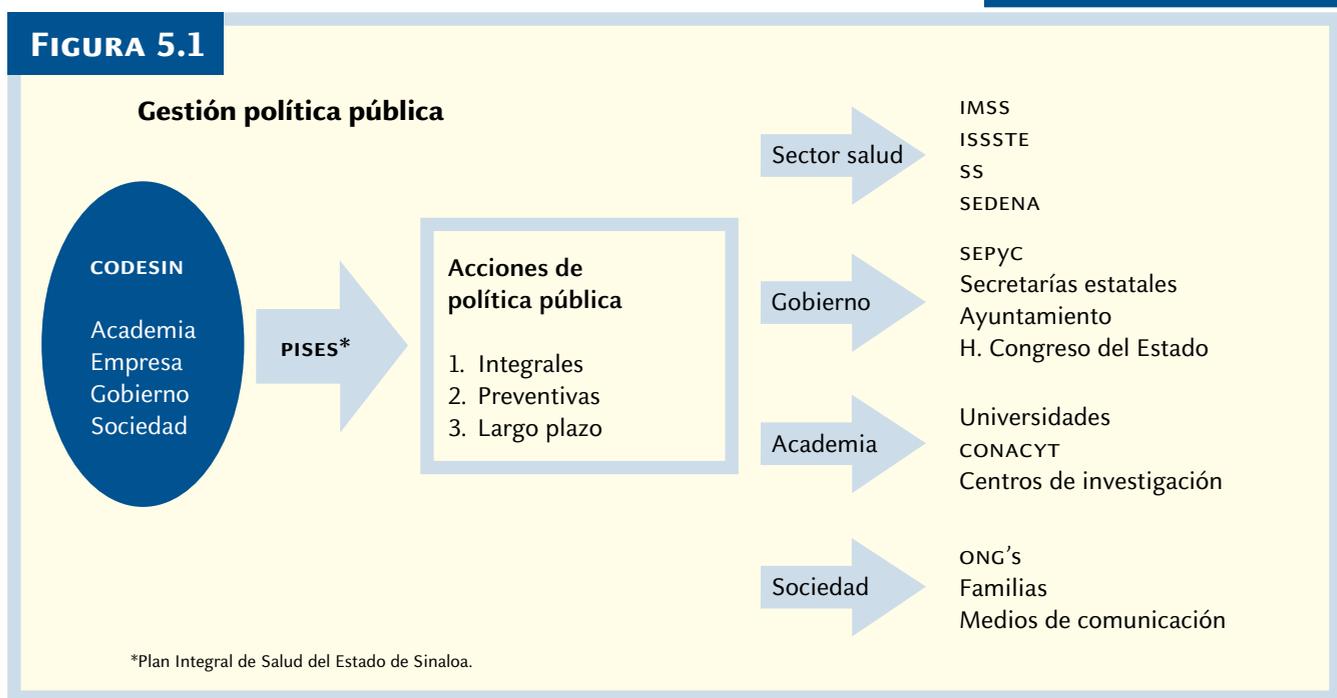
En respuesta, el gobierno del estado, a través de la Secretaría de Salud se encuentra inmerso en una redefinición de sus líneas de trabajo, en un intento por responder eficientemente a los objetivos marcados en el plan sectorial de salud. Su objetivo principal, como lo expresan las autoridades, es romper el esquema de la intervención por programas y transitar hacia un modelo de atención integral que permita racionalizar y hacer sinergia.

Con toda seguridad, integrantes del sector salud, como son el Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), estarán haciendo lo conducente.

El nuevo marco institucional que ofrecen las políticas federales para la salud, resultan un poderoso incentivo que tendría que ser aprovechado por los sinaloenses para ofrecer un ejemplo piloto para el resto del país, de un plan integral de salud, que se suma desde lo local y con la participación de sus actores para potenciar los esfuerzos nacionales para mejorar la salud.

Por otra parte, el proceso de articulación se ha incentivado con más de una docena de talleres, foros de consulta y reuniones de seguimiento para el PISES, y ha permitido consolidar un grupo intersectorial e interinstitucional que no sólo conoce el PISES sino que ha participado en su construcción. Este grupo podría ser el capital social semilla para el impulso de una política pública de salud con visión de largo plazo. En total más de 300 personas participaron en la elaboración del PISES, y contribuyeron con datos, información y experiencia.

