



PROGRAMA
SECTORIAL
DE SALUD

TODOS LOS SONORENSES
TODAS LAS OPORTUNIDADES

SONORA
UNIDOS LOGRAMOS MÁS

SONORA
UNIDOS LOGRAMOS MÁS

PRESENTACIÓN

El Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 dentro de su meta “Un México Incluyente”, pone especial énfasis en proveer una red de protección social que garantice el acceso al derecho a la salud de las y los mexicanos, evitando problemas inesperados de salud que sean un factor determinante en su desarrollo.

El Programa Sectorial de Salud 2013-2018 (PROSESA), en estricto apego a lo estipulado en el marco conceptual de la Organización Mundial de la Salud, define los objetivos y funciones de los sistemas de salud, estableciendo seis objetivos sectoriales que abarcan todas las actividades planteadas en el Plan Nacional de Desarrollo, entre los que se encuentran el incrementar acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades; asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud, y avanzar en la construcción del Sistema Nacional de Salud Universal.

En este contexto, el Gobierno del Estado de Sonora considerando la problemática específica que presentan los Sonorenses en materia de salud, definió dentro de su Plan Estatal de Desarrollo 2016-2021 “Sonora Trabaja”, 5 Retos (11, 12, 15, 16 y 18) que a través de la Secretaría de Salud Pública, como coordinadora de sector, establecerá los lazos de comunicación y coordinación de acciones con los Organismos Descentralizados a los que coordina sectorialmente: DIF-Sonora, ISSSTESON, Régimen Estatal de Protección Social en Salud de Sonora, Centro Estatal de Trasplantes y Fondo Estatal de Solidaridad, aunado a las instancias federales como IMSS, ISSSTE, SEDENA y SEMAR, para brindar acceso universal a servicios integrales de salud con calidad y calidez que responda con eficiencia y oportunidad a las necesidades de las familias, asegurando el derecho a la salud de la población Sonorense a través de políticas públicas que promuevan la coordinación de los tres niveles de gobierno, disminuyendo los índices epidemiológicos, y fortaleciendo las acciones de protección, prevención de enfermedades y promoción de la salud.

El Programa Sectorial de Salud 2016-2021 “Todos los Sonorenses, Todas las Oportunidades”, define claramente los objetivos, estrategias y líneas de acción para lograr alcanzar estos retos y de esta forma garantizar lo que por derecho nos corresponde otorgar con plena responsabilidad compartida entre las y los trabajadores de la salud, sociedad civil e Instituciones del Sector, dándonos la oportunidad de forjar los cimientos para una adecuada integración de los individuos a la vida laboral y social.

En el periodo 2016-2021 estaremos enfocados en la prevención y atención de los principales determinantes de la salud, los cuales demandan por la situación en la que se encuentran, un trato prioritario y especial.

Contamos con Programas y Proyectos para los cuales desde el inicio de la presente Administración, se ha establecido una coordinación muy estrecha con instancias de los sectores público, social y privado, a fin de consolidar la gestión eficiente e impulso para la mejora de los mismos. Los sectores educativo, económico y social juegan un papel decisivo en este campo, al amparo de una comunicación entre gobierno y sociedad, eficiente y transparente.

Por lo anterior, al 2021 vemos una Institución fortalecida en la rectoría del Sistema Estatal de Salud, con una robusta coordinación y asertiva comunicación con las instituciones de salud del sector público, social y privado en todo el estado. Se otorgarán atenciones médicas convenidas y bajo criterios de derivación previamente establecidos, independientemente de la afiliación y la condición laboral de la persona, como producto de la formalización del Intercambio de Servicios

Planificado, con lo cual ofreceremos a los sonorenses, servicios de salud oportunos, eficientes y de calidad.

Por otra parte, considerando que Sonora obtuvo el lugar 22 a nivel nacional al cierre 2015 en el Programa de Caminando a la Excelencia (CAMEX), y particularmente, cerramos en últimos lugares con los siguientes Programas: Tuberculosis 30, Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) 29, Dengue y Salud Bucal 27, Paludismo 26, Alimentación y Actividad Física, así como Rabia 25, Salud Materna 24, Entornos y Comunidades 23, Planificación Familiar 20, Diabetes, Envejecimiento y Cólera 19, UNEMES EC y Laboratorio Estatal 18, Cáncer de Mama, Adulto y Adulto Mayor, VIH-SIDA y Violencia Familiar 17, Accidentes, Riesgo Cardiovascular y Adicciones 16, Diagnóstico y Tratamiento de Cáncer Infantil, Promoción de Salud y Determinantes Sociales 15, Lepra 14, Vacunación 13, Cáncer Cervicouterino 11, y Prevención de Mortalidad Infantil 6; por lo anterior, consideramos que al final de la presente administración revertiremos estos resultados para dar a los sonorenses certidumbre en nuestras promesas de campaña.

Las principales causas de mortalidad como: enfermedades del corazón, diabetes mellitus, neumonía, cirrosis, tumores malignos en bronquios, pulmón y mama, serán atendidos con oportunidad, calidad y calidez en unidades médicas especializadas con tecnología moderna, aunado a que se reducirán las mismas, debido al fortalecimiento de la prevención en estas causas.

Las principales causas de morbilidad que actualmente son las infecciones respiratorias agudas, intestinales, urinarias, así como úlceras, gastritis, gingivitis, conjuntivitis, obesidad, hipertensión arterial y asma, serán prevenidas a través de programas integrales coordinados con los tres niveles de gobierno, respondiendo con eficiencia y oportunidad a las necesidades de las familias sonorenses.

Aunado a lo anterior, en materia de prevención, se habrán sentado las bases para una población informada y consiente en una sana y balanceada alimentación, que combinada con ejercicio, serán la base para un equilibrio personal y por ende una sociedad integrada y con mayor calidad de vida. Será también un hecho la mejora del Sistema de Salud Mental, que incluye el cuidado de la misma, control de las adicciones y disminución de la violencia familiar y/o género.

Se habrá avanzado en los Servicios de Salud de Sonora, con la incorporación del Expediente Clínico Electrónico en todas las unidades médicas, con lo cual mejoraremos en el tiempo de atención y la información que se genere será oportuna y de mayor calidad. También tendremos una red de telemedicina a través de la cual se ofrecerá salud a distancia.

Asimismo, contaremos con un nuevo Hospital Especializado de tercer nivel de atención, la integración de todas las unidades administrativas de la salud en un solo edificio, facilitando la gestión en salud; centros de salud y hospitales existentes remodelados, nueva infraestructura médica y hospitalaria, así como tecnología de punta, equipamiento digno, moderno, con prestación de servicios de calidad, con calidez y oportunos, suficientes medicamentos, material de curación y reactivos, trabajadores motivados y técnicamente preparados, estructuras organizadas y procedimientos sistematizados y certificados, situación financiera estable y ordenada. Tendremos una sólida plantilla vehicular con ambulancias suficientes en todas las unidades médicas, así como vehículos para la supervisión en todas las Jurisdicciones Sanitarias, las cuales se verán fortalecidas y con ello el primer nivel de atención.



Con lo anterior, las mujeres embarazadas, las y los niños, tendrán cobertura garantizada y por ende, las y los sonorenses gozaremos de una salud más digna, con un enfoque de mejora continua que ya nada la parará, sino que por el contrario, se buscará avanzar hasta alcanzar mejores estadios de salud.



CONTENIDO

	<i>Pág.</i>
Introducción	7
Marco Normativo	8
I. Análisis Situacional	12
II. Alineación de la Estrategia PND-PED-PMP	48
III. Operación de la Estrategia (objetivos, estrategias y líneas de acción)	51
IV. Indicadores	65
V. Instrumentos de Coordinación y Concertación Interinstitucional e Intergubernamental .	94
Glosario	100

INTRODUCCIÓN

Al igual que otras naciones, México atraviesa por transformaciones y cambios profundos en su estructura, lo cual plantea desafíos financieros, sanitarios, políticos e institucionales mayúsculos. De consecuencias profundas e impactos actuales y mediatos, la transición demográfica y su correlato en el perfil epidemiológico de las y los mexicanos, incide en el notable incremento de las enfermedades crónico-degenerativas.

El camino hacia la universalidad de los servicios de salud está trazado. En los últimos 30 años, el País ha avanzado en la construcción de una política de Estado en materia de salud, que ha ido acompañando algunas transformaciones de gran escala, como las transiciones demográfica y epidemiológica.

No obstante los logros alcanzados, la situación actual y futura del País, exigen la puesta en marcha de una nueva serie de reformas. Entre éstas, el componente de mayor prioridad es la consolidación del Sistema Nacional de Salud.

Hoy día, el Sector Salud en el estado de Sonora se encuentra en una situación preocupante, se requiere de la instrumentación de acciones a efecto de mejorar nuestros índices de medición en aspectos tales como: muertes maternas, embarazos en adolescentes, enfermedades epidemiológicas como el dengue, rickettsia y chikungunya, las relacionadas con el sobrepeso, la obesidad, diabetes, corazón e incremento en el uso, abuso y dependencia de sustancias adictivas y la disminución en la edad de inicio en el consumo, especialmente en comunidades indígenas, así como deficiencia en servicios de hospitalización para la atención de las y los niños y adolescentes con adicciones.

Todo lo anterior, en el marco de la falta de instrumentación de acciones de prevención y promoción de la salud y de estilos de vida saludable, ante una pirámide poblacional que indica el envejecimiento de los sonorenses.

Para revertir lo anterior, se han planteado ocho objetivos orientados a la atención, prevención, promoción y regulación de la salud, dentro de los cuales se plantean 21 estrategias y 134 líneas de acción, cuyo alcance será evaluado a través de 20 Indicadores Estratégicos.

Nuestro programa comprende cinco capítulos, en el primero se plantea un análisis situacional con los condicionantes que determinan la situación de la salud en el estado, los daños a la salud, enfermedades transmitidas por vector, tuberculosis y recursos humanos para la salud, seguido por la infraestructura, equipamiento en salud y recursos financieros en la Secretaría de Salud Pública y Servicios de Salud de Sonora, para posteriormente plantear lo correspondiente a DIF-Sonora e ISSSTESON. En el segundo capítulo se presenta la alineación de la estrategia del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 - Plan Estatal de Desarrollo 2016-2021 y Programa de Mediano Plazo "Todos los Sonorenses, Todas las Oportunidades" 2016-2021. El capítulo tres desarrolla la Operación de la Estrategia, con objetivos, estrategias y líneas de acción que serán evaluados por los Indicadores estratégicos propuestos en el cuarto capítulo. En el capítulo quinto se incluyen los Instrumentos de Coordinación y Concertación Interinstitucional e Intergubernamental, para finalmente culminar con un glosario de términos relacionados con los diferentes temas que se presentan.

MARCO NORMATIVO

Constituciones:

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y sus reformas (D.O. 31/enero/1917).
- Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Sonora y sus reformas (B.O. 15/septiembre/1917).

Leyes:

- Ley Orgánica No. 26 del Poder Ejecutivo del Estado de Sonora y sus reformas (B.O. No. 53 Secc. XVII del 30/Diciembre/1985).
- Ley Orgánica de la Administración Pública Federal (D.O. 29/diciembre/1976).
- Ley General de Salud y sus reformas. (D.O. 7/febrero/1984).
- Ley No. 109 de Salud para el Estado de Sonora y sus reformas (B.O. No 50 Secc. I del 22/Junio/1992).
- Ley No. 269 que crea los Servicios de Salud de Sonora (B.O. No. 20 Secc. II 10/Marzo/1997).
- Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de Sonora y sus reformas (B. O. No. 53, Secc. III, 31/diciembre/1962).
- Ley No. 40 del Servicio Civil para el Estado de Sonora y sus reformas (B.O. No. 17 del 27/ Agosto/1977).
- Ley de Coordinación Fiscal.
- Código Fiscal de la Federación.
- Ley de Asistencia Social y sus reformas (B.O. 48, Secc. I, 16/junio/1986).
- Ley de Integración Social para Personas con Discapacidad del Estado de Sonora y sus reformas (B.O. No.4, Secc. III, 12/julio/1999).
- Ley No. 40 de Planeación del Estado de Sonora y sus Reformas (B.O. No. 10 del 2/Febrero/1984).
- Ley No. 113 del Presupuesto de Egresos, Contabilidad Gubernamental y Gasto Público Estatal (B.O. No. 41 Secc. I del 19/Noviembre/1987).
- Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público Federal. (D.O. 31/diciembre/1976).
- Ley No. 54 de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado y de los Municipios (B.O. No 29 del 9/Abril/1984).
- Ley que Crea al Consejo Tutelar para Menores del Estado de Sonora. B.O. No. 44 Secc. I, 3/junio/1985.
- Ley No. 156 de Acceso a la Información Pública del Estado de Sonora (B.O. No. 16 Secc. II del 25/Febrero/2005).

- Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Sonora (B. O. 35 Secc. II, 29/octubre/2007).
- Ley de Obras Públicas del Estado de Sonora. B.O. No. 4, 15 julio de 2008.
- Ley de Prevención y atención de la Violencia Intrafamiliar y sus reformas (B.O. No. 4 edición especial, 31/diciembre/1999).
- Ley de Donación y Trasplantes para Organismos Humanos (B. O. No. 49, Secc. I, de fecha 20 de junio de 2005). (B.O. No. 43, Secc. I, de fecha 31 de mayo de 2010.- Se adiciona el artículo 21 BIS).
- Ley No. 76 de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las mismas para el Estado de Sonora y sus reformas (B. O. No. 18, Secc. I, 01/03/2007).
- Ley de los Adultos Mayores del Estado de Sonora (B.O. Edición especial No. 14, 17/septiembre/2007). (B.O. No. 28 Secc. I, 4/abril/2012. Se reforman la fracción V del artículo 9, las fracciones VI y VII del artículo 10, las fracciones V y VI del artículo 12 y la fracción IX del artículo 18; asimismo, se adicionan un inciso b) a la fracción V del artículo 7, una fracción VIII al artículo 10, una fracción VII al artículo 12 y una fracción X al artículo 18).
- Ley de Protección a Madres Jefas de Familia (B.O. No. 46, secc. V, 8/diciembre/ 2008).
- Ley de Derechos de los Pueblos y Comunidades Indígenas de Sonora (B. O. No. 49, Secc. IV, 16/diciembre/2010).
- Ley de prevención, tratamiento, rehabilitación y control de adicciones del Estado de Sonora (B. O. No.19 secc. III, 5/marzo/2009.) (B.O. No. 51 Secc. XI, 27/junio/ del 2013. Se adicionan los artículos 19 Bis, 39 Bis y 39 Bis-1).
- Ley de Salud Mental del estado de Sonora (B. O. No. 49, Secc.VI, 16/diciembre/2013).
- Ley de Atención a Víctimas para el Estado de Sonora (B. O. No. 43 secc. III, 26/ noviembre/2015).
- Ley de la Maternidad para el Estado de Sonora (B.O. No.50, Secc. III, 21/diciembre/2015).
- Ley de los derechos de niñas, niños y adolescentes del Estado de Sonora (B.O. No. 49, Secc. I, 17/diciembre/2015).

Reglamentos:

- Reglamento Interior de la Secretaría de Salud Pública (B.O. No. 42 Secc. II del 25/05/09).
- Reglamento Interior de los Servicios de Salud de Sonora (B. O. No. 25 Secc. I del 26 de marzo de 2009).
- Reglamento de Servicios Médicos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de Sonora. (B.O. No. 10 Secc. II, 4agosto/1997).
- Reglamento Interior del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de Sonora. B.O. No. 26 Sección II del 1º de abril de 2013.
- Reglamento Interior del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Sonora y sus reformas (B.O 32, 21/octubre/ 2005).
- Reglamento Interior del Centro Estatal de Trasplantes (B.O. No. 36 Secc. II del viernes 3 de noviembre de 2006).

- Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud (D.O. 5 de abril de 2004).
- Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Última reforma publicada DOF 04-12-2009.
- Reglamento de la Ley de Prevención y Atención de la Violencia Intrafamiliar para el Estado de Sonora y sus reformas (B.O. No 4, 31/diciembre/1999).
- Reglamento de Adopción de Menores del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia en el Estado de Sonora. B.O. No. 19 Secc. IV, 08 /marzo/2002).
- Reglamento para la celebración de sesiones de los Órganos de Gobierno de las Entidades de la Administración Pública Paraestatal (B.O. No. 10 Secc. III del 2/02/2006).

Decretos:

- Decreto que crea un Organismo Descentralizado que se denominara Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia en el Estado de Sonora (DECRETO 51; B.O. No. 46, de fecha 8 de junio de 1977. DECRETO 131; B.O. No. 25, de fecha 29 de marzo de 1978).
- Decreto que crea el Fondo Estatal de Solidaridad (B.O. No. 36 4/mayo/1987).
- Decreto que crea el Consejo Estatal de Salud para el Estado de Sonora (B.O. No. 51 Secc. I 26/junio/1998).
- Decreto que crea el Consejo Estatal de Trasplantes para el Estado de Sonora (B.O. No. 15 Secc. I, 21/agosto/2000).
- Decreto que crea el Consejo para Prevenir la Obesidad Infantil (B.O. No. 41, Secc. I, 22/mayo/2006).
- Decreto que crea el Consejo Estatal para la Prevención y control del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (B.O. No. 8, Secc. IV, 27/julio/2006).
- Decreto que crea el Consejo Estatal para la Prevención y el Tratamiento de las Enfermedades Visuales. (B.O. No. 46, Secc. III, 7/diciembre/2006).
- Decreto que crea la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Sonora (B.O. No. 15, Secc. II, 19/febrero/2007).
- Decreto que crea el Consejo Estatal para la prevención y el tratamiento del Cáncer en la infancia y la adolescencia en el Estado de Sonora (B.O. No. 25, Secc. I, 28/marzo/2011).
- Decreto que crea la Comisión Estatal de Bioética como un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud Pública (B.O. No. 25 28/marzo/2011).
- Decreto que crea un Organismo Público Descentralizado denominado Régimen Estatal de Protección Social en Salud de Sonora (B.O. No. 27, Secc. II 1/octubre/2015).
- Decreto que Reforma Deroga y Adiciona diversas disposiciones del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud Pública (B. O. No. 24, Sección II, 20/Septiembre/2012).
- Decreto que crea el Centro Estatal de Oncología (B.O. No. 30, Secc. II 11/octubre2012).

Acuerdos:



- Acuerdo de Coordinación que celebran el Ejecutivo Federal y el Ejecutivo del Estado de Sonora, para la integración orgánica y la descentralización operativa de los Servicios de Salud para Población Abierta en el Estado. (D.O. 1/Diciembre/1986).
- Acuerdo del Ejecutivo Estatal que determina el Agrupamiento por Sectores Administrativos de Diversas Entidades Paraestatales (B.O: 9/junio/ 1986).
- Acuerdo de Coordinación para la Descentralización Integral de los Servicios de Salud a la Entidad (D.O. 19/septiembre/1996).
- Acuerdo por el que se Crea el Comité de Obras Públicas y Servicios de Salud de Sonora (B.O. No. 4, Secc. I, 29/enero/2009).
- Acuerdo que reforma, deroga y adiciona diversas disposiciones del reglamento Interior de los Servicios de Salud de Sonora (B.O. No. 1 de 4/julio/2011).
- Acuerdo que aprueba el programa estatal de detección de uso de drogas en servidores públicos de la administración pública del gobierno del estado de sonora y establece las bases para su aplicación (B.O. No. 14, Secc. I, 18/agosto/2011).
- Acuerdo por el que se crea en Centro Infantil para el Desarrollo Neuroconductual (B.O. No. 17, 29/agosto/2011).
- Acuerdo por el que se delegan Facultades a favor del Director General del Centro Estatal de Oncología, para Representar Legalmente a los Servicios de Salud de Sonora, Ante La Comisión nacional de Seguridad Nuclear y Salvaguardias (B.O. No. 44, Secc. I, 29/noviembre/2012).
- Acuerdo que reforma, deroga y adiciona diversas disposiciones del reglamento Interior de los Servicios de Salud de Sonora (B.O. No. 10, Secc. III, del 1/agosto/2013).

Planes y Programas:

- Plan Estatal de Desarrollo 2016-2021.
- Programa Sectorial de Salud 2013-2018 (D.O.F. 12 de diciembre de 2013).



CAPÍTULO I

ANÁLISIS SITUACIONAL

I. ANÁLISIS SITUACIONAL

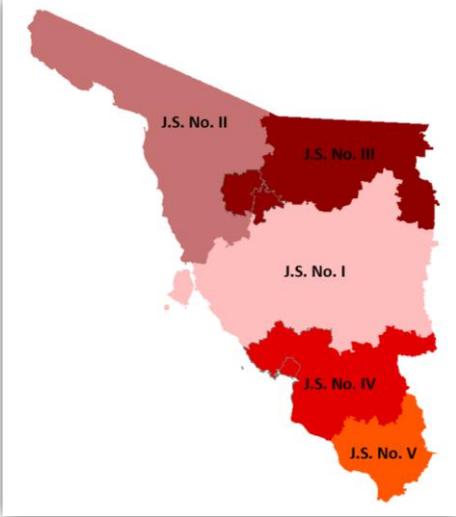
1. CONDICIONANTES

1.1. Condiciones Geográficas

Sonora es el segundo estado más grande de la república mexicana por sus dimensiones geográficas, tiene una extensión territorial de 179,502.9 kilómetros cuadrados, representando el 9.2% del territorio nacional¹.

La división política del estado está conformada por 72 municipios con 7,268¹ localidades, y sanitariamente dividida en 5 Jurisdicciones: Jurisdicción I con sede en Hermosillo integrada por 32 municipios, Jurisdicción II en Caborca con 10 municipios, Jurisdicción III en Santa Ana con 17 municipios, Jurisdicción IV en Cd. Obregón con 8 municipios y Jurisdicción V con sede en Navojoa con 5 municipios.

Jurisdicciones Sanitarias en el Estado				
Jurisdicción Sanitaria No. I		Jurisdicción Sanitaria No. II		Jurisdicción Sanitaria No. III
ACONCHI	NÁCORI CHICO	ALTAR	AGUA PRIETA	
ARIVECHI	NACÓZARI DE GARCÍA	ATIL	ARIZPE	
BACADÉHUACHI	ONAVAS	CABORCA	BACERAC	
BACANORA	OPODEPE	GENERAL PLUTARCO ELÍAS CALLES	BACOACHI	
BANÁMICHÍ	RAYÓN	OQUITOA	BAVISPE	
BAVIÁCORÁ	SAHUARIPA	PITQUITO	BENJAMÍN HILL	
CARBÓ	SAN FELIPE DE JESÚS	PUERTO PEÑASCO	CANANEA	
CUMPAS	SAN JAVIER	SAN LUIS RÍO COLORADO	CUCURPE	
DIVISADEROS	SAN MIGUEL DE HORCASITAS	SÁRIC	FRONTERAS	
GRANADOS	SAN PEDRO DE LA CUEVA	TUBUTAMA	HUACHINERA	
HERMOSILLO	SOYOPA		IMURIS	
HUÁSBABAS	SUAQUI GRANDE		MAGDALENA	
HUÉPAC	TÉPACHE		NACO	
LA COLORADA	URES		NOGALES	
MAZATÁN	VILLA HIDALGO		SANTA ANA	
MOCTEZUMA	VILLA PESQUEIRA		SANTA CRUZ	
			TRINCHERAS	
Jurisdicción Sanitaria No. IV		Jurisdicción Sanitaria No. V		
BÁCUM	SAN IGNACIO RÍO MUERTO	ALAMOS		
CAIEME	YÉCORÁ	BENITO JUÁREZ		
EMPALME		ETCHOJOA		
GUAYMAS		HUATABAMPO		
QUIRIEGO		NAVOJOA		
ROSARIO				



1.2. Clima

Las condiciones climáticas del Estado se caracterizan por la existencia de cuatro tipos de clima: el seco, que es el predominante en la zona costera, así como en las laderas occidentales de la Sierra Madre, también los climas semiseco, templado y cálido, que se presentan en las partes altas de la Sierra Madre Occidental². Estas condiciones climáticas inciden sobre el patrón epidemiológico de los daños y riesgos a la salud existentes en el Estado, tales como enfermedades gastrointestinales, alergias, zoonosis, enfermedades por vectores, enfermedades respiratorias y cardiovasculares.

¹ Instituto Nacional de Estadística y Geografía (México), INEGI. Perspectiva estadística: Sonora / Instituto Nacional de Estadística y Geografía.-- México: INEGI, 2013.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (México), INEGI, Censo de Población y Vivienda 2010, Principales Resultados por Localidad (ITER). Reglamento Interior de los Servicios de Salud de Sonora. B.O. No. 26, Sección II, 26 de Marzo del 2009.

² Instituto Nacional de Estadística y Geografía (México), INEGI: Cuéntame.

1.3. Condiciones Demográficas

Para el año 2015 la población de Sonora se estimó en 2'932,818 habitantes, que representa el 2.4% de la población total del país. Según género, el 49.91% son mujeres y el 50.09% son hombres³.

