

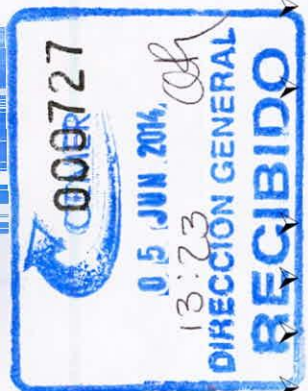
Cuernavaca, Morelos a 04 de junio del 2014.

ASUNTO: Solicito la exención para elaborar el Manifiesto de Impacto Regulatorio.

C. SALVADOR SANDOVAL PALAZUELOS
DIRECTOR GENERAL DE LA COMISIÓN
ESTATAL DE MEJORA REGULATORIA
P R E S E N T E

Conforme a las funciones que tengo conferidas como Responsable Oficial de la Mejora Regulatoria de la Secretaría de Hacienda, y con fundamento en lo dispuesto por el artículo 51 de la Ley de Mejora Regulatoria para el Estado de Morelos, **solicito tenga a bien declarar la exención de la obligación de elaborar el Manifiesto de Impacto Regulatorio de los programas sectoriales siguientes:**



- PROGRAMA SECTORIAL DE CULTURA
- PROGRAMA SECTORIAL DE DESARROLLO AGROPECUARIO Y ACUÍCOLA DE MORELOS (PSDAAMOR) 2013-2018
- PROGRAMA SECTORIAL DE INNOVACIÓN, CIENCIA Y TECNOLOGÍA DEL ESTADO DE MORELOS 2013-2018
- PROGRAMA ESTATAL DE INNOVACIÓN EN LA ECONOMÍA
- PROGRAMA SECTORIAL DE EDUCACIÓN
- PROGRAMA DE PROCURACIÓN DE JUSTICIA DEL ESTADO DE MORELOS
- PROGRAMA SECTORIAL DE SALUD
- PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y RENDICIÓN DE CUENTAS
- PROGRAMA ESTATAL DE TURISMO DE MORELOS 2013-2018
- PROGRAMA DE ESTABILIDAD LABORAL, FOMENTO AL EMPLEO Y A LA PRODUCTIVIDAD 2013 - 2018



Lo anterior, considerando que los programas sectoriales antes citados, no implican ningún costo de cumplimiento para los particulares, en este sentido adjunto en formato magnético los DIEZ PROGRAMAS SECTORIALES, anteriormente relacionados.

Sin otro particular, le saludo cordialmente.

ATENTAMENTE



C. JORGE SÁNCHEZ RODRÍGUEZ
SUBSECRETARIO DE INGRESOS,
EN SU CARÁCTER DE RESPONSABLE OFICIAL DE LA
MEJORA REGULATORIA DE LA SECRETARÍA DE HACIENDA

JSR/JLBH

CON COPIA PARA:

Lic. Adriana Flores Garza, Secretaria de Hacienda.- Para su conocimiento.
Lic. Paola Gadsden de la Peza, Subsecretaria de Planeación.- Para su conocimiento.
Lic. Juan Luis Bañuls Hijuelos, Jefe de la Unidad de Gestión Tributaria.- Mismo Fin.



MORELOS

PODER EJECUTIVO

Programa Sectorial de Salud 2013 - 2018

*“La Salud como un derecho
humano”*



NUEVA VISIÓN

Directorio

Secretaría de Salud	Organismos Públicos Sectorizados	Instituciones Federales
Dra. Vesta L. Richardson López Collada Secretaria de Salud	Sra. Elena Cepeda de León Presidenta del Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia	Lic. Manuel Abe Almada Delegado Estatal del Instituto Mexicano del Seguro Social
Dr. Juan Manuel Calvo Ríos Subsecretario de Salud	Dra. María Eliza Zamudio Abrego Directora General del Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia	Ing. Guillermo del Valle Reyes Delegado Estatal del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado
Dr. Jorge Montes Alvarado Director General de Coordinación y Supervisión	Dra. Ángela Patricia Mora González Directora General de Servicios de Salud de Morelos	
	Lic. José Javier Becerra Chávez Hita Secretario Ejecutivo del Régimen Estatal de Protección Social en Salud	
	Dr. José Alejandro Ramos Rodríguez Director General del Hospital del Niño Morelense	
	Dr. Arturo Edmundo Zúñiga Hernández Comisionado Estatal de Arbitraje Médico	

Aprobación del Programa Sectorial de Salud 2013 – 2018

Secretaría de Salud

**Dra. Vesta L. Richardson
López Collada**
Secretaria de Salud

**Dr. Juan Manuel Calvo
Ríos**
Subsecretario de Salud

Organismos Públicos Sectorizados

**Sra. Elena Cepeda de
León**
Presidenta del Sistema
Estatad para el Desarrollo
Integral de la Familia

**Dra. María Eliza Zamudio
Abrego**
Directora General del
Sistema Estatal DIF
Morelos

**Dra. Ángela Patricia Mora
González**
Directora General de
Servicios de Salud de
Morelos

**Lic. José Javier Becerra
Chávez Hita**
Secretario Ejecutivo del
Régimen Estatal de
Protección Social en Salud

**Dr. José Alejandro
Ramos Rodríguez**
Director General del
Hospital del Niño
Morelense

**Dr. Arturo Edmundo
Zúñiga Hernández**
Comisionado Estatal de
Arbitraje Médico

Instituciones Federales

Lic. Manuel Abe Almada
Delegado Estatal del
Instituto Mexicano del
Seguro Social

**Ing. Guillermo del Valle
Reyes**
Delegado Estatal del
Instituto de Seguridad y
Servicios Sociales para
los Trabajadores del
Estado

Programa Sectorial de Salud

2013 - 2018

“La Salud como un derecho humano”

Contenido temático	Página
Mensaje	
1. Presentación	8
2. Participación social en la formulación del Programa Sectorial de Salud 2013-2018	13
3. Diagnóstico y principales retos	15
4. Objetivos y su importancia para el desarrollo del Estado de Morelos	85
5. Alineación de objetivos con el Plan Estatal de Desarrollo 2013-2018	87
6. Indicadores y metas	92
7. Estrategias y líneas de acción	106
8. Mecanismos de seguimiento y evaluación	121
9. Agradecimientos	122
10. Anexos	124

Mensaje

Siguiendo los principios de equidad en salud y salud para todos, es necesario enfocar nuestros esfuerzos a priorizar la medicina preventiva y dignificar la medicina curativa. Tomando en consideración la importancia que implica la educación en salud, ésta debe dirigirse a todos los grupos de edad y en todos los niveles socioeconómicos; ya que todos debemos reaprender como protegernos, como cuidar nuestra propia salud y cuáles son los hábitos de vida a promover desde temprana edad.

Es imperativo garantizar el acceso universal a los servicios de salud y que éstos sean organizados, eficientes de calidad. Todos los morelenses debemos estar cubiertos por alguna Institución del Sector Salud que promueva la prevención y que nos atienda en caso de enfermedad, ya sea el IMSS, el ISSSTE, la SEDENA o el Seguro Popular.

Por lo que, se requiere asegurar el que las unidades médicas cuenten con la infraestructura y el equipamiento de vanguardia, para que el personal médico y demás trabajadores de la salud ofrezcan servicios de calidad y, que ellos mismos puedan laborar en un ambiente digno que los gratifique y estimule.

Se debe dar prioridad a los programas de salud que se dirigen a proteger a la población más vulnerable como lo son las mujeres embarazadas y en edad reproductiva, recién nacidos, menores de 5 años, ancianos y grupos indígenas, con la finalidad de asegurar su bienestar.

El seguimiento a lo anterior, se realizará mediante un registro informático a fin de facilitar su identificación, ubicación, esquemas de vacunación, estado nutricional, aseguramiento de asistencia a consultas preventivas y recepción de medicamentos, atención médica en tiempo y visita domiciliaria en caso de alguna señal de alarma; así como el acercamiento y beneficio de los programas sociales que necesiten.

El contar con un Sistema Estatal de Salud fortalecido, permitirá dar cumplimiento a la **misión** que nos hemos propuesto como una de las principales prioridades del Gobierno de la Nueva Visión, y que es la de resolver de forma integral los problemas de salud, coordinando los diversos esfuerzos con las Instituciones que conforman el sector, en la oferta de servicios de promoción, prevención, protección, restauración y rehabilitación de la salud, para coadyuvar en forma proactiva en el mejoramiento de la vida social y económica de la población morelense, preferentemente de aquella que no cuenta con esquemas de seguridad social.

En este contexto, nuestro compromiso es trabajar duro y sin tregua, con capacidad, honradez y eficiencia, con calidad y con corazón.

Dr. Vesta L. Richardson López Collada
Secretaria de Salud

1. Presentación

El Programa Sectorial de Salud 2013-2018 se formula como un brazo operativo del Plan Estatal de Desarrollo 2013-2018, documento rector del Gobierno de la Nueva Visión del Estado de Morelos, guardando debida congruencia con los objetivos y estrategias establecidas en el mismo.

Es resultado del trabajo conjunto de las Instituciones que conforman el sector salud en el Estado, encabezadas por la Secretaría de Salud y Organismos Públicos Sectorizados: Servicios de Salud de Morelos, Hospital del Niño y el Adolescente Morelense, el Régimen Estatal de Protección Social en Salud, Comisión Estatal de Arbitraje Médico y Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia Morelos; responsables de la Salud Integral de la Población Morelense con prioridad a quienes no cuentan con seguridad social y la participación de las representaciones estatales del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

En este documento se plasman las principales demandas de la ciudadanía, así como la situación actual que prevalece en materia de salud en Morelos. Definiéndose para tal fin los objetivos, estrategias y líneas de acción que conllevan a su atención; contribuyendo al segundo Eje rector “Morelos con Inversión Social para la construcción de Ciudadanía”.

En este contexto, se establecen las acciones a realizar durante el periodo 2013-2018, fortaleciendo el Sistema Estatal de Salud, mejorando con ello su estado de salud; dando prioridad a la prevención sin descuidar su restauración, mejorando la infraestructura y el equipamiento de las unidades médicas, así como priorizar y fortalecer el recurso humano, a fin de mejorar la calidad y seguridad de la atención de salud que se brindan a la **ciudadanía**.

Se contempla también el impulso a la participación de la **población**, así como el posicionamiento de la Secretaría de Salud como instancia rectora, para el diseño e implementación de las políticas públicas en la materia, con el objetivo de fortalecer los servicios de atención integral a la salud, enfocando los aspectos preventivos, de asistencia médica y de rehabilitación.

Marco Jurídico

Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Morelos

ARTÍCULO 70, fracción XXVI. Es facultad del Gobernador adoptar todas las medidas necesarias para la buena marcha de la administración estatal. Así mismo, conducir la planeación estatal del desarrollo económico y social del Estado y realizar las acciones conducentes a la formulación, instrumentación, ejecución, control y evaluación de los planes y programas de desarrollo.

ARTÍCULO 119, fracción III. Los planes y los programas de la Administración Pública, tendrán su origen en un sistema de planeación democrática del desarrollo estatal que, mediante la consulta popular a los diferentes sectores que integran la sociedad civil, recogerá las auténticas aspiraciones y demandas populares que contribuyan a realizar el proyecto social contenido en esta Constitución. La Ley facultará al Ejecutivo para establecer los procedimientos de participación y consulta popular y los criterios para la formulación, instrumentación, control y evaluación del plan y los programas de desarrollo; así mismo, determinará los órganos responsables del proceso de planeación y las bases para que el Gobernador del Estado celebre convenios de coordinación con el Gobierno Federal y otras entidades federativas, e induzca y concierte con los particulares las acciones tendientes a su elaboración y control.

Ley Estatal de Planeación

ARTÍCULO 4. Es responsabilidad del Poder Ejecutivo del Estado conducir la planeación del desarrollo de la Entidad con la participación democrática de los grupos sociales, de conformidad con lo dispuesto en la presente Ley.

ARTÍCULO 14. La planeación estatal del desarrollo se llevará a cabo por las dependencias y entidades de la Administración Pública Estatal y los Municipios, en los términos de esta Ley, mediante el Sistema Estatal de Planeación Democrática, en congruencia con el Sistema Nacional de Planeación Democrática.

Las dependencias y entidades de la Administración Pública Estatal y los Municipios, formarán parte del Sistema a través de las unidades administrativas que tengan asignadas las funciones de planeación dentro de las propias dependencias.

ARTÍCULO 16, fracción VII. Asegurar que los planes y programas que se generan en el Sistema Estatal de Planeación Democrática, mantengan congruencia en su elaboración y contenido, proponiendo las metodologías y lineamientos que deberán seguirse.

ARTÍCULO 17, fracciones III, IV y V. A las Dependencias de la Administración Pública Estatal, en particular, corresponde:

- III. Elaborar Programas sectoriales, tomando en cuenta las propuestas que presenten las entidades del sector y **los Ayuntamientos**, así como las opiniones de los grupos sociales interesados;
- IV. Asegurar la congruencia de los Programas Sectoriales con el Plan Estatal, con los Planes Municipales y con los Programas que de ellos se deriven;
- V. Elaborar los programas operativos anuales para la ejecución de los programas sectoriales correspondientes;

ARTÍCULO 18, fracciones I, II y V. Las entidades paraestatales deberán:

- I. Participar en la elaboración de los programas sectoriales, mediante la presentación de las propuestas que procedan en relación con sus funciones y objetivos, a la Secretaría del ramo a que pertenezcan;
- II. Elaborar su respectivo programa institucional, atendiendo a las previsiones contenidas en el Programa Sectorial correspondiente;
- V. Asegurar la congruencia del Programa Institucional con el Programa Sectorial respectivo.

El Capítulo Cuarto de la Ley Estatal de Planeación denominado Planes y Programas que comprende del Artículo 23 al 46.

Ley Estatal de Salud

ARTÍCULO 1. Tiene por objeto la promoción y la protección de la salud, el establecimiento de las bases y modalidades para el acceso de la población a los servicios de salud y asistencia social proporcionados por el Estado y los Municipios en materia de salubridad local, en los términos que dispone el Artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la Ley General de Salud.

ARTÍCULO 3. Inciso A, Fracción XIX. El desarrollo de programas de promoción, protección y atención de la salud y asistencia social, preferentemente en beneficio de grupos vulnerables.

ARTÍCULO 12. Fracción VIII. Definir los mecanismos de coordinación y colaboración en materia de planeación de los servicios de salud en el Estado, de conformidad con las aplicaciones de esta Ley y las que al respecto sean aplicables.

ARTÍCULO 14. Fracción II. Coordinar los programas de servicios de salud, de las dependencias y entidades de la administración pública estatal.

ARTÍCULO 18. El Gobierno del Estado, con la participación que corresponda al Comité de Planeación del Desarrollo Estatal, elaborará el Programa Estatal de Salud, tomando en cuenta las prioridades y los servicios del Sistema Estatal de Salud.

ARTÍCULO 24. Inciso A, Fracción IV. Formular y desarrollar programas locales de salud en el marco del Sistema Estatal y Nacional de Salud y de acuerdo con los principios y objetivos de la planeación nacional y estatal.

Plan Estatal de Desarrollo 2013-2018

En la página 88 en el capítulo: Programas Sectoriales, Institucionales, Regionales y/o Especiales, describe la clasificación de Programas de Desarrollo donde se indican los programas a desarrollar; no es inflexible como para no permitir que se pueda formular un programa que no haya sido considerado desde el inicio de la administración, **sino todo lo contrario**, de tal manera que tomando en cuenta la evolución de la vida económica, social, política y cultural, existe la total apertura para poder enfrentar la diversa problemática que se presente en **algún** sector de la administración pública, en **alguna** institución, en **algún** espacio territorial o ventaja comparativa o estratégica para poder organizar las tareas correspondientes en un programa de desarrollo.

2. Participación social en la formulación del Programa Sectorial de Salud 2013-2018

El pasado mes de diciembre del 2012, se realizaron cinco “FOROS DE CONSULTA CIUDADANA DE SALUD”, cuyos resultados obtenidos, que a consideración de la ciudadanía y de los asistentes a estos Foros, son de suma importancia para ser integrados tanto al Plan Estatal de Desarrollo como al Programa Sectorial de Salud 2013. En estos foros se dio respuesta a solicitudes, peticiones y dudas de los participantes por parte de los Servicios de Salud de Morelos (nivel estatal y jurisdicciones sanitarias), del Régimen Estatal de Protección Social en Salud (Seguro Popular) y de la Secretaría de Salud.

Los foros se dividieron en 5 mesas de trabajo con los temas de: Atención a la Salud de la Persona, Atención a la Salud de la Comunidad, Infraestructura, Riesgos Sanitarios y Seguro Popular

Se obtuvieron 376 acciones de mejora, las cuales se clasificaron de acuerdo a las mesas de trabajo que a continuación se muestran:

MESAS DE TRABAJO	Jurisdicción Sanitaria No. 1		Jurisdicción Sanitaria No. 2	Jurisdicción Sanitaria No. 3		Total
	Cuernavaca	Tetecala	Zacatepec	Jantetelco	Cuautla	
Atención a la Persona	20	15	54	23	19	131
Atención a la Comunidad	8	8	47	7	1	71
Infraestructura	10	11	28	14	10	73
Riesgos Sanitarios	8	5	31	2	1	47
Seguro Popular	7	3	26	1	0	37
Otros	1	1	15	0	0	17
Total	54	43	201	47	31	376

Fuente: Secretaría de Salud. Subsecretaría de Salud. Dirección General de Coordinación y Supervisión.

Las solicitudes más apremiantes para las comunidades del Estado son:

- Falta de Medicamentos en los Centros de Salud
- Incremento de médicos en los Centros de Salud
- Mejorar el trato y la atención hacia el paciente por parte del personal que labora en las unidades médicas
- Aumentar en número de fichas otorgadas para la Atención Médicas en los Centros de salud
- Campañas de descacharrización, fumigación y abatización contra el mosquito del dengue
- Realizar campañas de Salud Bucal para los menores de edad y jóvenes
- Ampliación de Centros de Salud ya que los espacios son insuficientes para atender a las personas
- Construcción de Nuevos Centros de Salud
- Construcción de techumbres en áreas donde se dan pláticas de Oportunidades
- Reparación y mantenimiento de Centros de Salud
- Vigilancia en la cloración del agua

- Vigilancia en la matanza clandestina de animales para consumo humano
- Capacitación a los vendedores de alimentos en el manejo y elaboración de los mismos
- Ampliación en el cuadro de medicamentos que se otorga a los afiliados al Seguro Popular

3. Diagnóstico y principales retos del sector

3.1. Aspectos demográficos

El Estado de Morelos contaba para el año del 2010 con una población de 1'777,227 habitantes, más de cuatro veces a la del año 1960 en que la población era de 386,264 habitantes, que representó un crecimiento anual promedio de 3.4%, sin embargo, éste ha ido descendiendo ya que en la década de los años del 60 al 70 fue del 5.0%, que se redujo al 4.2% en la siguiente del 70 al 80 y ya para la última del año 2000 al 2010 llegó a sólo el 1.3% de crecimiento anual.

En Morelos, al inicio de esos períodos el crecimiento de la población se explica, fundamentalmente, por la diferencia en la disminución de las tasas de natalidad y mortalidad y los movimientos migratorios (la inmigración superaba fuertemente a la emigración) de la población morelense. Sin embargo, para finales del siglo anterior y en este, aunque los movimientos migratorios nacionales (entre entidades federativas) siguen siendo positivos para el Estado la emigración internacional se incrementó sustancialmente, la tasa de natalidad siguió descendiendo y la de mortalidad tiene un ascenso ligero en esta última década.

Estos flujos migratorios, para el año 2010, ubican al Estado en el vigésimo segundo lugar en emigración y quinceavo lugar de inmigración nacional, y a nivel de emigración internacional se ubica en el quinto lugar, sólo superado por los estados de Zacatecas, Guanajuato, Michoacán y Durango con una salida de 30,707 morelenses para ese año.

La natalidad pasó de 37.5 nacidos vivos por mil habitantes en 1960 a 18.0 en 2010, en tanto que la tasa de mortalidad general en el mismo periodo pasó de 4.4 muertos por mil habitantes a 5.8.

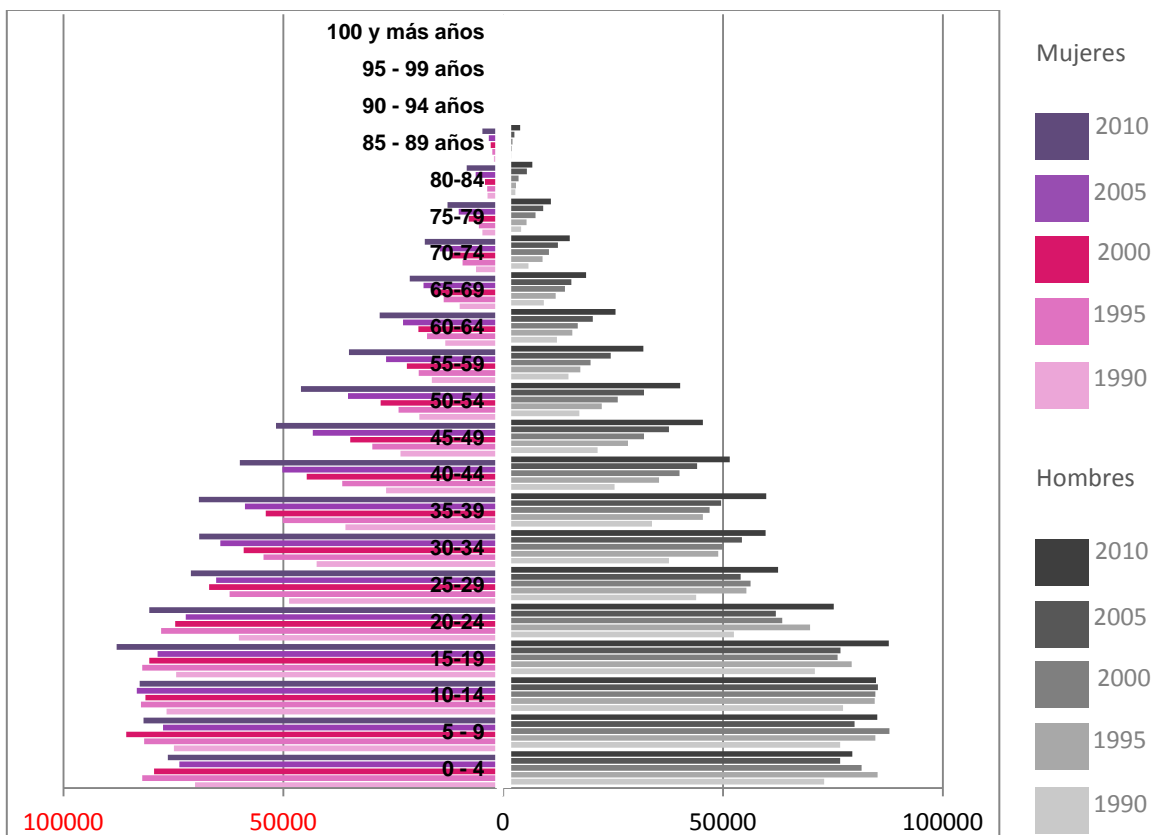
Este crecimiento poblacional llevó a la entidad a ocupar en ese año del 2010 el vigésimo tercer lugar por número de población (1.6% del total de la población mexicana) y por territorio alcanzó el penúltimo lugar (30) abajo del Estado de Tlaxcala, con lo que se tenía una densidad poblacional de 364 hab/Km² que lo ubica en el tercer lugar a nivel nacional, superado por el D.F. y el Estado de México. El 84% de la población vive en zonas urbanas en tanto que en el medio rural solamente el 16%.

La esperanza de vida en el Estado alcanza ya los 73.9 años en los hombres y 78.9 en las mujeres. Así mismo, la tasa global de fecundidad en el estado se ha mantenido en 2 hijos por mujer desde el 2005.

Con lo anterior la estructura poblacional sufre un proceso de envejecimiento al pasar de un promedio de edad de 23 años al iniciar el siglo a 27 años en el 2010, la base de la pirámide poblacional en las últimas dos décadas se ha reducido en forma relevante, al disminuir la tasa de natalidad, la de la mortalidad infantil y a que los emigrantes internacionales son gente joven, por lo que acusa un

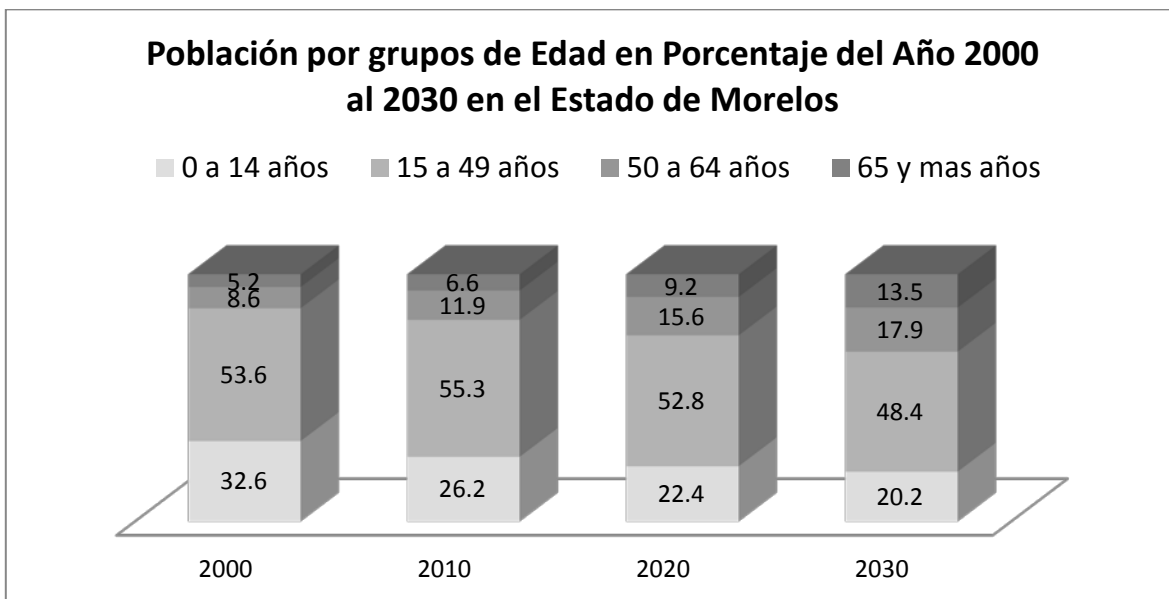
adelgazamiento en su base y se engrosa en su parte media y superior lo cual trae serias implicaciones ya que a medida que el número de adultos en edad productiva y postproductiva **aumente**, se **incrementarán** las enfermedades crónico-degenerativas como son la diabetes mellitus, las enfermedades cardiovasculares, la hipertensión arterial y el cáncer; sin olvidar la presencia de los accidentes y las enfermedades infecciosas emergentes.

Pirámide de Población del Estado de Morelos 1990, 1995, 2000, 2005 y 2010



Fuente: Censos y Conteos de Población y Vivienda. INEGI

Estructura poblacional que se moviliza en forma dinámica, que como se observa en el siguiente cuadro llevará a que los menores de quince años pasen al 20.2% en el año 2030 del 32.6% que representaba en el año 2000, por el contrario la población en edad postproductiva mayor a los 65 años de edad pasará del 5.2% en el año 2000 al 13.5% en el año 2030, que si la sumamos con los mayores de 50 a 64 años en ese 2030 superará en más de 10 puntos a los menores de 15 años de edad.



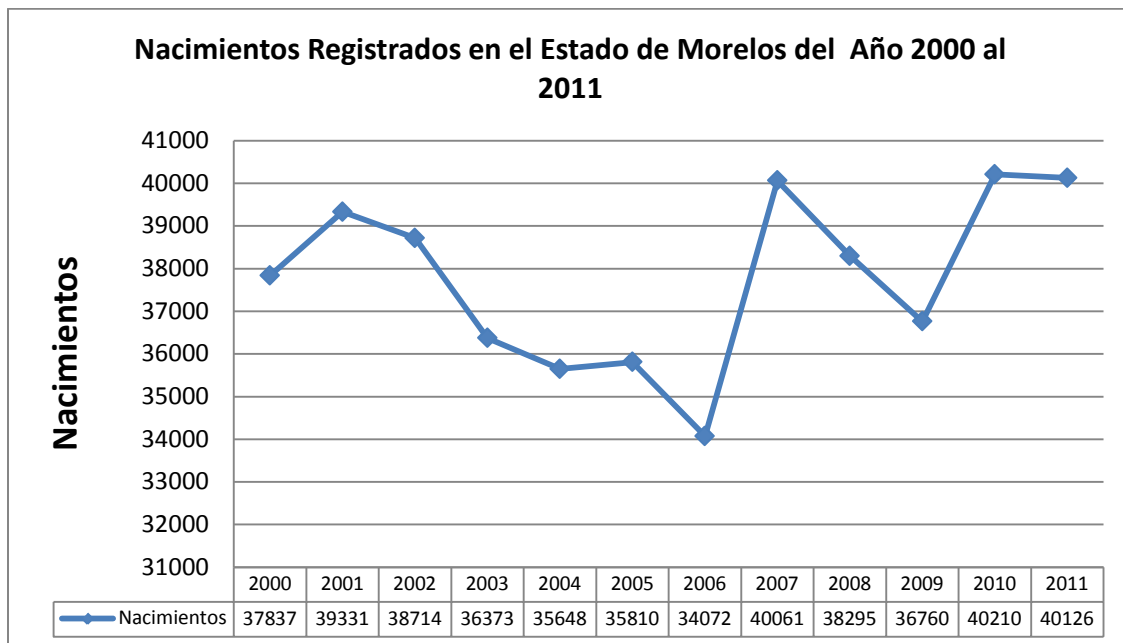
Fuente: CONAPO: Proyección de la Población al año 2030

Además del panorama epidemiológico presentado, este cambio demográfico lleva a la sociedad al encuentro de dos problemas en la esfera de la salud mental como son la depresión y las demencias.