FIGURA 5.1



CONCLUSIONES

La problemática que representa el estado de salud actual de los sinaloenses y los escenarios futuros que se prospectan, de continuar las tendencias, le dan un carácter de urgencia y pertinencia social y económica al impulso de una política pública de salud integral, preventiva y de largo plazo para mejorar la calidad de vida y la competitividad en Sinaloa.

El PISES ofrece el marco estratégico y las acciones para la implementación de una política pública de salud en donde las principales recomendaciones son:

- Desarrollar estrategias intersectoriales e interinstitucionales para la solución de problemas prioritarios de salud pública.
- Incentivar las estrategias encaminadas a la promoción del autocuidado de la salud.
- Contar con un sistema público de información confiable que soporte las decisiones en salud pública.

El PISES ofrece para la construcción de la política pública de salud un marco estratégico y las acciones para su implementación.

La operación del PISES demandará el desarrollo de recursos humanos con conocimientos en salud y política pública, que puedan liderar e implementar los cambios estructurales necesarios para la salud integral del estado.

- Generar conocimiento e incentivar la investigación en temas de salud de acuerdo con las prioridades del estado.
- Reforzar la capacidad de respuesta del sistema de salud con énfasis en los problemas de mayor impacto y carga al estado.
- Impulsar el desarrollo de recursos humanos con conocimientos en salud y política pública, que puedan liderar e implementar los cambios estructurales necesarios para la salud integral del estado.

Dr. Ernesto Echeverría Aispuro

Secretario de Salud del Estado de Sinaloa

Un requisito fundamental para elevar la calidad y eficiencia de la atención de la salud en nuestro estado es emprender el modelo de atención que incorpora el cuidado del individuo con una visión integrada, es decir, en sus diferentes etapas de la vida.

Desde la perspectiva de la salud pública, la línea de vida representa un nuevo paradigma en el cuidado de la salud, constituye un proceso que no sólo ayuda a observar la salud en un continuum, sino que garantiza intervenciones efectivas en el largo plazo, lo cual asegura reducción de costos, mayor calidad y una proyección de acciones preventivas, en beneficio del individuo, con su plena participación.

Por ello, contar con un plan integral en salud, con visión de largo plazo como es el PISES, permitiría abandonar prácticas obsoletas de alto costo, con impactos que son cuestionados continuamente por nuestros usuarios. Es fundamental empoderar a todos los gestores de servicios de salud, desde las instancias gubernamentales, los ayuntamientos y desde luego la comunidad organizada, todos trabajando en la misma dirección, sumando esfuerzos y recursos en todo aquello que se identifica como un riesgo o daños a la salud, los cuales crecen progresivamente. Sabemos bien que la obesidad y la diabetes *mellitus*, entre otros, generan discapacidades parciales, permanentes o pensiones en personas que se encuentran en edad productiva, teniendo como

consecuencia altos costos de atención médica y efectos económicos y sociales en las familias que pierden la posibilidad de un sustento.

Tenemos una sociedad mal informada en buena medida como consecuencia de la mercadotecnia transmitida en los diferentes medios de comunicación, patrones culturales y un sistema educativo fragmentado, aspectos que, entre otros, han contribuido a la modificación de los estilos de vida.

Dentro del análisis de infraestructura y oferta de servicios, es de gran utilidad conocer nuestra capacidad real para responder a las demandas de la población y detectar que el tipo de tecnología con la que contamos en muchos casos es ya obsoleta, lo que constituye una limitante para asegurar la operación de las unidades de servicio dentro de los parámetros de seguridad adecuados.

La calidad de la atención, vista como una acción holística es uno de los retos más importantes. Es entonces de la mayor trascendencia, mantener capacitado y actualizado a todo el personal de salud en unidades hospitalarias así como en el primer nivel de atención. Esta atención de calidad debe ser brindada de manera equitativa a todos los grupos que conforman la sociedad sinaloense, es decir a quienes por más alejados que se encuentren debemos hacerles llegar la tecnología adecuada para facilitar la consulta y asesoría en tiempo, para mejorar integración de diagnósticos y tratamientos, así como para decidir traslados oportunamente.

Hoy en día se suman al panorama epidemiológico las adicciones, accidentes por vehículo automotor, enfermedades re-emergentes tales como dengue, tuberculosis, emergentes como rickettsiosis, leptospirosis, enfermedad de Chagas, cólera e influenza que van a requerir de una atención cada vez mayor, por lo que tendremos que realizar una difusión más amplia de las mismas para que la población pueda conocerlas mejor y participar en las medidas preventivas para cada caso en particular.