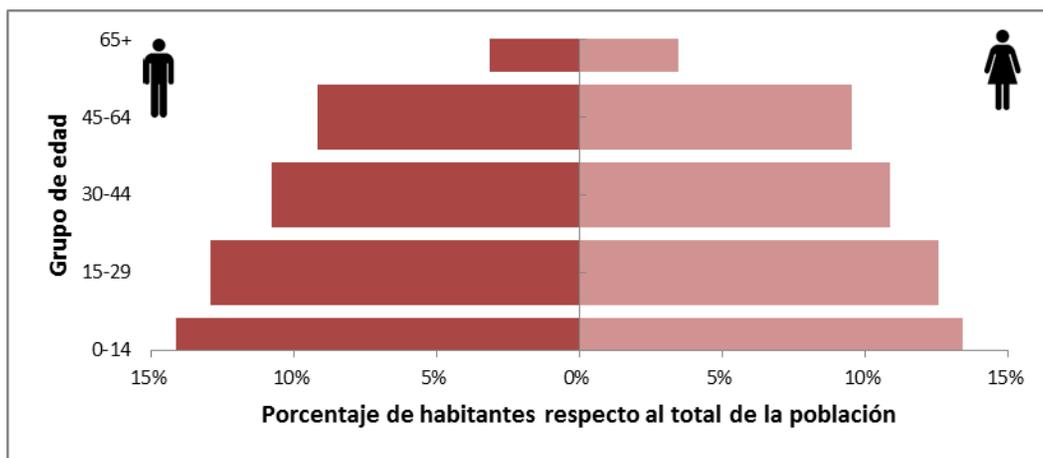
Es importante precisar que la tasa de mortalidad general que en 2010 fue de 5.24 defunciones por cada mil habitantes y en el año 2015 de 5.47. Por lo que respecta a la tasa de natalidad, en 2010 fue de 19.11 y para el año 2015 se registró un decremento, siendo de 18.11 nacimientos por cada 1,000 habitantes, decremento debido principalmente a la reducción de la tasa global de fecundidad, que pasó de 2.32 en 2010 a 2.24 hijos por cada mujer en edad fértil en el año 2015³.

Considerando las características de la estructura poblacional por grupos de edad, evidencian que el Estado está experimentando una transición demográfica interesante y por demás objeto de atención en todos los ámbitos de la vida social y económica del estado.

La población menor de 15 años de edad para el año 2015 se estimó de 808,662 habitantes, significando el 27.6% de la población total, con respecto a 2010 la cifra decreció 1.7%. El grupo de 15-64 años clasificada como la población económicamente activa, está conformada por 1 millón 930 mil 348 habitantes, que absorben el 65.8% del total de la población, misma que en 2010 representó el 64.8%, observándose un incremento de 1.0 punto porcentual en ese período⁴.

El grupo de mayores de 65 años para el año 2015 está integrado por una población de 193,808 habitantes significando el 6.6% de la población total, mientras que en 2010 éste grupo representó el 5.9%, con un decremento menor a un punto porcentual⁴.

La esperanza de vida al nacer se incrementó para ambos géneros en el período de 2010 al 2015, pasando de 74.52 a 75.32 años la esperanza de vida total, para la mujer se incrementó de 77.58 a 78.14 años y para el hombre de 71.62 a 72.64 años, siendo superior a las expectativas estimadas a nivel nacional⁴.



Fuente: Proyección de la población de los municipios a mitad de año por sexo y grupos de edad, 2010-2030.

³ Consejo Nacional de Población (CONAPO): Proyección de la población de los municipios a mitad de año por sexo y grupos de edad, 2010-2030.

⁴ Consejo Nacional de Población (CONAPO): Indicadores demográficos, 2010-2030.

Este comportamiento poblacional en su conjunto es característica básica del fenómeno de la transición demográfica, en la que se observa una clara tendencia hacia el envejecimiento de la población, fenómeno que se observa en los países en vías de desarrollo y de manera consolidada se presenta en los altamente desarrollados.

Sin duda, éste perfil demográfico refleja una mejora generalizada en los niveles y condiciones de vida de la población en su conjunto. Desde la perspectiva de la salud, ésta composición de la estructura poblacional requiere que los servicios de salud sean reenfocados y reorganizados, acordes al perfil demográfico -incluyendo el epidemiológico que también se encuentra en transición- adecuándolos a éste proceso evolutivo de la población Sonorense para que se impulse la conformación de servicios de salud orientados hacia el abordaje de un sano proceso de envejecimiento.

Existen en el estado 7,268 localidades donde el 99.12% son menores de 2,500 habitantes y en ellas reside el 13.98% de la población. El 0.67% son localidades de 2,500-14,999 habitantes con un 10.67% de la población del estado, y un 0.21% localidades de 15,000 y más habitantes donde reside 75.35% de la población⁵.

La densidad de población es de 15 habitantes por kilómetro cuadrado. La población del estado es fundamentalmente urbana y la tendencia es que continúe la mayor concentración de población en 6 municipios (Hermosillo, Cajeme, Nogales, San Luis Río Colorado, Navojoa y Guaymas) en los que residen casi el 71.5% de la población proyectada para el 2015⁵.

El presente y futuro motivado por la concentración urbana y urbana marginal de la población, define en gran medida el perfil epidemiológico característico del Estado, donde predominan las enfermedades asociadas a los estilos de vida y debido a la tendencia del envejecimiento de la población, la presentación de más casos de enfermedades crónico degenerativas⁵.

1.3.1 Grupos Étnicos

Existen en el Estado 11 grupos étnicos de los cuales 8 son autóctonos, Cucapa, Guarijíos, Kikapoo, Mayos, Pápagos, Pimas, Seris y Yaquis; y 3 son indígenas migrantes provenientes del sur del País, Trikis, Zapotecos y Mixtecos. Se encuentran asentados en los municipios de Álamos, Altar, Bacerac, Caborca, Cajeme, Etchojoa, Guaymas, Hermosillo, Huatabampo, Navojoa, Plutarco Elías Calles, Quiriego, Rosario, San Luis Río Colorado, Sáric y Yécora⁶. Para el 2010 se tiene una población de 60,310 personas de 5 años y más que hablan alguna lengua indígena, lo que representa 3% de la población de 5 años y más en nuestra Entidad⁶.

⁵ Instituto Nacional de Estadística y Geografía (México), INEGI. Perspectiva estadística: Sonora / Instituto Nacional de Estadística y Geografía.-- México: INEGI, 2013.

⁶ Instituto Nacional de Estadística y Geografía (México), INEGI, Censo de Población y Vivienda 2010, Principales Resultados por Localidad (ITER).

⁶ <http://www.sonora.gob.mx/conoce-sonora/cultura-sonorense/etnias-en-sonora.html>

1.4. Condiciones Socioeconómicas

1.4.1 Vivienda

Para el año 2015, se contabilizaron en el estado un total de 814,820 viviendas particulares habitadas, de las cuales el 2.6% cuenta con piso de tierra, el 1.82% cuenta con techos de material de desecho lámina de cartón, el 5.3% utilizan leña o carbón para cocinar, el 7% no dispone de drenaje, y el 1.3% carece de electricidad. El promedio de ocupantes por vivienda es de 3.5 (COESPO: INEGI, Encuesta Intercensal 2015). Estas condiciones pueden afectar la salud de la población, ya que son factores que favorecen la presentación de alergias, IRA's, enfermedades gastrointestinales, así como enfermedades transmisibles por vector.

Por lo que respecta a la disponibilidad de bienes duraderos, el 42.7% cuenta con teléfono, el 80.4% cuenta con teléfono celular, el 38% con computadora y el 29% cuenta con internet⁷.

La situación del estado, en referencia a los principales indicadores socioeconómicos, es relativamente satisfactoria al compararse con el promedio nacional; sin embargo, se detectan condiciones que evidencian rezago en viviendas propias y con dimensiones y condiciones sanitariamente apropiadas y para la convivencia de las familias Sonorenses.

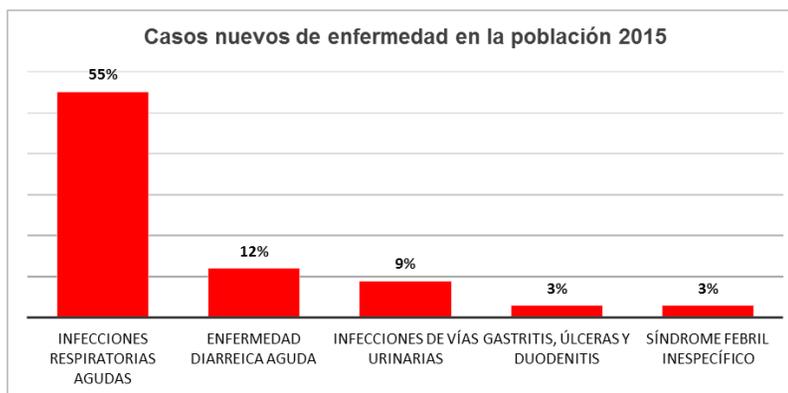
2. DAÑOS A LA SALUD

Gracias a los avances en las ciencias médicas, se ha permitido que un gran número de enfermedades puedan ser curadas o controladas de manera regular, lo que implica que la población tenga una mayor expectativa de vida; por otro lado, es un hecho que distintos factores sociales, culturales y económicos han disminuido las tasas de fecundidad y natalidad alrededor del mundo, lo cual resulta en un fenómeno denominado transición demográfica, significando que la pirámide poblacional comienza a invertir su forma, disminuyendo los estratos más jóvenes y aumentando los de mayor edad. Este fenómeno demográfico se presenta de forma progresiva y va acompañado de otro fenómeno denominado transición epidemiológica, el cual se caracteriza en los países desarrollados por una gran prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas; en contraste, los países no desarrollados presentan mayores tasas de natalidad, la expectativa de vida es menor y se observa una alta incidencia de enfermedades transmisibles e infecciosas. El caso de México es particular, ya que es un país en desarrollo donde la transición demográfica comienza a manifestarse, por lo tanto se pueden encontrar características propias de este fenómeno como el aumento en la expectativa de vida y en la incidencia y prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas, pero también existen características de los países en vías de desarrollo, como la incidencia de enfermedades infecciosas. El estado de Sonora no es la excepción. Por esta razón, es primordial que los sistemas de salud estén listos para manejar el aumento de padecimientos no transmisibles y esforzarse para disminuir la incidencia de padecimientos infecciosos⁸.

⁷ Censo de Población y Vivienda (2010), Panorama sociodemográfico de Sonora / Instituto Nacional de Estadística y Geografía.-- México: INEGI, 2011.

⁸ Sistema Único de Información de Vigilancia Epidemiológica. Dirección General de Promoción a la Salud y Prevención de Enfermedades/Subsecretaría de Servicios de Salud/Secretaría de Salud Pública.

2.1. Morbilidad



Fuente: Sistema Único de Información de Vigilancia Epidemiológica. Dirección General de Promoción a la Salud y Prevención de Enfermedades/Subsecretaría de Servicios de Salud/Secretaría de Salud Pública.

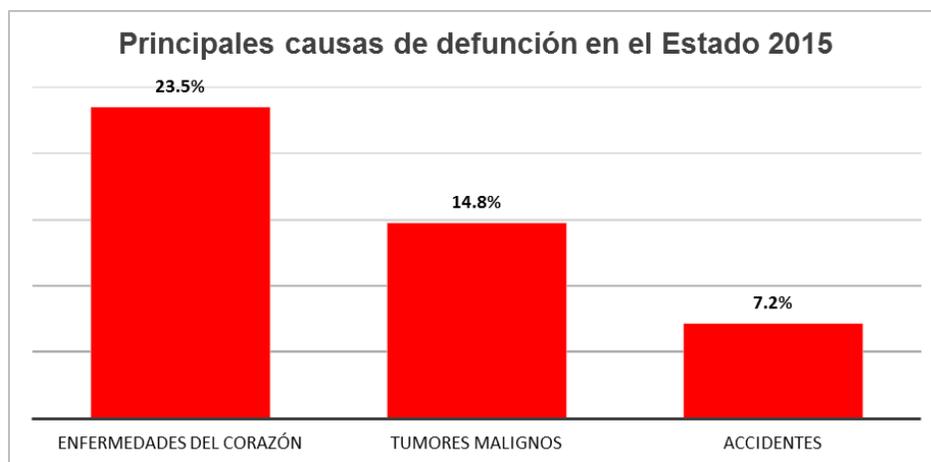
Según el Sistema Único de Información de Vigilancia Epidemiológica (SUIVE), durante el año 2015 se registraron un total de 1'251,463 diagnósticos de casos nuevos de enfermedad en la población sonorenses. La principal causa de morbilidad en el estado al cierre del 2015 fueron las infecciones respiratorias agudas con 684,938 casos nuevos registrados ese año, lo cual representó el 55% del total de casos registrados por todo el Sector Salud, con una tasa de 240 casos por cada 1,000 habitantes del estado durante ese año. En segundo lugar, las infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas, representadas por la enfermedad diarreica aguda, afectó a los sonorenses con 152,753 casos, lo cual representó el 12% del total, con una tasa de 54 casos por cada 1,000 habitantes del estado. Observamos que en tercer lugar, las infecciones de vías urinarias registraron un total de 109,386 casos durante el mismo año, lo cual representó el 9% del total de casos, para una tasa de 38 casos por cada 1,000 habitantes. En cuarto lugar, los diagnósticos nuevos de gastritis, úlceras y duodenitis registraron un total de 35,646 casos, representando el 3% del total, para una tasa de 13 casos por cada 1,000 habitantes. En quinto lugar en morbilidad, el diagnóstico de síndrome febril inespecífico se realizó en un total de 33,719 personas durante el 2015, lo cual representó poco menos del 3% en relación al total de casos, con una tasa de 12 casos por cada 1,000 habitantes del estado de Sonora; vale la pena resaltar que este diagnóstico se realiza ante casos febriles, en los cuales el médico no puede precisar inicialmente un diagnóstico específico; sin embargo, el incremento de dicho diagnóstico coincide con el periodo epidémico que registró el dengue en nuestro estado durante el año 2015⁹.