Todo lo anterior implica un aumento y redefinición en la inversión de recursos sociales, económicos y humanos, así como en la planeación de programas y redefinición de prioridades en el área de la salud pública. El deterioro cognitivo presenta una alta prevalencia en el anciano y condiciona situaciones de grave discapacidad hasta llegar al mal de Alzheimer. Proyecciones mundiales estiman

que los casos de demencia aumentarán en países en vías de desarrollo, se calcula que en el año 2000 había 18 millones de personas con demencia y se proyecta que para 2025 esta cifra aumente a 34 millones.

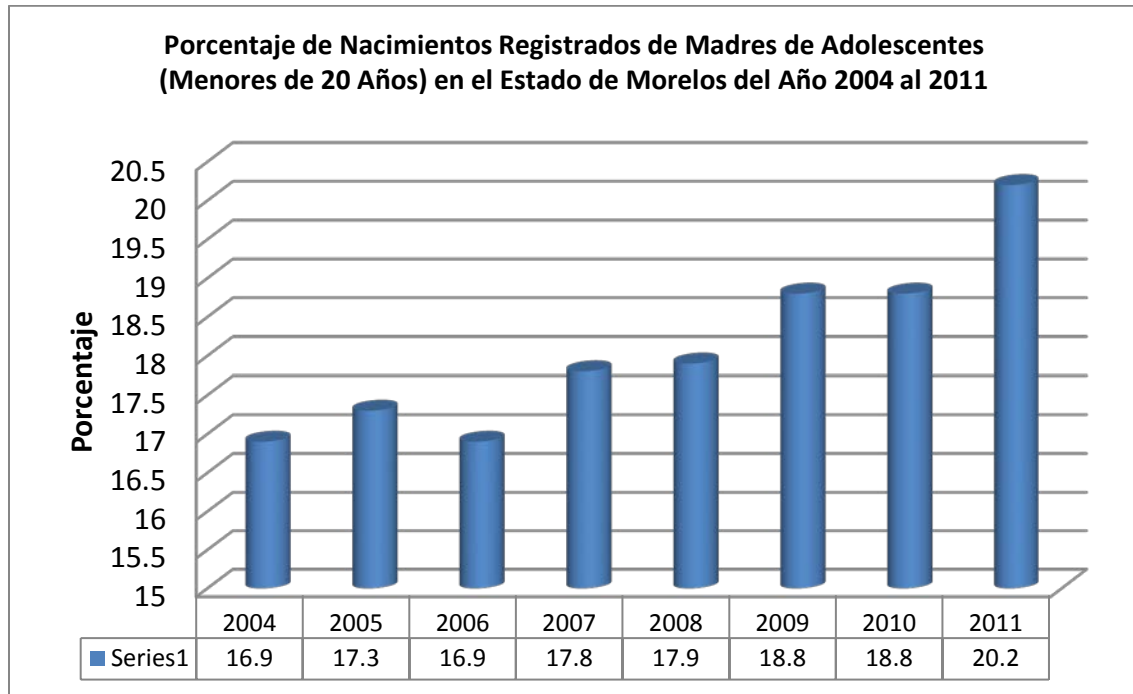
Sin embargo, esta transición demográfica en el que el descenso en el número de nacimientos venía a la baja a partir del año 2001, en los últimos cinco años (2007-2011) se ve impactada por un incremento en los nacimientos de acuerdo a los reportes del INEGI, como puede observarse en la siguiente gráfica:



Fuente: INEGI: Estadísticas de Natalidad, Mortalidad y Nupcialidad

Incremento que se observa fundamentalmente en la población adolescente, en la que se presentaba en el año 2004 el 16.9% del total de los embarazos que

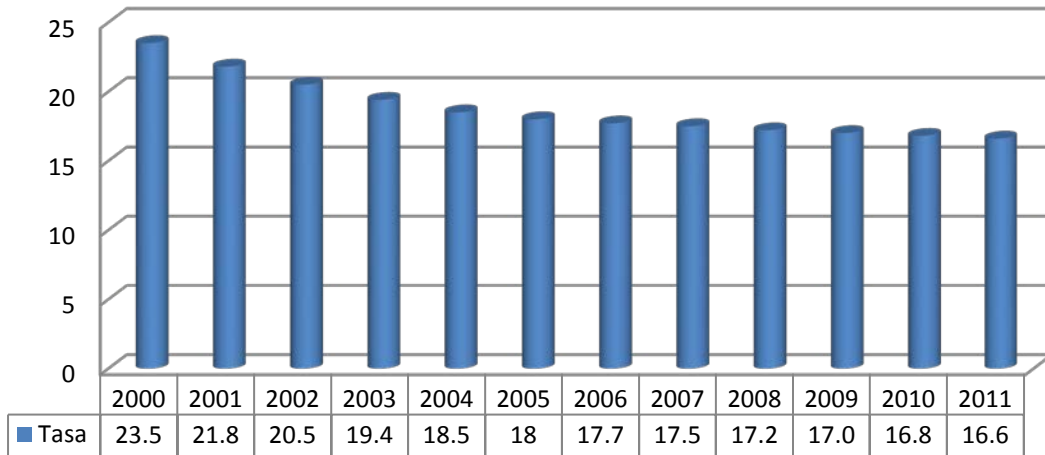
pasaron paulatinamente al 20.2% en el año 2011, identificándose como la causa principal la falta de educación sexual en escolares y adolescentes:



Fuente: INEGI: Estadísticas de Natalidad, Mortalidad y Nupcialidad

Sin embargo como se observa en el cuadro siguiente la tasa bruta de natalidad mantiene su descenso, aunque a un ritmo menor a partir del año 2006:

Evolución de la Tasa Bruta de natalidad en el Estado de Morelos del año 2000 al 2011



Fuente: CONAPO. INEGI. COLMEX

En cuanto a vivienda, en 2010, se contabilizaron 460,370 viviendas particulares de las cuales:



401,604 disponen de agua entubada dentro o fuera de la vivienda, pero en el mismo terreno, lo que representa el 87.2%



437,684 tienen drenaje, lo que equivale al 95.0%



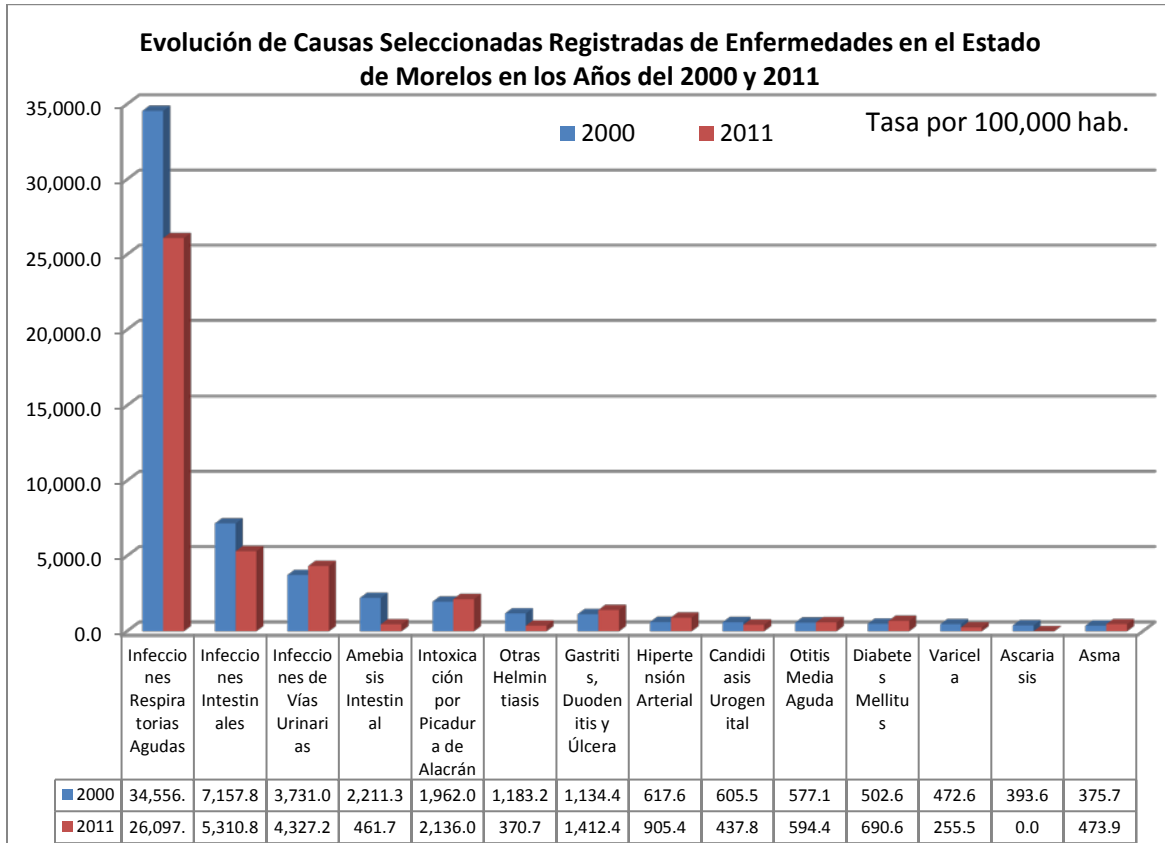
454,976 cuentan con energía eléctrica, esto es el 98.8%

3.2. Estado de salud

Como respuesta a los cambios en la estructura de la población Morelense se está atravesando por un proceso de transición epidemiológica donde las enfermedades no transmisibles y las lesiones tienen un impacto cada vez mayor en la morbilidad y mortalidad del Estado. Sin embargo, cabe señalar que también de forma muy particular las enfermedades infecciosas se colocan dentro de las primeras 10 causas de demanda de atención médica, representando el 77.7% del total de casos reportados en los servicios de consulta externa del primer nivel de atención; mientras que entre las primeras dos principales causas de mortalidad en niños menores de 1 año siguen siendo Ciertas Afecciones Originadas en el Período Perinatal y Malformaciones Congénitas, Deformidades y Anomalías Cromosómicas que representan el 80.3% de las defunciones del total de las causas para este grupo de edad.

3.2.1. Morbilidad

Como ya se mencionó las principales causas de demanda de la población morelense a diferencia de las de mortalidad se encuentran las enfermedades infecciosas, que aunque ya no tienen la letalidad de los últimos decenios del siglo anterior siguen ocupando un espacio importante en la utilización de los servicios de salud sobre todo de tipo ambulatorio, en los que para el Estado además se mantiene la demanda por picadura de alacrán y se observa un ascenso en las enfermedades crónicas: Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial durante los primeros once años de este siglo, como se observa en el siguiente gráfico:



Fuente: Anuario Estadístico de cada año de los SSM

En 2011 como en 2006 las Infecciones respiratorias agudas (IRAS) siguen siendo la enfermedad que reportó más nuevos casos en todos los grupos de edad. El virus de la influenza es una de las principales causas de enfermedades respiratorias agudas, que afecta más severamente en los extremos de la vida (niñez y vejez). Y como lo señala la ENSANUT 2012, los menores de 10 años en Infecciones Respiratorias Agudas estuvieron por arriba de la media nacional, sobretodo en el grupo que va de los 5 a 9 años donde se alcanzó casi 10 puntos más.

Porcentaje de población menor de 10 años que presentó infección respiratoria aguda en las dos semanas previas a la entrevista, por entidad federativa. México, ENSANUT 2012

Entidad federativa	Menores de cinco años		De 5 a 9 años		Menores de 10 años	
	Frecuencia*	Tuvo infección respiratoria %	Frecuencia*	Tuvo infección respiratoria %	Frecuencia*	Tuvo infección respiratoria %
Morelos	161.2	48.2	173.8	46.3	335.1	47.2
Total	10 929.1	44.8	11 461.9	37.3	22 390.9	41.0

* Frecuencia en miles

Fuente: Cuestionario de niños, ENSANUT 2012

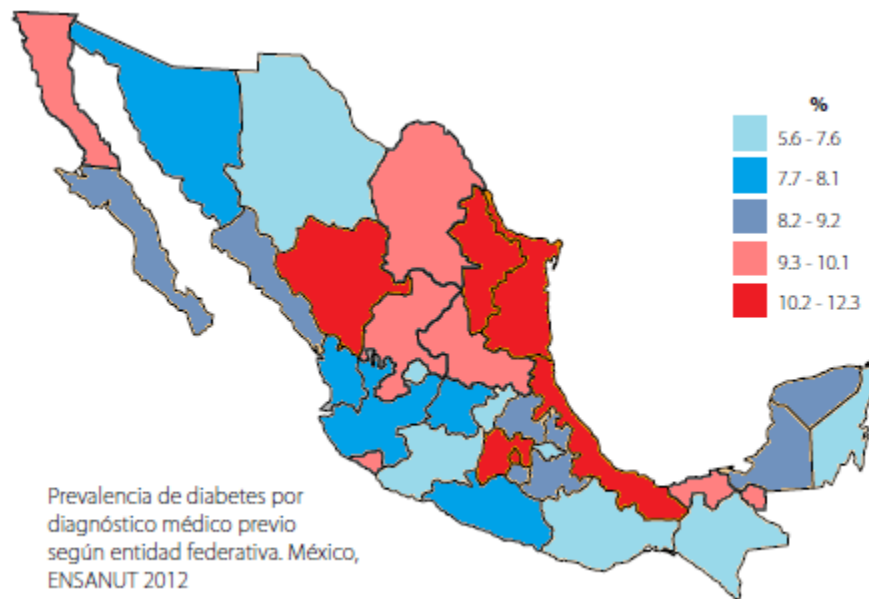
La morbilidad de la población de personas adultas y adultas mayores representa una mayor complejidad respecto a otros grupos de edad, principalmente por que el estado de salud es un reflejo de su estilo de vida y, en él se acumulan la presencia de factores de riesgo. Entre los que cabe citar la insuficiencia ponderal, las prácticas sexuales de riesgo, la hipertensión, el consumo de tabaco y alcohol, el agua insalubre, las deficiencias del saneamiento y la falta de higiene. El número creciente en estos grupos de edad que padecen enfermedades crónicas se han convertido en un problema de salud pública.

La obesidad es una enfermedad crónica que afecta tanto a niños, como a adultos, desde 1997 expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) han reconocido al sobrepeso y la obesidad como un problema de salud pública mundial en diversas poblaciones, tanto en países desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo y desde 2002 ya se ubicó a la obesidad dentro de los primeros 10 lugares como riesgo de salud mundial con la más alta tasa de crecimiento.

Muy relacionada con la obesidad, la diabetes mellitus actualmente es una de las enfermedades crónicas no transmisibles más comunes en las sociedades contemporáneas, una de las cinco primeras causas de muerte en la mayoría de los países desarrollados y epidemia en muchas naciones en desarrollo o

recientemente industrializados. La diabetes mellitus constituye uno de los mayores retos de la salud pública del siglo XXI.

Como podemos ver en el siguiente mapa, Morelos tiene una prevalencia media de diabetes por diagnóstico médico previo a nivel nacional.



Prevalencia que aumentaría significativamente si se fortalecieran los programas sectoriales de detección y control oportuno de esta enfermedad.

Determinantes socioeconómicos como pobreza, inseguridad alimentaria y violencia familiar; así como determinantes culturales como creencias sobre salud y nutrición y técnicas de alimentación inadecuada, sedentarismo, una dieta inadecuada, en cantidad y calidad contribuye a la desnutrición y a la obesidad en el niño.

Para el Estado de Morelos los resultados de la ENSANUT del 2012, señalan que:

Los menores de 5 años con enfermedades diarreicas estuvieron por debajo de la media nacional.

Porcentaje de la población menor de cinco años que presentó diarrea en las dos semanas previas a la entrevista, por entidad federativa. México, ENSANUT 2012

Entidad Federativa	Total*	Tuvo enfermedad diarreica %	No tuvo enfermedad diarreica %	No especificado %
Morelos	161.2	9.3	90.1	06
Total	10 929.1	11.0	88.9	0.1

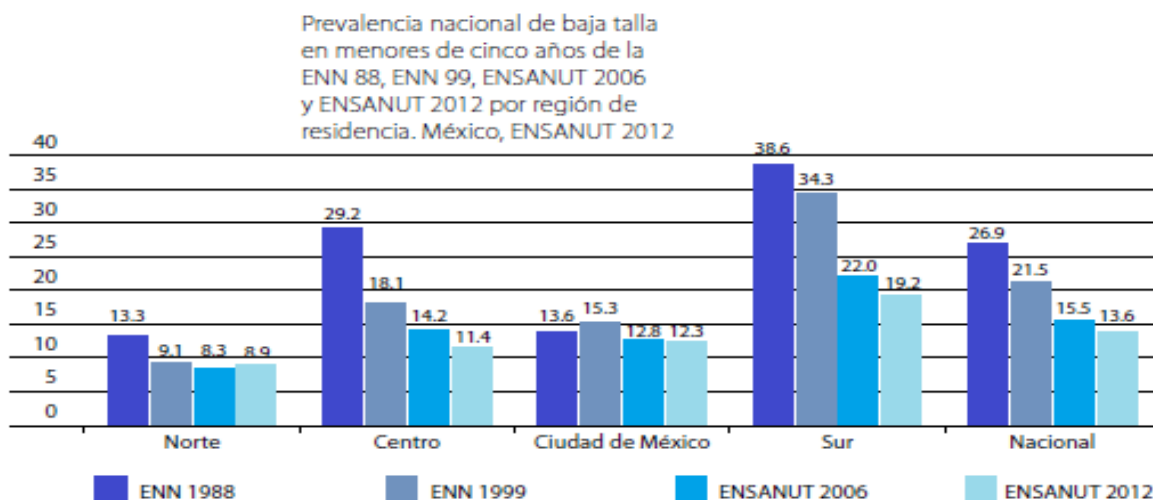
*Frecuencia en miles

Fuente: Cuestionario de niños, ENSANUT 2012

Respecto a la vigilancia epidemiológica, aun cuando se ha mejorado en la calidad de la información en el Estudio Epidemiológico, tenemos faltante en el seguimiento de los pacientes, no contamos con información de los casos que se encuentran en tratamiento en todas las instituciones de salud, esto no nos permite saber si el control del padecimiento en los contactos se está realizando en forma adecuada.

3.2.2. Estado nutricional

Las prevalencias de bajo peso, baja talla, emaciación han ido reduciéndose de 1988 a 2012, sin embargo el sobrepeso al contrario se ha incrementado en el mismo periodo.



El problema de prevalencia de baja talla y por la ubicación del Estado en la zona geográfica sur de la ENSANUT, se ubica a ésta entidad en el más alto rango de niños menores de 5 años con esta sintomatología y obviamente en las localidades rurales la cifra se dispara de 19.2 a 27.5.

En la zona sur la desnutrición en los menores de cinco años tiene efectos adversos en el crecimiento, el desarrollo y la salud de los menores, y tiene efectos en el mediano y largo plazo en el rendimiento escolar e intelectual, el desarrollo de capacidades, el rendimiento en el trabajo y el ingreso laboral en los adultos, lo que repercute en el desarrollo social.

La desnutrición en nuestro país ha mantenido una disminución sostenida a lo largo de casi un cuarto de siglo que separa la primera y la última encuesta de nutrición. La velocidad del descenso en los diferentes periodos que separan las cuatro encuestas ha sido heterogénea. La prevalencia de desnutrición crónica disminuyó de manera más acelerada entre 1999 y 2006 que entre los periodos previo (1988-1999) y el periodo más reciente (2006-2012).

3.2.3. Estado vacunal

En relación al esquema completo de vacunación en niños menores de un año para 2010 se alcanzó la cobertura de 91.5% en tanto que en la cobertura de esquema completo (12 años) se llegó al 96.8%.

La ENSANUT 2012 en los indicadores de vacunación en niños hasta de 2 años, salvo BCG, se está por arriba de la media nacional.

Porcentaje de la población de 1 y 2 años que mostró la Cartilla Nacional de Vacunación o Cartilla Nacional de Salud, según esquema completo de vacunación al año de edad, por entidad federativa. México, ENSANUT 2012

Entidad federativa	BCG %	Hepatitis B %	Pentavalente %	Neumocócica %	Rotavirus %	SRP %	Un año cumplido		Hasta dos Años	
							Esquema completo %	Esquema con cuatro vacunas* %	Esquema completo %	Esquema con cuatro vacunas* %
Morelos	93.4	100.0	96.5	94.1	80.0	94.8	75.2	91.7	78.0	85.9
Total	96.7	94.7	90.2	87.6	76.8	82.1	60.7	74.2	64.5	77.9

*Incluye a los niños de 1 y 2 años cumplidos (12 a 35 meses) y considera las vacunas que debe tener un niño al año de edad

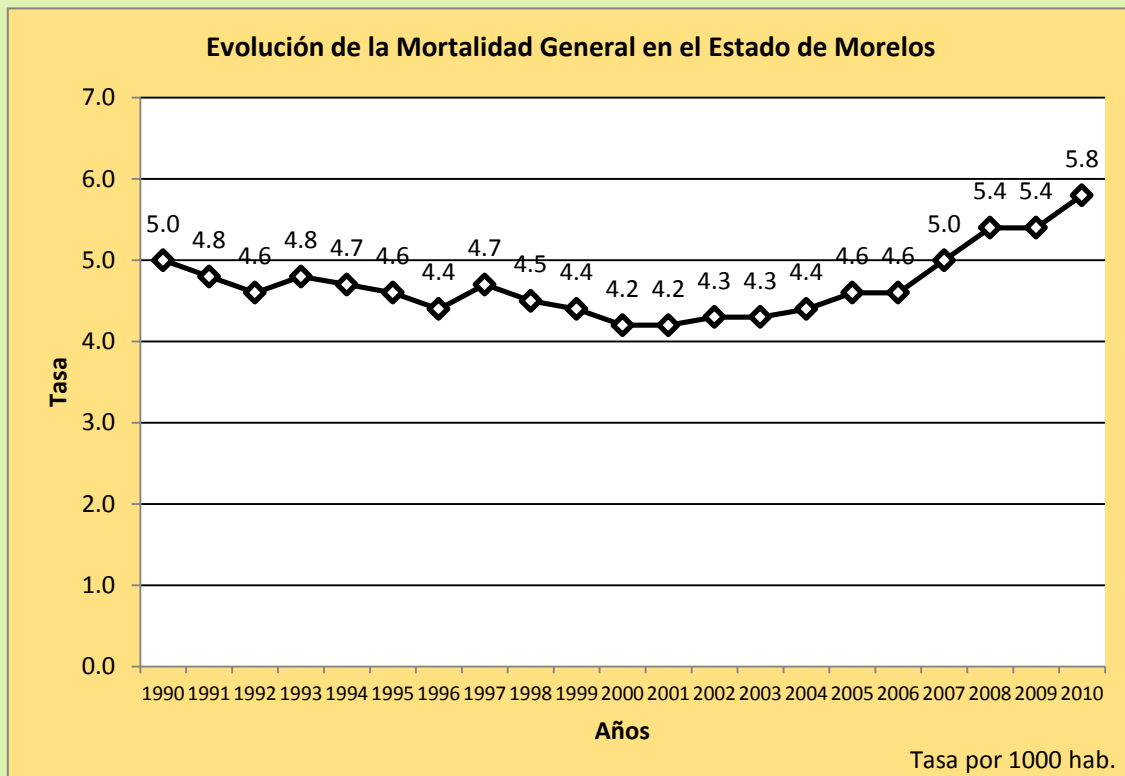
*no incluye neumocócica ni rotavirus

Fuente: Cuestionario de niños, ENSANUT 2012

3.2.4. Mortalidad

La mortalidad general refleja el desarrollo del Estado y los cambios en la estructura de la población morelense, ya que en las últimas décadas del siglo anterior las defunciones se concentraban en los extremos de la vida (menores de un año y edad postproductiva), sobre todo originado por las enfermedades infecto-contagiosas, en la actualidad si le agregamos al panorama demográfico el epidemiológico que ante el descenso de las enfermedades transmisibles como causa de muerte se han incrementado las no transmisibles así como el

mantenimiento y ligero aumento de los accidentes y violencias en los grupos de la edad productiva y la postproductiva, -como se presentará en los rubros siguientes- la tasa de mortalidad tiende a estabilizarse y elevarse como ocurrió en los países ahora desarrollados que cuentan con una población madura a diferencia de la del Estado y el País:



Fuente: Anuario Estadístico de cada año de los SSM

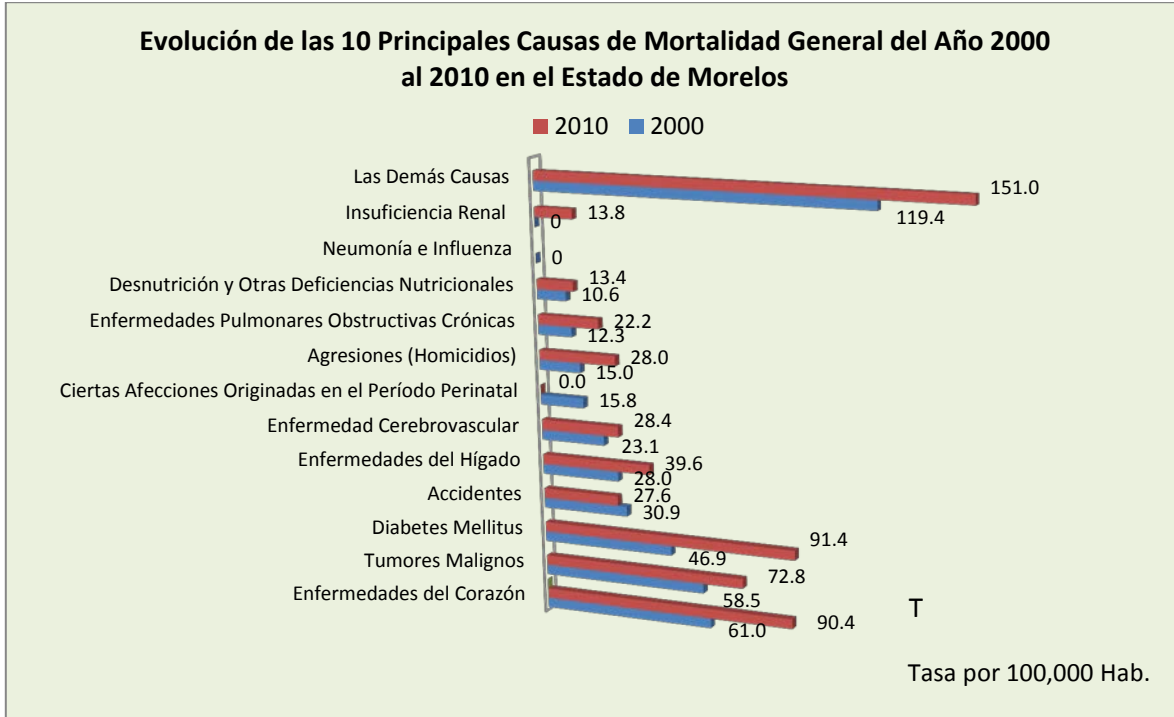
En el siguiente cuadro se puede ratificar lo señalado al observar la estabilidad en el número de defunciones en los menores de quince años de edad así como su bajo peso en volumen y tasa en relación al total de defunciones y el aumento acelerado en los de edad productiva y postproductiva:

Mortalidad según grupos de edad										
Grupo	Defunciones									
	2006		2007		2008		2009		2010	
	Núm	Tasa	Núm	Tasa	Núm	Tasa	Núm	Tasa	Núm	Tasa
General	7,960	458.6	8,283	502.5	8,951	538.6	9,012	538.1	9,764	578.6
Infantil	399	1299.2	389	1349.6	411	1434.8	344	1207.1	386	1362.7
Preescolar	91	72.5	89	77.0	78	68.7	89	79.3	79	70.9
Escolar	70	19.7	81	24.6	109	33.6	108	33.8	82	26.2
Productiva	2,752	245.0	2,915	272.4	3,110	286.1	3,268	296.2	3,504	313.2
Postproductiva	4,593	4524.9	4,772	4561.4	5,194	4797.5	5,181	4624.2	5,666	4886.0
No especificado	55	3.2	37	2.2	49	2.9	22	1.3	47	2.8
Por 100 000 habitantes										
Por 100 000 nacimientos esperados										
Por 100 000 habitantes de 1-4 años										
Por 100 000 habitantes de 5-14 años										
Por 100 000 habitantes de 15-64 años										
Por 100 000 habitantes de 65 y más años										

Fuente: CUBOS DGIS, 2010 INEGI/SS.