La reducción de la muerte materna y perinatal continúa como un gran compromiso que nos debe impulsar a la implementación de medidas preventivas enfocadas a trabajar en los eslabones críticos tales como la planificación familiar y el control

prenatal, particularmente la atención de los adolescentes en su educación sexual y evitar embarazos no planeados.

La mortalidad por cáncer de mama, cérvicouterino y de ovario en la mujer, como en el varón el de próstata y pulmón se puede prevenir si logramos detectarlos a tiempo con evaluaciones periódicas.

La promoción de la salud constituye una de las herramientas básicas para llegar de manera directa a grupos de población con alto riesgo en esta área; es aquí en donde técnicas de comunicación y abogacía en salud se incorporan como dos grandes fortalezas para conseguirlo.

Actualmente se afirma que la salud deberá incluirse en todas las políticas de Estado, porque es claro que ninguna nación logrará su pleno desarrollo con una población enferma, y se vuelve imprescindible reconocer que el bienestar se conseguirá sólo con una participación activa y decidida, ubicándonos siempre un paso adelante de los problemas.

Por lo tanto, en el PISES se busca alinear acciones, recursos, voluntades, leyes, reglas, decisiones, etc., lo cual no es una tarea sencilla, sin embargo nos estimula el deseo de progresar y abatir las desigualdades. Consideramos que este plan representa una importante oportunidad para avanzar hacia un mayor desarrollo y competitividad que es parte de ese bienestar que otorga la salud.

Dr. José Lauro Meléndrez Parra

Coordinador del Comité de Salud de la Alianza

por la Competitividad

Presidente Corporativo de Farmacon

El PISES constituye un programa estratégico porque integra a todos los actores del servicio público de la sociedad que trabajando en equipo pueden lograr las políticas públicas orientadas a administrar la salud desde la prevención, planeación urbana, educación, infraestructura de comunicaciones, instituciones de salud, instituciones de seguridad, etcétera. La gran contribución sería una población sana con mucha calidad de vida y

como consecuencia muy productiva en todas las áreas donde se desempeñen profesionalmente. Esto nos llevaría, de lograrlo, a ser de los mejores lugares del mundo para vivir y desarrollarse profesionalmente.

Dr. Carlos Karam Quiñones

Director General del Instituto de Apoyo a la Investigación e Innovación

Es necesario porque la proyección a largo plazo de escenarios posibles, mediante diagnósticos apropiados es un imperativo para resolver retos y dar respuestas a los problemas sociales, optimizando recursos y definiendo políticas sectoriales integradas. Las principales contribuciones para el bienestar y desarrollo de la población sinaloense podrían ser: mejorar la calidad de los servicios y ampliar la cobertura de salud con la participación de los actores, entre los que destacan los ayuntamientos. Asimismo, permitiría identificar los entornos saludables y contar con instrumentos para el seguimiento y para la capacitación del personal del área de la salud de Sinaloa.

Ing. Enrique Pun Hung

Presidente de COPARMEX; Presidente Corporativo de Tai Pak

Desarrollar un programa a largo plazo, sobre todo en un tema tan fundamental como es la salud, ofrece mayor certidumbre en el logro de sus objetivos, y permite un enfoque eminentemente preventivo, con beneficios directos en costos, horas-paciente e infraestructura hospitalaria correctiva (curativa).

El contexto integral en el que se ha trabajado lo hace más robusto en su diagnóstico, y por supuesto, en la elaboración de su plan.

Finalmente, el reconocimiento en política pública para que sea el Plan Integral de Salud a 25 años, lo hará invulnerable a cambios subjetivos realizados por futuras autoridades con criterios distintos al bienestar de la sociedad.

Los beneficios principales que yo veo para el bienestar y desarrollo de la población sinaloense son:

- Mejor cultura de autocuidado.
- Mejor calidad de vida.
- Mayor liquidez económica: Menor desembolso en tratamientos curativos, menos necesidad de dar tiempo y asistencia como «familiar de enfermo».
- Más posibilidad de tener una vida productiva prolongada.
- Habrá más espacios de esparcimiento y cultura, en lugar de los de asistencia médica.
- Menor vulnerabilidad de los sectores de menores recursos.