2.2. Mortalidad

Las principales causas de mortalidad se encuentran directamente relacionadas con los estilos de vida, las actividades económicas del estado, el cuidado individual de la salud y el acceso a servicios de salud de calidad.

⁹ Sistema Único de Información de Vigilancia Epidemiológica. Dirección General de Promoción a la Salud y Prevención de Enfermedades/Subsecretaría de Servicios de Salud/Secretaría de Salud Pública.

De acuerdo con los registros en la plataforma del Sistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones (SEED), durante el año 2015 se registraron un total de 16,587 defunciones en el estado de Sonora. El padecimiento responsable de la mayor cantidad de defunciones en Sonora fueron las enfermedades del corazón, entre las que destacó el infarto agudo al miocardio que fue responsable de 2,888 fallecimientos de 3,906 que fueron registrados para todas las enfermedades del corazón durante el año 2015, las cuales representaron el 23.5% de todas las causas de mortalidad, con el equivalente a una tasa de mortalidad de 137 defunciones por 100,000 habitantes durante dicho año. El segundo padecimiento con más fallecimientos en el Estado fueron los tumores malignos, entre los que destacaron aquellos originados en tráquea, bronquios y pulmón, mama, estómago, próstata y cuello del útero; en conjunto el número de defunciones por tumores malignos fue de 2,449, representando el 14.8% en relación al total de fallecimientos por todas las causas, presentando una tasa de mortalidad de 86 defunciones por tumores malignos por cada 100,000 habitantes del estado; el siguiente padecimiento en la lista fue la diabetes mellitus, la cual ocasionó 1,866 fallecimientos durante el año 2014, representando el 11.2% de todos los fallecimientos durante ese año, equivalente a una tasa de 65 muertes por 100,000 habitantes. En la siguiente posición se encontraron los accidentes, los cuales fueron causantes del 7.2% de los fallecimientos, ya que se registraron 1,195 defunciones por esta causa, con una tasa de 42 por 100,000 habitantes, dentro de esta clasificación, la causa básica de muerte más importante fueron los accidentes de tráfico que involucran vehículos de motor, causantes de 398 fallecimientos y una tasa de 14 muertes por esta causa por cada 100,000 sonorenses¹⁰.



Fuente: Sistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones. Dirección General de Promoción a la Salud y Prevención de Enfermedades/Subsecretaría de Servicios de Salud/Secretaría de Salud Pública.

¹⁰ Sistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones. Dirección General de Promoción a la Salud y Prevención de Enfermedades/Subsecretaría de Servicios de Salud/Secretaría de Salud Pública.

Cuando desglosamos las causas de mortalidad por sexo, observamos que los fallecimientos por enfermedades del corazón la tasa es más alta para los hombres con 139 defunciones por cada 100,000 (2,036 fallecimientos por esta causa); mientras que en las mujeres la tasa fue de 91 defunciones por cada 100,000 mujeres, (1,333 fallecimientos). La segunda causa por sexo también coincide en los tumores malignos; sin embargo, nuevamente el sexo masculino es el más afectado con una tasa de 89 defunciones por cada 100,000 hombres, ya que registraron un total de 1,307 fallecimientos por estas causas, siendo los principales los tumores de tráquea, bronquios y pulmón con 235 muertes, próstata con 184 muertes y de estómago con 98 defunciones; para las mujeres se registró una tasa de 78 defunciones por tumores malignos por cada 100,000 mujeres sonorenses, ya que se registraron 1,148 fallecimientos, de los cuales los principales fueron los tumores de mama con 238 muertes, seguidos por los de cuello uterino con 114 y los de estómago con 69 muertes en mujeres⁹. La tercera causa de defunción por sexo fue diferente; para los hombres fueron los accidentes con 943 defunciones, para una tasa de 64 muertes por cada 100,000 hombres; en cambio en las mujeres la diabetes mellitus correspondió a la tercera causa de defunciones, ya que se registraron 958 muertes, con una tasa de 66 muertes por cada 100,000 mujeres sonorenses¹¹.

3. ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTOR

Los vectores son organismos vivos que pueden transmitir enfermedades infecciosas entre personas, o de animales a personas. Muchos de esos vectores son insectos hematófagos que ingieren los microorganismos patógenos junto con la sangre de un portador infectado (persona o animal), y posteriormente los inoculan a un nuevo portador al ingerir su sangre.

Los mosquitos son los vectores de enfermedades mejor conocidos. Las garrapatas, moscas, flebotomos, pulgas, y algunos caracoles de agua dulce también son vectores de enfermedades.

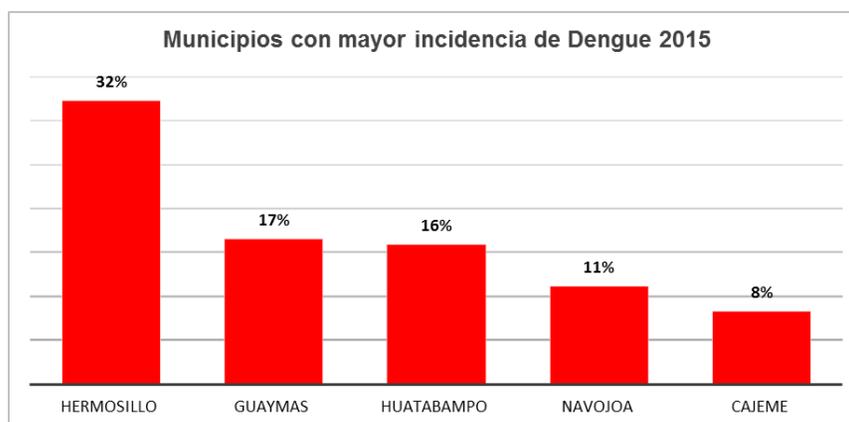
En lo que concierne a Sonora, las principales enfermedades transmitidas por vector que se presentan son el dengue, chikungunya, y rickettsiosis, de las cuales la Fiebre Manchada por *Rickettsia Rickettsii* es con mucho la más importante. Aunque actualmente no existen casos de Zika autóctonos, la vigilancia para ello está activada, y se espera su transmisión autóctona para el año 2016¹².

¹¹ Sistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones. Dirección General de Promoción a la Salud y Prevención de Enfermedades/Subsecretaría de Servicios de Salud/Secretaría de Salud Pública.

¹² Sistemas Especiales de Vigilancia Epidemiológica UIES/ Dirección General de Promoción a la Salud y Prevención de Enfermedades/Subsecretaría de Servicios de Salud/Secretaría de Salud Pública.

3.1. Dengue

En 2015, Sonora ocupó el 2° lugar en incidencia de Dengue, con una tasa de 111.33 casos por cada 100,000 habitantes. Se presentaron 3,302 casos en todo el Estado; los municipios con mayor incidencia fueron Hermosillo con 1,069 (32%), Guaymas con 547 (17%), Huatabampo con 528 (16%), Navojoa con 371 (11%) y Cajeme con 276 (8%). De las 5 Jurisdicciones Sanitarias del estado, la de mayor volumen de casos fue Navojoa con 1,242 (37%), seguida por Hermosillo con 1,093 (33%), Ciudad Obregón con 946 (28.5%), Caborca con 39 (1%) y Santa Ana con 22 (0.5%). Respecto a la mortalidad, en el año 2015 ocurrieron 20 defunciones. Los municipios que registraron defunciones en 2015 fueron Hermosillo (5), Cajeme (5), Etchojoa (3), Huatabampo (2), Navojoa (2), Guaymas (1), Empalme (1) y Aconchi (1)¹³.



Fuente: Sistemas Especiales de Vigilancia Epidemiológica UIES/ Dirección General de Promoción a la Salud y Prevención de Enfermedades/Subsecretaría de Servicios de Salud/Secretaría de Salud Pública.

3.2. Chikungunya

En 2015, Sonora ocupó el 9° lugar en casos de Chikungunya, con 307 casos confirmados por laboratorio. Los municipios con mayor incidencia fueron Hermosillo con 328 (90.9%), Guaymas con 9 (2.5%), y Cajeme con 8 (2.2%). De las 5 Jurisdicciones Sanitarias del estado, la de mayor volumen de casos fue Hermosillo con 329 (91.6%), seguido de Cd. Obregón con 19 (5.2%). Respecto a la mortalidad, en el año 2015 ocurrió una defunción que ya fue dictaminada en el estado, aunque falta el dictamen nacional. La letalidad 2015 fue de 0.28% de los casos. La única defunción se registró en el municipio de Hermosillo en un masculino de 18 años¹⁴.

¹³ Sistemas Especiales de Vigilancia Epidemiológica UIES/ Dirección General de Promoción a la Salud y Prevención de Enfermedades/Subsecretaría de Servicios de Salud/Secretaría de Salud Pública.

¹⁴ Sistemas Especiales de Vigilancia Epidemiológica. Dirección General de Promoción a la Salud y Prevención de Enfermedades/Subsecretaría de Servicios de Salud/Secretaría de Salud Pública.



3.3. Fiebre Manchada por *Rickettsia Rickettsii*

La Fiebre Manchada por *Rickettsia rickettsii* (FMRR), es un problema emergente de salud pública en varios países del continente Americano. La FMRR, forma parte del grupo de fiebres manchadas de origen rickettsial, con características de distribución geográfica y comportamiento clínico distintivo, pero que en general comparten similar mecanismo fisiopatológico. La FMRR es producida por el cocobacilo polimorfo *Rickettsia rickettsii*, cuyo ciclo de vida involucra un artrópodo vector y un huésped. La bacteria es transmitida al ser humano por la mordedura de garrapatas infectadas de la familia Ixodidae que actúan como su reservorio. Varias especies de garrapatas pueden transmitir a *R. rickettsii*, pero las principales en México son *Rhipicephalus sanguineus* y *Amblyomma cajennense*. En Sonora, la tasa de letalidad, medida únicamente por defunciones, oscila entre 10% en población general y 30% en niños y adolescentes¹⁵.

En nuestro estado, desde el año 2004 se han confirmado 1,129 casos de fiebre manchada y 188 personas han muerto debido a esta causa. Datos obtenidos desde ese año mediante vigilancia epidemiológica, reportan que la morbilidad y mortalidad por FMRR muestra una tendencia ascendente, siendo el 2015 el año más crítico. Además, la letalidad ha mostrado un incremento sostenido y en 2015 se registró una letalidad de 40.1 por cada 100 casos confirmados, superior a reportes en sitios endémicos de Estados Unidos y similares a los de algunas regiones de Brasil¹⁵.

¹⁵ Sistemas Especiales de Vigilancia Epidemiológica. Dirección General de Promoción a la Salud y Prevención de Enfermedades/Subsecretaría de Servicios de Salud/Secretaría de Salud Pública.

Al cierre preliminar de 2015, en Sonora se confirmaron 169 casos de fiebre manchada por *Rickettsia rickettsii* (FMRR) y *Rickettsia sp.*, lo que representa 67% más que al cierre del año 2014, cuando se registraron 101 casos. De los 169 casos, 94 pacientes (55%) fueron confirmados por laboratorio y el resto (75; 45%) mediante criterios clínicos-epidemiológicos. Los

municipios con mayor proporción de casos fueron Hermosillo con 68 (40%), Cajeme con 29 (17%), Navojoa con 14 (8%), Huatabampo con 9 (5%) y San Miguel de Horcasitas con 8 (5%), el resto de casos (39) se distribuyó en 15 municipios más; 1 caso fue importado de Mexicali. De las 5 jurisdicciones del estado, la que presentó mayor incidencia por millón de habitantes fue Navojoa con 97.8 (37 casos), seguida por la de Hermosillo con 79.7 (78 casos), Ciudad Obregón tuvo 57.2 (42 casos), Santa Ana 12.6 (6 casos) y Caborca 12.3 (5 casos). La incidencia promedio del estado fue de 56.5¹⁶.

Por otra parte, poco más de la mitad (52%) de los casos reportados en 2015 eran niños o adolescentes, lo que puede asociarse al mayor contacto con hospederos (perros por ejemplo), pero cualquier grupo de edad es susceptible a la enfermedad¹⁶.

Respecto a la mortalidad, en el año se registraron 69 defunciones, letalidad de 41.1% (41 defunciones por cada 100 casos enfermos), la más elevada desde el año 2003. Esta letalidad fue 1.7 veces superior a la de 2014, cuando se registraron 26 defunciones y la letalidad para ese año fue de 25.7 muertes por 100 casos¹⁶.