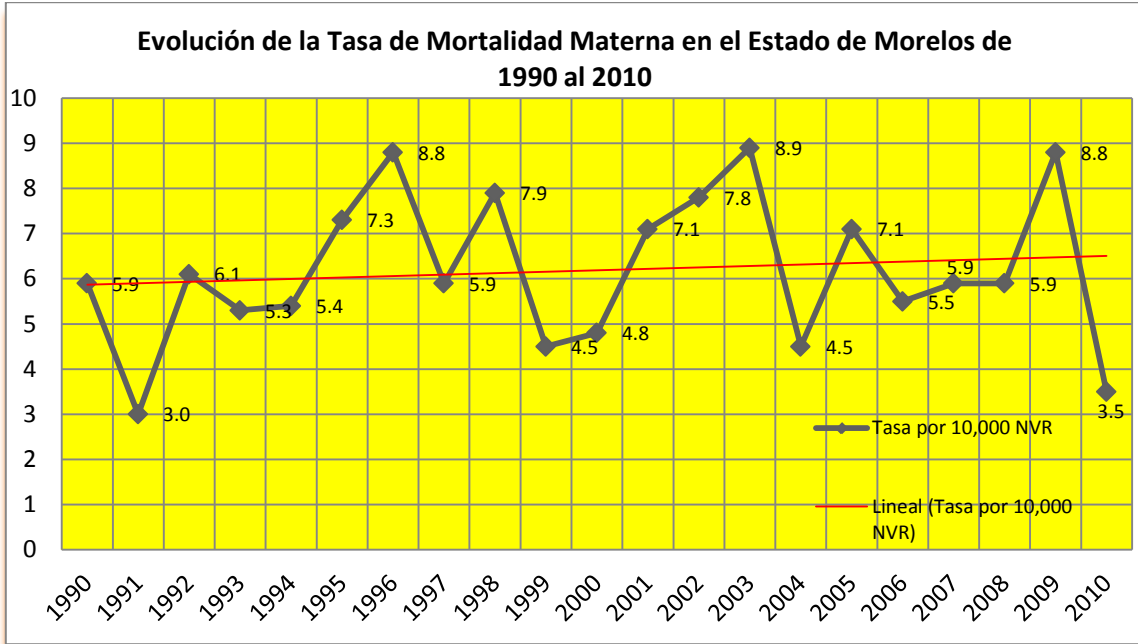
La mortalidad General en Morelos como a nivel nacional se ha visto dominada por enfermedades crónico-degenerativas tales como la diabetes mellitus, enfermedades del corazón y tumores malignos que en el Estado ocupan el 44% del total de causas de muerte. Cabe destacar que la agresión o violencia ocupa el sexto lugar a nivel estatal y se ha convertido en un foco de atención cuya complejidad de solución necesita una política intersectorial.

La evolución en esta primera década del presente siglo de este tipo de enfermedades como causa de muerte, han tenido una velocidad superior al crecimiento poblacional, por lo que el impacto socio-económico es un verdadero reto para el desarrollo de la sociedad y sus servicios de salud, sobre todo con la aparición de las insuficiencias renales y enfermedades cerebrovasculares y la permanencia de las infecciosas emergentes, como se observa en la siguiente gráfica:



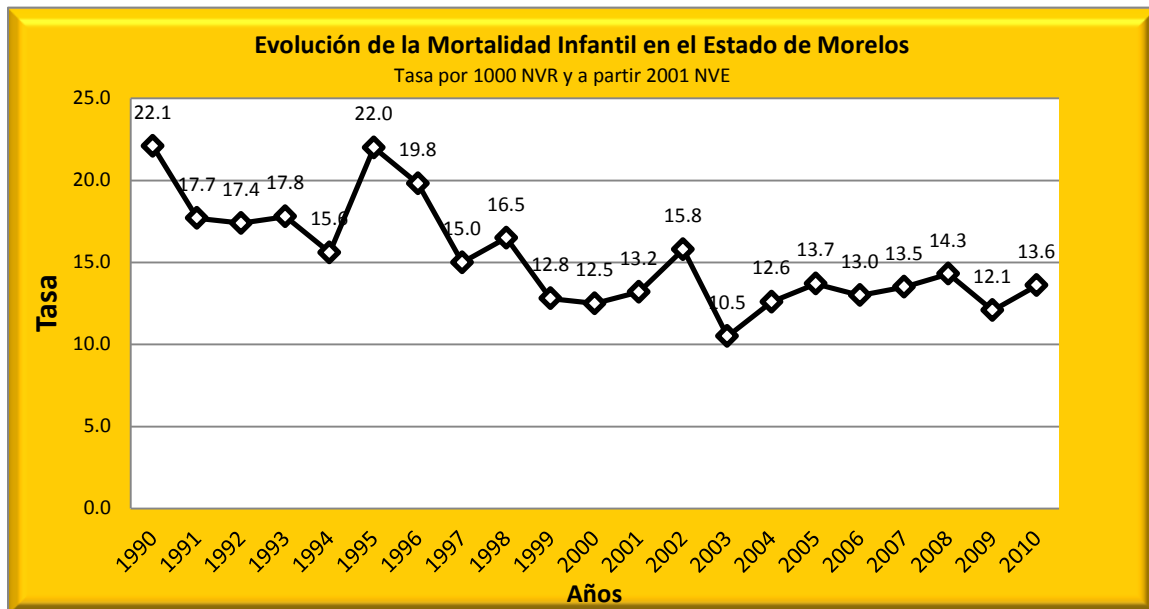
Fuente CUBOS DGIS: 2010 INEGI/SS, para elaborar principales causas con lista mexicana

Por grupos de edad, ante el comportamiento tan inestable de la mortalidad materna (ver gráfico siguiente) y con el fin de reducirla, en el mes de mayo del 2008 se inició la estrategia de la incorporación al Seguro Popular, de todas aquellas mujeres con diagnóstico de embarazo, como una ampliación al SMNG, sin considerar el tiempo de gestación, a fin de proteger la salud de la mujer en toda esta etapa, al momento del parto, así como al recién nacido desde el momento de su nacimiento.



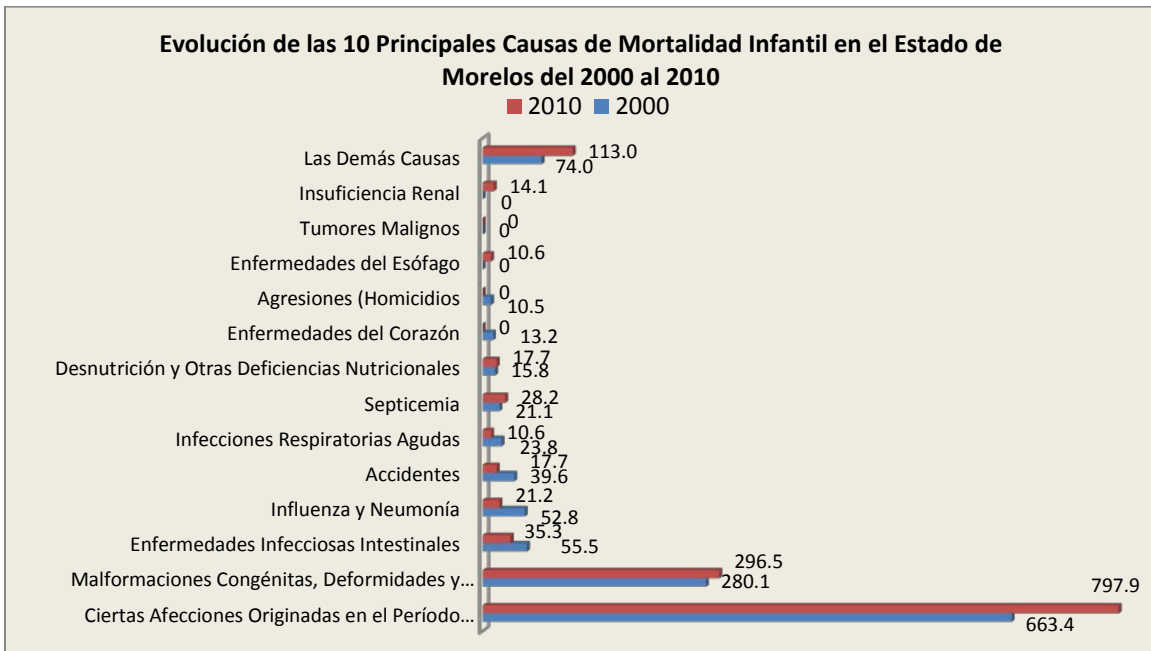
Fuente: Anuarios Estadísticos de los Servicios de Salud de Morelos de los años correspondientes

En menores de 1 año la Mortalidad infantil tuvo un descenso importante del año 1990 al 2000, sin embargo en los siguientes diez años su comportamiento ha sido estable como se observa en el gráfico siguiente:



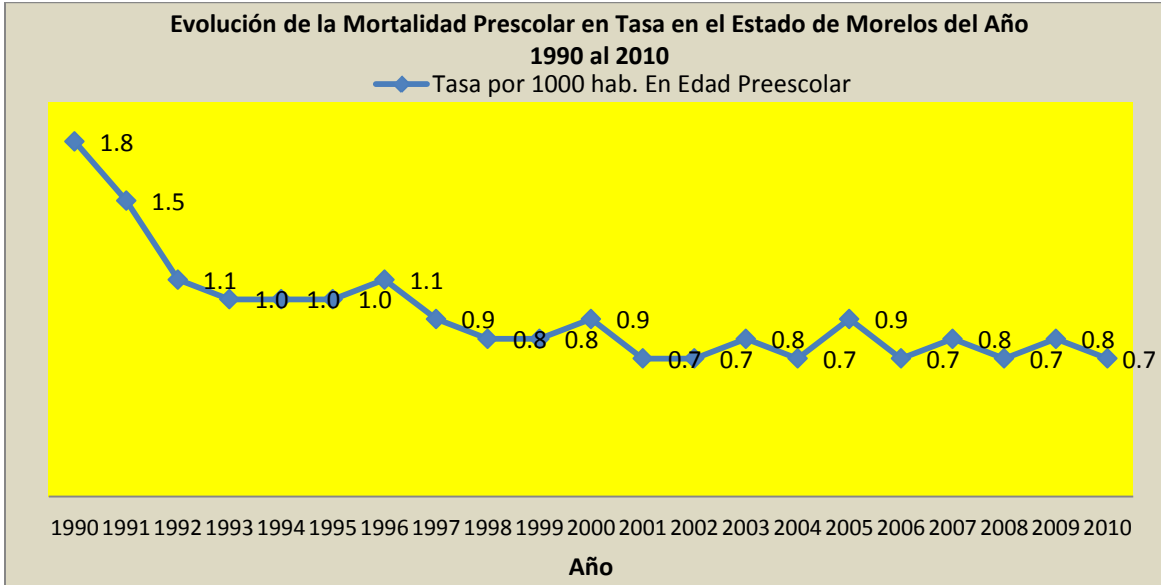
Fuente: Anuarios Estadísticos de los Servicios de Salud de Morelos de los años correspondientes

En este grupo de edad el 80% de las causas son debidas a ciertas afecciones originadas en el período perinatal –de acción directa de los servicios de salud- y malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, con un incremento en su tasa del año 2000 al 2010, como se refleja en el siguiente gráfico:



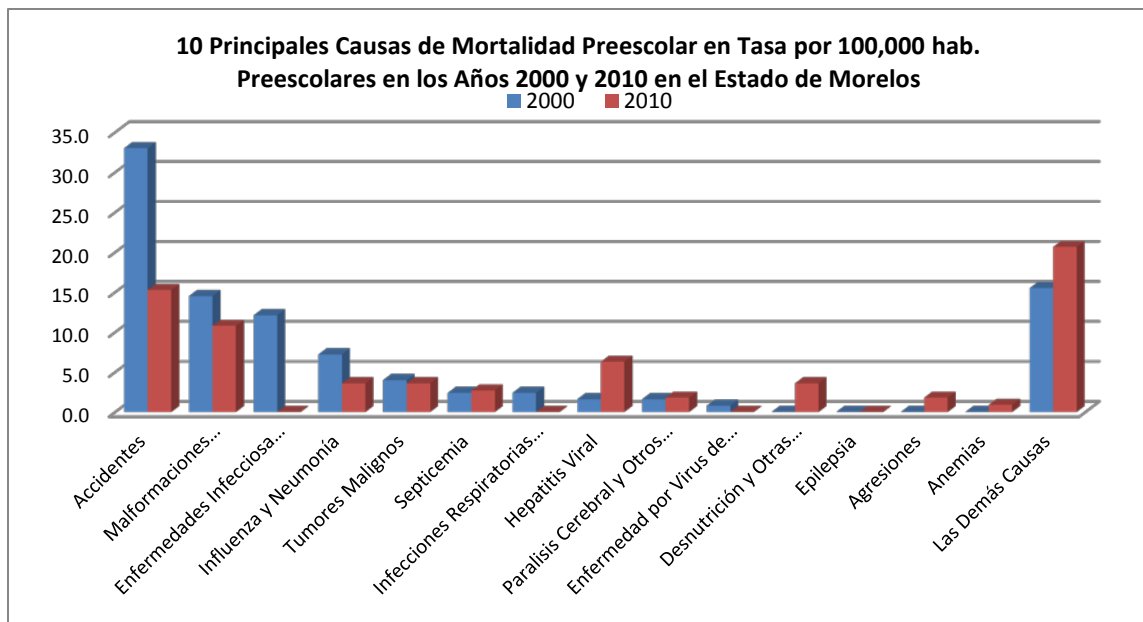
Fuente: Anuarios Estadísticos de los Servicios de Salud de Morelos de los años correspondientes

La Mortalidad preescolar (1 a 4 años de edad) al igual que la infantil tuvo un descenso importante en la última década del siglo anterior y en este, durante los primeros diez años se ha mantenido estable, como se ve en el cuadro siguiente:



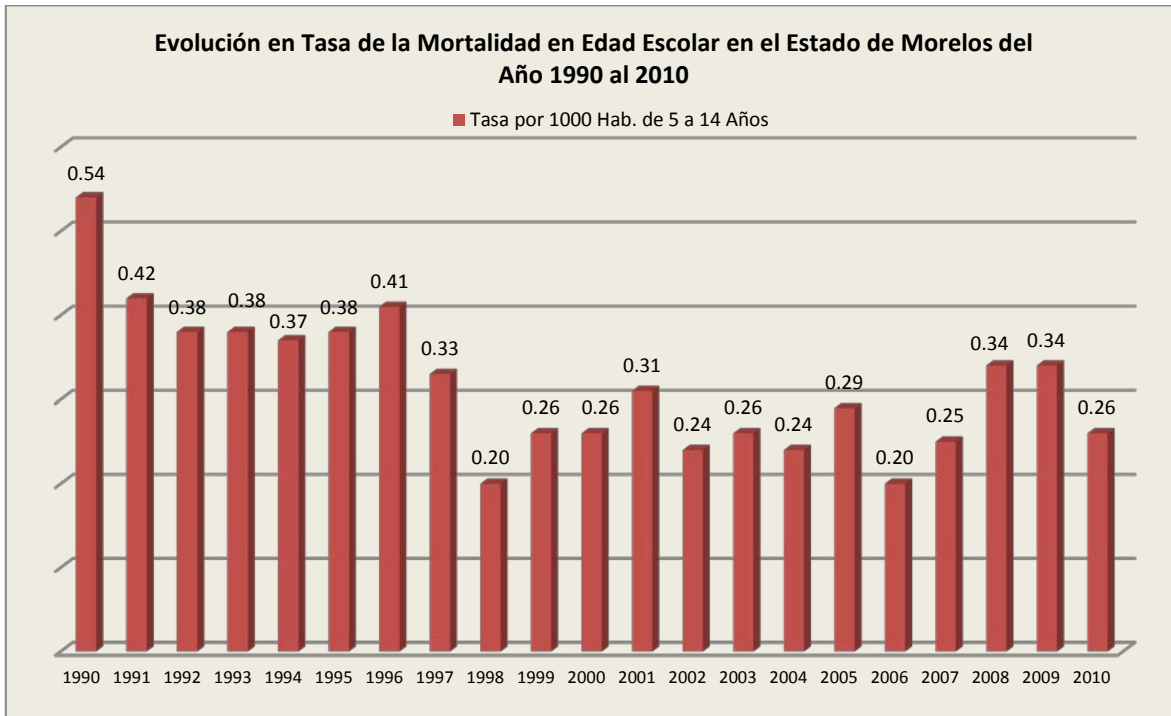
Fuente: Anuario Estadístico de cada año de los SSM

En este grupo de edad las principales causas de defunción están dadas por los accidentes, malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, influenza y neumonía y tumores malignos con una tendencia hacia la baja y las hepatitis virales, la desnutrición con otras carencias nutricionales y las agresiones con una tendencia hacia el alza como se observa en el siguiente gráfico:



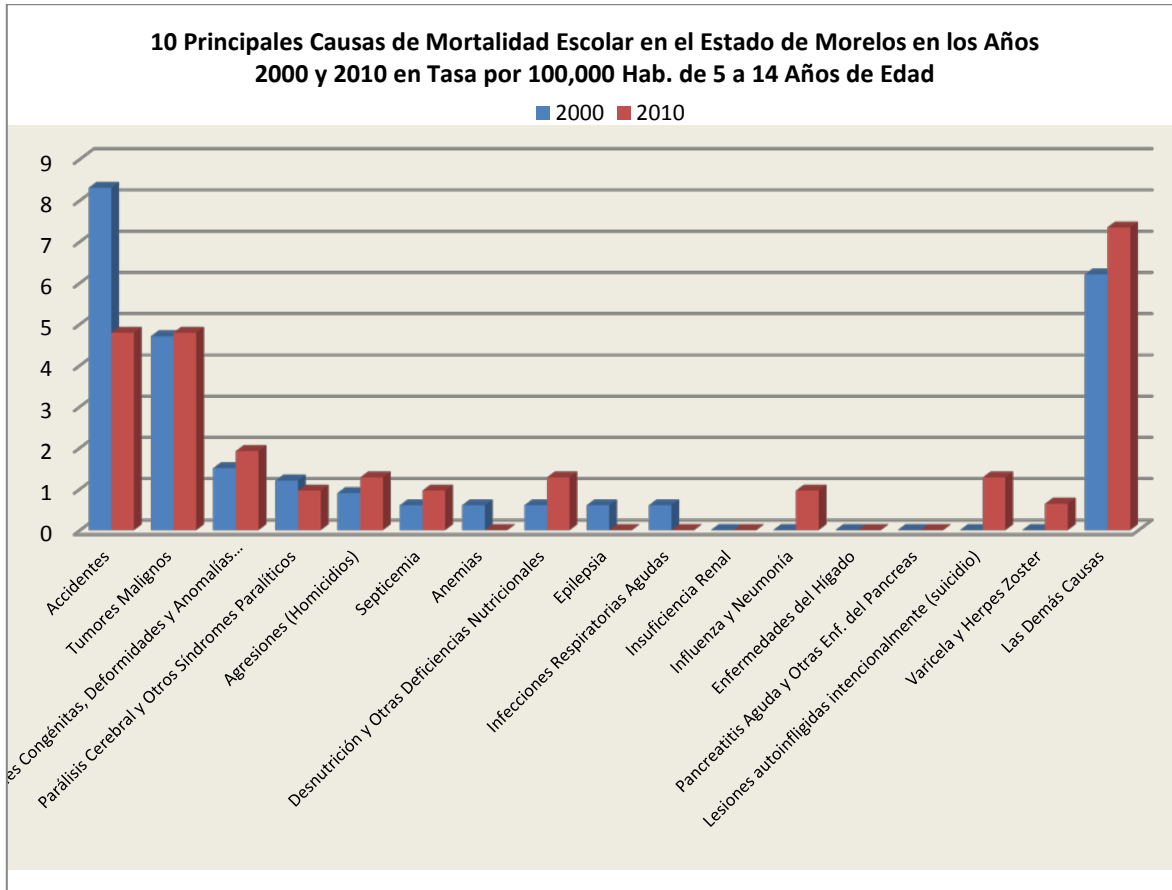
Fuente: Anuario Estadístico de cada año de los SSM

En la Edad Escolar la tendencia de la tasa de mortalidad del año 1990 al de 1998 fue hacia la baja en forma relevante, sin embargo de esa fecha a la actualidad se estabiliza con un ligero incremento a 0.26 en el año 2010 en relación al de 1998, como se observa en el gráfico siguiente:



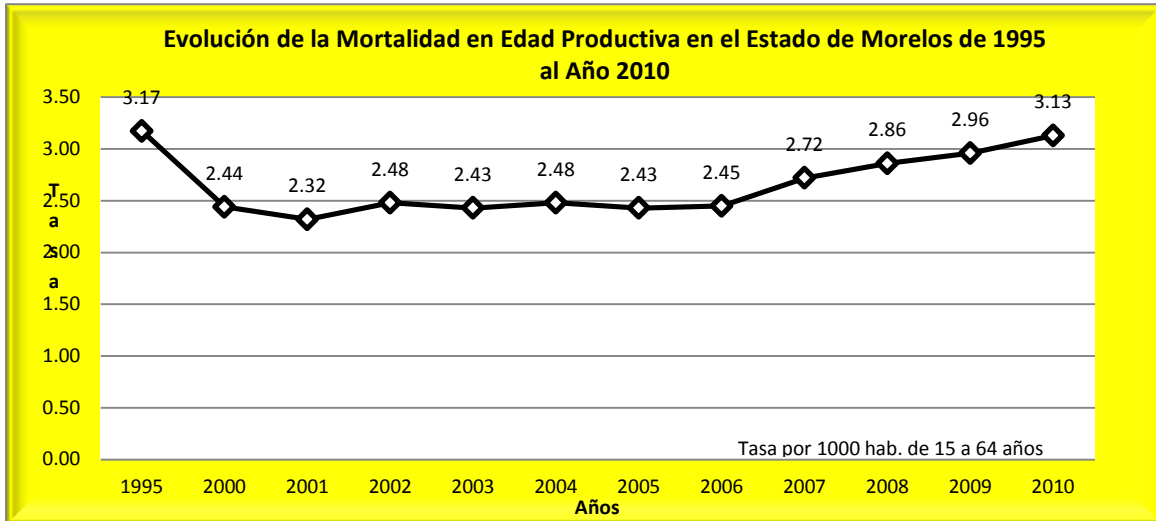
Fuente: Anuario Estadístico de cada año de los SSM

En este grupo de edad como se observa en el siguiente gráfico las principales causas de defunción fueron los accidentes con una tendencia hacia la baja, los tumores malignos y las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas y las agresiones (homicidios) hacia el alza, también en este sentido aparecen como una causa de defunción la desnutrición y otras deficiencias nutricionales así como las lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidios):



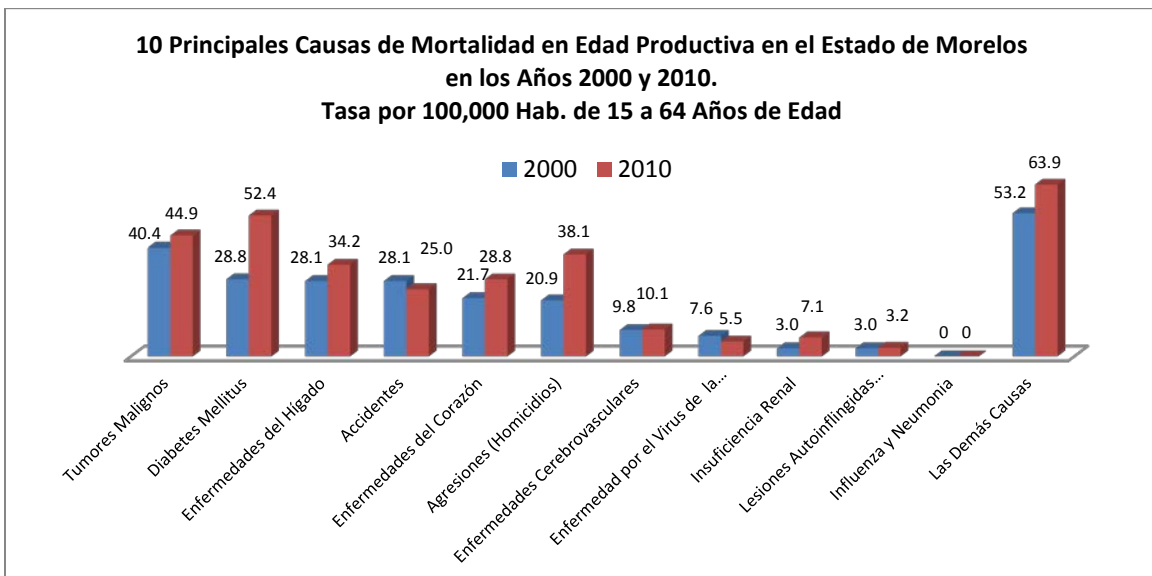
Fuente: Anuarios Estadísticos de los Servicios de Salud de Morelos de los años correspondientes

En la edad productiva se ha tenido un comportamiento de la tasa hacia la baja del año 1995 (3.17) hasta el año 2001 (2.32) y de ahí hasta la fecha ha ido ascendiendo hasta llegar a 3.13 en el año del 2010 por cada 1000 habitantes de este grupo de edad, que refleja los cambios en los estilos y calidad de vida de este grupo poblacional originados por el urbanismo y las relaciones laborales, aunque en teoría este grupo se encuentra en la plenitud de la vida por lo que es el que menos se ha priorizado, con excepción de los problemas del embarazo, parto y puerperio que derivan en la mortalidad materna:



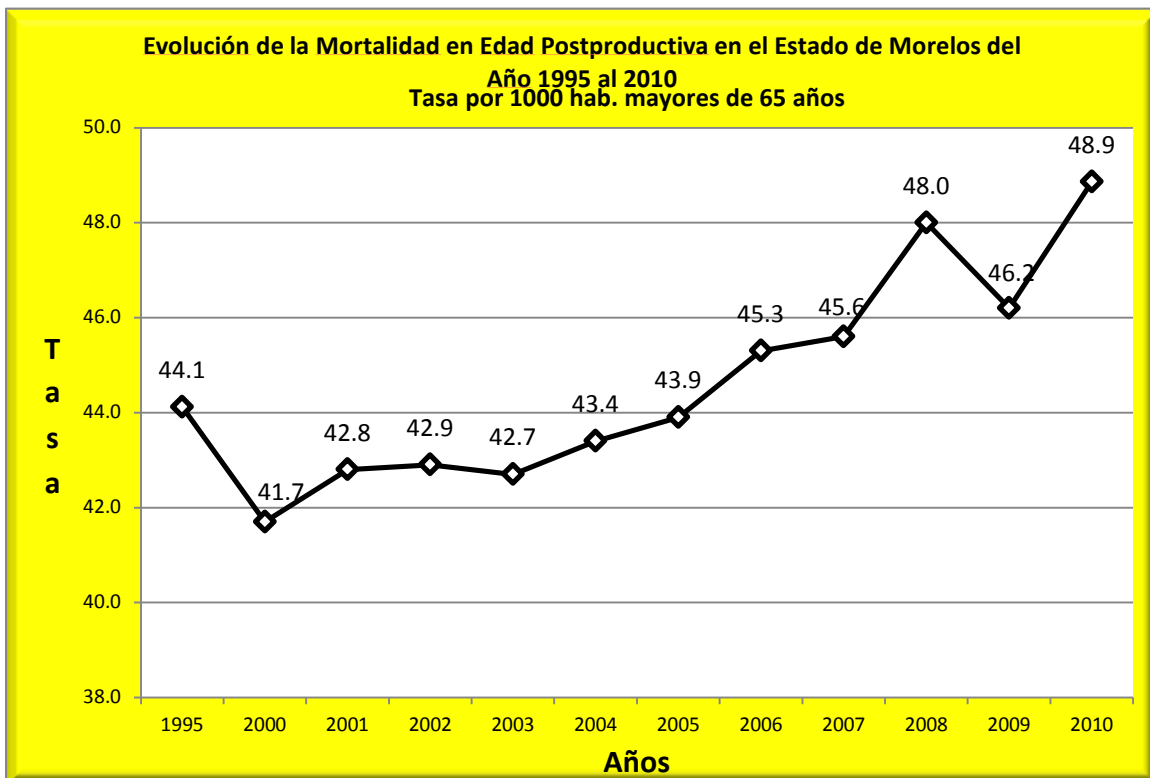
Fuente: Anuario Estadístico de cada año de los SSM

En este grupo de edad puede observarse en el gráfico siguiente que las enfermedades crónico-degenerativas han evolucionado hacia el alza del año 2000 al 2010 en forma relevante, viéndose acompañadas por los homicidios y los accidentes:



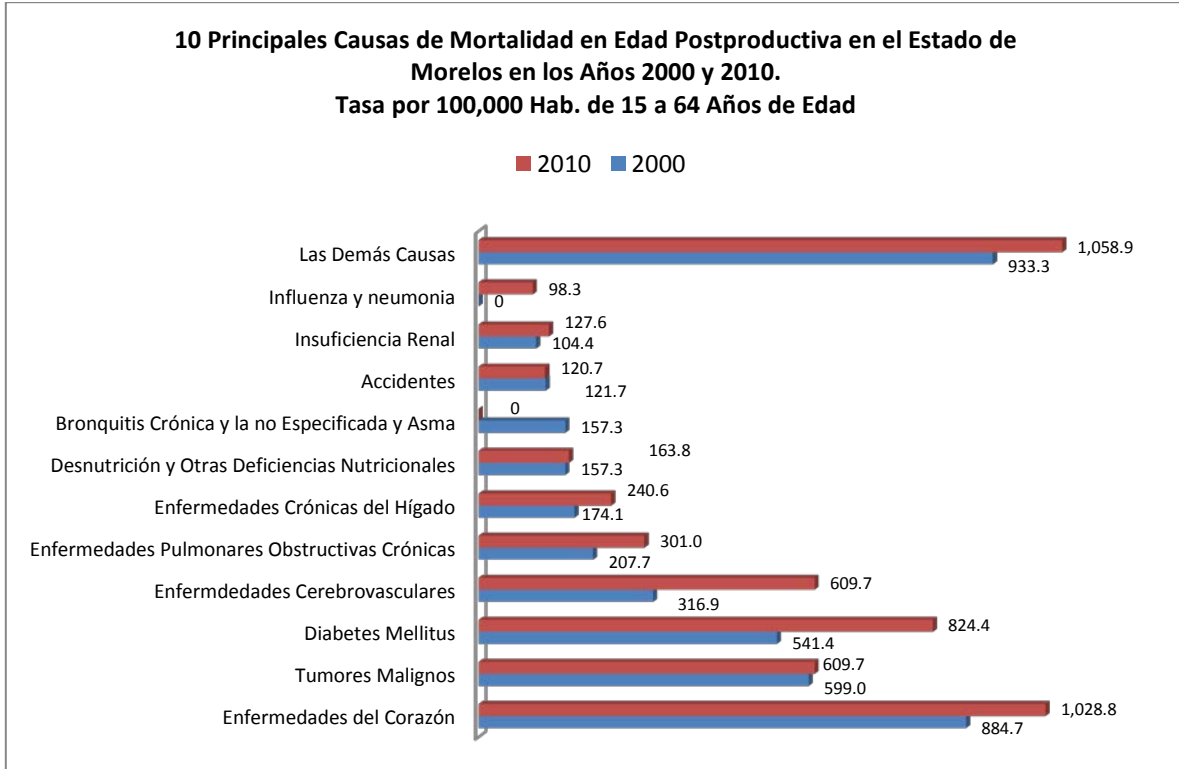
Fuente: Anuarios Estadísticos de los Servicios de Salud de Morelos de los años correspondientes

Finalmente en la edad postproductiva (65 años y más) ante los cambios en la estructura poblacional, la calidad de vida con el cambio de los hábitos costumbres de la alimentación y el urbanismo han derivado en un incremento relevante en las tasas anuales de mortalidad en este grupo de edad, como se observa en el siguiente gráfico:



Fuente: Anuario Estadístico de cada año de los SSM

En el grupo de 65 años y más las principales causas de defunción en orden de importancia se encuentran las enfermedades del corazón, la diabetes mellitus, las enfermedades cerebrovasculares y los tumores malignos, con una tendencia hacia el ascenso en forma importante, con una diferencia en décadas anteriores en que sólo aparece una causa de origen infeccioso como es la influenza y neumonía.