Martha Beltrán de Ceceña

Directora General de Capacitando con Valores, IAP

Todo programa de salud, para que cumpla su función, deberá contar con la articulación de acciones provenientes de otros sectores, con esto se lograrán resultados que beneficien a la población alcanzando un mejor nivel de calidad de vida.

Lic. Armando Valdez

Miembro de la sociedad civil

El término *salud* es una palabra generadora en sí misma, que caracteriza una de las más importantes necesidades de las personas relacionadas con su entorno social, económico y cultural. El individuo tiene asegurado su espacio y participación en la sociedad sólo si es considerado en toda su integridad física, mental, emocional, afectiva, como atributos básicos con que debe contar, para superar cualesquier forma de marginación.

Garantizarle, en el largo plazo, a todos los habitantes el estado de salud necesario para captar su participación activa y efectiva en el conocimiento pleno de su realidad y cuente con las aptitudes y actitudes indispensables, para contribuir, sin limitaciones, en la transformación de esa realidad, en el propósito común de crear mejores condiciones de vida personal y colectiva.

Dr. Miguel Ángel Guerra Liera

Director del Consejo Sinaloense contra las Adicciones

La necesidad de un programa integral como el que se está proyectando está basada principalmente en el diagnóstico real de los problemas que acechan a la sociedad. Si partimos de esto podemos entender al PISES como un recurso que orientará sus estrategias a los sectores de la sociedad con mayor vulnerabilidad. Por otra parte, y entendiendo que los resultados de la prevención son a mediano y largo plazos, la proyección de este programa tendrá mayor fortaleza durante el proceso si se realiza un seguimiento estrecho sobre los avances, resultados y detección de debilidades y fortalezas, que nos ayuden a solidificar aún más este proyecto.

COLABORADORES DEL PISES

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA (INSP)

Dra. María Gladys Faba Beaumont
Juan Eugenio Hernández Ávila
Mario Henry Rodríguez López
Édgar Leonel González González
Lina Sofía Palacio Mejía
René Santos
Gabriela Torres Mejía
Angélica Ángeles-Llerenas
Louis Martínez Matsuchita
Carolina Ortega Olvera
Luz Myriam Reynales Shigematsu
Aída Jiménez Corona
Socorro Parra Cabrera
Cliserio González Villalpando
Teresa Shamah Levy
Lucía Cuevas Nasu
Danae Gabriela Valenzuela Bravo
Erika Mayorga Borbolla
Martha C. Hajar Medina
Leticia del Socorro Ávila Burgos

H. CONGRESO DEL ESTADO DE SINALOA

Legislatura 60

Daniel Gaxiola Díaz
Ricardo Mimiaga Padilla

Legislatura 61

Víctor Manuel Díaz Simental
Luis Fernando Sandoval Morales
María del Rosario Sánchez Zataráin

María de la Luz Ramírez
Israel Cruz Jiménez
Ramón Urquiza

SECRETARÍA DE SALUD DE SINALOA (SSA)

Ernesto Echeverría Aispuro
Álvaro Acosta Padilla
Eva Luz Cerón Castro
Olga Martínez Sandoval
Jorge A. Zamudio Lerma
Juan Alberto Rodríguez
María Guadalupe Ramírez Zepeda
Carlos L. Sánchez Borja Álvarez
Eunice Bello Chávez
Juan Jesús Pérez S.
Macondo Montoya Parra
Juan Castro R.
Guillermo González Castillo
Alejandrino Beltrán Z.
Carlos Robles Talavera
Gerardo Bernal
José Antonio Mendoza Beltrán
Roxana Josefina Elenes Fonseca
Rubén Aníbal García Castro
Camilo A. Esquerra A.
Gonzalo Reynaga Solís
Jorge Cisneros Torres
Pedro Ortega Murguía
Pablo Guevara Conde
José Humberto Valle Guerrero
Juan Jesús Pérez Sánchez

Pablo Güémez Álvarez
Rubén Valle Castro
Cellius Yarasli Ramón Pedraza
Rafael Ramos Solano
Felipe de Jesús Cháidez Valles
José Antonio Mendoza
Yolanda Ledesma Inzunza
Carlos Víctor Hernández Ramírez
J. Pedro Ortega Murguía
Aarón Montoya Serrano
Carla Campos Beltrán
Jesús Caudillo Guines
Arturo Padilla Hermosillo
Armando Angulo Marentes
René Octavio Sánchez Montoya
Roberto Gastélum Castro
Alcires Pérez Rubio
Carlos Bojórquez Noriega

SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA Y CULTURA (SEPYC)

Olga Ritz
Walter Felipe Bernal Fonseca
Margarita Pimentel Carbajal
Luis Enrique Morales Lara
Margarita Alemán Vargas
Ezequiel Francisco Nieto Suárez
Jesús Gerardo Matus Armenta
Norberto Torres Ayón
José Feliciano Camacho
Luis Enrique Morales Lara
Jaime Hubbard Urrea

María Guadalupe Gaxiola Zamora

SECRETARÍA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES (SCT)

Genaro Tolosa Zamora

Héctor Raúl García Fox

Martín García Leyva

Enrique Hernández Damken

Sergio López

Antonio Zataráin Cañedo

Patricio Chavero E.

SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL Y HUMANO (SEDESHU)

Hipólito Garzón Rubio

Jesús Stamatis Godoy

Fausto Renato Miller Gómez

Sergio Ramón Ojeda López

María Magdalena Payán Lara

SECRETARÍA DEL TRABAJO Y PREVISIÓN SOCIAL (STPS)

Hilario Gastélum Galván

Jesús Israel Ballesteros Quintero

Carlos Alberto Hermosillo Jacobo

SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS

Kenya Miranda Morales

SECRETARÍA DE AGRICULTURA, GANADERÍA, DESARROLLO RURAL, PESCA Y ALIMENTACIÓN (SAGARPA)

Rolando Zubía Rivera

María Elizabeth Beltrán

Juan Manuel Figueroa Fuente

SECRETARÍA DE DESARROLLO ECONÓMICO (SEDECO)

Lizbeth Torres Cota

Jesús Ramón Sánchez Cabrera

Juan Bautista Ordorica Cabrera

SECRETARÍA DE DESARROLLO URBANO Y OBRAS PÚBLICAS

Arely Eunice Camacho Dena

Jesús Abraham López Ojeda

Francisco Moreno López

SECRETARÍA DE SEGURIDAD PÚBLICA

Héctor Alberto Mucharraz

Brambila

SECRETARÍA DE INNOVACIÓN GUBERNAMENTAL

Ana María Alfonso Rivas

Juan Diego Millán López

SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL (SEDESOL)

César Gonzalo Armenta Sarmiento

SECRETARÍA GENERAL DE GOBIERNO DEL ESTADO DE SINALOA

José Guadalupe Camacho Rivera

Telésforo Rodríguez Covarrubias

Carmen Yanira Angulo Miranda

Armando Valdez Acosta

Humberto Alejandro Villasana

Falcón

Kitzia Y. Mariscal I.

SECRETARIADO EJECUTIVO DE SEGURIDAD PÚBLICA

José Alfredo Gutiérrez Rivera

Joshua Urías Inzunza

SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA (DIF)

Alma Sofía Carlón de López

Jorge Miller Benítez

Alba Luz Martínez León

Ernesto Armenta R.

Catalina Margarita Gutiérrez

Guémez

Iván Aguilar Enríquez

Roberto Iván Avendaño Gálvez

Lizbeth Osuna

INSTITUTO SINALOENSE DE LAS MUJERES (ISMUJERES)

Elizabeth Ávila Carrancio

Guadalupe Hernández Guerrero

Francia Fuentes Nieblas

Jane Paola Rivera Lajja

Yuridia Lovely Román González

Laura Elena Madrid de los Ríos

CONSEJO SINALOENSE CONTRA LAS ADICCIONES (COSICA)

Miguel Ángel Guerra Liera

Gerardo Martínez

Norma Alicia Aguayo Pacheco

Jesús Salvador Pimentel

**COMISIÓN ESTATAL DE LOS
DERECHOS HUMANOS DE SINALOA
(CEDH)**

Juan José Ríos Estavillo
Miguel Ángel Valdez Zazueta
Jenny Bernal A.