3.4. VIH Sida

En Sonora, al igual que en nuestro país, se presenta una epidemia concentrada, debido a que el VIH se ha detectado en población con prácticas de riesgo; las cifras son elevadas en hombres que tienen sexo con hombres (HSH), que representan el 38.4% de las infecciones, seguidos por el grupo heterosexual con 32.3% y los Usuarios de Drogas Inyectadas (UDIS) con 19.1%, el cual ha ido en aumento en los últimos años¹⁷.

En la actualidad, se tiene un registro de 4,758 personas con VIH/sida, de los cuales el 82.5% son del sexo masculino y 17.5% del sexo femenino. Desde 1985 a la fecha, el 59% (2,215) de los casos han fallecido a consecuencia del sida¹⁷.

La vía de transmisión más común es la sexual reportando el 78.6%, en segundo lugar la vía sanguínea con 19.7 % y la perinatal con 1.7%¹⁷.

El grupo de edad más afectado es el de 25-44 años que representan el 66.7% del total, lo que nos indica que cada vez la infección ocurre a una edad más temprana, es decir, entre los 15 y 24 años, grupo que actualmente acumula 553 del total de casos registrados¹⁷.

¹⁶ Sistemas Especiales de Vigilancia Epidemiológica. Dirección General de Promoción a la Salud y Prevención de Enfermedades/Subsecretaría de Servicios de Salud/Secretaría de Salud Pública.

¹⁷ Programa de Respuesta al VIH-SIDA e ITS. Dirección General de Promoción a la Salud y Prevención de Enfermedades/Subsecretaría de Servicios de Salud/Secretaría de Salud Pública.

Hoy en día, se tienen en tratamiento y seguimiento 745 personas con VIH entre adultos y niños, que representa un costo promedio de más de \$50,000 pesos anuales por persona, ya que además de la dotación del medicamento, consulta, asesoría y consejería, se monitorean sus niveles de defensas contra el VIH al momento del diagnóstico en tres ocasiones al año¹⁸.

Personas en Tratamiento y control en Sonora:

- ✓ CAPASITS-Hermosillo: **444**
- ✓ CAPASITS-Ciudad Obregón: **193**
- ✓ CAPASITS-Nogales: **99**
- ✓ Hospital Infantil Del Estado De Sonora (HIES): **10**
- ✓ Hospital Integral de la Mujer del Estado de Sonora (HIMES): **3** (mujeres embarazadas)
- ✓ **112** personas privadas de su libertad se encuentran con diagnóstico de VIH, de las cuales **66** están bajo tratamiento y **46** en seguimiento y control.

4. TUBERCULOSIS

La tuberculosis es un problema importante de salud pública de elevados costos sociales, médicos y sanitarios en gran parte del mundo. En México, ocurren anualmente 20,581 nuevos casos (incidencia de 16.8/100,000) y fallecen poco más de 1,923 personas debido a la enfermedad. En el estado de Sonora, cada año se detectan en promedio 800 casos nuevos de la enfermedad y fallecen 100 personas por esta causa. A pesar de la existencia de un Programa de Prevención y Control, el impacto alcanzado ha sido insuficiente para abatir la transmisión y letalidad del padecimiento, contribuyendo a mantener una estabilidad epidemiológica poco satisfactoria; como dato de referencia señalaremos el incremento de la tasa del año 2000 (20.8 por 100,000) a la del 2015 (26.9), el número de casos se incrementó 81.6%, al pasar de 516 a 946¹⁹.

En el año 2015 se registraron 946 casos nuevos de tuberculosis (TB) en el estado. De estos, 842 (89%) fueron de localización pulmonar (TBP), 13 casos (1.4%) de tuberculosis meníngea y 91 casos (9.6%) de otras formas. De esos 946 enfermos, 690 ocurrieron en población abierta, es decir, no obstante que toda la población tiene el riesgo de enfermar por esta causa, 73% de la incidencia registrada corresponde a personas que carecen de seguridad social y son responsabilidad de la Secretaría de Salud Pública (SSP)¹⁹.

Al analizar la distribución geográfica de los casos que correspondieron a la SSP, se observó que aunque 35 municipios registraron casos, el 73% (690 enfermos) se concentraron en sólo 6 municipios: Hermosillo (301), Cajeme (168), San Luis Río Colorado (102), Guaymas (63), Nogales (48) y Navojoa (42)¹⁹.

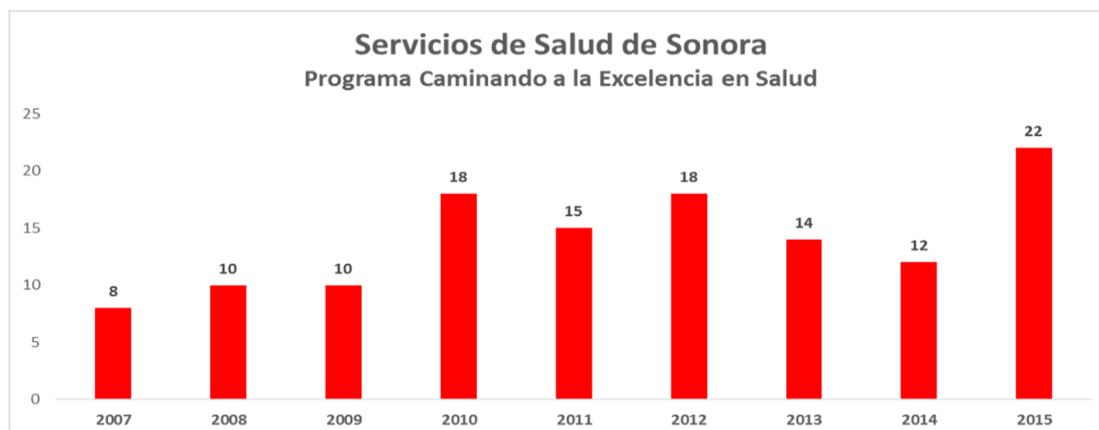
¹⁸ Programa de Respuesta al VIH-SIDA e ITS. Dirección General de Promoción a la Salud y Prevención de Enfermedades/Subsecretaría de Servicios de Salud/Secretaría de Salud Pública.

¹⁹ Programa de Tuberculosis Dirección General de Promoción a la Salud y Prevención de Enfermedades/Subsecretaría de Servicios de Salud/Secretaría de Salud Pública.

Finalmente, a pesar de que se ingresó al 99% de pacientes a la estrategia de Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (TAES), la proporción de pacientes que curaron fue únicamente del 51.3%, lo que merma considerablemente la eficacia del tratamiento antituberculosis y contribuye a incrementar el riesgo de la multidrogorresistencia secundaria.

5. INDICADORES DE CAMINANDO A LA EXCELENCIA

Sonora cayó en el 2015, 10 lugares en comparación con el año previo, debido a una serie de acciones que se dejaron de hacer, influyendo negativamente en el desempeño de los programas de salud. Este último año ha representado la más baja posición en la historia de este Programa.



Fuente: Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud.

A continuación se muestra el detalle de lugares por cada uno de los 28 programas del año 2015:

46% entre el lugar 19 y 30

Programas	Lugar
TUBERCULOSIS	30
SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA (SINAVE)	29
DENGUE	27
SALUD BUCAL	27
PALUDISMO	26
ALIMENTACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA	25
RABIA	25
SALUD MATERNA	24
ENTORNOS Y COMUNIDADES	23
PLANIFICACIÓN FAMILIAR	20
DIABETES	19
ENVEJECIMIENTO	19
COLERA	19

31% entre el lugar 16 y 18

Programas	Lugar
UNEMES EC	18
LABORATORIO ESTATAL	18
CAMA	17
ADULTO Y ADULTO MAYOR	17
VIH/SIDA	17
VIOLENCIA FAMILIAR	17
ACCIDENTES	16
RIESGO CARDIOVASCULAR	16
ADICCIONES	16

21% entre el lugar 10 y 15

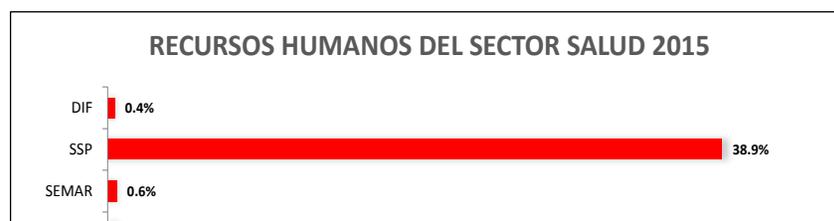
Programas	Lugar
PROMOCIÓN DE SALUD Y DETERMINANTES SOCIALES	15
DX-TX CANCER INFANTIL	15
LEPRA	14
VACUNACION	13
CACU	11
INFANCIA	10

2% representa el lugar No. 6

Programas	Lugar
PREVENCIÓN MORTALIDAD INFANTIL	6

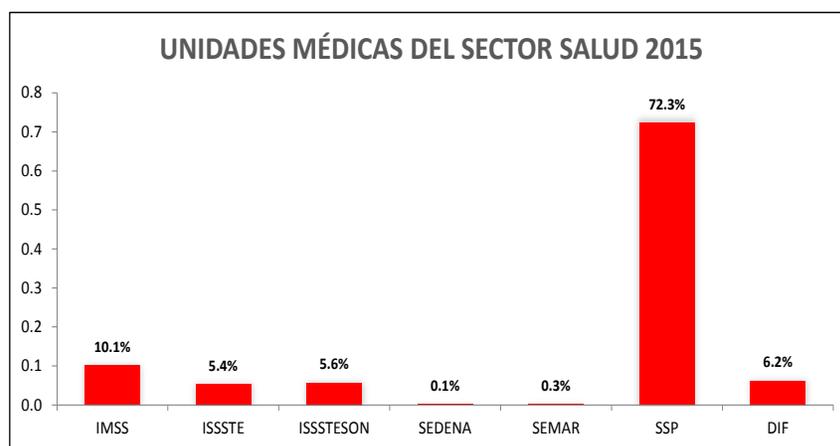
6. RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD

El Sector Salud al año 2015, contaba con un capital humano médico, paramédico y de enfermería de 23,793 personas, de los cuales el 61.1% pertenecen a la Seguridad Social (14,539) y el 38.9% a los Servicios de Salud de Sonora (9,254)²⁰.



7. INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO EN SALUD

Al 2015 se tenían 745 establecimientos del Sector Salud en el Estado, siendo 206 (27.7%) de la Seguridad Social y 539 (72.3%) corresponden a los Servicios de Salud de Sonora, incluyendo a 236 Casas de Salud²⁰.



Fuente: Anuario Estadístico del Sistema Estatal de Salud, edición 2016 (preliminar).

²⁰ Anuario Estadístico del Sistema Estatal de Salud, edición 2016 (Preliminar).

Cabe mencionar que un alto porcentaje de las instalaciones de los Centros de Salud de los Servicios de Salud de Sonora, presentan importantes grados de deterioro en su infraestructura, obsoletas instalaciones eléctricas, hidráulicas, sanitarias y de aire acondicionado, aunado a que no cumplen en su totalidad con la normatividad vigente. Aunado a lo anterior, no se cuenta con un levantamiento real de las condiciones físicas en las que se encuentran las unidades de primer nivel. En relación a los Hospitales, 5 requieren ampliación, sustitución y/o fortalecimiento

(Hospital General del Estado, Hospital Psiquiátrico Cruz del Norte, Centro de Higiene Mental “Dr. Carlos Nava Muñoz”, Hospital General de Ures y Hospital General de Álamos).

En cuanto al equipamiento, en la mayoría de los Hospitales y Centros de Salud es insuficiente, obsoleto y presenta fin de vida útil. Por ejemplo, existen 57 ambulancias de las cuales el 57% tiene una antigüedad mayor a 10 años y el 64% se encuentra en condiciones operativas inadecuadas.



8. RECURSOS FINANCIEROS

En los Servicios de Salud de Sonora, se cuenta con recursos insuficientes para equipos, ambulancias, reactivos, material de curación, entre otros, lo cual dificulta en Laboratorios de la Red la confirmación de diagnósticos de enfermedades y riesgos sanitarios.

No hay recursos adicionales para la contratación de personal médico y paramédico para acciones de campo, la adquisición de insumos es tardía, los procesos para adquisiciones directas son lentas y la normatividad es inflexible ante situaciones de atención urgente/inmediata²¹.

²¹ Diagnóstico de la Coordinación General de Administración y Finanzas. Servicios de Salud de Sonora.

9. SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE SONORA (DIF-SONORA)

La dependencia infantil sigue disminuyendo, pero el crecimiento de la población de adultos mayores ha hecho que la razón de dependencia de este grupo se incremente, al pasar entre el 2000 y el 2015 de 8 a 10, números que representan a las personas de 65 y más años por cada 100 personas entre 15 y 64 años de edad.

Entre los municipios, la diferencia en los valores de la razón de dependencia total, refleja básicamente el efecto de la fecundidad y la migración que inciden sobre este indicador. En el Estado de Sonora hay una razón de dependencia de 52, al interior de este 64 municipios están por encima de este valor como se muestra en la siguiente Tabla²².