Fuente: Anuario Estadístico de cada año de los SSM

3.3. Sistema de Servicios de Salud

3.3.1. Organización del Sistema

El Sistema de Salud en el Estado de Morelos responde al establecido a nivel nacional, por lo que se cuenta con un sistema segmentado en tres grandes componentes:

- Un subsistema público estatal integrado por:
 - La Secretaría de Salud con los organismos siguientes:
 - ❖ Servicios de Salud de Morelos
 - ❖ Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF)
 - ❖ Hospital del Niño Morelense (HNM)
 - ❖ Comisión Estatal de Arbitraje Médico (COESAMOR)
 - ❖ Régimen Estatal de Protección Social en Salud (Seguro Popular)
- Un subsistema público federal integrado por:

- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE)
- Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA)
- Petróleos Mexicanos (PEMEX)

Los cuales cuentan con el esquema de la seguridad social, en el que está integrado el seguro de salud y sus leyes responden al **ARTÍCULO 123** de la Constitución Política Mexicana.

❖ Un subsistema social y privado:

- Integrado por consultorios, clínicas, hospitales y casas de asistencia social en diferentes áreas de la salud.

El ámbito estatal está normado por la Ley de Salud del Estado de Morelos, que responde a las disposiciones federales (Constitución Política Mexicana, Ley General de Salud y sus Reglamentos y normas oficiales), así como a las necesidades del Estado estipuladas en la Constitución Política del Estado de Morelos y la Ley de la Administración Pública del Estado.

La Ley define en el **ARTÍCULO 12** que el Sistema Estatal de Salud está constituido por las dependencias y entidades públicas, así como por todas las personas físicas o morales de los sectores social y privado que presten servicios de salud en el Estado, así como por los mecanismos de coordinación de acciones, a fin de dar cumplimiento al derecho a la promoción y protección de la salud en el territorio del Estado.

En el **ARTÍCULO 13** se definen los siguientes objetivos del Sistema Estatal de Salud:

- I.- Proporcionar servicios de salud a toda la población del Estado y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo los problemas sanitarios prioritarios del estado y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en las acciones preventivas;
- II.- Contribuir al desarrollo demográfico armónico del Estado;
- III.- Colaborar al bienestar social de la población del Estado de Morelos, mediante servicios de asistencia social, principalmente a menores en estado de abandono, adultos mayores desamparados y discapacitados, para fomentar su bienestar y propiciar su incorporación a una vida equilibrada en lo económico y en lo social;
- IV.- Dar impulso al desarrollo de la familia y la comunidad, así como la integración social y crecimiento físico y mental de la niñez y la adolescencia;
- V.- Apoyar el mejoramiento de las condiciones sanitarias ambientales del Estado, que propicien el desarrollo satisfactorio de la vida;
- VI.- Impulsar, en el ámbito Estatal, un sistema racional de administración y desarrollo de los recursos humanos para mejorar la salud;
- VII.- Fomentar estilos de vida saludables que determinen hábitos, costumbres y actitudes relacionados con la salud y con el uso de los servicios que presten para su protección; y
- VIII.- Definir los mecanismos de coordinación y colaboración en materia de planeación de los servicios de salud en el estado, de conformidad con las aplicaciones de esta Ley y las que al respecto sean aplicables.

En esta ley en su **ARTÍCULO 33** conceptualiza a los servicios de salud, como todas aquellas acciones que se realicen con el fin de proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad.

La ley en su **ARTÍCULO 34** clasifica a los servicios de salud en tres tipos que son:

- I.- De atención médica; II.- De salud pública; y III.- De asistencia social.

La coordinación del Sistema Estatal de Salud en el **ARTÍCULO 14** se indica que estará a cargo de la Secretaría de Salud de Morelos, correspondiéndole lo siguiente:

- I.- Establecer y conducir la política Estatal en materia de salud, en los términos de esta Ley y demás disposiciones legales aplicables y de conformidad con las políticas del Sistema Nacional de Salud y con lo dispuesto por el Ejecutivo Estatal;
- II.- Coordinar los programas de servicios de salud, de las dependencias y entidades de la administración pública estatal;
- III.- Apoyar la coordinación de los programas y servicios de salud de toda dependencia y entidad pública estatal en los términos de la legislación aplicable y de los acuerdos de coordinación que en su caso se celebren;
- IV.- En el caso de los programas y servicios de instituciones federales de seguridad social, el apoyo se realizará tomando en cuenta lo que establezcan las Leyes que rigen el funcionamiento de éstas;
- V.- Impulsar la desconcentración y descentralización de los servicios de salud del Estado a los Municipios;
- VI.- Promover y coordinar las actividades de los H. Ayuntamientos, relacionadas con programas y servicios de salud del Estado;
- VII.- Determinar la periodicidad y característica de la información que deberán proporcionar las dependencias y entidades de salud del Estado, con sujeción a las disposiciones generales aplicables;
- VIII.- Coordinar el proceso de programación de las actividades de salud en el Estado sujetándose a lo que las Leyes aplicables dispongan;
- IX.- Formular recomendaciones a las dependencias competentes sobre la asignación de los recursos que requieran los programas de salud del Estado;
- X.- Impulsar, en el ámbito Estatal, las actividades científicas y tecnológicas en el área de la salud;
- XI.- Coadyuvar con las dependencias Federales competentes a la regulación y control de la transferencia de tecnología en el área de salud;
- XII.- Coordinar y administrar el sistema Estatal de información básica en materia de salud;

- XIII.- Apoyar la coordinación entre las instituciones de salud y las educativas Estatales y Federales para formar y capacitar recursos humanos para la salud;
- XIV.- Coadyuvar a que la formación y distribución de los recursos humanos para la salud sea congruente con las prioridades del Sistema Estatal de Salud;
- XV.- Promover e impulsar la participación de la comunidad del Estado en el cuidado de su salud;
- XVI.- Impulsar la permanente actualización de las disposiciones legales en materia de salud;
- XVII.- Llevar el Registro de Agrupaciones para la Salud; y
- XVIII.- Las demás atribuciones, que se requieran para el cumplimiento de los objetivos del Sistema Estatal de Salud, y las que determinen las disposiciones generales aplicables.

ARTÍCULO 37*.- Para los efectos del derecho a la promoción y protección de la salud, se consideran servicios básicos los siguientes:

- I.- La educación para la salud, la promoción del saneamiento básico y el mejoramiento de las condiciones sanitarias ambientales;
- II.- La prevención y el control de las enfermedades transmisibles de atención prioritaria, de las no transmisibles más frecuentes y de los accidentes;
- III.- La atención médica, que comprende actividades preventivas, curativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias;

- IV.- La atención a la salud del niño;
- V.- La salud reproductiva;
- VI.- La atención a la salud del adulto y del adulto mayor.
- VII.- La salud mental;
- VIII.- La prevención y el control de las enfermedades buco dentales;
- IX.- La disponibilidad de un cuadro básico de los servicios de salud, conforme a los niveles de atención médica;
- X.- La promoción del mejoramiento de la nutrición;
- XI.- La asistencia social a los grupos más vulnerables;

XII.- La atención a las personas receptoras de violencia familiar, de violencia contra las mujeres y de abandono; y

XIII.- Las demás que establezcan esta Ley y otras disposiciones legales aplicables.

ARTÍCULO 4º.- Son autoridades sanitarias en el Estado:

I.- El Gobernador del Estado;

II.- El Secretario de Salud;

III.- El Organismo público descentralizado denominado “Servicios de Salud de Morelos”;

IV.- Los H. Ayuntamientos, en el ámbito de su respectiva competencia, de conformidad con las disposiciones que le confiere la presente Ley, así como de conformidad con los convenios, acuerdos, programas y lineamientos que se efectúen con las autoridades sanitarias Estatales.

Para los efectos de esta Ley, conforme el **ARTÍCULO 42**, los servicios de salud, atendiendo a los prestadores de los mismos, se clasifican en:

I.- Servicios públicos a la población en general;

II.- Servicios a derechohabientes de instituciones públicas de seguridad social mediante esquemas de cotización, o los que con sus propios recursos o por encargo del Ejecutivo Federal y Estatal, presten las mismas instituciones a otros grupos de usuarios;

III.- Servicios de atención médica a través del Sistema de Protección en Salud; y

IV.- Servicios sociales y/o privados, sea cual fuere la forma en que se contraten.

En el **ARTÍCULO 45** el Sistema de Protección Social en Salud se define como el mecanismo creado por convenio entre la Federación y el Estado de Morelos mediante el cual se garantiza el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de la utilización y sin discriminación de los servicios de atención médica, y en su **ARTÍCULO 46** para los efectos de esta Ley, se

entenderá por Sistema de Protección Social en Salud, a las acciones que en esta materia provean los Servicios de Salud de Morelos de acuerdo con lo establecido por la Ley General de Salud, contará con la participación subsidiaria y coordinada de la Federación, de conformidad con lo dispuesto en el Título Tercero bis de la Protección Social en Salud de la Ley General de Salud y está dirigido como lo marca el **ARTÍCULO 47** a las familias y personas que no sean derechohabientes de las Instituciones de Seguridad Social o no cuenten con algún otro mecanismo de previsión social en salud.

3.3.2. Derechohabiencia en Salud

En el año del 2011 el Estado tenía una población proyectada por CONAPO de 1'812,967 habitantes de los que el 39% contaba con seguridad social, el 29% se encontraba protegido por el Seguro social, el 8% por el ISSSTE y el 2% por otras instituciones de seguridad social como la SEDENA y PEMEX.

La evolución de la población sin seguridad social se ha ido incrementando en los últimos años como se observa en el siguiente cuadro, resaltando que la Jurisdicción Sanitaria No. III con sede en la ciudad de Cuautla (región oriente del Estado) ha sido la más desprotegida de los esquemas de la seguridad social.

Porcentaje de la Población sin Seguridad Social (SSM)	2001	2008	2009	2011
Morelos	51.2%	58.3%	56.4%	61.0%
Jurisdicción I	38.8%	53.4%	51.2%	54.7%
Jurisdicción II	58.3%	55.1%	52.3%	61.9%
Jurisdicción III	67.2%	67.7%	66.4%	70.9%

Ante este panorama el Estado se integra al Sistema de Protección Social en Salud y para el cierre del año 2011 ya se tenían 949,748 beneficiarios de un total de 1'044,463 habitantes de responsabilidad de los Servicios de Salud de Morelos.

Sin embargo, para el año 2011 conforme a la información del Anuario Estadístico de los Servicios de Salud el 49.9% de la población sin seguridad social no tuvo acceso a los servicios públicos de atención médica en el Estado.

3.3.3. Infraestructura física

❖ Unidades:

El sistema de salud público en el Estado de Morelos contaba en el año del 2011 con una amplia red de servicios de salud distribuida en toda la entidad de la manera siguiente:

Instituciones	Unidades
Total Estado	282
Población Sin Seguridad Social	229
<i>Servicios de Salud de Morelos (SSM)</i>	228
<i>Hospital del Niño Morelense (HNM)</i>	1
Población con Seguridad Social	53
<i>Instituto Mexicano del Seguro social (IMSS)</i>	24
<i>Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)</i>	27
<i>Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA)</i>	2

Además de 15 Unidades Móviles de los Servicios de Salud de Morelos

En materia de Asistencia social (DIF) en el Estado se tenían en ese mismo año las unidades siguientes:

- ❖ 37 Unidades de Rehabilitación, de las que 34 son unidades básicas con infraestructura y recursos humanos del Municipio, el equipo lo otorga el DIF Nacional y la capacitación, asesoría y supervisión la realiza el DIF Morelos.
- ❖ 2 Centros Asistenciales de Desarrollo Infantil, propios del DIF Morelos.
- ❖ 46 Centros de Asistencia Infantil Comunitarios, manejados por los DIF Municipales (en cuestión de nómina) los coordina el DIF Estatal y les proporciona material didáctico.
- ❖ 397 Centros de Asistencia Nutricional y Comunitarios, son instalados por el DIF y los opera un comité que se instala para que sean ellos los encargados de elaborar los alimentos e ir a pagar las cuotas de recuperación de los insumos que les proporciona el DIF.
- ❖ 28 Procuradurías de la Defensa del Menor y la Familia, la instalada en Cuernavaca es del DIF Estatal, los demás son centros instalados como delegaciones municipales con infraestructura del Municipio y coordinados por la Procuraduría del DIF Morelos.

❖ **Consultorios de Medicina General**

El número de consultorios de medicina general o familiar se incrementó en el sector público de salud del año 2000 al 2011 en 38%, cifra superior a la del crecimiento poblacional que fue del 15% en el mismo período, pasando de 441 consultorios a 607, ver cuadro siguiente, en el que se observa que ese crecimiento se dio fundamentalmente en los Servicios de Salud de Morelos (49%), en cambio en las instituciones de seguridad social el aumento de consultorios fue mínimo, debido a que en el IMSS la derechohabiencia tuvo un descenso en el período del 4% y por los índices de la demanda los consultorios pasaron de 94 a 111 (18%), por el contrario el ISSSTE tuvo un aumento en sus consultorios de medicina general o familiar en menor relación a su crecimiento poblacional.

Evolución de los Consultorios de Medicina General y Familiar en el Estado de Morelos del Año 2000 al 2011														
Concepto	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Inc. Cons.	Inc. Pob.
Sector Salud	441	444	471	479	465	518	531	563	573	599	607	607	38%	15%
Pob. S/Seg. Soc.	300	307	329	333	319	372	387	415	421	437	442	446	49%	34%
Pob. C/Seg. Soc.	141	137	142	146	146	146	144	148	152	162	165	161	14%	-2%
IMSS	94	94	94	96	96	96	99	103	103	113	113	111	18%	-4%
ISSSTE	42	42	43	43	43	43	43	43	43	43	45	43	2%	7%
SEDENA	5	5	5	7	7	7	2	2	6	6	7	7	40%	-48%

Fuente: Anuarios Estadísticos de los Servicios de Salud de Morelos de los años correspondientes.

El número de consultas médicas potenciales por consultorio año con dos turnos de 6 horas cómo funciona el IMSS sería de 11,136 (12 horas por 4 Consultas hora por 232 días hábiles) al analizar las consultas por institución en el siguiente cuadro permite concluir que fuera del IMSS el resto de las instituciones los tiene subutilizados:

Evolución de las Consultas de Medicina General Por Consultorio de Medicina General o Familiar del Año 2000 al 2011												
Concepto	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Sector Salud	5,382	5,542	5,414	5,108	5,408	5,119	5,147	5,099	5,072	5,016	5,035	4,960
Pob. S/Seg. Soc.	3,308	3,439	3,651	3,385	3,826	3,553	3,467	3,320	3,330	3,282	3,310	3,402
Pob. C/Seg. Soc.	9,795	10,254	9,499	9,038	8,863	9,107	9,663	10,087	9,897	9,693	9,658	9,945
IMSS		11,220	10,845	10,291	13,479	13,850	10,873	14,494	11,399	10,648	10,878	11,342
ISSSTE		8,032	7,373	6,889	6,659	6,805	6,914	7,458	7,182	7,986	7,626	7,226
SEDENA		2563	2485	5058	4001	2618	8861	10016	3589	3942	2863	4502

Fuente: Anuarios Estadísticos de los Servicios de Salud de Morelos de los años correspondientes.

La SEDENA de acuerdo al cuadro anterior le da un uso a los consultorios del 40.4%, el ISSSTE del 64.9%, el IMSS se encuentra saturado ya que se encuentra al 101.8% (11,342 consultas) de la capacidad del recurso físico, los Servicios de Salud de Morelos tenían un porcentaje de utilización del 30.5%. En esta última Institución si se calcula con base en 8 horas con 3 consultas por hora, se tendría

la posibilidad de otorgar 5,568 consultas médicas, que equivaldría al 61.1% (3,402 consultas), con una capacidad de crecimiento en su productividad del 38.9%.

Es relevante resaltar en el cuadro anterior la estabilidad en la productividad del año 2000 al 2011 de los consultorios institucionales, que guarda relación directa con el crecimiento poblacional, por lo que en el IMSS se refleja una mayor productividad que los llevó a su saturación desde el año 2004 por una mayor demanda de su derechohabencia, la cual mantuvo su número en la década anterior. Por el contrario el crecimiento ligero en los Servicios de Salud de Morelos en su productividad, se debe a una mayor demanda, ya que el crecimiento en la población sin seguridad social fue menor en grado importante a la de los consultorios.

El número de habitantes por consultorio tiene un valor en relación a la población a controlar por cada uno de ellos. La unidad de medida se obtiene de la capacidad de producción del recurso humano en la unidad física contra la norma de control.

Tradicionalmente en los países se ha venido manejando por los especialistas en la materia un rango en la norma de 8 a 12 consultas médicas por año, en el caso mexicano se han manejado por necesidad de la insuficiencia en la estructura física 5 consultas por habitante año, por lo que si un médico general o familiar puede otorgar 3 consultas por hora en un turno de 8 horas en un período de 232 días hábiles al año, se está en capacidad de controlar por consultorio 1,113 habitantes ($3 \text{ por } 8 \text{ por } 232 \text{ entre } 5 =$), en el caso de la seguridad social en que se manejan dos turnos de 6 horas (12 al día por consultorio), con un rendimiento de 4 consultas por hora en 232 días al año, se tiene por consultorio una capacidad potencial para controlar 2,227 derechohabientes ($4 \text{ por } 12 \text{ por } 232 \text{ entre } 5 =$), por lo que como se observa en el siguiente cuadro a pesar de encontrarse subutilizados con excepción del IMSS, todas las instituciones requieren un incremento sustancial en el número de consultorios si se quiere llegar al control real de la salud de la población morelense.

Número de Habitantes por Consultorio de Medicina General o Familiar del Año 2000 al 2011 en el Estado de Morelos												
Concepto	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Sector Salud	3,495	3,513	3,347	3,324	3,456	3,129	3,079	2,928	2,900	2,796	2,928	2,987
Pob. S/Seg. Soc.	2,523	2,503	2,526	2,414	2,708	2,362	2,211	2,051	2,302	2,160	2,289	2,577
Pob. C/Seg. Soc.	5,564	5,775	5,251	5,402	5,090	5,085	5,409	5,388	4,558	4,512	4,638	4,122
IMSS	6,252	6,305	6,343	6,179	5,610	5,535	5,605	5,716	4,875	4,768	4,973	4,394
ISSSTE	4,301	4,338	4,283	4,379	4,564	4,717	4,921	4,581	4,098	4,160	4,295	3,906
SEDENA	3,240	3,240	1,654	1,027	1,182	1,168	6,200	5,846	2,408	2,233	1,439	1,203

Fuente: Anuarios Estadísticos de los Servicios de Salud de Morelos de los años correspondientes.

❖ Camas Censables en Hospitales

El aumento en el número de camas (21.3%) fue superior al poblacional (15%), al pasar de 792 camas censables en el año 2000 a 961 en el 2011, los Servicios de Salud de Morelos responsables de la salud a población abierta se incrementaron en el 25.3% al pasar de 340 a 426 camas con la apertura de hospitales comunitarios y uno de 30 camas, con diferente capacidad resolutoria del nivel y medio al 2º nivel de atención. El ISSSTE por parte de la seguridad social abrió un hospital de 3er. Nivel de atención de tipo regional (atiende los estados aledaños a Morelos), sin embargo cerró el de 2º nivel que se encontraba ubicado en la Cd. de Cuernavaca, creciendo con ello en 47% de las camas al pasar de 121 a 178, por ello, el hospital regional tiene que atender los problemas del 2º nivel de atención con alta tecnología del 3er. nivel que deriva en elevados costos hospitalarios. Como se observa en el siguiente cuadro la SEDENA paso de 13 camas censables a 36 y el IMSS mantuvo su número de camas debido a la estabilidad en el número de derechohabientes de su responsabilidad.

Evolución en el Número de Camas Censables en Hospitales por Institución del Estado de Morelos del Año 2000 al 2011												
Concepto	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Sector Salud	792	824	822	819	809	810	809	809	834	860	973	961
Pob. S/Seg. Soc. (SSM)	340	345	340	340	330	330	330	330	357	356	434	426
Pob. C/Seg. Soc.	452	479	482	479	479	480	479	479	477	474	539	535
IMSS	318	318	318	318	318	318	318	318	318	318	321	321
ISSSTE	121	121	121	121	121	121	121	121	116	116	178	178
SEDENA	13	40	43	40	40	41	40	40	43	40	40	36

Fuente: Anuarios Estadísticos de los Servicios de Salud de Morelos de los años correspondientes.

El número de camas censables de hospitalización general es uno de los indicadores de cobertura más sensibles en la atención de mediana complejidad que si no son atendidos conducen generalmente a la muerte o a la discapacidad de la gente, aunque no existe un criterio universal en los países desarrollados como los estados Unidos cuentan con 4 a 5 camas censables por 1000 habitantes, los países en vías de desarrollo al nivel mexicano como Colombia, Chile, Argentina, entre otros cuentan con 2 a 3 camas censables por 1000 habitantes, en el país se tiene una cifra mucho menor de 0.71 camas por 1000 habitantes (80,694), a pesar de tener como meta en el mediano plazo desde la década de los años noventa de llegar a una cama por mil habitantes, en el cuadro siguiente se puede observar la situación sectorial e institucional del estado de Morelos:

Número de Camas por 1000 habitantes por Institución del Estado de Morelos del Año 2000 al 2011												
Concepto	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Sector Salud	0.51	0.53	0.52	0.51	0.50	0.50	0.49	0.49	0.50	0.51	0.55	0.53
Pob. S/Seg. Soc. (SSM)	0.45	0.45	0.41	0.42	0.38	0.38	0.39	0.39	0.37	0.38	0.43	0.37
Pob. C/Seg. Soc.	0.58	0.61	0.65	0.61	0.64	0.65	0.61	0.60	0.69	0.65	0.70	0.81
IMSS	0.54	0.54	0.53	0.54	0.59	0.60	0.57	0.54	0.63	0.59	0.57	0.66
ISSSTE	0.67	0.66	0.66	0.64	0.62	0.60	0.57	0.61	0.66	0.65	0.92	1.06
SEDENA	0.80	2.47	5.20	5.56	4.84	5.02	3.23	3.42	2.98	2.99	3.97	4.28

Fuente: Anuarios Estadísticos de los Servicios de Salud de Morelos de los años correspondientes.

El Estado contaba en el 2011 con un indicador inferior al nacional (0.53 por 1000 h.) muy similar al del año 2000, es interesante observar que los Servicios de Salud

de Morelos que incrementaron sustancialmente este recurso en el período, paso de 0.45 camas por 1000 habitantes a 0.37 camas para el año 2011, lo que significó un incremento poblacional mayor al del recurso y a la necesidad de 679 camas censables más, para alcanzar la meta de una cama por mil habitantes, en el caso del IMSS, este no modificó en este período su número de camas censables pero presenta variaciones en el período por los cambios en el volumen de su derechohabiencia, quedando al final del período con 0.66 camas por mil derechohabientes, por lo que requiere un aumento de 205 camas para llegar a la meta. Sólo dos instituciones superan el indicador de una cama por mil habitantes, el ISSSTE (1.06) cuya situación es relativa por tratarse de camas de un hospital regional y en el Anuario no se incluye el universo de los estados aledaños a Morelos. El caso de la SEDENA que contaba con 4.28 camas por 1000 se refiere a un universo pequeño de poco impacto para el Estado.

La insuficiencia en el número de camas como quedó demostrado en el cuadro anterior impacta el porcentaje de ocupación de los Servicios de Salud de Morelos en el período de estudio que en ningún momento baja del 90% y en ocasiones supera el 100%, por lo que los hospitales no podrían responder ante una contingencia poblacional, lo mismo ocurre con el IMSS el cual en los últimos años ha superado el 100% de su capacidad hospitalaria.

Por otra parte el ISSSTE y SEDENA presentaban una subocupación hospitalaria, teniendo en el ISSSTE la causal de haber iniciado su funcionamiento en el año del 2010, pero como se observa en el siguiente cuadro en un año ya tuvo un incremento del 10% en su ocupación, el cual se verá aumentado conforme la regionalización del nosocomio se vea consolidada.

Porcentaje de Ocupación Hospitalaria por Institución en el Estado de Morelos del Año 2002 al 2011										
Concepto	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Sector Salud	84%	85%	90%	87%	93%	92%	90%	93%	88%	89%
Pop. S/Seg. Soc.	94%	93%	99%	102%	105%	100%	92%	99%	95%	93%
Pop. C/Seg. Soc.	77%	79%	84%	77%	84%	87%	89%	88%	82%	86%
IMSS	90%	95%	96%	95%	98%	98%	100%	98%	103%	102%
ISSSTE	60%	52%	64%	48%	65%	72%	78%	77%	54%	64%
SEDENA	28%	35%	45%	31%	34%	44%	39%	40%	34%	43%

Fuente: Anuarios Estadísticos de los Servicios de Salud de Morelos de los años correspondientes.

Ligado a lo anterior en el siguiente cuadro se observa un promedio de días estancia de los Servicios de Salud de Morelos y del IMSS de cuatro días en los últimos años, promedio que para la complejidad de los casos de la hospitalización general se puede considerar se encuentra en el rango inferior del servicio de hospitalización general que ante los porcentajes de ocupación pudieran generar altas prematuras con los consecuentes incrementos en los costos al verse prolongados los tratamientos o los reingresos al servicio de hospitalización.

Promedio Días Estancia en los Hospitales del Estado de Morelos por Institución del Año 2000 al 2011												
Concepto	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Sector Salud	4.8	4.8	4.7	4.6	4.5	4.3	4.2	4.3	4.3	4.2	4.5	4.5
Pop. S/Seg. Soc. (SSM)	4.2	4.0	4.1	3.9	3.7	3.3	3.3	3.5	3.7	3.4	4.0	4.0
Pop. C/Seg. Soc.	5.3	5.5	5.5	5.3	5.3	5.3	5.3	5.2	5.0	5.1	5.2	5.2
IMSS	4.9	4.7	4.6	4.4	4.5	4.4	4.5	4.5	4.5	4.6	3.9	4.3
ISSSTE	7.3	7.6	7.5	8.4	8.1	8.5	7.1	7.0	6.0	6.1	8.8	7.5
SEDENA	3.3	9.6	15.3	11.4	11.1	10.1	11.8	9.2	10.8	10.8	13.8	9.6

Fuente: Anuarios Estadísticos de los Servicios de Salud de Morelos de los años correspondientes.

El rendimiento de las camas censables en el año se deriva del promedio días estancia y el intervalo de sustitución entre paciente egresado y paciente ingresado, por lo que el rendimiento de 81 pacientes cama año para el sector es satisfactorio, lo mismo podríamos decir para la población sin seguridad social (SSM), en cambio en las instituciones de seguridad social todavía podía obtenerse

un mayor rendimiento sobre todo en el ISSSTE y en SEDENA cuyos valores son muy bajos a lo esperado en este tipo de hospitales.