**COMISIÓN DE ARBITRAJE
MÉDICO DEL ESTADO DE SINALOA
(CAMMES)**

J. Arturo Ochoa Trujillo

**INSTITUTO DE LA VIVIENDA
DEL ESTADO DE SINALOA (INVIES)**

Jaime Romero Barrera

**PROCURADURÍA GENERAL DE
JUSTICIA DEL ESTADO DE SINALOA
(PGJE)**

Jesús Antonio Aguilar Ñínguez

**PROCURADURÍA FEDERAL DE
PROTECCIÓN AL AMBIENTE
(PROFEPA)**

Francisco Picos Morales
Jesús Tesemi Avendaño Guerrero

**INSTITUTO ESTATAL DE
PROTECCIÓN CIVIL**

Jorge Luis Urtusuástegui Ibarra

**INSTITUTO SINALOENSE DE
DESARROLLO SOCIAL**

Carlos Alejandro Martínez Sáinz
Alfonso Eduardo Milton Rojo Rojo

CRUZ ROJA SINALOA

Andrea Fernanda Ángel Cárdenas
Valentín Castillo Estrada

**INSTITUTO MUNICIPAL DE
PLANEACIÓN URBANA DE CULIACÁN
(IMPLAN CLN)**

Jorge Avilés Senes

**INSTITUTO MUNICIPAL DE
PLANEACIÓN URBANA DE MAZATLÁN
(IMPLAN MZT)**

Israel Victoria Lona

**INSTITUTO MUNICIPAL DE
PLANEACIÓN URBANA DE AHOME
(IMPLAN AHOME)**

José Antonio Rojas Manjarrez

**COMISIÓN NACIONAL DEL AGUA
(CONAGUA)**

Saúl Sánchez Félix

**COMISIÓN ESTATAL DE AGUA
POTABLE Y ALCANTARILLADO
DE SINALOA (CEAPAS)**

Vicente Urías López

**JUNTA MUNICIPAL DE AGUA
POTABLE Y ALCANTARILLADO
DE CULIACÁN (JAPAC)**

Santana Félix Armenta

**JUNTA MUNICIPAL DE AGUA
POTABLE Y ALCANTARILLADO
DE GUASAVE (JUMAPAG)**

Emilio Menchaca Camacho
Sobeida Leal Arce
Francisco Samaniego Gutiérrez

**JUNTA DE AGUA POTABLE Y
ALCANTARILLADO DE MAZATLÁN
(JUMAPAM)**

Jesús Humberto Ruiz Castro
Néstor Daniel Camacho Millán

**INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO (ISSSTE)**

Marco Julio Carlón
Germán Contreras García
Faustino Guerrero R.
Miguel Camacho Zamudio
Carlos López Portillo Núñez
Efrén Encina Torres
Jesús Manuel Santiago Osuna
Juan José Villalobos Rodelo
Marcial Silva Gómez
Martín Gaxiola Salazar
Sergio Miguel Acosta González
Ana Amelia González Peña
Sara Carmina Armita Meneses
Julio César Carlón Acosta
María Elena Zazueta Zaragoza
Rosa María Lorenzana Leal
Ana Amelia González Peña

José Roberto Milán Guerrero
Eduardo Peñuelas O.
Gerardo Alvarado Villa

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO
SOCIAL (IMSS)**

José Adalberto Castro Castro
Cecilio Oest Dávila
María Guadalupe Carlón Avilés
Natividad S. Medina Carrillo
Daniel Jacobo Yamada
Paula Flores Flores
Jaime Montoya Cárdenas
Jesús Ramón Acosta Amador
Jesús Ricardo Bustamante Silvas
Manuel Antonio Padilla Lora
Manuel de Jesús Vargas Robles
Martín Ahumada Quintero
Natividad Salomón Medina Carrillo
Sergio Castro Angulo
Sergio Oswaldo Pacheco Calderón
Blanca Miguelina Rendón González
Orietta del Carmen Ríos Román
Humberto Rice García
José Leoncio Montaña Ruiz
Guillermo Hernández Llamas
Jesús Rodríguez López
Aída Araceli Félix
Norma Landeros
Guillermo Aispuro Landey

HOSPITAL GENERAL DE CULIACÁN

Raúl Borrego Gaxiola
Jesús Cuauhtémoc Orozco Carvajal
Raquel Bañuelos Álvarez

Carlos M. Beltrán Gastélum
Alberto Baños Velazco

**HOSPITAL PEDIÁTRICO DE SINALOA
(HPS)**

Carlos Alberto García Bueno
Eduardo Llausás Magaña
Giordano Pérez Gaxiola
Álvaro Xicoténcatl Espinosa
Angulo
Eva Zúñiga Haro
Norma L Sánchez Pérez
Iván Rafael Mendoza Zúñiga
María Isabel Acosta Ríos
José Antonio Quibrera Matienzo