**Razón de Dependencia
por Municipio del Estado de Sonora al 2015**

Municipio	Razón de dependencia
San Felipe de Jesús	79
Atil	75
Bavispe	73
Bacadéhuachi	73
Granados	72
Nácori Chico	71
Tubutama	70
Santa Cruz	69
Rayón	69
Soyopa	69
Quiriego	67
Rosario	67
Yécora	67
Banámichi	66
Divisaderos	66
Suaqui Grande	66
Tepache	66
Naco	65
Villa Pesqueira	65
Opodepe	65
Bacanora	65
Arizpe	64
Bacoachi	64
Huásabas	64
Sáric	64
Altar	63
Baviácora	63
Fronteras	62
Alamos	62
San Pedro de la Cueva	62
Aconchi	62
Sahuaripa	62

²² Dirección de Planeación y Finanzas de DIF-Sonora.

Con los datos establecidos con antelación podemos concluir que la pobreza, la desigualdad y la movilidad social, son fenómenos estrechamente relacionados y que vulneran sobre todo a las niñas, niños, adolescentes, adultos mayores, personas con discapacidad, entre otros. La falta de oportunidades económicas y de desarrollo humano, aumenta la brecha de desigualdad social, y si esto persiste a través del tiempo, hay poca movilidad social, se tiende a perpetuar la pobreza y desigualdad (Bouillon & Lora).

Por razones de etnicidad, género, discapacidad, edad, lugar de crianza u origen familiar, unos individuos tienen mucho mayores oportunidades que otros, siguiendo un patrón que tiene

profundas raíces históricas y derivado de los indicadores socioeconómicos, índice y grado de marginación, por ello DIF Sonora va sentar las bases para generar oportunidades y pleno ejercicio de los derechos de la población en situación de vulnerabilidad en el estado de Sonora.

De acuerdo con la población total de niñas, niños y adolescentes en el estado de Sonora registrada en el censo de población y vivienda del 2010 de INEGI, se estimó que residían un total de 2'662,480 habitantes, siendo 1'339,612 hombres y 1'322,868 mujeres, de los cuales el 34.53% son niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años de edad; 469,206 hombres y 450,388 mujeres.

**Población total de niñas, niños y adolescentes
del Estado de Sonora al 2010**

Años	Hombres	Mujeres	Total
00	23,906	22,822	46,728
01	24,307	23,725	48,032
02	26,359	25,411	51,770
03	26,847	25,631	52,478
04	26,496	25,465	51,961
05	25,854	24,795	50,649
06	25,745	24,865	50,610
07	26,574	25,668	52,242
08	27,399	25,962	53,361
09	27,026	26,062	53,088
10	28,172	26,617	54,789
11	25,802	24,856	50,658
12	26,586	25,180	51,766
13	25,368	24,253	49,621
14	25,408	24,641	50,049
15	25,766	24,918	50,684
16	25,255	24,232	49,487
17	26,336	25,285	51,621
Total	469,206	450,388	919,594

Fuente: Censo de Población y Vivienda 2010, INEGI.

Dado que la atención y protección de las niñas, niños y adolescentes es una prioridad en el estado, es necesario velar y hacer cumplir el principio del interés superior de la niñez, y garantizar sin menos cabo sus derechos y las obligaciones de protección para satisfacer sus necesidades y asegurar su desarrollo integral, por ello desde diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de los programas asistenciales, se busca el impacto y la transformación social.

En materia de atención a la violencia infantil “La variedad y el alcance de todas las formas de violencia contra las niñas y niños apenas ahora se están haciendo visibles, así como la evidencia del daño que hacen”. Entendiendo como violencia infantil el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra una niña, niño o adolescente, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones (Organización Panamericana de la Salud 2002).

En México no existen registros de datos censales sobre violencia contra niñas, niños y adolescentes, en la Encuesta Nacional sobre la dinámica de las relaciones en los hogares

(ENDIREH), realizada en el 2011 por INEGI, indica que el 28.46% de las mujeres de 15 años y más casadas, unidas o alguna vez unidas ejerció violencia contra sus hijos.

En el estado de Sonora, de acuerdo a los resultados presentados por la encuesta ENDIREH, se muestra que los padres asumen que tienen derecho a pegarle a sus hijos, quienes ejercen mayor violencia son las madres solteras con 86.3% de incidencias, seguidas por las casadas o unidas con un 78% y por último las alguna vez unidas con un 75%.

Porcentaje de madres, según estado civil, que indicaron que los padres tienen derecho a pegarles a sus hijos

Estado civil	% de madres que indicaron que los padres tienen derecho a pegarle a sus hijos
Casadas o unidas	78.6%
Alguna vez unidas	75.3%
Solteras	86.3%

Fuente: Encuesta ENDIREH, INEGI.

Del 2006 al 2015, en Sonora se han presentado 409 muertes por violencia de niñas, niños y adolescentes, de acuerdo a los datos administrativos publicados en los portales de INEGI.

Defunciones por homicidio en condiciones de violencia en niñas, niños y adolescentes 2006-2015, por rango de edad

Defunciones por homicidio en condiciones de violencia											Total por rango de edad
Rango de Edad	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Menores de 1 año		2		2		1		3	6	2	16
1-4 años	2	1	1	6	2	3	3	9	1	3	31
5-9 años		2	1	6		1	4	1	3		18
10-14 años	2	1		1	6	4	3	4	2	3	26
15-19 años	20	12	37	48	48	36	23	34	30	30	318
Total, por año	20	12	37	48	48	36	23	34	30	30	409

Fuente: INEGI.

DIF Sonora, de enero de 2005 a diciembre de 2015, registró 21,503 denuncias, sin contar en el 2011, dado que no se registraron las denuncias recibidas a través de la Línea Protege. En el 2009 se inició con el registro de la meta de denuncias que resultaron “positivas” de acuerdo a los criterios de atención de la Procuraduría de Protección de niñas, niños y adolescentes, siendo un total de 7,903 y a partir del 2012 se inició con el registro de las visitas de verificación de trabajo social de la Línea Protege, a través de las cuales se verifican las denuncias con un total de 24,865.

Denuncias recibidas a través de la Línea Protege 2005-2015

Meta	Año											Total
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Atender las denuncias recibidas a través de la Línea Protege	2,044	1,983	2,124	1,526	2,173	1,681	0	3,256	2,753	1,974	1,989	21,503
Denuncias positivas	0	0	0	0	1,061	1,164	1,093	1,238	1,499	899	949	7,903



Visitas de verificación de trabajo social de Línea Protege	0	0	0	0	0	0	0	5,449	4,849	8,205	6,362	24,865
--	---	---	---	---	---	---	---	-------	-------	-------	-------	--------

Fuente: Línea Protege 2005-2015, DIF-Sonora.

De acuerdo a los datos registrados en las metas institucionales se puede estimar que se atendió un promedio anual de 2,150 denuncias, y el promedio de denuncias positivas fue de 1,129 y para determinar si eran “positivas” o “negativas” se realizaron un promedio de 6,216.25 visitas anuales (2.89 visitas por denuncia).

Derivado de estos datos es visible la necesidad de priorizar y mejorar los procesos de atención y protección de la población infantil, por lo cual se establecieron campañas de promoción de los derechos de las niñas, niños y adolescentes en la sociedad, a fin de incidir en las familias, comunidades, sociedad, organizaciones sociales y gobierno para que conozcan, apliquen y cumplan sus derechos, y quienes deben protegerlos, cumplan con su obligación.

Por otra parte, establecer los mecanismos de transversalidad necesarios para que los distintos entes gubernamentales que tienen la obligación de velar por los derechos de las niñas, niños y adolescentes, así mismo implementar los programas que contribuyan a ampliar la cobertura de atención de aquellos a quienes les vulneren sus derechos.

Como se muestra anteriormente, no solo es el derecho a una vida libre de violencia y a la integridad personal, también apegados a la legislación general en materia de atención a niñas, niños y adolescentes, otros derechos en el cual prevalece el enfoque a la vida, a la supervivencia, al desarrollo, prioridad, identidad, derecho a vivir en familia, derecho a la igualdad, sin discriminación alguna, derechos a vivir en condiciones de bienestar, desarrollarse integralmente, derecho a la salud, seguridad social, derecho a la inclusión de niñas, niños y adolescentes con discapacidad, derecho a la educación, descanso, esparcimiento, derecho a la libertad de convicciones éticas, pensamiento, conciencia, religión, cultura, derecho a la libertad de expresión, así como el acceso a la información, derecho a la participación, derecho de asociación y reunión, derecho a la intimidad, seguridad jurídica y a un debido proceso, derechos de las niñas, niños y adolescentes migrantes, derecho a acceso a tecnologías de la información y comunicación, derecho a los servicios de radiodifusión y telecomunicaciones; por ello se van a establecer acciones con las distintas dependencias estatales y municipales del estado, focalizadas en los polígonos de violencia identificados por la Secretaría de Seguridad Pública, a través de un sistema de transversalidad propuesto por el Gobierno del Estado.

En los polígonos de violencia se han identificado como factores de riesgo, los altos índices de embarazo en adolescentes.

Menores y Jóvenes

Para una atención efectiva a la población infantil, es necesario promover entre la población en general el entendimiento, conocimiento, aplicación, ejercicio y cumplimiento de los derechos de la niñez, sin dejar por un lado las obligaciones; así como la implementación de programas que contribuyan a ampliar la cobertura de atención a todos los aspectos que afectan a los menores.

La problemática que se presenta entre nuestros menores y jóvenes son las drogas, como muestran los resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones 2008 para Sonora, donde señala que la población de 17 años o menos han iniciado en el consumo de drogas, de los cuales el 41.9% mariguana, el 43.6% anfetaminas, el 36.1% inhalables y el 12.1% cocaína, mientras que los jóvenes de 18 a 25 años consume en mayor medida tranquilizantes (77%), cocaína (74.8%) e inhalables (63.9%), si comparamos la encuesta realizada en 2008 con la de 2011, los niveles de consumo de drogas en los jóvenes de 12 a 17 años es muy similar, ya que muestran que el mayor consumo entre los jóvenes es la mariguana.

Es por ello, que reforzaremos y fortaleceremos los programas de prevención y atención a este grupo de población, principalmente en la promoción de los derechos de la niñez, el buen trato y la prevención de adicciones.

Otros problemas sociales que enfrentamos los sonorenses están relacionados con el alcoholismo, drogadicción, prostitución, violencia intrafamiliar, el aumento de los embarazos a temprana edad, los cuales afectan el desarrollo integral de las Familias, para ello integraremos a la Procuraduría de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes con programas de prevención como son: Programa de embarazo en adolescentes, prevención del Trabajo Infantil, Participación Infantil, Buen Trato, Prevención de la Explotación Sexual Comercial Infantil, Riesgos Psicosociales y Adicciones, además de los programas de atención a esta problemática, como es el Hogar Temporal para la Atención de Menores en Situación de Calle “Jineseki”, de los niños víctimas de violencia y abandono que son atendidos en la Casa Hogar Unacari y en la atención inmediata a las denuncias de violencia a través de la Línea “Salvarlos”.

Con el propósito de darle un giro a la cultura de la denuncia, principalmente en apoyo a esta problemática, impulsaremos el Programa Guardia Blanco, donde conjuntaremos esfuerzos la Procuraduría de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes, además de Seguridad Pública, Secretarías, Dependencias y la misma sociedad civil para contribuir en la protección y defensa de niñas, niños y adolescentes en Sonora.

Menores Migrantes Repatriados NO Acompañados

En el año 2004, con el apoyo del DIF Nacional, fue instalado el primer Módulo para la atención de menores migrantes en el Municipio de San Luis Río Colorado, en el 2005 entraron en operación los Módulos de Nogales y Agua Prieta, en el año 2006 fue cuando más menores migrantes no acompañados atendimos que fueron un total de 8,362 en los tres módulos, durante el periodo de 2004 al 2015 se han atendido más de 67,160 menores, de los cuales el 72% fueron recibidos en el Modulo del Municipio de Nogales. Los menores atendidos provienen principalmente de los estados expulsores de Oaxaca, Guerrero, Puebla, Chiapas, Michoacán y Veracruz.

En los últimos 5 años ha disminuido en un 11% la atención de los menores migrantes en los módulos; sin embargo, debemos redoblar esfuerzos para continuar atendiendo de manera integral a este grupo de población.

Es por ello que realizaremos convenios con los estados expulsores de menores para que nos apoyen en su regreso, además de promover con las autoridades de esos estados que se les proporcionen a sus familias los medios de sustento para que se queden en sus lugares de origen.

No podemos dejar de lado los niños de circuito, los niños Sonorenses, los cuales representan una gran parte de los menores que cruzan a Estados Unidos y que son devueltos por el Municipio de Nogales, es característico que muchos de estos menores realizan una actividad distinta a los propósitos tradicionales de la migración de personas, relacionado la mayoría de las veces con actividades delictivas, como el tráfico de droga, de personas, entre otras, para ello, fortaleceremos la coordinación con el Instituto Nacional de Migración, Ayuntamiento de Nogales y DIF Nogales para establecer estrategias que nos permitan incidir en desalentar a estos menores a que continúen cruzando la frontera.