Número de Egresos Año por Cama Censable en los Hospitales por Institución del Estado de Morelos del Año 2000 al 2011												
Concepto	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Sector Salud	76	77	78	79	80	86	86	85	84	86	80	81
Pob. S/Seg. Soc.	86	90	89	94	98	110	112	106	99	107	92	91
Pob. C/Seg. Soc.	69	67	67	69	68	69	69	70	73	71	71	70
IMSS	74	78	80	83	82	84	80	81	82	80	92	85
ISSSTE	50	48	48	44	45	43	51	52	61	60	41	48
SEDENA	111	38	24	32	33	36	31	40	34	34	26	38

Fuente: Anuarios Estadísticos de los Servicios de Salud de Morelos de los años correspondientes.

3.3.4. Recursos Humanos

En este rubro por la complejidad en el número y tipos de los recursos humanos en este análisis se centrará en los recursos médicos, odontólogos, promotores de la salud, no se abordará al personal de enfermería debido a que no se encuentra clasificado por nivel de atención, única manera de determinar los gradientes de cobertura.

Para el año 2011 el peso específico de los trabajadores de la salud varió en forma importante entre las instituciones del sector, el cual contaba con 8.4 trabajadores por mil habitantes, teniendo los Servicios de Salud de Morelos el mayor volumen de trabajadores, sin embargo, al relacionarlos con la población de responsabilidad se encuentra un índice de 6.7 trabajadores por mil habitantes, muy inferior al de la seguridad social que contaba con 11.0 trabajadores por 1000 habitantes de responsabilidad, con un rango de 10.9 para el IMSS y de 12.8 para el ISSSTE, indicadores que requieren un mayor análisis para relacionarlos con los impactos en la salud de sus poblaciones de responsabilidad.

En el siguiente cuadro se observa un crecimiento mayor del año 2000 al 2011 de los médicos especialistas (66%), al pasar de 850 a 1415 y los pasantes de

medicina (52%) que aumentaron de 149 a 227, en relación a los médicos generales y familiares (48%) que vieron un incremento de 586 a 867, teniendo los tres un crecimiento mucho mayor que el poblacional (18%).

Evolución de los Médicos por Tipo en el Estado de Morelos del Año 2000 al 2011												
Institución/Recurso	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Total Médicos	1937	1954	1985	2058	2178	2206	2302	2369	2458	2643	2794	3241
Médicos Especialistas	850	842	828	846	918	1215	1001	1037	1336	1213	1316	1,415
Médicos Generales y/o Familia	586	575	621	685	721	735	761	745	781	789	831	867
Pasantes de Medicina	149	162	169	163	159	176	155	181	186	183	203	227

Fuente: Anuarios Estadísticos de los Servicios de Salud de Morelos de los años correspondientes.

El mayor aumento en el número de médicos generales y familiares más pasantes de medicina se dio en los Servicios de Salud de Morelos al pasar de 355 en el año 2000 a 673 en el 2011, que representó un incremento del 90%, a diferencia del IMSS que elevó sus valores en un 14% y el ISSSTE mantuvo estable sus valores, como puede verse en el cuadro siguiente:

Número de Médicos Generales y/o Familiares más Pasantes de Medicina por Institución en el Estado de Morelos del año 2000 al 2011												
Concepto	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Sector Salud	735	737	790	848	880	911	916	926	967	972	1034	1094
Pob. S/Seg. Soc. (SSM)	355	360	403	449	478	508	511	521	562	579	629	673
Pob. C/Seg. Soc.	380	377	387	399	402	403	405	405	405	408	405	421
IMSS	275	269	276	289	287	290	293	293	291	298	312	314
ISSSTE	101	104	100	104	109	107	109	109	109	90	87	100

Fuente: Anuarios Estadísticos de los Servicios de Salud de Morelos de los años correspondientes.

El promedio de habitantes por médico general y familiar varía de acuerdo a las normas de control y rendimiento como se vio al analizar la cobertura en el rubro de los consultorios, en este concepto la variación en el número de consultas hora médico varía de 4 consultas hora para las instituciones de seguridad social a 3 en los Servicios de Salud de Morelos, el otorgamiento del servicio va de 8 horas en los Servicios de Salud de Morelos a 6 en los de seguridad social, con lo que se ve

compensada la productividad por turno que es de 24 consultas día en instituciones con y sin seguridad social.

El indicador de control normado desde fines de la década de los 90's de 5 consultas por habitante, que como también ya se vio no es el ideal recomendado por los especialistas pero si por el volumen de los recursos nos permite concluir en: índice consultas hora por horas día contratadas por días hábiles del año entre norma de control $((3 \times 8) \times (232) \text{ entre } (5)) = 0$ o $((4 \times 6) \times (232) \text{ entre } 5 = a$ 1,114 habitantes a controlar por médico general y familiar, como puede observarse en el siguiente cuadro las instituciones del sector han mejorado el indicador en relación a los valores del año 2000, sin embargo con excepción de la SEDENA aún queda un camino relevante por recorrer si se quiere llegar al control del estado de salud de la población. Como referencia los países desarrollados manejan un médico general o familiar en el sector público por cada 600 a 700 habitantes, ya que la norma de control es superior a la de 5 manejada en México.

Promedio de Población por Médico General y Familiar por Institución en el Estado de Morelos del año 2000 al 2011												
Concepto	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Sector Salud	2,097	2,116	1,996	1,878	1,826	1,779	1,785	1,780	1,719	1,723	1,719	1,657
Pob. S/Seg. Soc. (SSM)	2,132	2,135	2,062	1,790	1,807	1,729	1,675	1,633	1,724	1,630	1,609	1,708
Pob. C/Seg. Soc.	2,064	2,098	1,927	1,977	1,848	1,842	1,923	1,969	1,711	1,792	1,890	1,576
IMSS	2,137	2,203	2,160	2,052	1,877	1,832	1,894	2,009	1,726	1,808	1,801	1,553
ISSSTE	1,789	1,752	1,842	1,811	1,800	1,896	1,941	1,807	1,617	1,987	2,221	1,680
SEDENA	4,050	4,050	752	1,199	1,379	1,363	4,133	3,897	2,890	2,680	1,679	1,203

Fuente: Anuarios Estadísticos de los Servicios de Salud de Morelos de los años correspondientes.

Con los cambios legislativos tenidos en el período de estudio en que se han delimitado cada vez más las responsabilidades y el roll que juegan los médicos en sus diferentes categorías aún queda un buen número de pasantes de medicina como responsables de unidades de salud, en el sistema de salud en Morelos para

el año 2011 el personal médico del primer nivel de atención aún se encontraba integrado por pasantes en el 28% del total de la planta médica del nivel de atención enunciado, resaltando los Servicios de Salud de Morelos con el 48% de su total –inferior al 71% del año 2000- a diferencia del IMSS con un 5% y el ISSSTE en el que labora sólo personal médico general titulado como se observa en el siguiente cuadro:

Porcentaje de Pasantes en Relación al Total de Médicos Generales por Institución en el Estado de Morelos del Año 2000 al 2011												
Concepto	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Sector Salud	25%	28%	27%	24%	22%	24%	20%	24%	24%	23%	24%	26%
Pob. S/Seg. Soc. (SSM)	71%	80%	68%	56%	50%	53%	44%	51%	49%	46%	43%	46%
Pob. C/Seg. Soc.	1%	1%	2%	0%	0%	0%	0%	1%	0%	0%	4%	4%
IMSS	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	2%	0%	0%	5%	5%
ISSSTE	0%	2%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
SEDENA	0%	0%	0.0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

Fuente: Anuarios Estadísticos de los Servicios de Salud de Morelos de los años correspondientes.

Como se presentó en rubros anteriores el número de médicos especialistas se incrementó en forma importante durante la última década en el Estado, sin embargo ese aumento por institución varió entre las instituciones, resaltando como se observa en el cuadro siguiente el ISSSTE con el 142% al pasar de 134 a 324 médicos especialistas y los Servicios de Salud de Morelos con el 75% al llegar a 575 médicos, reduciendo la brecha con el IMSS que llegó a 512:

Número de Médicos Especialistas por Institución en el Estado de Morelos del Año 2000 al 2011												
Concepto	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Sector Salud	850	842	828	846	918	1215	1001	1037	1336	1213	1316	1,415
Pob. S/Seg. Soc. (SSM)	328	343	314	320	380	410	428	457	441	476	560	575
Pob. C/Seg. Soc.	522	499	514	526	538	567	573	580	582	697	756	840
IMSS	383	358	390	411	403	415	422	430	495	531	494	512
ISSSTE	134	136	120	109	129	145	145	145	156	159	258	324
SEDENA	5	5	4	6	6	7	6	5	7	7	4	4

Fuente: Anuarios Estadísticos de los Servicios de Salud de Morelos de los años correspondientes

El indicador del número de médicos generales por médico especialista requiere el estudio de un plano regulador basado en niveles de atención y redes de referencia y contrarreferencia de la población sana y enferma con base en la prevención y la detección y el tratamiento oportuno, ya que sin ese plano la variación entre las instituciones del indicador es sustancial como se observa en el siguiente cuadro que varía para el año 2011 de 1.2 médicos generales por médico especialista en los Servicios de Salud de Morelos hasta 0.3 médicos generales por médico especialista en el ISSSTE, pasando por un indicador intermedio del IMSS de 0.6.

Número de Médicos Generales por Médico Especialista por Institución en el Estado de Morelos del Año 2000 al 2011												
Concepto	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Sector Salud	0.9	0.9	1.0	1.0	1.0	0.7	0.9	0.9	0.7	0.8	0.8	0.8
Pob. S/Seg. Soc. (SSM)	1.1	1.0	1.3	1.4	1.3	1.2	1.2	1.1	1.3	1.2	1.1	1.2
Pob. C/Seg. Soc.	0.7	0.8	0.8	0.8	0.7	0.7	0.7	0.7	0.7	0.6	0.5	0.5
IMSS	0.7	0.8	0.7	0.7	0.7	0.7	0.7	0.7	0.6	0.6	0.6	0.6
ISSSTE	0.8	0.8	0.8	1.0	0.8	0.7	0.8	0.8	0.7	0.6	0.3	0.3
SEDENA	0.8	0.8	2.8	1.0	1.0	0.9	0.5	0.6	0.7	0.7	1.5	1.8

Fuente: Anuarios Estadísticos de los Servicios de Salud de Morelos de los años correspondientes

El número de médicos especialistas por cama censable se ve inmerso en la vida de los servicios de un hospital (hospitalización, consulta externa, urgencias, quirófanos, UCI, etc.) y en la capacidad de resolución que se le otorgue al hospital

dentro de la red de los servicios, por lo que al no contarse con un plano regulador deriva en la variación del indicador como se observa en el siguiente cuadro sin contar a la SEDENA por su número de camas que no es representativo ante el volumen de este recurso en las demás instituciones del Estado, el promedio para el sector en el año 2011 es de 1.5 muy superior al del año 2000 que era de 1.1, teniendo en el año 2011 un rango de 1.8 médicos especialistas por cama en el ISSSTE a 1.3 en los Servicios de Salud de Morelos:

Número de Médicos Especialistas por Cama Censable por Institución en el Estado de Morelos del año 2000 al 2011												
Concepto	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Sector Salud	1.1	1.0	1.0	1.0	1.1	1.5	1.2	1.3	1.6	1.4	1.4	1.5
Pob. S/Seg. Soc. (SSM)	1.0	1.0	0.9	0.9	1.2	1.2	1.3	1.4	1.2	1.3	1.3	1.3
Pob. C/Seg. Soc.	1.2	1.0	1.1	1.1	1.1	1.2	1.2	1.2	1.2	1.5	1.4	1.6
IMSS	1.2	1.1	1.2	1.3	1.3	1.3	1.3	1.4	1.6	1.7	1.5	1.6
ISSSTE	1.1	1.1	1.0	0.9	1.1	1.2	1.2	1.2	1.3	1.4	1.4	1.8
SEDENA	0.4	0.1	0.1	0.2	0.2	0.2	0.2	0.1	0.2	0.2	0.1	0.1

Fuente: Anuarios Estadísticos de los Servicios de Salud de Morelos de los años correspondientes

Los padecimientos bucodentales tienen un alta prevalencia en el país y por ende en el Estado, siendo uno de los capítulos de la salud más olvidados, de los estudios realizados con la técnica de cuatro manos se normaba un módulo por cada 12,000 habitantes, sin embargo no se ha avanzado en las definiciones de cobertura para cortar el ciclo de estas enfermedades, en el Estado las instituciones han tenido diferente accionar como se observa en el cuadro siguiente en el que la evolución de los Servicios de Salud de Morelos han tenido una reducción del servicio en un 15% al pasar de 7,494 habitantes por odontólogo en el año 2000 a 8,641 en él 2011, por el contrario, las instituciones de seguridad social mejoraron este indicador, aunque con grandes diferencias, por ejemplo el IMSS mejoró en el mismo período de un indicador de 29,383 habitantes por odontólogo a 15,241, en los años respectivos, muy diferente al valor alcanzado en

el ISSSTE que inicia en el año 2000 con 9,032 habitantes y lo mejora para el 2011 en 6,999 habitantes por odontólogo.

Promedio de Población por Odontólogos más Pasantes por Institución en el Estado de Morelos del Año 2000 al 2011												
Concepto	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Sector Salud	11,678	10,609	12,035	10,545	12,361	10,324	11,121	10,052	10,322	8,416	9,819	8,975
Pob. S/Seg. Soc. (SSM)	7,494	7,922	10,134	8,037	10,665	7,639	7,924	7,152	8,353	8,067	9,035	8,641
Pob. C/Seg. Soc.	25,306	15,822	15,218	15,463	15,165	17,675	19,972	17,720	15,396	9,747	11,092	9,619
IMSS	29,383	26,941	29,811	28,245	23,416	26,567	27,745	22,643	21,832	18,577	16,057	15,241
ISSSTE	9,032	8,282	8,771	8,966	10,903	16,904	17,633	16,416	11,749	4,586	8,785	6,999
SEDENA	2,700	2,700	1,034	799	1,034	818	1,771	1,670	2,064	1,675	840	648

Fuente: Anuarios Estadísticos de los Servicios de Salud de Morelos de los años correspondientes

El panorama epidemiológico actual que se trató en el capítulo del estado de salud, requiere de cambios en los hábitos y estilos de vida de las personas por lo que la Organización Mundial de la Salud ha priorizado la promoción de la salud con su componente de educación, para lo que en los modelos de los servicios de salud públicos en México se ha manejado un promotor por cada 3000 habitantes para realizar las visitas domiciliarias, la formación de grupos de autoayuda, la coordinación de las pláticas educativas, entre otras múltiples actividades en el hogar, escuela y comunidad, indicador muy lejano a la realidad de las instituciones morelenses, además como se observa en el siguiente cuadro el número de habitantes por promotor en los Servicios de Salud de Morelos va en aumento de 9,345 habitantes por promotor en el año 2000 se pasó a 11,158 para el 2011, el ISSSTE no cuenta con este tipo de recurso y el IMSS ha incrementado su participación al pasar de 29,383 habitantes de responsabilidad por promotor a

15,241 en los años respectivos del período de estudio y ya cercano al de los Servicios de Salud de Morelos, pero lejos de la norma ideal que permita alcanzar los cambios en los hábitos y estilo de vida de la población:

Promedio de Población por Promotor de la Salud por Institución en el Estado de Morelos del año 2000 al 2011												
Concepto	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Sector Salud	17,718	19,254	17,916	19,185	16,397	16,372	14,861	14,588	14,326	14,438	15,590	15,903
Pob. S/Seg. Soc. (SSM)	9,345	10,673	10,259	10,716	9,816	8,964	8,645	8,344	9,408	9,163	9,825	11,158
Pob. C/Seg. Soc.	130,749	87,901	106,525	98,579	74,309	74,370	70,808	72,492	53,293	56,230	69,576	60,336
IMSS	29,383	26,941	29,811	28,245	23,416	26,567	27,745	22,643	21,832	18,577	16,057	15,241
ISSSTE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SEDENA	16,200	16,200	0	7,191	4,136	0	0	0	7,224	0	0	0

Fuente: Anuarios Estadísticos de los Servicios de Salud de Morelos de los años correspondientes

3.3.5. Servicios

Las Consultas de Medicina General otorgadas tuvieron un aumento mayor al de la población ya que su crecimiento fue del 27% del año 2000 al 2011 pasando de 2'373,378 a 3'010,890 consultas en los años respectivos, resaltando los Servicios de Salud de Morelos con un aumento entre esos años del 42%, ver cuadro siguiente, por el contrario el ISSSTE redujo las consultas de medicina general en un 8%.

Consultas de Medicina General por Institución del Año 2000 al 2011 en el Estado de Morelos												
Concepto	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Sector Salud	2,373,378	2,460,597	2,550,210	2,446,969	2,514,636	2,651,490	2,733,230	2,870,898	2,906,185	3,004,392	3,056,462	3,010,890
Pob. S/Seg. Soc. (SSM)	992,294	1,055,783	1,201,301	1,127,369	1,220,623	1,321,874	1,341,816	1,378,000	1,401,770	1,434,068	1,462,972	1,409,707
Pob. C/Seg. Soc.	1,381,084	1,404,814	1,348,909	1,319,600	1,294,013	1,329,616	1,391,414	1,492,898	1,504,415	1,570,324	1,593,490	1,601,183
IMSS		1,054,645	1,019,449	987,964	1,294,013	1,329,616	1,076,402	1,492,898	1,174,060	1,203,257	1,229,162	1,258,934
ISSSTE		337,355	317,034	296,232	286,325	292,635	297,290	320,708	308,822	343,415	343,173	310,737
SEDENA		12,814	12,426	35,404	28,006	18,326	17,722	20,032	21,533	23,652	20,040	31,512

Fuente: Anuarios Estadísticos de los Servicios de Salud de Morelos de los años correspondientes

Como se ha mencionado en rubros anteriores para hablar de control y no de libre oferta y demanda se requieren 5 consultas por habitante en el año, como mínimo, ya que los especialistas manejan de 8 a 12 consultas por habitante, sin embargo en el sector salud de Morelos para el año 2011 se tuvo un promedio de 1.7 consultas por habitante ligeramente superior al año 2000 que fue de 1.5, lo que indica que sólo existe control en algunos de los programas del sector como es el control del embarazo, parto y puerperio, sin embargo para detener el incremento en las crónico-degenerativas se requiere además de la promoción y la prevención del seguimiento de los casos de diabetes mellitus, hipertensión arterial, cerebrovasculares, entre otras.

La institución con un mayor promedio de consultas por habitante fue el IMSS, ya que de un promedio de 1.8 consultas por habitante en el año 2001 pasó a un promedio de 2.6. La institución con las menores cifras de control corresponde a los Servicios de Salud de Morelos que inicia en el primer año de la serie con un promedio de 1.3 consultas y termina para el 2011 con el mismo promedio de 1.3 consultas por habitante.

Promedio de Consultas de Medicina General y Familiar por Habitante de Responsabilidad por Institución del Año 2000 al 2011 en el Estado de Morelos												
Concepto	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Sector Salud	1.5	1.6	1.6	1.5	1.6	1.6	1.7	1.7	1.7	1.8	1.7	1.7
Pob. S/Seg. Soc. (SSM)	1.3	1.4	1.4	1.4	1.4	1.5	1.6	1.6	1.4	1.5	1.4	1.3
Pob. C/Seg. Soc.	1.8	1.8	1.8	1.7	1.7	1.8	1.8	1.9	2.2	2.1	2.1	2.4
IMSS		1.8	1.7	1.7	2.4	2.5	1.9	2.5	2.3	2.2	2.2	2.6
ISSSTE		1.9	1.7	1.6	1.5	1.4	1.4	1.6	1.8	1.9	1.8	1.8
SEDENA		0.8	1.5	4.9	3.4	2.2	1.4	1.7	1.5	1.8	2.0	3.7

Fuente: Anuarios Estadísticos de los Servicios de Salud de Morelos de los años correspondientes

El número de egresos hospitalarios también supera el crecimiento poblacional, ya que al nivel del sector se incrementaron en un 29% al pasar como se observa en el cuadro siguiente de 60,584 en el año 2000 a 78,025 egresos en el 2011, teniendo un aumento en el período de esos años, en orden de importancia el ISSSTE con el 47%, los Servicios de Salud de Morelos del 32% y el IMSS del 11%.

Egresos Hospitalarios por Institución del año 2000 al 2011 en el Estado de Morelos												
Concepto	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Sector Salud	60,584	63,150	64,243	64,785	65,116	69,521	69,897	68,532	70,064	73,874	78,108	78,025
Pob. S/Seg. Soc. (SSM)	29,387	31,120	30,097	31,794	32,388	36,198	36,921	34,858	35,470	38,131	40,010	38,782
Pob. C/Seg. Soc.	31,197	32,030	32,185	32,991	32,728	33,323	32,976	33,674	34,594	33,812	38,098	37,339
IMSS	23,678	24,669	25,301	26,443	25,986	26,665	25,526	25,746	26,077	25,484	29,684	27,364
ISSSTE	6,082	5,841	5,861	5,268	5,427	5,172	6,215	6,337	7,059	6,982	7,358	8,612
SEDENA	1,437	1,520	1,023	1,280	1,315	1,486	1,235	1,591	1,458	1,346	1,056	1,363

Fuente: Anuarios Estadísticos de los Servicios de Salud de Morelos de los años correspondientes

El promedio de egresos hospitalarios por cada cien habitantes universalmente aceptado es el de que 10 de cada 100 habitantes van a requerir hospitalizarse en el año, en México se alcanza este indicador en PEMEX, Servicios Bancarios, entre

otros. En el Sector público de Morelos como se observa en el siguiente cuadro se internó en el año 2011 el 4.3% de la población cifra superior al 3.9% del 2000, con un rango de diferencia entre el IMSS de 5.6% al 3.4% de los Servicios de Salud de Morelos, ésta institución con un descenso entre el año 2000 y el 2011, es importante resaltar que no existen estudios de como resuelve la población la falta de este servicio de hospitalización: (no se toman los datos de SEDENA por su bajo volumen)

Promedio de Egresos Hospitalarios por cada 100 Habitantes de Responsabilidad de cada Institución del año 2000 al 2011 en el Estado de Morelos												
Concepto	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Sector Salud	3.9	4.0	4.1	4.1	4.1	4.3	4.3	4.2	4.2	4.4	4.4	4.3
Pob. S/Seg. Soc. (SSM)	3.9	4.0	3.6	4.0	3.7	4.1	4.3	4.1	3.7	4.0	4.0	3.4
Pob. C/Seg. Soc.	4.0	4.0	4.3	4.2	4.4	4.5	4.2	4.2	5.0	4.6	5.0	5.6
IMSS	4.0	4.2	4.2	4.5	4.8	5.0	4.6	4.4	5.2	4.7	5.3	5.6
ISSSTE	3.4	3.2	3.2	2.8	2.8	2.5	2.9	3.2	4.0	3.9	3.8	5.1
SEDENA	8.9	9.4	12.4	17.8	15.9	18.2	10.0	13.6	10.1	10.0	10.5	16.2

Fuente: Anuarios Estadísticos de los Servicios de Salud de Morelos de los años correspondientes

Uno de los servicios con mayor desarrollo en período del año 2000 al 2011 fue el del Laboratorio de Análisis Clínicos congruente con el nuevo panorama epidemiológico y su participación en el mejoramiento de la calidad de los diagnósticos, el sector tuvo un aumento del 96% en el período, pasando como se observa en el siguiente cuadro de 497,422 atendidas en el primer año a 976,072 en el último (2011), el mayor incremento se observó en los Servicios de Salud de Morelos al alcanzar el 138%, pasando de una cifra muy baja de 136,604 personas a 324,962, la cifra más alta la alcanzó el IMSS con 506,813 personas atendidas en el 2011.

Personas Atendidas en los Laboratorios de Análisis Clínicos por Institución del Año 2000 al 2011 en el Estado de Morelos												
Concepto	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Sector Salud	497,422	525,807	526,600	508,533	581,368	679,067	657,486	700,971	859,885	863,306	897,178	976,072
Pob. S/Seg. Soc. (SSM)	136,604	150,356	157,161	149,999	174,313	192,433	226,769	233,499	281,118	269,818	313,290	324,962
Pob. C/Seg. Soc.	360,818	375,451	369,439	358,534	407,055	486,634	430,717	467,472	578,767	572,553	583,888	623,321
IMSS	287,154	294,053	289,401	289,413	330,202	397,362	340,326	376,130	479,750	470,930	463,955	506,813
ISSSTE	70,445	76,895	75,967	65,362	72,740	83,334	84,098	86,247	93,632	92,684	112,990	107,958
SEDENA	3,219	4,503	4,071	3,759	4,113	5,938	6,293	5,095	5,385	8,939	6,943	8,550

Fuente: Anuarios Estadísticos de los Servicios de Salud de Morelos de los años correspondientes

La cobertura real alcanzada por el servicio de Laboratorio para el año 2011 llegó al 54% que representa un incremento relevante en relación al año 2000 en el que se alcanzó el 32% como se observa en el siguiente cuadro, lo cual significó un aumento del 22% en el período estudiado, la cobertura para el 2011 tiene un rango que va del 104% en el IMSS originado por la asistencia de derechohabientes de estados circunvecinos al de Morelos hasta el 28% obtenido por los Servicios de Salud de Morelos, el cual es necesario mejorar junto con el ISSSTE para asegurar una detección y seguimiento de casos de alta calidad.

Cobertura Real del Servicio de Laboratorio de Análisis Clínicos de la Población de Responsabilidad Institucional del Año 2000 al 2011 en el Estado de Morelos												
Concepto	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Sector Salud	32%	34%	33%	32%	36%	42%	40%	43%	52%	52%	50%	54%
Pob. S/Seg. Soc. (SSM)	18%	20%	19%	19%	20%	22%	26%	27%	29%	29%	31%	28%
Pob. C/Seg. Soc.	46%	47%	50%	45%	55%	66%	55%	59%	84%	78%	76%	94%
IMSS	49%	50%	49%	49%	61%	75%	61%	64%	96%	87%	83%	104%
ISSSTE	39%	42%	41%	35%	37%	41%	40%	44%	53%	52%	58%	64%
SEDENA	20%	28%	49%	52%	50%	73%	51%	44%	37%	67%	69%	102%

Fuente: Anuarios Estadísticos de los Servicios de Salud de Morelos de los años correspondientes

Uno de los rubros a estudiar en el Estado de Morelos es el del promedio de exámenes de Laboratorio por persona usuaria del servicio, ya que como puede

observarse en el cuadro siguiente varía en forma importante entre las instituciones que conforman el sector en el Estado desde una cifra de 8.2 exámenes por persona en el ISSSTE o 7.5 en los Servicios de Salud de Morelos hasta 4.8 en SEDENA o 5.6 en el IMSS, cuando la capacidad de resolución interinstitucional de la problemática de salud es muy similar:

Promedio de Exámenes de Laboratorio Realizados por Persona Atendida en el Servicio de cada Institución del año 2000 al 2011 en el Estado de Morelos												
Concepto	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Sector Salud	4.3	4.6	4.8	5.1	5.1	5.0	5.5	5.7	5.0	5.9	5.9	6.5
Pob. S/Seg. Soc.	4.2	4.4	4.7	5.1	5.0	5.6	6.0	6.7	6.7	7.2	7.0	7.5
Pob. C/Seg. Soc.	4.4	4.7	4.8	5.1	5.1	4.8	5.2	5.2	4.2	5.4	5.4	6.0
IMSS	4.0	4.3	4.4	4.8	4.7	4.2	5.2	5.3	4.1	5.3	5.4	5.6
ISSSTE	6.1	6.5	6.6	6.3	6.7	7.5	5.4	4.9	5.1	6.3	5.4	8.2
SEDENA	3.6	2.6	2.5	3.2	3.7	3.3	2.3	2.5	2.0	4.4	4.6	4.8

Fuente: Anuarios Estadísticos de los Servicios de Salud de Morelos de los años correspondientes

El número de urgencias del año 2000 al 2011 tuvo un aumento del 29% similar al de la consulta de medicina general, resaltando el crecimiento en los Servicios de Salud de Morelos (69%) y el ISSSTE (310%), el IMSS mantuvo el número y hasta lo redujo ligeramente en el período como se puede concluir en el siguiente cuadro:

Número de Urgencias por Institución y año del 2000 al 2011 en el Estado de Morelos												
Concepto	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Sector Salud	474,229	465,379	497,451	485,722	462,179	467,067	484,576	503,709	478,847	531,962	540,438	614,106
Pob. S/Seg. Soc.	147,411	152,019	166,696	165,540	160,433	172,319	186,112	160,569	142,671	192,988	179,163	249,248
Pob. C/Seg. Soc.	326,818	313,360	330,755	320,182	301,746	294,748	298,464	343,140	336,176	338,974	361,275	364,858
IMSS			315,740	303,289	283,902	278,548	280,684	314,373	305,803	316,941	332,433	308,600
ISSSTE			12,699	12,132	12,483	14,800	16,310	21,837	25,555	20,592	27,174	52,101
SEDENA			2,316	4,761	5,358	1,400	1,470	6,930	4,818	1,441	1,668	4,157

Fuente: Anuarios Estadísticos de los Servicios de Salud de Morelos de los años correspondientes

Un buen número de las urgencias no son reales sino sentidas por los usuarios de los servicios, sin embargo representan el 13% del total de las consultas médicas otorgadas, requiriendo personal especializado para la atención de las mismas, en el siguiente cuadro puede observarse el comportamiento en el IMSS que de un 19% en el año 2002 lo redujo al 15% en el año del 2011 siguiendo la estrategia de aperturar el servicio de consulta externa en las unidades donde el servicio entre semana se encuentra saturado y con ello invirtió el aumento ligero, por lo que sería interesante estudiar las medidas aplicadas para reducir sobre todo las urgencias sentidas que requieren instalaciones y personal especializado.