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO

José María Cuén Gámez
José María Conde Gámez

HOSPITAL CIVIL DE CULIACÁN (HCC)

Adolfo Entzana Galindo
Itzel Cristina Estrella Robles
Carlos López Ortega
Mauricio I. Soriano Benítez
Gisela del Carmen Domínguez Ruiz
Jesús Eusebio Terán Soto
Martha Alicia Torres Reyes
Ruth María Paredes Bazúa
Sasha Iveth Olivas Alvarado
Sandra Castro Graciano

HOSPITAL ÁNGELES

Manuel Odín de los Ríos Ibarra
Miguel Humberto García Inda Villa

Gildardo Castro Ramírez
Ramón Castelo
Gema Yadira Burgueño Amador

HOSPITAL DE LA MUJER

Andrés Vela Damken

HOSPITAL GENERAL DE GUASAVE

Guadalupe Ariadne Vega Velarde

HOSPITAL GENERAL DE LOS MOCHIS

Jesús Abdón Grande Rivera

CENTRO ONCOLÓGICO DE SINALOA

Lorben López Rodríguez

HOSPITAL GENERAL DE MAZATLÁN

Saúl Santana Quintana

HOSPITAL FÁTIMA

José Sebastián Gil Hernández

HOSPITAL SHARP

José Manuel Kuroda San

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE SINALOA (UAS)**

Gerardo López Cervantes
Bartolo López Quintero
Juan Alfredo Contreras Gutierrez
Jesús Leobardo Garibay
Yolanda López López
Juan José Martínez Hernández
Mario Nieves Soto
Sylvia Paz Díaz Camacho

Marcela de J. Vergara
Arturo Monroy
Janin Camacho Beltrán
Adela Martínez Aceves
Luis Guzmán
Karely Rubí Rochín Navarro
Stephania Berrelleza Guerrero
Daniela Lugo
Ángel Hernández
Rigoberto Cabanillas
Héctor Julio Polanco Quintero
Atziry Niebla
Yaritza Nares
Sandra Salazar
Dagoberto Vergara Arroyo
Jesús Alonso Chávez Sandoval
Emma Giselle Jiménez Castro
Vianney Lafarga Gortarez
Juan Ramón Cruz Zazueta
Ovatsug Ramos Sánchez
Vicente Adrián Canizález Román
Paula Flores Flores
Enrique Luna Beltrán
Mayra Lizet Vidales Quintero
Luis Miguel Monrroy
Tania B. Nieblas Aguilar
Graciela Hernández

**UNIVERSIDAD DE OCCIDENTE
(UDEO)**

Ezequiel Avilés Ochoa
María del Carmen Martínez
Valenzuela
Sofía Barraza Valenzuela
Juan Benito Zambada R.

**CENTRO DE INVESTIGACIÓN
EN ALIMENTACIÓN Y DESARROLLO,
A.C. (CIAD)**

Cristóbal Cháidez Quiroz
Josefina León Félix

**INSTITUTO POLITÉCNICO
NACIONAL**

Jorge Montiel Montoya
Jorge Elías González Calvillo
Magdalena Calvillo A.
José Luis Cárdenas
Leonardo López Meyer
Mauricio Castañeda Martínez
Pedro López Sánchez

**INSTITUTO TECNOLÓGICO
DE CULIACÁN (ITC)**

Jesús Alonso Miranda Osuna
Jesús Amado Ruiz López
José Abelardo Vizcarra Mascareño
Carlos Francisco López Piña
Jacobo Amézquita Antonio
Manuel Humberto Quiñónez
Ramírez
Carlos Iván Madueña Padilla
Hugo Alonso Andrade Landeros
Brenda Esmeralda Lemus López
Yanira Duarte Lugo
Eneida Marisol Castelo