Nos apegaremos a la nueva Ley Federal, Estatal e Internacional protegiendo el interés superior de las Niñas, Niños y Adolescentes.

Personas con Discapacidad

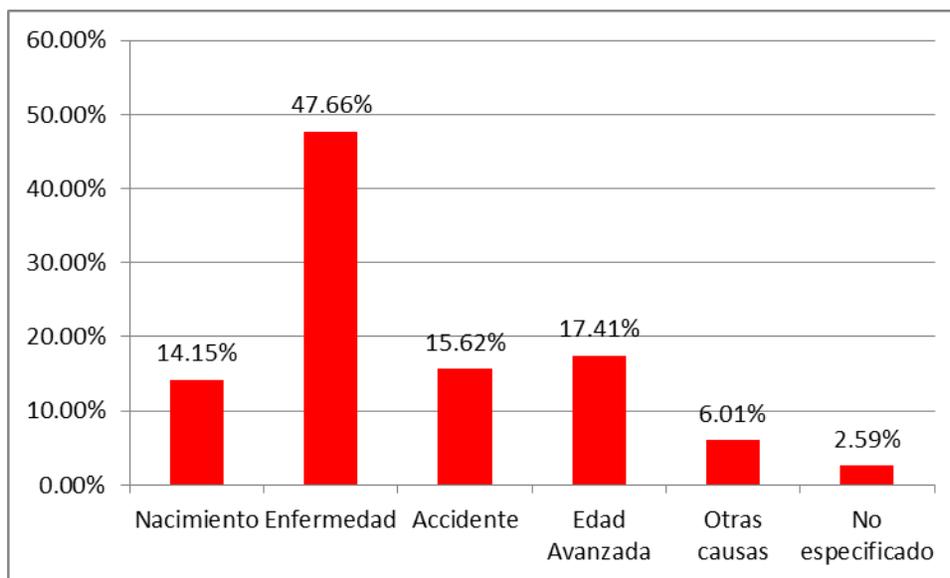
Derivado de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, y conforme a lo establecido en la Carta de las Naciones Unidas, donde se proclama que la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad y el valor inherentes y los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana; es como se reconoce la necesidad de garantizar que las personas con discapacidad ejerzan sus derechos plenamente y sin discriminación.

Para ello, el primer paso es determinar el número de personas y tipos de limitaciones de las personas con discapacidad, esta situación presenta desafíos relacionados con la definición de discapacidad; esta adoptada como instrumento de medición para la captación de datos de los distintos aspectos que se quieren medir y las características de las fuentes de información disponibles. El no contar de manera internacional, nacional y estatal con una misma metodología para definir la discapacidad, hace que sea difícil contar con una buena cuantificación de esta realidad, medir su evolución y conocer las tendencias en el tiempo, todo ello de acuerdo a un estudio realizado en el 2014 por las Naciones Unidas y la CEPAL para América Latina y el Caribe.

De este estudio establece que en América Latina y el Caribe el total de población de 39 países era de 564'284,356, de ellas 70'666,206 (12.5%) vivía con discapacidad. En México de acuerdo al Censo de población y vivienda del 2010, la población total era de 117'449,649, de los cuales 6.6% (7'767,142 personas) (Almérás, Diane; Milosavljevic, Vivian; 2014).

En Sonora, de acuerdo al Censo de Población y Vivienda 2010, la población total era de 2'662,480 personas, de las cuales 119,866 vive con discapacidad. La causa que más limitación en la actividad presenta es por enfermedades con 47.66% de los casos, seguida por la edad avanzada con 17.41%, en tercer lugar, están los accidentes con 15.62% y las personas que nacen con una discapacidad representan el 14.15%, otras causas o no especificados, representa el 8.6%.

Causas de limitación en la actividad del Estado de Sonora 2010

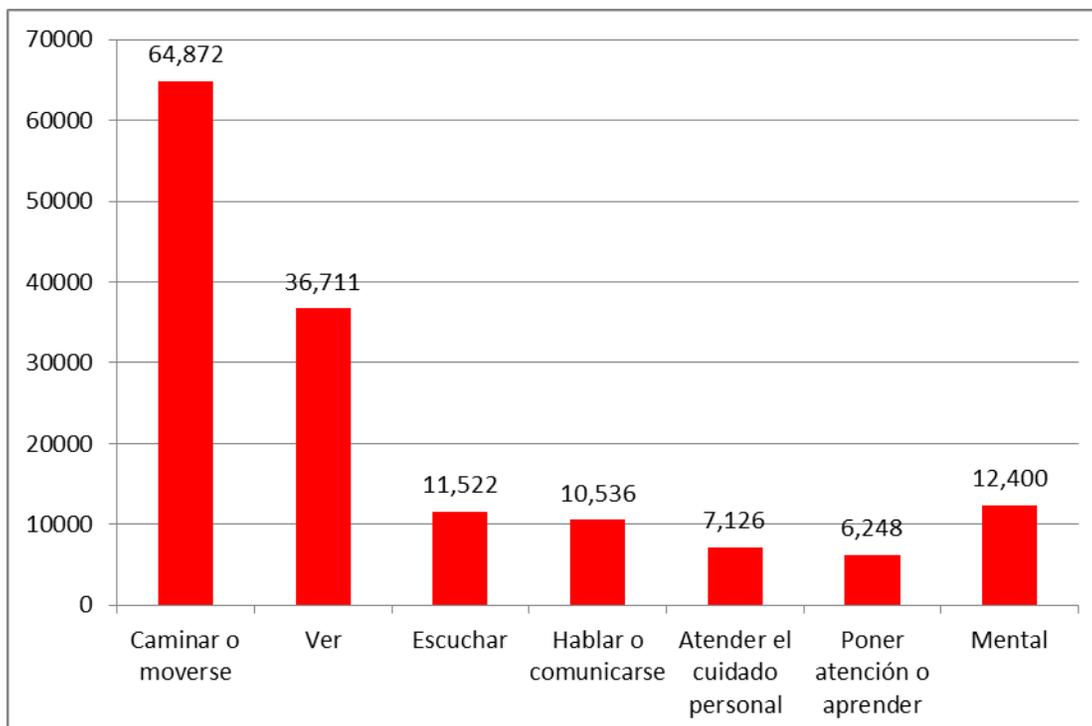


Fuente: Censo de Población y Vivienda 2010, INEGI.

Así mismo, las personas con discapacidad pueden presentar más de un tipo de limitación en su condición, y de las 119,866 personas con discapacidad en el estado, el 84.23% presentó una limitación, 10.49% dos limitaciones, 3.12% tres limitaciones y 2.16% de las personas con discapacidad presentan cuatro o más limitaciones.

La discapacidad que mayormente se presenta en la población del estado de Sonora, de acuerdo al censo de población y vivienda 2010 era caminar o moverse con 64,872 personas, seguidas por las personas que no ven o aquellas que aún con anteojos tiene dificultad para ver con 36,711 personas; 12,400 personas padecen problemas mentales; 11,522 personas tienen problemas para escuchar, incluyendo a personas que aún con aparatos auditivos tenían dificultad para escuchar; 10,536 personas tienen problemas para hablar o comunicarse; 7,124 personas no pueden atender el cuidado personal y 6,248 personas su condición y tipo de limitación es en relación a poner atención o aprender.

Discapacidades en el Estado de Sonora 2010



Fuente: Censo de Población y Vivienda 2010, INEGI.

En materia de derechohabencia se determinó que de las 119,866 personas con discapacidad en el estado, 27,903 (23.28%) no contaba con ningún tipo de servicios de salud, de estos 16,137 eran hombres y 11,766 eran mujeres. La discapacidad que estas personas presentan son: 47.77% limitación para caminar o moverse, 30.23% limitaciones para ver aún con anteojos, 9.39% dificultades para escuchar aún con aparatos auditivos, 10.19% limitaciones para hablar o comunicarse, 5.25% limitaciones para atender el cuidado personal, 6.16% limitaciones para poner atención o aprender y 14.03 presentó problemas mentales; es importante aclarar que el Censo de Población y Vivienda contabilizó por separado aquellas personas que presentaban más de un tipo de limitación.

De las 118,821 personas con discapacidad de tres años y más, el 17.33% no asisten a la escuela; siendo las personas con limitaciones para caminar o moverse las que representa la mayoría con 52.73%, seguida por las personas que presentan limitaciones para ver con 21.8%, 12% de las personas que tienen limitación al escuchar, 17.52% de las personas que tienen limitaciones para hablar o comunicarse; 9.47% de las personas que tienen limitaciones para atender el cuidado personal; 8.84% de las personas que tienen limitaciones para poner atención o aprender y el 22.75% de las personas que tienen limitaciones mentales. Es importante destacar que en este rubro la suma de los porcentajes puede ser mayor al 100% debido al número de personas que presenta más de una discapacidad.

En materia analfabetismo se estima que de las 107,712 personas mayores a los 15 años y más con discapacidad en el estado el 15.75% son analfabetas.

En DIF Sonora se cuenta con un padrón 31,819 personas con discapacidad, la que presenta mayor incidencia es la motriz con el 52%, seguida de la intelectual con 18%, músculo esquelética 15%, la visual con el 8%, después le sigue la auditiva con 6% y la de lenguaje con

1%. Los municipios que con mayor registro son Hermosillo, Cajeme, Guaymas, Nogales y Navojoa.

Adultos mayores

Uno de los fenómenos asociados al avance de la transición demográfica es el rápido incremento de la población de adultos mayores. Por un lado, el declive de la mortalidad da origen a un progresivo aumento de la esperanza de vida y, en consecuencia, un número cada vez mayor de personas llega con vida a edades avanzadas.

La esperanza de vida, se refiere al número de años que, en promedio, se espera viva una persona. Una esperanza de vida alta es el resultado de un adecuado desarrollo económico y social en la población, como es el caso de Sonora, donde cada año se eleva el valor de este indicador, según estas proyecciones para el 2030 la esperanza aumentará de un promedio de 78.6 años, 80.9 para mujeres y 76.2 para hombres.

Esperanza de Vida 2010-2030 para el Estado de Sonora

INDICADOR / AÑO	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2020	2025	2030
Esperanza de vida total	76	75.6	75.8	75.9	76	76	77	77.8	78.6
Esperanza de vida hombres	73	73.2	73.3	73.4	73.6	73.7	74.6	75.4	76.2
Esperanza de vida mujeres	78	78.1	78.2	78.3	78.4	78.6	79.4	80.2	80.9

Fuente: Indicadores Sociodemográficos de México (1930-2000). Esperanza de vida por entidad federativa según sexo. INEGI.

Considerando el documento los Adultos Mayores en Sonora, realizado en el 2013 por el INEGI en coordinación con DIF Sonora, el número de adultos mayores aumentó considerablemente entre 1950 al 2010 al pasar de 26,417 a 232,874, representando el 8.7% del total de la población, se considera que para el 2030, este porcentaje incremente al 12%.

Del total de adultos mayores registrados, el 78.9% se concentra en 10 Municipios del Estado, entre los que se encuentran Hermosillo, Cajeme, Navojoa, San Luis Río Colorado, Guaymas, Nogales, Huatabampo, Etchojoa, Caborca y Empalme.

De acuerdo a lo anterior, buena parte de la sociedad sonorenses tiene 60 años o más, y muchos de ellos, lamentablemente, son víctimas de abandono, maltrato, marginación y hasta de la indigencia, asimismo, muchas veces en el seno familiar las agresiones y violencia son parte del esquema de vulnerabilidad que caracteriza la vida cotidiana de este grupo de población.

Por si esto fuera poco, las condiciones desiguales e inequitativas por las cuales se margina a este sector de empleo y de los ingresos que pudieran mitigar sus carencias, las desventajas sociales y laborales, la enfermedad, la discapacidad, el deterioro moral y emocional, agudizan el proceso de desgaste y con ello, disminuye su autonomía, se limitan sus relaciones afectivas y los roles sociales y familiares.

Sin duda, esto es el reflejo de la pérdida de la cultura de respeto y reconocimiento hacia la figura de los ancianos que en antaño simbolizaban la experiencia, sabiduría, ecuanimidad y serenidad, entre otros muchos atributos.

Esta creciente problemática debe ser atendida de manera pronta, mediante una eficiente interrelación y coordinación de las diversas instituciones que prestan servicios de protección y atención a favor de este sector de la población, así como de un mayor reforzamiento de la atención geriátrica y gerontológica, propiciando el mejoramiento de sus condiciones de vida y una mayor participación dentro de la sociedad; asimismo, promoviendo la sensibilización y concientización de la familia y la sociedad sobre la importante necesidad de revalorizar a los adultos mayores, tanto en su rol individual como en el papel que desempeñan en el contexto de la comunidad.