Porcentaje de las Urgencias en Relación al Total de Consultas Médicas Otorgadas por Institución del Año 2000 al 2011 en el Estado de Morelos												
Concepto	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Sector Salud	13%	13%	13%	13%	12%	12%	12%	12%	11%	12%	12%	13%
Pob. S/Seg. Soc.	11%	10%	11%	11%	10%	10%	10%	9%	8%	10%	9%	12%
Pob. C/Seg. Soc.	15%	14%	15%	15%	14%	14%	14%	15%	14%	13%	14%	14%
IMSS			19%	19%	18%	17%	16%	17%	17%	17%	17%	15%
ISSSTE			3%	3%	3%	3%	4%	5%	5%	3%	5%	9%
SEDENA			8%	7%	9%	4%	4%	16%	10%	3%	4%	8%

Fuente: Anuarios Estadísticos de los Servicios de Salud de Morelos de los años correspondientes

La productividad de los médicos generales o familiares tuvo un descenso del año 2000 al 2011 con excepción del IMSS que la mantuvo durante el período, en los Servicios de Salud de Morelos se redujo en el 19% y en el ISSSTE el 4% y en la SEDENA se incrementó en el 41%, como puede observarse en el cuadro siguiente:

Promedio de Consultas de Medicina General y Familiar por Médico Año por Institución del año 2000 al 2011 en el Estado de Morelos												
Concepto	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Sector Salud	3,229	3,339	3,228	2,886	2,858	2,911	2,984	3,100	3,005	3,091	2,956	2,737
Pob. S/Seg. Soc. (SSM)	2,795	2,933	2,981	2,511	2,554	2,602	2,626	2,645	2,494	2,477	2,326	2,254
Pob. C/Seg. Soc.	3,634	3,726	3,486	3,307	3,219	3,299	3,436	3,686	3,715	3,849	3,935	3,750
IMSS		3,921	3,694	3,419	4,509	4,585	3,674	5,095	4,035	4,038	3,940	3,934
ISSSTE		3,244	3,170	2,848	2,627	2,735	2,727	2,942	2,833	3,816	3,945	3,107
SEDENA		3,204	1,130	5,901	4,668	3,054	5,907	6,677	4,307	4,730	3,340	4,502

Fuente: Anuarios Estadísticos de los Servicios de Salud de Morelos de los años correspondientes

Un médico general o familiar con las condiciones generales de trabajo de cada institución, que como se mencionó en rubros anteriores trabajan con rendimientos y horas laborales diferentes, sin estar de acuerdo coinciden en la capacidad de producción de 24 consultas día o 5568 al año, que como puede observarse en el cuadro anterior y el siguiente ninguna institución se acerca al óptimo de funcionamiento institucional, la Institución con el menor rendimiento son los Servicios de Salud de Morelos con 9 consultas médicas diarias y el ISSSTE con 13 consultas médico día y las dos instituciones como se enunció en el rubro anterior han estado hacia la baja como se puede ver en el siguiente cuadro:

Promedio de consultas de Medicina General y Familiar Día por Institución del año 2000 al 2011 en el Estado de Morelos												
Concepto	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Sector Salud	14	14	14	12	12	13	13	13	13	13	13	12
Pob. S/Seg. Soc. (SSM)	12	13	13	11	11	11	11	11	11	11	10	9
Pob. C/Seg. Soc.	16	16	15	14	14	14	15	16	16	17	17	16
IMSS	0	17	16	15	19	20	16	22	17	17	17	17
ISSSTE	0	14	14	12	11	12	12	13	12	16	17	13
SEDENA	0	14	5	25	20	13	25	29	19	20	14	19

Fuente: Anuarios Estadísticos de los Servicios de Salud de Morelos de los años correspondientes

En los sistemas de salud tanto públicos como privados se ha buscado que el médico general o familiar sea resolutivo y junto con su equipo de salud resuelva el 85% de los problemas de la comunidad, en algunos países europeos se llega al 90%, para lo que es necesario que se otorgue de 8 a 12 consultas de medicina general por una de especialidad, sin embargo en el sistema morelense el médico del primer nivel cada vez más se ha transformado en médico referidor al encontrar que de 5.3 consultas que se daban por una de especialidad en el año 2000 en el 2011 se redujo a 4.1, con un rango de 2.2 en el ISSSTE a 6.5 en los Servicios de Salud de Morelos, como se ve en el siguiente cuadro, es de resaltar que en estos Servicios se tenía un indicador de 8.4 a 9.7 del año 2004 al 2009, con lo que se puede concluir que es factible alcanzar el indicador que permita resolver los problemas que le corresponden a cada nivel de atención dentro de la red de los servicios:

Número de consultas de Medicina General y Familiar por Una Consulta de Especialidad por Institución del Año 2000 al 2011 en el Estado de Morelos												
Concepto	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Sector Salud	5.3	4.9	5.0	4.7	4.8	4.6	4.8	4.9	5.1	4.9	4.7	4.1
Pob. S/Seg. Soc. (SSM)	7.5	6.6	7.5	7.4	8.4	7.4	7.8	8.4	10.3	9.7	7.4	6.5
Pob. C/Seg. Soc.	4.3	4.1	3.9	3.6	3.4	3.3	3.5	3.5	3.4	3.4	3.5	3.1
IMSS		4.5	4.1	3.7	3.4	3.3	3.5	3.5	3.8	3.8	3.9	3.4
ISSSTE		3.5	3.5	3.2	3.2	3.5	3.5	3.2	2.6	2.7	2.8	2.2
SEDENA		1.1	1.2	3.2	2.7	1.4	1.8	2.0	1.6	1.8	1.9	3.0

Fuente: Anuarios Estadísticos de los Servicios de Salud de Morelos de los años correspondientes

La saturación de los servicios hospitalarios por la insuficiencia de camas censables ha originado un desequilibrio importante en la atención hospitalaria, desprotegiendo el campo de la medicina, ya que los problemas de salud han demostrado la necesidad de que los egresos se distribuyan en el 55% para cirugía y el 45% para medicina, sobre todo con el avance de las enfermedades crónico-degenerativas, sin embargo como se observa en el siguiente cuadro el 64% de los egresos en el año 2000 correspondían a cirugía para el año 2011 se incrementó al 69% a expensas de una reducción en el internamiento de los de medicina, teniendo un rango para el 2011 del 57% en los Servicios de Salud de Morelos al 91% en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Porcentaje de Cirugías en Relación al Total de Egresos Hospitalarios por Institución del año 2000 al 2011 en el Estado de Morelos												
Concepto	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Sector Salud	64%	67%	70%	71%	70%	70%	69%	63%	69%	70%	66%	69%
Pob. S/Seg. Soc. (SSM)	51%	51%	56%	55%	55%	59%	60%	50%	53%	56%	55%	57%
Pob. C/Seg. Soc.	77%	83%	86%	87%	84%	82%	79%	77%	86%	88%	79%	84%
IMSS	84%	89%	93%	92%	89%	84%	85%	85%	94%	99%	84%	91%
ISSSTE	63%	70%	67%	74%	76%	86%	64%	62%	67%	60%	63%	68%
SEDENA	27%	43%	41%	31%	30%	30%	33%	11%	37%	29%	46%	35%

Fuente: Anuarios Estadísticos de los Servicios de Salud de Morelos de los años correspondientes

Los partos atendidos por las instituciones públicas del Estado se ha incrementado del 53% en el año 2000 al 78% en el 2011, de los que el 72% ocurrió en los Servicios Estatales de Salud, el 24% en el IMSS, el 3% en el ISSSTE y el 1% en SEDENA, como puede observarse en el siguiente cuadro:

Porcentaje de Partos Atendidos en el Sector Público y el Peso Relativo de Cada Institución en Relación al Total de Partos Atendidos del Año 2000 al 2011 en el Estado de Morelos

Concepto	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Sector Salud	53%	66%	63%	72%	72%	73%	72%	74%	78%	82%	82%	78%
Total Atendidos	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Pob. S/Seg. Soc. (SSM)	53%	56%	56%	62%	64%	65%	66%	64%	65%	70%	70%	72%
Pob. C/Seg. Soc.	47%	44%	44%	38%	36%	35%	34%	36%	35%	30%	30%	28%
IMSS	42%	39%	38%	33%	32%	31%	31%	33%	31%	27%	26%	24%
ISSSTE	5%	5%	4%	4%	3%	4%	2%	3%	3%	3%	3%	3%
SEDENA	0%	0%	1%	1%	1%	1%	1%	0%	1%	1%	1%	1%

Fuente: Anuarios Estadísticos de los Servicios de Salud de Morelos de los años correspondientes

De acuerdo a los resultados de la ENSANUT 2012, la mayoría de las mujeres de Morelos fueron atendidas por personal profesional de la salud, teniendo el Estado resultados muy similares a los del País, como se observa en el siguiente cuadro:

Porcentaje de mujeres de 20 a 49 años que fueron atendidas por personal de salud en su último parto en los últimos cinco años, por entidad federativa. México, ENSANUT 2012

Entidad federativa	Frecuencia*	%
Morelos	162.4	99.7
Nacional	9 631.1	99.6

* Frecuencia en miles

Fuente: Cuestionario de adultos, ENSANUT 2012.

3.3.6. Recursos Financieros

Los recursos financieros durante la década inicial de este siglo tuvieron un aumento importante como se observa en el siguiente cuadro, pasando el Sector Salud en el Estado de Morelos de 1,716 millones de pesos en el año 2000 a 6,678 millones de pesos en el 2011, que representó un incremento del 289% con base

en los servicios a la población sin seguridad social (391%) y el IMSS (293%), a diferencia del ISSSTE que sólo fue del 34% para el período estudiado, resaltando en este caso la ausencia del hospital del segundo nivel de atención y la incorporación a la entidad del hospital regional del tercer nivel de atención, que puede explicar que el financiamiento no se dé a través de la Delegación del ISSSTE.

Gasto Público en Salud a nivel del Sector y por Institución del Año 2000 al 2011 en el Estado de Morelos												
Concepto	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Sector Salud	1,716,498	2,069,609	2,190,323	2,561,665	3,112,505	3,475,270	3,571,727	3,916,324	4,331,042	5,103,529.3	5,286,395.8	6,678,971.5
Pob. S/Seg. Social	514,363	683,957	754,947	883,553	961,644	1,423,236	1,367,565	1,647,365	1,890,633	2,271,959.4	2,373,506.0	2,525,212.0
Pob. C/Seg. Social	1,202,135	1,385,652	1,435,376	1,678,111	2,150,861	2,052,034	2,204,162	2,268,959	2,440,409	2,831,569.9	3,019,321.4	4,153,759.5
IMSS	984,229	1,160,237	1,198,219	1,386,859	1,855,435	1,721,313	1,850,794.0		1,919,169	2,181,485.3	2,380,721.8	3,870,132.0
ISSSTE	211,003	217,499	227,088	262,718	258,562	288,938	300,378.9	317,339.1	471,152	601,964.5	638,599.6	283,627.5

*Miles de pesos

Fuente: Anuarios Estadísticos de los SSM en los años correspondientes. Cuentas Nacionales de Salud. Años correspondientes.

En el siguiente recuadro se puede observar que el gasto público en salud aún se encuentra por debajo de lo observado en los países desarrollados, sin embargo se resalta un mayor esfuerzo en la entidad que en el país, ya que ascendió del 2.6% al 4.0% del Producto Interno del Estado.

Gasto Público Total en Salud como Porcentaje del Producto Interno Bruto del Año 2000 al 2010 en el País y el Estado de Morelos											
Concepto	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
EUM	2.6	2.7	2.7	2.8	3.0	3.0	2.9	3.1	3.2	3.1	3.1
Morelos	2.6	2.7	2.8	2.9	3.2	3.4	3.2	3.3	3.3	4.0	4.0

Fuente: Anuarios Estadísticos de los SSM en los años correspondientes. Cuentas Nacionales de Salud. Años correspondientes.

Lo mismo puede observarse en el siguiente cuadro en el que el gasto público en salud en relación al gasto público total el esfuerzo en esta materia realizado por el Estado supera al nacional, hasta llegar en el período al 22.0% del gasto total:

Concepto	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
EUM	16.6	16.6	15.7	15.5	17.4	17.2	17.1	17.6	17.2	15.0	15.0
Morelos	17.2	20.8	19.1	21.3	26.9	24.5	24.1	25.1	25.0	22.0	22.0

Fuente: Anuarios Estadísticos de los SSM en los años correspondientes. Cuentas Nacionales de Salud. Años correspondientes.

Sin embargo al analizar el gasto per cápita estatal contra el nacional en salud en el país llegó a 3,999.94 pesos contra 2,974.52 en la entidad con una diferencia de 625.42 pesos a favor del Nacional en el año 2010, diferencia que ha tenido un aumento año con año ya que inició con 330.53 pesos en el 2000. Esto se refuerza al observar en el cuadro que el país deriva de su gasto nacional en salud al Estado el 1.3% del total nacional cuando la población estatal representa el 1.6% del total del país. En el año 2010.

Concepto	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
EUM	1,444.10	1,560.54	1,678.66	1,891.78	2,242.69	2,345.55	2,535.58	2,830.90	3,125.32	3,420.70	3,599.94
Mor	1,113.57	1,327.02	1,389.23	1,608.74	1,936.94	2,144.08	2,184.90	2,375.74	2,606.22	3,047.26	2,974.52
Diferencia	330.53	233.52	289.42	283.04	305.75	201.47	350.68	455.16	519.11	373.44	625.42
% Gasto en Salud Edo. S/Gasto Nac. en Salud	1.2%	1.3%	1.3%	1.3%	1.3%	1.4%	1.3%	1.3%	1.3%	1.4%	1.3%

Fuente: Anuarios Estadísticos de los SSM en los años correspondientes. Cuentas Nacionales de Salud. Años correspondientes.

En el Gasto per cápita por institución en el Estado de Morelos se observa en el siguiente cuadro un aumento del 231% del año 2000 al 2011, pasando de 1,113 pesos a 3,684 pesos, este incremento se derivó del 374% obtenido por el IMSS que llegó a 7,935.5 pesos de 1,674.8 del año 2000, la población sin seguridad

social también tuvo un aumento importante del 223%, superior al del ISSSTE e inferior al del IMSS con el que, la diferencia del per cápita interinstitucional se acentuó ya que en el año 2000 era menor a los mil pesos y para el 2011 llegó a un poco más de cinco mil pesos.

Gasto Percápita en Salud del Sector y sus Instituciones en el Estado de Morelos del Año 2000 al 2011												
Concepto	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Morelos	1,113.57	1,327.02	1,389.23	1,608.74	1,936.94	2,144.08	2,184.90	2,375.74	2,606.22	3,047.26	2,974.52	3,684.00
Pob. S/Seg. Social	679.53	890.01	908.52	1,099.35	1,113.23	1,620.07	1,597.92	1,935.69	1,951.12	2,407.25	2,176.34	2,197.22
Pob C/Seg. Social	1,532.37	1,751.52	1,924.93	2,127.88	2,894.47	2,764.17	2,829.88	2,845.39	3,522.46	3,873.58	3,945.07	6,258.57
IMSS	1,674.85	1,957.51	2,009.68	2,338.14	3,445.09	3,239.54	3,335.36	0.00	3,822.05	4,049.33	4,236.16	7,935.53
ISSSTE	1,168.08	1,193.73	1,232.96	1,395.26	1,317.53	1,424.39	1,419.63	1,610.91	2,673.44	3,365.43	3,304.25	1,688.52

Fuente: Anuarios Estadísticos de los SSM en los años correspondientes. Cuentas Nacionales de Salud. Años correspondientes.

También en relación al per cápita nacional para la población sin seguridad social el Estado se encuentra en desventaja, ya que el per cápita nacional se incrementó (330%) para el 2010 a 3,754 pesos de 873 pesos del 2000, -como se observa en el siguiente cuadro- y el estatal creció el 220%, alcanzando la cifra de 2,176 pesos con una diferencia de 1,578 pesos a favor del nacional en este último año de la serie contra 193.6 pesos de diferencia que se tenía para el año 2000.

Gasto Percápita en la Población Sin Seguridad Social en el País y el Estado de Morelos y su Diferencia del Año 2000 al 2010												
Concepto	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
EUM	873.17	1,037.31	0.00	1,120.31	1,441.05	1,935.81	1,914.19	2,151.62	2,560.44	3,711.32	3,754.47	
Morelos	679.53	890.01	908.52	1,099.35	1,113.23	1,620.07	1,597.92	1,935.69	1,951.12	2,407.25	2,176.34	
Diferencia	193.64	147.30	0.00	20.96	327.82	315.74	316.27	215.93	609.32	1,304.07	1,578.12	

Fuente: Anuarios Estadísticos de los SSM en los años correspondientes. Cuentas Nacionales de Salud. Años correspondientes.

Las fuentes de financiamiento para las instituciones de población sin seguridad social se resume en el federal y el estatal, observándose en el siguiente cuadro como el financiamiento federal tiene un ascenso del 376% al pasar de 420.800 millones de pesos en el año 2000 a 2,004 millones en el 2011, por lo que en la composición presupuestal el financiamiento federal tiene una evolución porcentual hacia la alza hasta el año 2010 y en el año 2011 desciende al 79%, porcentaje ligeramente inferior al del año 2000, originado a que el financiamiento estatal tiene un aumento superior (457%) en el período pasando de 93 millones de pesos en el primer año de la serie a 521 millones de pesos en el último (2011).

Fuentes de Financiamiento Públicas de los Servicios de Salud a Población Abierta en el Estado de Morelos del Año 2000 al 2011												
Concepto	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Gasto Público en Salud*	514,363.00	683,957.12	754,946.67	883,553.41	961,643.83	1,423,235.82	1,367,564.95	1,647,364.95	1,890,633.30	2,271,959.39	2,202,319.17	2,525,212.00
Financiamiento Federal	420,800.00	578,743.12	663,093.47	765,209.41	844,141.83	1,263,060.82	1,197,029.95	1,469,447.45	1,699,298.40	2,075,341.39	1,999,984.50	2,004,079.00
Porcentaje	82%	85%	88%	87%	88%	89%	88%	89%	90%	91%	91%	79%
Financiamiento Estatal	93,563.00	105,214.00	91,853.20	118,344.00	117,502.00	160,175.00	170,535.00	177,917.50	191,334.90	196,618.00	202,334.60	521,133.00
Porcentaje	18%	15%	12%	13%	12%	11%	12%	11%	10%	9%	9%	21%

*Miles de pesos

Fuente: Anuarios Estadísticos de los SSM en los años correspondientes. Cuentas Nacionales de Salud. Años correspondientes.

3.4. Atención de las controversias en salud

Hasta el año 1999 el Sistema Estatal de Salud no contaba con una instancia especializada para atender las inconformidades de los usuarios de los servicios de salud. Esta deficiencia se resolvió con la creación, en el mes de septiembre de 2000, de la Comisión Estatal de Arbitraje Médico (COESAMOR). Sus funciones están orientadas a brindar orientación a usuarios inconformes, además de gestionar una atención más oportuna en los establecimientos de salud, al mismo tiempo proporciona asesoría especializada, contribuyendo a resolver las

controversias suscitadas a través de la conciliación con los prestadores de los servicios, o en su caso, por medio del arbitraje con la aceptación de las partes.

Entre 2001 y 2012, la COESAMOR atendido más de 2,500 asuntos que fueron resueltos por alguna de las modalidades citadas; destaca que el 64% se resolvió mediante orientación, el 11% a través de asesoría especializada, y sólo el 25% requirió de un proceso conciliatorio.

Los objetivos de la Comisión Estatal de Arbitraje Médico se orientan a contribuir con la mejora de la calidad en la atención y la seguridad del paciente, con investigaciones y proyectos que contribuyan a desarrollar una cultura de identificación, análisis, prevención y comunicación de eventos adversos en salud.

3.5. Asistencia Social

El Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Morelos se ha convertido en el detonador del Desarrollo Humano y Comunitario, con perspectiva de familia, para contribuir y propiciar la suma de esfuerzos interinstitucionales e intersectoriales, talentos y visión, para juntos lograr el fortalecimiento del Tejido Social, construyendo bases sólidas para defender a la familia con y desde la sociedad a través de Políticas Públicas e intervención en el campo de la asistencia social vista desde una nueva perspectiva que ejercite la función rectora del Gobierno, de tal manera que con y para la sociedad se establezca lo que es mejor para la familia.

Partiendo de lo anterior es imprescindible conocer el contexto real de cada sector de la población que el Sistema DIF del Estado de Morelos beneficia, otorgando los programas para la asistencia social. a menores y adolescentes, personas con discapacidad, adultos mayores y a la familia, se refleja en los servicios que genera dentro de la institución.

Los rubros que atiende el Sistema DIF del Estado de Morelos en cuestión de asistencia social son:

3.5.1. Menores y adolescentes

El Programa de Prevención de Adicciones y otros Riesgos Psicosociales en el Estado de Morelos, (PREVERP), mismo que cuenta con dos subprogramas “Chimalli” y “Nueva Vida”, ha tenido un gran impulso, ya que contamos con un gran número de promotores Chimalli y Nueva Vida, los cuales tienen como objetivo prevenir, atender y dar seguimiento a los problemas de adicciones en los niños, adolescentes, jóvenes y adultos, para con ello controlar y dar seguimiento en la medida de lo posible al problema de la adicción en el Estado de Morelos, a través de pláticas, talleres y conferencias que se realicen en cada uno de los municipios.

El Programa de Atención a la Salud del Niño, mejora las condiciones de salud de los niños, enfocándose a los de seis años en adelante, mediante la integración de los programas de prevención de riesgo a la salud y las actividades de la vida diaria realizadas con los infantes, padres de familia y comunidad que se encuentra dentro y alrededor de los Centros de Desarrollo Infantil (CADI) y los Centros de Asistencia Infantil Comunitario (CAIC) del Estado.

Ante el problema del trabajo infantil que deja de ser un apoyo, para convertirse en una obligación familiar, similar a la que deben asumir las personas adultas el Sistema Estatal DIF cuenta con el programa de becas académicas para menores trabajadores urbano marginales del estado de Morelos.

El Sistema DIF Morelos cuenta con Centros de Atención Integral Comunitarios denominados: Centro de Desarrollo Comunitario (CDC), Centro de Desarrollo Educativo (CDE) y los CADI Tekio y Emiliano Zapata, así como supervisa y coordina los 46 CAIC que se encuentran en 18 municipios del Estado de Morelos,

es el enlace con el IEBEM para la incorporación oficial de dichos CAIC al Sistema Educativo.

Los CAIC son Centros de Asistencia Infantil Comunitarios, es un modelo de atención que busca dar respuesta a la demanda de brindar atención temprana a los niños menores de 6 años en situación de vulnerabilidad, opera en zonas urbano-marginadas y rurales del Estado, con personal comunitario capacitado.

Los CADI Centros de Atención y Desarrollo Infantil tienen como objetivo brindar atención a niños y niñas de 2 a 6 años, hijos de madres trabajadoras de escasos recursos económicos preferentemente carentes de prestaciones sociales con la finalidad de favorecer el desarrollo del menor, así como promover la participación activa de la familia.

La Procuraduría de la Defensa del Menor y la Familia procura a través de la Adopción a niñas y niños morelenses, el ejercicio del derecho de vivir en familia para que tengan un desarrollo psicosocial sano y mantener los valores familiares y a efecto de cumplir con la obligación del Estado de garantizar, respetar y proteger los derechos de los menores sin respaldo familiar; para atender el desamparo.

3.5.2. Alimentación

La Dirección de Sistemas Alimentarios y Nutrición opera los programas de atención a menores de 5 años, menores de un año, despensas en desamparo, desayunos escolares fríos, Centros de Asistencia Nutricional y Comunitaria (CANyC), que se encarga del programa de Desayunos Calientes y finalmente vigilancia nutricional como de la orientación alimentaria, ya que se tiene el compromiso de prevenir y combatir la desnutrición en el Estado, elevando los niveles nutricionales de la población más vulnerable del estado de Morelos, así como proporcionar por medio del desarrollo comunitario la sustentabilidad de alta y muy alta marginalidad.

3.5.3. Familia

El Sistema DIF Morelos, a través de la Procuraduría de la Defensa del Menor y la Familia, brinda apoyo integral a todas aquellas personas que se encuentran en estado de abandono, maltrato o en situación de riesgo, proporcionándoles servicios jurídicos, psicológicos y de trabajo social gratuitos, dentro del ámbito de su competencia, con la finalidad de apoyar a todas aquellas personas que por razones de su precaria situación económica no cuentan con dichos servicios, es por ellos que en el marco de la promoción y ejercicio de los derechos requeridos para el desarrollo pleno e integral de las familias morelenses, resulta necesario otorgar los servicios en mención con la finalidad de que cada municipio que conforma el estado de Morelos, tenga un área administrativa que cumpla estos objetivos y fines para beneficiar a la población más vulnerable.

El Centro de Desarrollo Comunitario (CDC) imparte tres carreras técnicas: Cultura de Belleza, Modas y Secretariado Ejecutivo con Especialidad en Informática, solo con secundaria terminada; para personas vulnerables y de escasos recursos, con la única finalidad de coadyuvar a fortalecer a las familias, especialmente a mujeres jóvenes, amas de casa, madres solteras, con un servicio educativo que les ayude a elevar su calidad de vida.

3.5.4. Adulto mayor

Los procesos de transición demográfica y epidemiológica han exigido que los servicios, los programas y los proyectos para la atención de los adultos mayores adquieran otras dimensiones y demandas; las políticas públicas actuales sobre la atención al envejecimiento, nos obligan a poner nuevos retos.

Con la finalidad de promover el Desarrollo Humano de los Adultos Mayores impulsando acciones que promuevan su calidad de vida así como impulsar en un marco de integración, participación social y familiar, fomentando la creación de espacios autogestivos, puntos de encuentro y apoyos para la organización y funcionamiento de los grupos de los Adultos Mayores, en coordinación con los

municipios y en concordancia con los Programas Nacionales, con la finalidad de satisfacer sus necesidades de una manera integral y participativa.

El Sistema DIF a través de sus Centros Gerontológicos y Casa Día Cuautla, generan programas de atención para adultos mayores en sus diversos modelos de intervención: En la comunidad, en la familia, organizaciones de la sociedad civil y en las instituciones; y es también una instancia de vinculación entre los diferentes actores que intervienen en la educación, la salud, la promoción, la capacitación gerontológica y la participación activa en actividades de esparcimiento, recreación y educación de los adultos mayores.

3.5.5. Personas con discapacidad

La nueva cultura de la discapacidad está fundamentada en la dignidad de las personas con discapacidad y en la revaloración tomando ésta, como un proceso permanente de educación, de capacitación y de formación integral que propicia el crecimiento de las personas, para que no solo tenga más, sino para que sea más.

Para lograrlo se participa activamente y de manera coordinada con los Municipios, Instituciones públicas y privadas, a sembrar y fortalecer el desarrollo de las personas con discapacidad y adultos mayores para equiparar y facilitar su integración plena en todos los ámbitos de la vida.

Los programas que maneja el Sistema DIF Morelos para este sector de la población, se basan en la aplicación de objetivos por personal calificado que contemplan Médicos Especialistas en Medicina de Rehabilitación y Licenciados en Terapia en tres modalidades importantes como son: Terapia Física, Ocupacional y de Lenguaje, además de contar con los servicios de Trabajo Social y de Psicología para completar un manejo Integral cuya finalidad es la de reintegrar a la persona con discapacidad a la sociedad, estimulando el máximo de sus potencialidades y trabajando con sus limitaciones en un marco de respeto y dignificación del ser humano.

3.6. Conclusiones

- El Estado de Morelos aún cuenta con una población joven ya que el promedio de edad de la población es de 27 años, ligeramente superior a la nacional (26), sin embargo la estructura poblacional va virando hacia una población adulta en forma acelerada, si analizamos que hace 10 años el promedio de edad de la población era de 23 años, la esperanza de vida al nacerse ha incrementado en los últimos años siendo para el hombre de 73.2 y para la mujer de 78.3 años, con lo que el grupo de edad de más de 65 años paso del 5.2% en el año 2000 al 6.6% en el del 2010, con los consecuentes impactos en el cambio del panorama epidemiológico de la entidad hacia las enfermedades crónico degenerativas, los accidentes y violencias con las consecuentes discapacidades que de ellas se derivan, así como las enfermedades infecciosas emergentes que siguen apareciendo como el dengue, el VIH/SIDA y la permanencia de la tuberculosis.
- Se ha observado un aumento en el número de embarazos en el último lustro sobre todo en la población adolescente, cuyo peso específico en el total de embarazadas paso del 16.9% al 22.2% del total de las embarazadas en el Estado, con los problemas en el desarrollo familiar y social en esta entidad federativa.
- Las causas de morbilidad atendida siguen representadas por las enfermedades infecciosas como las infecciones respiratorias agudas, las intestinales, las de vías urinarias que en su conjunto representan más del 60% de la demanda de los servicios de la consulta ambulatoria, que con excepción de las últimas tienen un comportamiento hacia la baja; continúan en orden de importancia la picadura de alacrán, mal endémico en el Estado con una demanda por arriba de los 30,000 casos en el año; le siguen las enfermedades crónicas como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y las gastritis, duodenitis y úlceras con un aumento relevante en sus valores los últimos 10 años, pero conforme a las normas técnicas nacionales aún

se tiene una cobertura muy baja que derivará, como ya está sucediendo, en la falta de control de éstas con la presencia temprana de sus complicaciones y con los consecuentes incrementos en los costos de su atención y en la vida social de los morelenses.