**INSTITUTO TECNOLÓGICO
Y DE ESTUDIOS SUPERIORES DE
MONTERREY**

Yendi Denisse Gastélum López

**ESCUELA LIBRE DE DERECHO
DE SINALOA (ELDS)**

Octavio Ramón Acedo Quezada

**DONA VIDA. CONSEJO PROCULTURA
DE DONACIÓN DE ÓRGANOS, IAP**

Diana Isabel Barrales Sandoval

CAPACITANDO CON VALORES, IAP

Martha Ceceña de Beltrán

**FONDO ROTARIO DE ASISTENCIA
SOCIAL Y EDUCATIVA, IAP**

José Ramón Rojo Medina

**FÁBRICAS DE AGUA CENTRO
SINALOA, IAP**

Alejandro Cruz Hernández

ACCIONES CON CAUSA, IAP

Jorge Alonso Verdugo Rivera

**CASA VALENTINA PARA NIÑOS
CON CÁNCER, IAP**

Cruz Elizabeth López Rojo

**BANCO DE ALIMENTOS DE
CULIACÁN, IAP**

Annete Aispuro Sánchez
José Francisco López Castro
David Ernesto Careaga Angulo

CÁRITAS, IAP

Luis Gerardo Sánchez Meléndez

CONSEJO ESTATAL PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN SINALOA, IAP (CEPAVI)

Ana Alicia Ramírez Ochoa

FIBROSIS QUÍSTICA Y ENFERMEDADES RESPIRATORIAS DEGENERATIVAS DEL PACÍFICO, IAP

Citlali Yubel Arce Fajardo

INSTITUCIÓN PROMOTORA DE LA INFANCIA Y LA JUVENTUD, IAP

Miguel Ángel González Espino

OPERACIÓN AMBIENTE, IAP

María Delia Barraza Sámano

PRO-MUJER CON CÁNCER DE SINALOA, IAP

Eduardo de la Vega Echeverría

ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS

Agustín Torres Sáinz

Santos Torres Martínez

Epifanio Mamahua Bárcenas

CÁMARA MEXICANA DE LA INDUSTRIA DE LA CONSTRUCCIÓN (CMIC)

Miguel Ángel Corrales Villaseñor

Alfredo Leal Nieblas

CÁMARA NACIONAL DE LA INDUSTRIA DE LA TRANSFORMACIÓN (CANACINTRA)

José Luis Vela López

ASOCIACIÓN DE MUJERES EMPRESARIAS MEXICANAS-CULIACÁN (AMMJE)

Edna Fong Payán

CÁMARA NACIONAL DE LA INDUSTRIA DE RESTAURANTES Y ALIMENTOS CONDIMENTADOS (CANIRAC)

Luis Mario Valdez Zamudio

ASOCIACIÓN DE AGRICULTORES DEL RIO CULIACÁN (AARC)

Luz María Chombo Tovar

CENTRO EMPRESARIAL DE SINALOA

Mariano Gómez Aguirre

EJECUTIVOS DE VENTA Y MERCADOTECNIA DE CULIACÁN (EVMC)

Miguel Ángel Manjarrez Beltrán

Jorge P. Navarro B.

Manuel Enrique Meza Álvarez

H. AYUNTAMIENTO DE CULIACÁN

Jesús Madueña Molina

José Pastor Castañeda Verduzco

Ramiro Cruz León

Roberto Moreno León

Carlos Morín del Rincón

José Manuel Salcido

Sergio Riestra Jiménez

Manuel González Bon

Jesús Manuel Aragón Chávez

Carolina Guadalupe Valenzuela
Ramírez

Carlos Héctor Ochoa Polanco

Martín Antonio Arámburo Campos

Imelda Velázquez Bueno

M. Aurora Valenzuela Palazuelos

José Luis Reséndez Arenas

Francisco Javier Martínez Ramírez

CORPORATIVO FOPA-JAZTEA

Paul Suelmann

VILAMED, FARMACIA ESPECIALIZADA

Gabriela Torres Navarrete

ACEROS DEL PACÍFICO, S.A. DE C.V.

Carlos Balderrama Verdugo

INVESTIGACIÓN, CIENCIA Y TECNOLOGÍA INTERNACIONAL, S.A. DE C.V.

Juan Ramón Ibarra

CONSEJO PARA EL DESARROLLO ECONÓMICO DE SINALOA (CODESIN)

María Fernanda Domínguez Gámez

Martín Reyna Arámburo

Aiko Mitzue Tanamachi Ibarra

Martha Patricia Servín Morales

Magdalena de Jesús Sotelo Uribe



Plan Integral de Salud del Estado de Sinaloa
se terminó de imprimir en
Manjarrez Impresores, S. A. de C. V.,
José Aguilar Barraza 140 Poniente, Jorge Almada,
Culiacán, 80200 (Sinaloa),
en el mes de noviembre de 2014.
Su tiraje consta de 500 ejemplares.
El arte editorial se realizó en la ciudad de Culiacán (Sinaloa),
y estuvo a cargo de Andraval Ediciones, S. A. de C. V.