- La tasa de mortalidad general ante el cambio estructural de la población se encuentra hacia el alza desde el año 2001 en que se tuvo un valor de 4.2 defunciones por mil habitantes para llegar en el 2010 a una tasa de 5.8, la que si no se aborda adecuadamente, llevará a la entidad en unos cuantos lustros a las tasas de los países desarrollados con estructuras poblacionales maduras.
- Las principales causas de mortalidad están dadas por las enfermedades crónicas degenerativas, ya que con excepción de la desnutrición, los accidentes y los homicidios, el resto de las principales causas de muerte corresponde a ese tipo de enfermedades. Es conveniente resaltar que la primera causa de muerte en la edad productiva lo ocupa la diabetes mellitus y en la post productiva las enfermedades del corazón, y la diabetes mellitus pasa al segundo lugar con tendencia al primero, con el consecuente encarecimiento de los servicios de salud ante sus complicaciones, como son la insuficiencia renal y las enfermedades cerebrovasculares que requieren una tecnología más sofisticada.
- Las tasas y razones de la mortalidad materna e infantil que tienen una relación directa con los sistemas de salud, mantienen un comportamiento estable durante los últimos 10 años, lo que indica se requiere un cambio en las políticas de salud para su control y reducción y así alcanzar los objetivos del milenio, comprometidos ante la ONU.

El Estado de Morelos cuenta como el país, con un sistema de salud segmentado, con tres grandes subsectores: Público, Social y Privado:

- El subsector público conformado por un componente estatal responsable en la atención médica para la población sin seguridad social y un componente federal responsable de la población con seguridad social, lo que dificulta la

atención integral de la población bajo un enfoque único en respuesta a la problemática en salud del Estado.

- Un financiamiento diferenciado entre las instituciones de seguridad social que responden a mecanismos de mercado y las instituciones estatales que responden a esquemas de financiamiento fiscal, tanto estatal como federal y aportación voluntaria de la comunidad sin empleo formal en el mercado laboral, lo que origina que la población con seguridad social tenga un per cápita superior hasta en cuatro veces al de la población sin este beneficio bajo la responsabilidad de la Secretaría de Salud.
- Por último, el Instituto Mexicano del Seguro Social tiene saturada la estructura física y humana en la atención ambulatoria a diferencia de la Secretaría de Salud (población sin seguridad social) y el ISSSTE que aún cuentan con capacidad subutilizada hasta en un 70%.
- En cuanto a los indicadores de cobertura óptima, las instituciones de salud cuentan con insuficiencias importantes de recursos para llegar a acciones de control de la población que el nuevo panorama epidemiológico requiere, como se observó en los correspondientes rubros, resaltan la insuficiencia de médicos generales y/o familiares, el número de consultorios de medicina general y el número de camas por 1000 habitantes, entre otros.
- La capacidad resolutoria del primer nivel de atención se encuentra en cifras muy bajas que permiten concluir que se ha convertido en un nivel referidor de pacientes a los niveles superiores en lugar de ser un nivel resolutorio como marca la OMS, que debería de resolver el 85% de los problemas de salud y si se le acercará la tecnología en salud pudiera llegar al 90% como en los países desarrollados.
- Con el objeto de reforzar el ejercicio de las profesiones para la salud, así como el de garantizar el respeto de los derechos del paciente, por medio de la interpretación de los principios bioéticos de autonomía, beneficencia y justicia, se crea en el año 2000 la Comisión Estatal de Arbitraje Médico, evitando con ello que las controversias médicas lleguen al poder judicial y con ello, el aumento en los costos sociales y económicos de los

prestadores del servicio y de los usuarios de los mismos, obteniendo con estas acciones a contribuir en la mejora de la calidad de la atención y la seguridad del paciente.

4. Objetivos y su importancia para el desarrollo del Estado de Morelos

- Fortalecer la rectoría de la Secretaría de Salud en el Estado.
- Impulsar el federalismo y la cooperación en salud.
- Garantizar la prestación de servicios de salud con calidad y seguridad.
- Mantener e incrementar el Padrón de Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud impulsando la Cobertura Universal en Salud.
- Fortalecer el financiamiento a los prestadores de servicios médicos para la ejecución de las acciones del Sistema de Protección Social en Salud.
- Garantizar la atención a la salud en segundo y tercer nivel de atención con la ampliación de espacios físicos, servicios y programas.
- Fortalecer el desarrollo e integración a la sociedad de las personas con discapacidad.
- Fortalecer los programas de promoción, prevención, detección temprana y restauración para una referencia oportuna de enfermedades como: Diabetes, hipertensión arterial, cardiovasculares, cáncer, VIH SIDA e infecciosas emergentes.
- Fortalecer la prestación de servicios de salud preventivos, curativos y de rehabilitación con calidad.
- Garantizar la atención a la salud a los afiliados al Programa del Seguro Popular, mediante la tutela de sus derechos establecidos en el Sistema de Protección Social en Salud.
- Fortalecer los programas de atención al binomio materno infantil.
- Fortalecer los programas de estimulación y evaluación en recién nacidos, así como programas de prevención de embarazo en adolescentes.

- Promover la organización social morelense para la salud.
- Promover el desarrollo integral familiar dentro de la sociedad morelense a través de la integración y participación social.
- Garantizar el acceso a servicios médicos enfocados a grupos vulnerables.
- Fortalecer los programas de vigilancia y atención nutricional infantil, tanto en la población sana como en aquellos con patologías primarias.
- Fortalecer el desarrollo y crecimiento de los niños y adolescentes fomentando una sana y adecuada alimentación.
- Combatir la escasez alimentaria que afecta a las familias y personas morelenses que se encuentran en estado de vulnerabilidad.
- Divulgar entre la población del Estado los resultados de las investigaciones en salud.
- Fortalecer la protección contra riesgos sanitarios a través de las acciones de vigilancia y fomento sanitarios aplicables a los establecimientos, productos y servicios.
- Proporcionar atención de calidad y con calidez a quienes padecen alguna enfermedad mental, a fin de mejorar su condición de vida, respetando sus derechos humanos.

5. Alineación de objetivos con el Plan Estatal de Desarrollo 2013-2018

Objetivos del Programa Sectorial de Salud 2013-2018	Objetivos del Plan Estatal de Desarrollo 2013-2018
Objetivo 1: Fortalecer la rectoría de la Secretaría de Salud en el Estado.	Contribuye al cumplimiento del Objetivo “Garantizar el derecho a la salud” del Eje 2 “Morelos con Inversión Social para la Construcción de Ciudadanía”.
Objetivo 2: Impulsar el federalismo y la cooperación en salud.	Contribuye al cumplimiento del Objetivo “Garantizar el derecho a la salud” del

	Eje 2 “Morelos con Inversión Social para la Construcción de Ciudadanía”.
Objetivo 3: Garantizar la prestación de servicios de salud con calidad y seguridad.	Contribuye al cumplimiento del Objetivo “Garantizar el derecho a la salud” del Eje 2 “Morelos con Inversión Social para la Construcción de Ciudadanía”.
Objetivos del Programa Sectorial de Salud 2013-2018	Objetivos del Plan Estatal de Desarrollo 2013-2018
Objetivo 4: Mantener e incrementar el Padrón de Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud impulsando la Cobertura Universal en Salud.	Contribuye al cumplimiento del Objetivo “Garantizar el derecho a la salud” del Eje 2 “Morelos con Inversión Social para la Construcción de Ciudadanía”.
Objetivo 5: Fortalecer el financiamiento a los prestadores de servicios médicos para la ejecución de las acciones del Sistema de Protección Social en Salud.	Contribuye al cumplimiento del Objetivo “Garantizar el derecho a la salud” del Eje 2 “Morelos con Inversión Social para la Construcción de Ciudadanía”.
Objetivo 6: Garantizar la atención a la salud en segundo y tercer nivel de atención con la ampliación de espacios físicos, servicios y programas.	Contribuye al cumplimiento del Objetivo “Garantizar el derecho a la salud” del Eje 2 “Morelos con Inversión Social para la Construcción de Ciudadanía”.
Objetivo 7: Fortalecer el desarrollo e integración a la sociedad de las personas con discapacidad.	Contribuye al cumplimiento del Objetivo “Garantizar el derecho a la salud” del Eje 2 “Morelos con Inversión Social para la Construcción de Ciudadanía”.
Objetivo 8: Fortalecer los programas de promoción, prevención, detección y restauración temprana para una referencia oportuna de enfermedades como: VIH SIDA, cardiovasculares,	Contribuye al cumplimiento del Objetivo “Abatir las enfermedades infectocontagiosas y las enfermedades crónicas degenerativas, con oportunidad y sin vulnerar sus derechos

<p>cáncer, degenerativas e infecciosas emergentes.</p>	<p>en el mejoramiento de su estado de salud” del Eje 2 “Morelos con Inversión Social para la Construcción de Ciudadanía”.</p>
<p>Objetivos del Programa Sectorial de Salud 2013-2018</p>	<p>Objetivos del Plan Estatal de Desarrollo 2013-2018</p>
<p>Objetivo 9: Fortalecer la prestación de servicios de salud preventivos y curativos con calidad.</p>	<p>Contribuye al cumplimiento del Objetivo “Abatir las enfermedades infectocontagiosas y las enfermedades crónicas degenerativas, con oportunidad y sin vulnerar sus derechos en el mejoramiento de su estado de salud” del Eje 2 “Morelos con Inversión Social para la Construcción de Ciudadanía”.</p>
<p>Objetivo 10: Garantizar la atención a la salud a los afiliados al Programa del Seguro Popular, mediante la tutela de sus derechos establecidos en el Sistema de Protección Social en Salud.</p>	<p>Contribuye al cumplimiento del Objetivo “Abatir las enfermedades infectocontagiosas y las enfermedades crónicas degenerativas, con oportunidad y sin vulnerar sus derechos en el mejoramiento de su estado de salud” del Eje 2 “Morelos con Inversión Social para la Construcción de Ciudadanía”.</p>
<p>Objetivo 11: Fortalecer los programas de atención al binomio materno infantil.</p>	<p>Contribuye al cumplimiento del Objetivo “Abatir la mortalidad infantil y materna” del Eje 2 “Morelos con Inversión Social para la Construcción de Ciudadanía”.</p>
<p>Objetivo 12: Fortalecer los programas</p>	<p>Contribuye al cumplimiento del Objetivo</p>

<p>de estimulación y evaluación en recién nacidos, así como programas de prevención de embarazo en adolescentes.</p>	<p>“Abatir la mortalidad infantil y materna” del Eje 2 “Morelos con Inversión Social para la Construcción de Ciudadanía”.</p>
<p>Objetivos del Programa Sectorial de Salud 2013-2018</p>	<p>Objetivos del Plan Estatal de Desarrollo 2013-2018</p>
<p>Objetivo 13: Promover la organización social morelense para la salud.</p>	<p>Contribuye al cumplimiento del Objetivo “Promover el bienestar de las familias socialmente vulnerables para mejorar su calidad de vida” del Eje 2 “Morelos con Inversión Social para la Construcción de Ciudadanía”.</p>
<p>Objetivo 14: Promover el desarrollo integral de la familia dentro de la sociedad morelense a través de la integración y participación social.</p>	<p>Contribuye al cumplimiento del Objetivo “Promover el bienestar de las familias socialmente vulnerables para mejorar su calidad de vida” del Eje 2 “Morelos con Inversión Social para la Construcción de Ciudadanía”.</p>
<p>Objetivo 15: Garantizar el acceso a servicios médicos enfocados a grupos vulnerables.</p>	<p>Contribuye al cumplimiento del Objetivo “Promover el bienestar de las familias socialmente vulnerables para mejorar su calidad de vida” del Eje 2 “Morelos con Inversión Social para la Construcción de Ciudadanía”.</p>
<p>Objetivo 16: Fortalecer los programas de vigilancia y atención nutricional infantil, tanto en la población sana como</p>	<p>Contribuye al cumplimiento del Objetivo “Mejorar la nutrición adecuada de niños y niñas y de la población vulnerable” del</p>

en aquellos con patologías primarias.	Eje 2 “Morelos con Inversión Social para la Construcción de Ciudadanía”.
Objetivos del Programa Sectorial de Salud 2013-2018	Objetivos del Plan Estatal de Desarrollo 2013-2018
Objetivo 17: Fortalecer el desarrollo y crecimiento de los niños y adolescentes fomentando una sana y adecuada alimentación.	Contribuye al cumplimiento del Objetivo “Mejorar la nutrición adecuada de niños y niñas y de la población vulnerable” del Eje 2 “Morelos con Inversión Social para la Construcción de Ciudadanía”.
Objetivo 18: Combatir la escasez alimentaria que afecta a las familias y personas morelenses que se encuentran en estado de vulnerabilidad.	Contribuye al cumplimiento del Objetivo “Mejorar la nutrición adecuada de niños y niñas y de la población vulnerable” del Eje 2 “Morelos con Inversión Social para la Construcción de Ciudadanía”.
Objetivo 19: Divulgar entre la población del Estado los resultados de las investigaciones en salud.	Contribuye al cumplimiento del Objetivo “Proteger a la población contra la exposición a riesgos sanitarios” del Eje 2 “Morelos con Inversión Social para la Construcción de Ciudadanía”.
Objetivo 20: Fortalecer la protección contra riesgos sanitarios a través de las acciones de vigilancia y fomento sanitarios aplicables a los establecimientos, productos y servicios.	Contribuye al cumplimiento del Objetivo “Proteger a la población contra la exposición a riesgos sanitarios” del Eje 2 “Morelos con Inversión Social para la Construcción de Ciudadanía”.
Objetivos del Programa Sectorial de	Objetivos del Plan Estatal de

Salud 2013-2018	Desarrollo 2013-2018
Objetivo 21: Proporcionar atención de calidad y con calidez a quienes padecen alguna enfermedad mental, a fin de mejorar su condición de vida, respetando sus derechos humanos.	Contribuye al cumplimiento del Objetivo “Garantizar el derecho a la salud” del Eje 2 “Morelos con Inversión Social para la Construcción de Ciudadanía”.

6. Indicadores y metas

Objetivo 1: Fortalecer la rectoría de la Secretaría de Salud en el Estado.

Nombre del Indicador	Unidad de medida	Situación en 2012 o último dato disponible	Meta 2018
Formulación, evaluación y seguimiento del Programa Sectorial de Salud (PSS).	Documento	1	1
Formular y desarrollar el Plan Maestro de Infraestructura.	Documento	1	1
Fortalecer la participación de la Secretaría de Salud en Juntas de Gobierno.	Asistencia	17	17
Nombre del Indicador	Unidad de medida	Situación en 2012 o último dato	Meta 2018

		disponible	
Fortalecer la participación de la Secretaría de Salud en los Comités Intersectoriales.	Asistencia	24	24
Fortalecer la participación de la Secretaría de Salud en los Comités Interinstitucionales	Asistencia	16	16

Objetivo 2: Impulsar el federalismo y la cooperación en salud.

Nombre del Indicador	Unidad de medida	Situación en 2012 o último dato disponible	Meta 2018
Fortalecer e instrumentar los Acuerdos y Convenios de colaboración con la Federación y los Municipios.	Acuerdo/Convenio	33	45
Nombre del Indicador	Unidad de medida	Situación en 2012 o último dato disponible	Meta 2018
Alineación del Programa	Documento	0	1

Sectorial de Salud al Programa Nacional de Salud.			
---	--	--	--

Objetivo 3: Garantizar la prestación de servicios de salud con calidad y seguridad.

Nombre del Indicador	Unidad de medida	Situación en 2012 o último dato disponible	Meta 2018
Porcentaje de usuarios satisfechos por la atención recibida en el servicio de Consulta Externa.	Porcentaje	91%	≥95%
Porcentaje de usuarios satisfechos por la atención recibida en el servicio de Urgencias.	Porcentaje	90%	≥95%
Nombre del Indicador	Unidad de medida	Situación en 2012 o último dato disponible	Meta 2018
Solución de controversias por inconformidades médicas a través	Porcentaje	80%	90%

del proceso arbitral.			
--------------------------	--	--	--

Objetivo 4: Mantener e incrementar el Padrón de Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud impulsando la Cobertura Universal en Salud.

Nombre del Indicador	Unidad de medida	Situación en 2012 o último dato disponible	Meta 2018
Número de personas afiliadas y reafiliadas.	Personas	961,830	1'024,556
Acreditaciones del fondo de protección de gastos catastróficos en Seguro Popular.	Acreditación	7	16

Objetivo 5: Fortalecer el financiamiento a los prestadores de servicios médicos para la ejecución de las acciones del Sistema de Protección Social en Salud.

Nombre del Indicador	Unidad de medida	Situación en 2012 o último dato disponible	Meta 2018
Recursos gestionados transferidos a los prestadores de servicios.	Miles de pesos	895,640	1,105,634

Objetivo 6: Garantizar la atención a la salud en segundo y tercer nivel de atención con la ampliación de espacios físicos, servicios y programas.

Nombre del Indicador	Unidad de medida	Situación en 2012 o último dato disponible	Meta 2018
Número total de camas censables por 1,000 habitantes.	Camas censables	0.54	1
Espacios físicos, servicios y programas en atención integral en asistencia social.	Población beneficiaria	1,722	51,240

Objetivo 7: Fortalecer el desarrollo e integración a la sociedad de las personas con discapacidad.

Nombre del Indicador	Unidad de medida	Situación en 2012 o último dato disponible	Meta 2018
Inclusión social a las personas con discapacidad.	Beneficiarios	7,152	12,516

Objetivo 8: Fortalecer los programas de promoción, prevención, detección temprana y restauración para una referencia oportuna de enfermedades como: Diabetes, hipertensión arterial, cardiovasculares, cáncer, VIH SIDA e infecciosas emergentes.

Nombre del Indicador	Unidad de medida	Situación en 2012 o último dato disponible	Meta 2018
Semanas Nacionales de Salud.	Semana	5	5
Tasa de mortalidad del cáncer cervico uterino.	Tasa	15.9	11.8
Nombre del Indicador	Unidad de medida	Situación en 2012 o último dato disponible	Meta 2018
Cobertura con el esquema completo de vacunación en niños menores de 1 año de edad.	Porcentaje de cobertura con esquema completo	61%	95%
Cobertura de detección del cáncer de mama por mastografía en mujeres de 40 a 69 años.	Detecciones	11,200	21,258

Objetivo 9: Fortalecer la prestación de servicios de salud preventivos, curativos y de rehabilitación con calidad.

Nombre del Indicador	Unidad de medida	Situación en 2012 o último dato disponible	Meta 2018
Diferimiento quirúrgico en el servicio de cirugía.	Porcentaje	30.5%	≤15%
Nombre del Indicador	Unidad de medida	Situación en 2012 o último dato disponible	Meta 2018
Consultas de medicina general por habitante.	Consulta por habitante	2.6	5
Tasa ajustada de mortalidad hospitalaria.	Tasa	1.5	1.2

Objetivo 10: Garantizar la atención a la salud a los afiliados al Programa del Seguro Popular, mediante la tutela de sus derechos establecidos en el Sistema de Protección Social en Salud.

Nombre del Indicador	Unidad de medida	Situación en 2012 o último dato	Meta 2018
----------------------	------------------	---------------------------------	-----------

		disponible	
Porcentaje de gestiones atendidas de manera satisfactoria.	Gestiones	80%	95%

Objetivo 11: Fortalecer los programas de atención al binomio materno infantil.

Nombre del Indicador	Unidad de medida	Situación en 2012 o último dato disponible	Meta 2018
Porcentaje de atención a pacientes ingresados que requieren cuidados intensivos pediátricos y neonatales.	Porcentaje	100%	100%
Hospitales con Programa Canguro.	Hospital con Programa Canguro	1	10
Incidencia del bajo peso al nacer en recién nacidos	Porcentaje	10.5%	7.5%

vivos.			
Número de consultas por embarazada.	Consulta	4.3	8

Objetivo 12: Fortalecer los programas de estimulación y evaluación en recién nacidos, así como programas de prevención de embarazo en adolescentes.

Nombre del Indicador	Unidad de medida	Situación en 2012 o último dato disponible	Meta 2018
Establecimientos con estrategia de lactancia materna.	Establecimiento	1	15
Estimulación temprana y Evaluación en recién nacidos.	Niños	29,536	33,966
Tasa de natalidad en adolescentes.	Tasa	22.2	16.6

Objetivo 13: Promover la organización social morelense para la salud.

Nombre del Indicador	Unidad de medida	Situación en 2012 o último dato disponible	Meta 2018
Porcentaje de Comités de Salud	Porcentaje	58%	100%

instalados por Unidad Médica ambulatoria.			
---	--	--	--

Objetivo 14: Promover el desarrollo integral de la familia dentro de la sociedad morelense a través de la integración y participación social.

Nombre del Indicador	Unidad de medida	Situación en 2012 o último dato disponible	Meta 2018
Acciones en materia de desarrollo integral familiar.	Beneficiarios	71,304	106,956

Objetivo 15: Garantizar el acceso a servicios médicos enfocados a grupos vulnerables.

Nombre del Indicador	Unidad de medida	Situación en 2012 o último dato disponible	Meta 2018
Número de familias de escasos recursos que recibieron condonación y/o consideración de pagos.	Familias	480	600

--	--	--	--

Objetivo 16: Fortalecer los programas de vigilancia y atención nutricional infantil, tanto en la población sana como en aquellos con patologías primarias.

Nombre del Indicador	Unidad de medida	Situación en 2012 o último dato disponible	Meta 2018
Porcentaje de atención a menores con algún grado de desnutrición.	Porcentaje	100%	100%
Porcentaje de suplementos entregados a menores de 5 años de la población vulnerable.	Porcentaje	97%	≥97%

Objetivo 17: Fortalecer el desarrollo y crecimiento de los niños y adolescentes fomentando una sana y adecuada alimentación.

Nombre del Indicador	Unidad de medida	Situación en 2012 o último dato disponible	Meta 2018
Alimentación sana a los niños,	Beneficiarios	100,000	150,000

adolescentes y población vulnerable.			
--------------------------------------	--	--	--

Objetivo 18: Combatir la escasez alimentaria que afecta a las familias y personas morelenses que se encuentran en estado de vulnerabilidad.

Nombre del Indicador	Unidad de medida	Situación en 2012 o último dato disponible	Meta 2018
Apoyo alimentario a las familias que se encuentran en estado de vulnerabilidad.	Beneficiarios	5,805	8,707
Porcentaje de mujeres embarazadas y en lactancia que reciben tratamientos.	Porcentaje	90%	≥90%

Objetivo 19: Divulgar entre la población del Estado los resultados de las investigaciones en salud.

Nombre del Indicador	Unidad de medida	Situación en 2012 o último dato disponible	Meta 2018
Trabajos de investigación en salud.	Trabajos de investigación en salud	17	50

Objetivo 20: Fortalecer la protección contra riesgos sanitarios a través de las acciones de vigilancia y fomento sanitarios aplicables a los establecimientos, productos y servicios.

Nombre del Indicador	Unidad de medida	Situación en 2012 o último dato disponible	Meta 2018
Tasa de Infecciones Nosocomiales.	Tasa	5.1	2.5
Porcentaje de establecimientos que ofrecen un producto o servicio que cumplen con la normatividad.	Porcentaje	76%	≥90%

Objetivo 21: Proporcionar atención de calidad y con calidez a quienes padecen alguna enfermedad mental, a fin de mejorar su condición de vida, respetando sus derechos humanos.

Nombre del Indicador	Unidad de medida	Situación en 2012 o último dato disponible	Meta 2018
Unidad médica de tratamiento de enfermedad mental operando (CISAME).	Unidad médica	1	3
Nombre del Indicador	Unidad de medida	Situación en 2012 o último dato	Meta 2018

		disponible	
Consultas de salud mental otorgadas.	Consulta	5,767	17,000

7. Estrategias y líneas de acción

Objetivo 1: Fortalecer la rectoría de la Secretaría de Salud en el Estado.

Estrategia
1.1. Posicionar a la Secretaría de Salud como cabeza de sector para establecer y dirigir las políticas públicas del Sistema Estatal de Salud.
Líneas de acción
1.1.1. Integrar a las Instituciones y Dependencias Públicas, Sector Privado y Colegios para coordinar las acciones que en materia de salud se requieran en el Estado.
1.1.2. Generar políticas de salud a través del Consejo Estatal de Salud.
1.1.3. Participar activamente en los Consejos y Comités ligados directamente a la salud.
1.1.4. Trabajar de manera conjunta con el Poder Legislativo Estatal para mejorar la operatividad del Sector Salud.
1.1.5. Establecer convenios con municipios para coordinar acciones que permitan garantizar el derecho a la salud de la población.

Objetivo 2: Impulsar el federalismo y la cooperación en salud.

Estrategia
2.1. Organizar el Sistema Estatal de Salud a fin de contribuir a la descentralización y reestructuración operativa de las unidades médicas.

Líneas de acción
2.1.1. Gestionar ante la federación la generación de mayores recursos para mejorar e incrementar la atención médica de la población morelense.
2.1.2. Establecer políticas públicas estatales en materia de salud congruentes con las establecidas por la federación.
2.1.3. Involucrar la participación municipal para el fortalecimiento del primer nivel de atención.
2.1.4. Promover la descentralización a los municipios que cuenten con la capacidad operativa del primer nivel de atención.

Objetivo 3: Garantizar la prestación de servicios de salud con calidad y seguridad.

Estrategia
3.1. Consolidar el arbitraje médico en Morelos.
Líneas de acción
3.1.1. Replantear estratégicamente a la Comisión Estatal de Arbitraje Médico (COESAMOR).
3.1.2. Ampliar la cobertura al interior del Estado.
3.1.3. Garantizar la calidad en el servicio de la COESAMOR.
Estrategia
3.2. Calidad percibida por los usuarios.
Líneas de acción
3.2.1. Construir ciudadanía en salud: Aval ciudadano.
3.2.2. Percepción de los profesionales de la salud: Caminando con los trabajadores de la salud.
Estrategia
3.3. Calidad técnica y seguridad del paciente.
Líneas de acción
3.3.1. Seguridad del paciente.
3.3.2. Prevención y Reducción de la Infección Nosocomial (PREREIN).
Estrategia

3.4. Formación de recurso humano especializado.
Líneas de acción
3.4.1. Promocionar recurso humano.
Estrategia
3.5. Incrementar el porcentaje de usuarios satisfechos con la atención recibida en el servicio de consulta externa.
Líneas de acción
3.5.1. Invertir en la mejora de la infraestructura y del equipo, así como en la capacitación continua de los recursos humanos, haciendo énfasis no sólo en el conocimiento teórico-práctico sino en las habilidades del trato al paciente.
Estrategia
3.6. Incrementar el porcentaje de usuarios satisfechos con la atención recibida en el servicio de urgencias.
Líneas de acción
3.6.1. Establecer programas de capacitación de primera atención en el correcto manejo de los pacientes en la estabilización, diagnóstico preciso y la resolución del problema de salud, así como mejorar las habilidades del trato al paciente.

Objetivo 4: Mantener e incrementar el Padrón de Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud impulsando la Cobertura Universal en Salud.

Estrategia
4.1. Establecer y acordar las metas de afiliación y reafiliación con la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.
Líneas de acción
4.1.1. Suscribir el ANEXO II del Acuerdo de Coordinación para el establecimiento del Sistema de Protección Social en Salud, entre la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, la Secretaría de Salud del Estado y el Régimen

Estatal de Protección Social en Salud de Morelos.
Estrategia
4.2. Brindar y garantizar la incorporación al Sistema de Protección Social en Salud, a todos los mexicanos no derechohabientes de la seguridad social que así lo soliciten.
Líneas de acción
4.2.1. Coordinar acciones con las instancias competentes a fin de disponer de la información estadística actualizada y suficiente, relativa a la ubicación de la población objetivo del Sistema a nivel de municipio y localidad.

Objetivo 5: Fortalecer el financiamiento a los prestadores de servicios médicos para la ejecución de las acciones del Sistema de Protección Social en Salud.

Estrategia
5.1. Garantizar la transferencia de Recursos Financieros a los prestadores de servicios médicos.
Líneas de acción
5.1.1. Suscribir entre la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, la Secretaría de Salud del Estado y el Régimen Estatal de Protección Social de Salud de Morelos, el ANEXO III del Acuerdo de Coordinación para la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud.
Estrategia
5.2. Suscribir los Convenios de Gestión para la prestación de servicios médicos con los Servicios de Salud de Morelos y de los servicios de atención a la salud con el Hospital del Niño Morelense, así como con Servicios Médicos Privados específicos.
Líneas de acción
5.2.1. Promover con los proveedores de Servicios de Salud, la comprobación en tiempo y forma de los recursos financieros que se les han transferido.

Objetivo 6: Garantizar la atención a la salud en segundo y tercer nivel de atención con la ampliación de espacios físicos, servicios y programas.

Estrategia
6.1. Gestionar recurso de inversión para la realización de obras para ampliar la cobertura de los programas de atención integral en asistencia social.
Líneas de acción
6.1.1. Atender personas en estado de vulnerabilidad.
Estrategia
6.2. Ampliar la red de hospitales de segundo y tercer nivel.
Líneas de acción
6.2.1. Programar ampliaciones en el Plan Maestro de Infraestructura (PMI).
Estrategia
6.3. Incrementar la capacidad del área de hospitalización para una mejor vigilancia de los pacientes.
Líneas de acción
6.3.1. Aumentar el número de camas censables para hospitalización de acuerdo a las necesidades de la población.

Objetivo 7: Fortalecer el desarrollo e integración a la sociedad de las personas con discapacidad.

Estrategia
7.1. Ampliar los derechos para mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad.
Líneas de acción
7.1.1. Atender a personas con discapacidad.
7.1.2. Impulsar la inclusión social de las personas con discapacidad.

Objetivo 8: Fortalecer los programas de promoción, prevención, detección temprana y restauración para una referencia oportuna de enfermedades como: Diabetes, hipertensión arterial, cardiovasculares, cáncer, VIH SIDA e infecciosas emergentes.

Estrategia
8.1. Programar adecuadamente las Semanas Nacionales de Salud (SNS).
Líneas de acción
8.1.1. Incluir en el Programa Operativo Anual (POA) las SNS.
Estrategia
8.2. Ampliar la red de oncología.
Líneas de acción
8.2.1. Programar en el PMI la infraestructura de oncología.
8.2.2. Contar con recursos humanos especializados para la atención oncológica.
Estrategia
8.3. Sensibilizar a la población.
Líneas de acción
8.3.1. Establecer campañas mediáticas de concientización.
Estrategia
8.4. Promover la detección de enfermedades crónico degenerativas.
Líneas de acción
8.4.1. Realizar campañas de detección
8.4.2. Establecer espacios de recreación y activación física.
Estrategia
8.5. Diagnosticar oportunamente cualquier tipo de cáncer.
Líneas de acción
8.5.1. Difundir entre la población los signos de alarma para que a través de la identificación de éstos se logre un diagnóstico y tratamiento adecuado.
Estrategia
8.6. Diagnosticar y otorgar el tratamiento oportuno para la atención del VIH.
Líneas de acción
8.6.1. Establecer un protocolo de análisis clínico a todos los usuarios con sospecha de ser portadores de VIH.
8.6.2. Crear un programa de seguimiento y tratamiento a casos identificados para lograr una calidad de vida adecuada.

Estrategia
8.7. Acercar la tecnología al Primer Nivel de Atención, como ultrasonido y estudios de laboratorio.
Líneas de acción
8.7.1. Capacitar al personal médico de primer nivel y/o contratar personal técnico para el manejo de los equipos.
8.7.2. Crear una red para recolección de toma de muestras y estudios de ultrasonido para las unidades de primer nivel.

Objetivo 9: Fortalecer la prestación de servicios de salud preventivos, curativos y de rehabilitación con calidad.

Estrategia
9.1. Mejorar la infraestructura y el abasto de insumos en las unidades de salud.
Líneas de acción
9.1.1. Programar en el Plan Maestro de Infraestructura (PMI) las necesidades de equipamiento e infraestructura física.
9.1.2. Garantizar la suficiencia en el abasto de insumos y medicamentos.
Estrategia
9.2. Realizar el seguimiento de la atención integral al paciente.
Líneas de acción
9.2.1. Implementar el expediente clínico electrónico.
Estrategia
9.3. Supervisar la aplicación correcta de los protocolos médicos.
Líneas de acción
9.3.1. Implementar el funcionamiento de los Comités Médicos.
Estrategia
9.4. Garantizar la atención a toda aquella persona que solicita algún servicio.

Líneas de acción

9.4.1. Mejorar la capacidad de respuesta e incrementar el número de recursos humanos involucrados en el proceso de atención a la población.

Objetivo 10: Garantizar la atención a la salud a los afiliados al Programa del Seguro Popular, mediante la tutela de sus derechos establecidos en el Sistema de Protección Social en Salud.

Estrategia

10.1. Fortalecer las acciones de capacitación, promoción e información sobre el sistema de protección social en salud.

Líneas de acción

10.1.1. Capacitación continua al prestador de servicios para el adecuado manejo de los programas estratégicos y CAUSES.

10.1.2. Incrementar el nivel de conocimientos de los prestadores de servicios sobre prestaciones y función del Seguro Popular.

10.1.3. Fortalecer el conocimiento de los afiliados sobre servicios que les ofrece el seguro popular.

Estrategia

10.2. Promover mecanismos de control y seguimiento de las atenciones en salud otorgadas a los beneficiarios del seguro popular.

Líneas de acción

10.2.1. Implementar acciones de seguimiento de la atención médica al beneficiario en hospitales y unidades de primer nivel de atención.

10.2.2. Establecer mecanismos de control y seguimiento de observaciones percibidas en trabajo de campo en las unidades médicas.

10.2.3. Responder a las inquietudes y problemática de los afiliados al Seguro

Popular.
Estrategia
10.3. Fortalecer los equipos de trabajo formados por el Régimen Estatal de Protección Social en Salud (REPSS) y los Prestadores de Servicios en beneficio de la calidad en la atención para los beneficiarios del seguro popular.
Líneas de acción
10.3.1. Convocar a reuniones con personal específico de áreas sustantivas.
10.3.2. Establecer acciones de supervisión conjunta entre el REPSS y Prestadores de Servicios.
10.3.3. Fortalecer la Comunicación oportuna entre el REPSS y Prestadores de Servicios.

Objetivo 11: Fortalecer los programas de atención al binomio materno infantil.

Estrategia
11.1. Promover acciones del desarrollo infantil temprano.
Líneas de acción
11.1.1. Implementar el Programa Canguro en los hospitales de los Servicios de Salud de Morelos.
11.1.2. Intensificar la capacitación y supervisión de la calidad de la atención materna y perinatal.
Estrategia
11.2. Embarazo Saludable.
Líneas de acción
11.2.1. Supervisar el seguimiento de la atención prenatal.
11.2.2. Acercar la tecnología médica al primer nivel de atención.
11.2.3. Entrega de hierro y ácido fólico durante todo el embarazo.
11.2.4. Entrega de suplemento alimenticio para lactancia NUTRIVIDA.
Estrategia
11.3. Garantizar la atención de los recién nacidos y de los niños en los servicios de terapia intensiva.

Líneas de acción
11.3.1. Mejorar la capacidad de respuesta e incrementar el número de recursos humanos involucrados en el proceso de atención a la población.

Objetivo 12: Fortalecer los programas de estimulación y evaluación en recién nacidos, así como programas de prevención de embarazo en adolescentes.

Estrategia
12.1. Atención profesional del recién nacido sano.
Líneas de acción
12.1.1. Implementar la estrategia de lactancia materna en los hospitales.
Estrategia
12.2. Priorizar la estimulación Temprana.
Líneas de acción
12.2.1. Sesiones de Estimulación Temprana.
12.2.2. Capacitación a madres en técnicas de estimulación.
Estrategia
12.3. Realizar el Tamiz metabólico.
Líneas de acción
12.3.1. Realizar el tamizaje en al menos el 95% de los recién nacidos.
Estrategia
12.4. Brindar atención especializada al recién nacido.
Líneas de acción
12.4.1. Contar con espacios adecuados y personal capacitado para la atención de todo tipo de padecimientos en recién nacido.
Estrategia
12.5. Salud sexual y reproductiva de los adolescentes.
Líneas de acción
12.5.1. Incrementar la cobertura de usuarios activos de métodos de planificación familiar en menores de 20 años.

Objetivo 13: Promover la organización social morelense para la salud.

Estrategia
13.1. Participación social activa.
Líneas de acción
13.1.1. Incrementar los municipios incorporados al programa de entornos y comunidades saludables.

Objetivo 14: Promover el desarrollo integral de la familia dentro de la sociedad morelense a través de la integración y participación social.

Estrategia
14.1. Fortalecer el desarrollo integral familiar a través de los programas de asistencia social.
Líneas de acción
14.1.1. Brindar pláticas, talleres, conferencias y foros para fortalecer el desarrollo integral de la familia.

Objetivo 15: Garantizar el acceso a servicios médicos enfocados a grupos vulnerables.

Estrategia
15.1. Ampliar la red de patrocinadores estatales, nacionales e internacionales.
Líneas de acción
15.1.1. Buscar nuevas fuentes de financiamiento.
Estrategia
15.2. Apoyar a las familias de escasos recursos con la condonación del pago de los servicios médicos recibidos.
Líneas de acción
15.2.1. Mantener y ampliar la acreditación de la institución como organismo de calidad, para garantizar el acceso a mayores recursos que puedan utilizarse en beneficio de los pacientes.

Objetivo 16: Fortalecer los programas de vigilancia y atención nutricional infantil, tanto en la población sana como en aquellos con patologías primarias.

Estrategia
16.1. Realizar acciones integrales para la salud nutricional de la infancia.
Líneas de acción
16.1.1. Incrementar el control nutricional en menores de 5 años.
Estrategia
16.2. Contribuir a la ruptura del ciclo intergeneracional de la pobreza.
Líneas de acción
16.2.1. Promover la mejor nutrición en menores de 5 años.
Estrategia
16.3. Garantizar la atención a los menores de edad diagnosticados con desnutrición.
Líneas de acción
16.3.1. Mejorar la referencia de pacientes potenciales al hospital.

Objetivo 17: Fortalecer el desarrollo y crecimiento de los niños y adolescentes fomentando una sana y adecuada alimentación.

Estrategia
17.1. Impulsar una sana y adecuada alimentación en niños, adolescentes y población que se encuentra en estado de vulnerabilidad.
Líneas de acción
17.1.1. Continuar el apoyo alimentario a través de los desayunos escolares.
17.1.2. Mantener el apoyo a través del programa de desayunos calientes.
Estrategia
17.2. Vigilar el crecimiento y desarrollo de niños y adolescentes.
Líneas de acción
17.2.1. Control y seguimiento del estado nutricional de niños y adolescentes.

17.2.2. Capacitación a madres en temas de factor de riesgo de la desnutrición, sobrepeso y obesidad.

Objetivo 18: Combatir la escasez alimentaria que afecta a las familias y personas morelenses que se encuentran en estado de vulnerabilidad.

Estrategia
18.1. Ampliar la cobertura en alimentación de las familias que sufren de escasez alimentaria.
Líneas de acción
18.1.1. Apoyar a las familias a través de los programas de asistencia alimentaria.
18.1.2. Fortalecer las acciones de mejoramiento en la nutrición de las mujeres embarazadas.

Objetivo 19: Divulgar entre la población del Estado los resultados de las investigaciones en salud.

Estrategia
19.1. Difundir recomendaciones para la prevención del conflicto y la mejoría de la calidad de la práctica de la medicina.
Líneas de acción
19.1.1. Analizar permanentemente las principales causas de la queja médica.
19.1.2. Difundir dos recomendaciones al año para mejorar la práctica médica.
Estrategia
19.2. Generar políticas para el desarrollo de estudios de investigación en salud.
Líneas de acción
19.2.1. Elaborar los documentos normativos para el desarrollo de estudios de investigación en salud.
Estrategia
19.3. Fomentar el desarrollo y la ejecución de estudios de investigación en salud.
Líneas de acción
19.3.1. Promover la participación del personal de salud, tanto del campo clínico

como de la salud pública, en el desarrollo de proyectos de investigación en salud.

19.3.2. Promover la vinculación con las Instituciones formadoras de recursos humanos en salud para desarrollar proyectos de investigación.

19.3.3. Promover la vinculación con distintas instancias nacionales e internacionales para el desarrollo de proyectos de investigación.

19.3.4. Llevar a cabo las gestiones correspondientes, para contar con financiamiento para el desarrollo de proyectos de investigación.

Estrategia

19.4. Difundir el resultado de las investigaciones en salud al personal de salud.

Líneas de acción

19.4.1. Dar a conocer al personal de salud, a través de diferentes medios, los resultados derivados de los proyectos de investigación.

19.4.2. Crear una plataforma de divulgación de información.

19.4.3. Implementar un sistema de información médica continua en línea, para divulgar la información y retroalimentar a los profesionales del servicio.

Objetivo 20: Fortalecer la protección contra riesgos sanitarios a través de las acciones de vigilancia y fomento sanitarios aplicables a los establecimientos, productos y servicios.

Estrategia

20.1. Supervisar la aplicación de las normas de fomento sanitario.

Líneas de acción

20.1.1. Programar supervisiones periódicas del cumplimiento de las normas de fomento sanitario.

Objetivo 21: Proporcionar atención de calidad y con calidez a quienes padecen alguna enfermedad mental, a fin de mejorar su condición de vida, respetando sus derechos humanos.

Estrategia

21.1. Fortalecer la red estatal en salud mental en los tres niveles de atención.

Líneas de acción

21.1.1. Mantener en funcionamiento el Consejo Estatal de Salud Mental.
21.1.2. Operar una red multifuncional para la detección, tratamiento y rehabilitación del enfermo mental.
21.1.3. Integrar psicólogos y psicoterapeutas a la red de servicios de salud.
21.1.4. Implementar el modelo de atención integral.
21.1.5. Capacitar en la materia a los médicos de los centros de salud.

8. Mecanismos de seguimiento y evaluación

De conformidad a lo indicado en el Plan Estatal de Desarrollo 2013-2018, corresponderá al Comité de Planeación para el Desarrollo concertar acciones para articular los procesos de seguimiento y evaluación de los Programas Sectoriales e Institucionales.

En este sentido la Secretaría de Salud y Organismos Públicos Sectorizados, conjuntamente con las Delegaciones Federales del IMSS e ISSSTE, establecen el compromiso de dar cumplimiento a los objetivos, estrategias y líneas de acción plasmados en éste documento, mediante una planeación estratégica que permita evaluar los resultados de los programas y servicios que se prestan a la ciudadanía.

Tomando como base el Sistema de Evaluación del Desempeño del Estado de Morelos, se realizará de manera trimestral el seguimiento de indicadores mediante el registro de avance físico y financiero que corresponda a las metas anuales programadas.

Lo anterior a través del procedimiento de seguimiento y evaluación de proyectos, el cual se realiza mediante el análisis del alcance trimestral de las metas programadas en el Programa Operativo Anual.

El seguimiento al promedio de los avances físicos por tipo de proyecto y Unidad Responsable de Gasto se realizará mediante parámetros de semaforización, con el propósito de identificar los atrasos, valorar las justificaciones y requerir en su

caso, replantear estrategias para dar cumplimiento en tiempo y forma con los objetivos y metas establecidas.

Cabe señalar que en los Programas Institucionales de Desarrollo se establecerán los procesos de seguimiento y evaluación al cumplimiento de indicadores de resultados, tomando en consideración los proyectos, objetivos y metas de los Programas Operativos Anuales y sus correspondientes Informes de Gestión Gubernamental.

9. Agradecimientos

La Secretaría de Salud del Estado de Morelos reconoce y agradece a toda la ciudadanía, organizaciones de la sociedad civil, instituciones y funcionarios públicos del Sistema Estatal de Salud, por su esfuerzo y compromiso, pero sobre todo por el interés de conformar el Programa Sectorial de Salud 2013-2018.

Las propuestas, aportaciones y múltiples sugerencias recibidas hicieron posible la integración de este programa, que habrá de orientar el quehacer del sector salud durante la presente administración.

Igualmente agradecemos las recomendaciones y comentarios del Instituto Mexicano del Seguro Social y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado.

Una mención especial a las autoridades municipales de los municipios de Cuernavaca, Zacatepec, Jantetelco, Tetecala y Cuautla por su contribución al realizar los 5 foros de consulta ciudadana.

Agradecemos también la participación activa del grupo de trabajo técnico y operativo que se conformó para la realización del Programa Sectorial de Salud 2013-2018:

Secretaría de Salud	Organismos Públicos Sectorizados	Instituciones Federales
Dr. Juan Manuel Calvo Ríos Subsecretario de Salud	Dr. Humberto E. López González Director de Planeación y Evaluación de Servicios de Salud de Morelos	Dr. Lorenzo Albert Muñoz López Subdelegado Médico del ISSSTE
Abel Olea Román Director General de Coordinación y Supervisión	Lic. Jorge Rogelio Girón Hernández Subdirector de Planeación y Desarrollo de Servicios de Salud de Morelos	Dr. Marco Antonio Mora García Jefe de Atención Médica del ISSSTE
Mtro. Noé Ortíz López Director General de Coordinación Administrativa	Lic. José Antonio Ramos Marbán Subdirector de Calidad Organizacional de la COESAMOR	Lic. Verónica Itzel Solano Flores Jefa del Departamento de Programación y Desarrollo del ISSSTE
Jesús Javier Caballero Guzmán Director de Análisis y Evaluación de los Programas de la Secretaría de Salud	C. P. Alberto Ocampo Romero Subdirector de Desarrollo Organizacional del REPSS	Dra. María del Rocío Manjarrez Aranda Coordinadora Auxiliar Médica de Salud Pública del IMSS
	Dr. Mario Francisco Varela Cisneros Subdirector de Calidad Organizacional del REPSS	Dr. Ever Bahena Cruz Coordinador de Atención y Prevención de la Salud del IMSS
	Lic. Alejandro Hernández Valdez Subdirector de Informática y Estadística del Hospital del Niño Morelense	
	C. P. Raymundo Cuevas Lugo Coordinador de Área de Finanzas y Contabilidad del Hospital del Niño Morelense	
	Lic. Jorge A. Hernández Zazueta Subdirector de Planeación Estratégica del Sistema DIF Morelos	
	L.I. Karla Renata Vela Macías Administrativo Especializado del Sistema DIF Morelos	

10. Anexos

		Página
Anexo 10.1	Informes de Gestión Gubernamental.	116
Anexo 10.2	Reporte de Avance Físico IGG-1.	119
Anexo 10.3	Reporte de Avance Financiero IGG-2.	122

Anexo 10.4

Formato Interno: Informe de Evaluación del Desempeño.

125

Anexo 10.1 Informes de Gestión Gubernamental.

Secretaría de Hacienda		
Dirección General Evaluación		
Informes de Gestión Gubernamental		
		Imprimir Reporte
Secretaría:	Secretaría de Finanzas y Planeación	FAVOR DE INDICAR LOS DATOS DE LAS CELDAS COLOR VERDE CLARO
Dirección General:	Dirección General de Evaluación	

Proyecto:		1. Integración y evaluación de la información gubernamental				
Monto total autorizado (miles de pesos):						
Gasto corriente	(1)	\$ 0.0				
Inversión estatal	(2)	\$ 0.0		Inversión federal:	(7)	
Fecha:	(3)	dd/mm/aa				
Monto ejercido (En miles de pesos) en el trimestre "X"						
Gasto corriente	(4)	\$ 0.0				
Inversión estatal	(5)	\$ 0.0		Inversión federal:	(8)	
Observaciones	(6)					
			1er trimestre			
Indicadores	Unidad de medida	Meta 2013	Avance Programado	Avance real	Observaciones	Tipo de Metas
Indicador "1"	Unidad de medida "1"	"X"	"X"	"X" (9)	(10)	Acumulada
Indicador "2"	Unidad de medida "2"	"X"	"X"	"X" (9)	(10)	No acumulada
Nombre de la persona responsable de la información:				(11)		
Cargo de la persona responsable de la Información:				(12)		
Nombre del Titular de la Dirección General de Evaluación:				(13)		
Cargo del Titular de la Dirección General de Evaluación:				(14)		
FIN DEL REPORTE, SI USTED YA LLENÓ TODOS LOS DATOS SOLICITADOS, DE CLIC AL BOTÓN "IMPRIMIR REPORTE", UBICADO AL INICIO DE ESTA PÁGINA.						

A continuación se indica una breve explicación de lo que se debe registrar en cada celda:

1. Corresponde al monto de gasto corriente autorizado para la ejecución del proyecto **“en miles de pesos” (1=1000)** (Esta información sólo aparecerá en URG's que operan con recursos propios).
2. Corresponde al monto de inversión estatal autorizada para la ejecución del proyecto. (También aparecerá sólo en URG's que operan con recursos propios).
3. Se anotará la fecha en que se elabora el reporte día/mes/año con números arábigos separados por diagonales (el sistema no permite anotar una fecha anterior al día del reporte).
4. Se refiere al monto de **gasto corriente ejercido** en el trimestre correspondiente **“en miles de pesos”** (Sólo para aquellas URG's que ejercen recursos propios).
5. Corresponde a la inversión estatal ejercida en el trimestre **“en miles de pesos”** (Sólo la reportarán aquellas unidades que ejercen recursos propios).
6. Se anotarán las observaciones que se deseen agregar para ampliar la información financiera (Sólo lo harán aquellas áreas que ejercen recursos propios).
7. Corresponde al monto de inversión federal autorizada para la ejecución del proyecto (Sólo aparecerá en proyectos que ejercen inversión proveniente de otros programas federales diferentes al Ramo 33).
8. Se refiere a la **inversión federal ejercida** en el trimestre correspondiente **“en miles de pesos”** (Sólo aparecerá en proyectos que ejercen inversión proveniente de otros programas federales diferentes al Ramo 33).
9. Se anotará el avance real obtenido en el trimestre del indicador correspondiente (en la celda izquierda aparecerá el avance programado en el POA, en números absolutos o porcentajes). Si el avance programado

aparece en números absolutos deberá registrarse el avance en números absolutos y se aplicará el mismo criterio para avances programados en porcentajes.

10. Se anotarán las observaciones pertinentes para ampliar la información de los indicadores. Si la meta trimestral se encuentra en “%” **deberá agregarse el sustento del porcentaje reportado.** Ejemplo: el 100% de avance reportado corresponde a 250 denuncias atendidas de igual número de recibidas. Así mismo, **en caso de no alcanzar la meta programada, es muy importante justificar en este campo el motivo del atraso.**
11. Se escribirá el nombre de la persona responsable de registrar la información.
12. Se escribirá el cargo de la persona responsable de registrar la información.
13. Se escribirá el nombre del titular la unidad administrativa.
14. Se escribirá el cargo del titular la unidad administrativa.

Anexo 10.2 Reporte de Avance Físico. IGG-1.

Reporte de avance físico: IGGI

Gobierno del Estado de Morelos
Sistema de Evaluación del Desempeño
Avance físico en el cumplimiento de metas al 1 trimestre de 2013

ICSS-1 2
 Fecha:

Dependencia/Sector: 3 U.R.E. 4

Precedente: 5

Objetivo: 7

Proyecto: 9 Subproyecto: 10

Indicador	Meta		Cumplimiento trimestral (Programa Reducido)				Total acumulado		Observaciones
	Unidad de medida	Condición	1er. Trimestre	2do. Trimestre	3er. Trimestre	4to. Trimestre	Meta	%	
11	12	13	14	14	15	14	16	17	18
Avance programado del proyecto	19	20	21	22	23	24	25	26	
Avance real del proyecto	27	28	29	30	31	32	33	34	

De acuerdo al número que se encuentra dentro de cada círculo, tendrá el siguiente significado:

1. Número de trimestre que se reporta.
2. Fecha en la que se envía el reporte (día/mes/año).
3. Nombre de la Dependencia o Secretaría.
4. Nombre de la Unidad Responsable de Ejecución del Proyecto (U.R.E.)
5. Eje estratégico al que contribuye el proyecto de acuerdo al Plan Estatal de Desarrollo 2013-2018.
6. Finalidad a la que contribuye el proyecto de acuerdo al Catálogo de Clasificación Funcional del Gasto 2013.
7. Objetivo al que contribuye el proyecto de acuerdo al Plan Estatal de Desarrollo 2013-2018.
8. Función a la que contribuye el proyecto de acuerdo al Catálogo de Clasificación Funcional del Gasto 2013
9. Nombre del proyecto.
10. Subfunción a la que contribuye el proyecto de acuerdo al Catálogo de Clasificación Funcional del Gasto 2013.
11. Denominación del indicador.
12. Unidad de medida del indicador.
13. Cantidad o meta anual establecida en el indicador.
14. Meta **programada** del indicador en el trimestre correspondiente (en números absolutos o %).
15. Avance **real** del indicador en el trimestre correspondiente.
16. Avance acumulado programado del indicador al trimestre correspondiente.
17. Avance acumulado real del indicador al trimestre correspondiente.
18. Observaciones del indicador. Aparecerán las aclaraciones necesarias para mayor claridad de la información. **Así como la justificación en caso de no alcanzar la meta programada.**
19. Avance **programado** del proyecto en el trimestre correspondiente (representada la meta anual al 100%). Cuando existen 2 indicadores o más, se promedian los avances porcentuales programados.

20. Avance real del proyecto en el trimestre correspondiente (representada la meta anual al 100%). Cuando existen 2 indicadores o más, se promedian los avances porcentuales realizados.
21. Avance porcentual acumulado **programado** del proyecto al trimestre correspondiente.
22. Avance porcentual acumulado **real** del proyecto al trimestre correspondiente.
23. Nombre, cargo y firma del responsable de integrar la información.
24. Nombre, cargo y firma del titular de Unidad Responsable de Ejecución.

Anexo 10.3 Reporte de Avance Financiero. IGG-2.

Reporte de avance financiero: IGG2

Fecha: _____
 100-2
 23

Gobierno del Estado de Morelos
 Sistema de Evaluación del Desempeño
 Avance financiero al 1 trimestre de 2013

Dependencia: _____ 2 _____ U.S.G. _____ 4
 Subdependencia: _____ 3 _____
 Códigos: _____ 5 _____

Proyecto a	Acordado para (Millones de pesos)			Gasto autorizado			Gasto comprometido			Por pagar		
	Comienzo	Fin	Total	Comienzo	Fin	Total	Comienzo	Fin	Total	Comienzo	Fin	Total
b	7	8	10	11	12	14	1	18	17	1	19	20
Total												

De acuerdo al número que se encuentra dentro del círculo significará lo siguiente:

1. Número del trimestre que se reporta.

2. Nombre de la Dependencia o Secretaría.
3. Eje estratégico al que contribuye el proyecto de acuerdo al Plan Estatal de Desarrollo 2013-2018.
4. Nombre de la Unidad Responsable de Ejecución del proyecto.
5. Objetivo al que contribuye el proyecto de acuerdo al Plan Estatal de Desarrollo 2013-2018.
6. Nombre del proyecto o proyectos cuando son más de uno.
7. Monto autorizado anual de gasto corriente para la ejecución del proyecto (aparecerá en miles de pesos, ejemplo 20 = 20 000).
8. Monto autorizado de inversión estatal para la ejecución del proyecto (sólo aplica para proyectos de inversión).
9. Monto autorizado de inversión federal para la ejecución del proyecto (sólo aplica para proyectos de inversión).
10. Monto total autorizado para la ejecución del proyecto (suma de gasto corriente, inversión estatal y federal).
11. Gasto corriente ejercido del proyecto en el trimestre correspondiente.
12. Inversión estatal ejercida del proyecto en el trimestre correspondiente.
13. Inversión federal ejercida del proyecto en el trimestre correspondiente.
14. Monto total ejercido del proyecto en el trimestre correspondiente (suma de gasto corriente, inversión estatal y federal).
15. Monto acumulado de gasto corriente ejercido al trimestre correspondiente.
16. Inversión estatal ejercida acumulada al trimestre correspondiente.
17. Inversión federal ejercida acumulada al trimestre correspondiente.

18. Monto total ejercido al trimestre correspondiente (suma de gasto corriente, inversión estatal y federal acumulada en lo que va del año).
19. Diferencia de los recursos ejercidos acumulados y del monto total autorizado.
20. Aclaraciones que se crea conveniente incluir para ampliar la información.
21. Nombre, cargo y firma del responsable de integrar la información.
22. Nombre, cargo y firma del titular de la Unidad Responsable de Ejecución.

23. Fecha de elaboración del reporte (día/mes/año)

Informe interno de evaluación del desempeño

Contiene los indicadores por proyecto, su unidad de medida, meta anual y su respectiva programación trimestral.

Este informe se realizará con la finalidad de registrar el logro alcanzado por periodo y el correspondiente acumulado de cada Unidad Responsable de Gasto.

Anexo 10.4 Formato Interno: Informe de Evaluación del Desempeño.

 <p>SECRETARÍA de Salud</p>	<p>FORMATO INFORME DE EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO</p>											<p>Clave: FO- DGCS-SAEP-02</p>					
	<p>REFERENCIA: PR-DGCS-SAEP-02</p>														<p>Revisión: 1</p>		
															<p>Anexo 1 Pág. 1 de 1</p>		
<p>SUBSECRETARÍA DE SALUD DIRECCIÓN GENERAL DE COORDINACIÓN Y SUPERVISIÓN</p>																	
<p>Unidad Responsable de Ejecución:</p>																	
PROGRAMA OPERATIVO ANUAL [AÑO]				Primer Trimestre		Segundo Trimestre		Tercer Trimestre		Cuarto Trimestre		Observaciones	Avance Físico por Indicador				
Proyecto	Indicador	Unidad de Medida	Meta Anual [Año]	Prog T1	Logro T1	Prog T2	Logro T2	Prog T3	Logro T3	Prog T4	Logro T4		Prog Acum	Logro Acum	Diferencia		



MORELOS
PODER EJECUTIVO

Secretaría de Salud
Subsecretaría de Salud
Dirección General de Coordinación y Supervisión
Dirección de Análisis y Evaluación de los
Programas de la Secretaría de Salud
Noviembre, 2013