Para brindar atención a este grupo de población, en DIF Sonora fortaleceremos la operación de la Procuraduría de la Defensa del Adulto Mayor, de igual manera se implementaran programas que propicien el desarrollo humano integral de los adultos mayores, brindándoles todas las oportunidades necesarias para alcanzar un nivel de vida digno y sustentable.

Impulsaremos el reconocimiento y ejercicio de los derechos de los adultos mayores; coadyuvaremos en la atención y tratamiento de los adultos mayores víctimas de cualquier delito; procuraremos que los adultos mayores en situación de riesgo o desamparo, cuenten con un lugar donde vivir, que cubra sus necesidades básicas; llevaremos a cabo programas de prevención y protección para los adultos mayores en situación de riesgo o desamparo, para incorporarlos al núcleo familiar o albergarlos en instituciones adecuadas.

Estableceremos programas de apoyo a las familias para que la falta de recursos no sea causa de separación de los adultos mayores.

Promoveremos programas de sensibilización y orientación con el objeto de favorecer la convivencia armónica de la familia con los adultos mayores. Ofreceremos talleres donde se les brinde los conocimientos básicos de auto cuidado en el adulto mayor, además de las herramientas necesarias para que los adultos mayores elaboren productos que puedan a su vez venderlos, brindándoles cursos de manualidades, cocina y corte y confección.

De igual manera, se buscará sensibilizar a la sociedad en general para apoyar a los adultos mayores que se encuentran en estado de vulnerabilidad, adoptando un abuelo, para apoyarlo en forma económica, en especie y con tiempo.

Aunado a lo anterior, brindaremos servicio de Guardería de Día, en un espacio donde se ofrezcan servicios y actividades enfocados a la atención de los adultos mayores, como una opción para aquellas familias que tienen un adulto mayor a su cargo y que por razones de tiempo no tienen con quien dejarlo durante el día.

Marginación y Pobreza



La marginación se determina por el impacto de las carencias que padece la población como resultado de una o varias carencias, la falta de seguridad social, viviendas sin acceso a servicios básicos, carencia alimentaria, ingreso inferior, entre otros.

Con respecto a la situación de marginación y pobreza, según estimaciones del CONEVAL del 2010 al 2014 en Sonora, se registró una disminución de la población que vive en pobreza extrema al bajar de 141 mil a 95 mil personas, lo que representa que más de 46 mil personas salieron de la pobreza extrema en el Estado, sin embargo, aún existen municipios considerados en pobreza extrema, como lo son: San Miguel de Horcasitas, Yécora y Álamos.

De igual manera, considerando las cifras del CONEVAL del 2010, en Sonora 27 Municipios presentan carencia alimentaria, que representan 295,218 mil personas, de las cuales solo estamos atendiendo 88,258 con los programas de desayunos escolares y despensas, es decir, el 30% de esta población, por lo que se considera prioritario brindar más atención a estos municipios.

Atendiendo a lo anterior, procurar el bienestar de la niñez Sonorense, principalmente la más desprotegida, es nuestra prioridad. Es por ello que continuamos fortaleciendo el Programa de Desayunos Escolares en los 72 municipios del estado, así como el Programa de Apoyo Alimentario a Familias.

Incrementaremos el apoyo para que más familias en situación vulnerable tengan acceso a un Proyecto Productivo, fortaleciendo sus habilidades y capacidades para que a través de sus propios recursos mejoren su calidad de vida.

Continuaremos trabajando en coordinación con la Cruzada Nacional contra el Hambre para que más personas en situación vulnerable tengan acceso a la alimentación.

10. RÉGIMEN ESTATAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD DE SONORA

No obstante el compromiso realizado con el Gobierno Federal el 10 de marzo del 2015 a través del Convenio de Coordinación para la Ejecución del Sistema de Protección Social en Salud, con el fin de crear como órgano descentralizado el “Régimen Estatal de Protección Social en Salud de Sonora”, es hasta la presente administración que se hacen las gestiones para realizar y publicar el Decreto que le da personalidad jurídica, mismo que fue publicado en el Boletín Oficial del Gobierno del Estado el 1 de octubre de 2015, con el objetivo de garantizar las acciones de protección social en salud en el Estado, mediante el financiamiento y la coordinación eficiente, oportuna y sistemática de la provisión de los servicios de salud a la persona.

Al cierre 2015 la meta de afiliación anual del Sistema de Protección Social en Salud de Sonora fue de 955,196 personas, asimismo, se incorporaron 1'151,491 y el porcentaje de reafiliación fue de 61.32%²³.

En relación al pago de servicios como medicamentos y hospitales cubiertos, se pagó la cantidad de \$101'918,210.09²³.

Respecto a la afiliación del Programa de Inclusión Social PROSPERA, al cierre del 2015 se contó con 195,080 personas afiliadas²³.

En relación a las debilidades encontradas derivado del diagnóstico realizado durante la actual gestión, destacan las siguientes²⁴:

- ✓ Escasez de recursos financieros, tecnológicos y humanos.
- ✓ Inconformidad de usuarios con la calidad y oportunidad de los servicios de salud, falta de acceso a medicamentos y maltrato por parte del personal de salud.
- ✓ Desconocimiento por parte de los afiliados de los procedimientos de reafiliación, pago de cuotas anuales y vigencia de afiliación. Grupos de afiliados piensan que la reafiliación se hace en automático y por tanto no deben hacer ningún trámite.
- ✓ Retrasos en la transferencia de recursos entre instancias estatales.
- ✓ Burocratización, trámites excesivos y retardos en diversos procesos: suscripción de acuerdos, convenios y contratos, licitaciones y compras que retrasan el ejercicio del gasto.
- ✓ Escaso desarrollo de sistemas de costos y facturación en los hospitales públicos.
- ✓ Utilización de los recursos del Sistema de Protección Social en Salud para aumentar el techo presupuestal de los Servicios Estatales de Salud, generando ineficiencia.
- ✓ Relajamiento de los estándares de acreditación.
- ✓ Dotación inadecuada de recursos humanos en primer nivel de atención y zonas rurales.
- ✓ Falta de articulación (sistemas de referencia) entre prestadores por niveles de atención.
- ✓ Un sistema de información desarticulado, orientado más a la productividad y menos a la cobertura efectiva.
- ✓ Desconocimiento de las funciones y operación del Régimen Estatal de Protección Social en Salud por algunos funcionarios de los órganos auditores, lo cual permite diversas interpretaciones de acuerdo al criterio del auditor.
- ✓ Presupuesto histórico que no aplica la lógica de subsidios a la demanda.

²³ Agenda de la Primera Reunión Ordinaria 2016 de la H. Junta de Gobierno de los Servicios de Salud de Sonora, Punto 6.8 del Informe de los Programas de Prevención, Promoción y Calidad de la Salud al cierre 2015.

²⁴ Oficio No. 1136 de fecha 16 de marzo del 2016 de la Dirección General del Régimen Estatal de Protección Social en Salud de Sonora.

- ✓ Concentración en el manejo de recursos lo cual deja la responsabilidad, discrecionalidad y capacidad técnica en manos de una o muy pocas personas.
- ✓ Es frecuente la selección y nombramiento de personal por preferencias personales, recomendación o compromiso político y no por perfil técnico.

11. CENTRO ESTATAL DE TRASPLANTES (CEESTRA)

Como principio general la disposición de órganos, tejidos y cadáveres está permitida en nuestro país como un medio terapéutico eficaz en el tratamiento de múltiples enfermedades y en la rehabilitación de enfermos cuya única alternativa de curación es a través de dichos órganos.

El derecho de todo hombre a la vida física y a la integridad corporal es un derecho natural, fundamental, inviolable e imprescriptible, siendo en todo momento una garantía protegida por el Estado Mexicano.

El título XIV de la Ley General de Salud junto con el respectivo reglamento, establecen las bases legales por el que se regula la actividad de donación y trasplantes en el territorio nacional y donde se establece que es a través del Centro Nacional de Trasplantes (CENATRA) desde donde se vigilará la adecuada conducción de la misma.

En el año 2010 se reforma la misma Ley y se establece como mandataria la creación de organismos estatales que cumplan la función del CENATRA en las entidades federativas correspondientes; sin embargo, en el Estado de Sonora, durante la administración 2003-2009 se creó la Ley 158 del Estado de Sonora para regular la actividad de donación y trasplantes en el Estado, decretándose por la creación del Centro Estatal de Trasplantes (CEESTRA), por lo que al momento de hacerse ley nacional, en el estado se tenían 4 años de adelanto.

En Sonora, los trasplantes iniciaron en el año de 1969 cuando en el Hospital General del Estado se realizó el primer trasplante de córnea y hasta el año 1982 el primer trasplante de riñón. Durante esos años, aunque existía ya la Ley Nacional de Donación y Trasplantes, no existía un registro nacional de los mismos, por lo que toda donación y trasplante que había era documentada solo en los hospitales donde se llevaban a cabo, sin contar con un registro adecuado. Se dice que durante los años 80's, se llegó a considerar a Sonora como punta de lanza a nivel nacional en materia de donación; sin embargo, los registros del Hospital General del Estado evidencian que aunque sí se hicieron varios trasplantes, durante 25 años el número de trasplantes renales realizados fue de 117, correspondientes a 32 por donante de muerte encefálica y el resto a donante vivo.

A partir del 2008, en el Hospital General del Estado "Dr. Ernesto Ramos Bours", se crea el servicio de trasplantes y la coordinación de donación, conformado por personal debidamente capacitado en la materia, observándose resultados casi inmediatamente, pues las donaciones por muerte encefálica pasaron de 1.28 por año a 13 en 2010 y hasta 15 en 2012.

En el programa de trasplante renal en el Hospital General del Estado, se pueden identificar dos etapas de evolución y desarrollo; la primera que abarca de 1982 (cuando se hizo el primer trasplante) hasta 2007 cuando se creó el servicio de trasplante. En los primeros 25 años se realizaron un total de 117 trasplantes, de los cuales 32 fueron de donante cadáver y 85 de donante vivo, lo que implica 4.6 trasplantes al año. De 2008 a 2014, cuando entra en funciones

el servicio de trasplantes y la coordinación de donación, el número de trasplantes renales en promedio anuales aumentó a 9, siendo un total de 63 en 7 años, de los cuales 58 han sido por donante cadáver y el resto de donante vivo; lo cual va de acuerdo a lo que se establece a nivel mundial de satisfacer primero la demanda de trasplantes a través de donación por muerte encefálica y después complementar con donante vivo, ya que en materia de donación, de tener 1.2 donaciones por año de 1982 a 2007, éstas aumentaron a 10.8 por año del 2008 al 2014.

Desgraciadamente la situación precaria en la que se encuentran los servicios de salud, impactó negativamente la tendencia antes expuesta, reflejándose en una disminución considerable de las donaciones y los trasplantes para el 2015, con sólo 3 donaciones y 1 trasplante en el mismo hospital.

Es importante aún mencionar la problemática actual de los pacientes que reciben terapia de hemodiálisis y diálisis peritoneal y que también influye en el poco volumen de pacientes contemplados para trasplante: 96% de los pacientes perciben ingresos menores a \$5,000.00 mensuales, por lo que al no tener un programa con presupuesto contemplado para asegurar la terapia inmunosupresora, el hospital hasta ahora no proporciona los medicamentos, solo entran al programa aquellos individuos que se asegura tendrán la inmunosupresión adecuada, los medios para vivir adecuados y por consiguiente tendrán una tasa de éxito a largo plazo con el trasplante, en contraposición clara de lo que marca la Constitución Mexicana en asegurar el acceso a la salud a todos los mexicanos.

No obstante lo anterior, la enfermedad renal crónica terminal y su consecuente tratamiento con terapia sustitutiva como hemodiálisis o diálisis peritoneal va en aumento, toda vez que las primeras causas de morbilidad en el Estado son las enfermedades vasculares y diabetes, las dos primeras causas de daño renal irreversible. El Hospital General del Estado es el único hospital de los Servicios de Salud de Sonora que cuenta con licencia de COFEPRIS combinada de procuración y trasplante, aunado a los existentes en el Estado con licencia para procuración como el Hospital General de Cd. Obregón, Hospital Infantil del Estado de Sonora y Centro Médico Dr. Ignacio Chávez de ISSSTESON.

Los pacientes en el Hospital General del Estado con Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT) que acuden a terapia sustitutiva son en promedio 110 (90 en hemodiálisis y 20 en diálisis peritoneal) y anualmente se agregan aproximadamente 15, por lo que la cifra va en aumento. Documentado está que un trasplante resulta más económico que la terapia de hemodiálisis, en el Hospital General del Estado anualmente se derogan, solo por concepto de "sesiones de hemodiálisis" por paciente \$144,000, sin contar las transfusiones, los exámenes de laboratorio, los ingresos por descompensaciones a urgencias; en su contra, el trasplante renal tiene un costo anual aproximado de \$140,000 (dividido en 115 mil de inicio y 25 mil por terapia inmunosupresora anual), siempre y cuando no existan complicaciones. Si agregamos que un paciente puede estar en terapia de hemodiálisis por más de 5 años, resulta fácil darse cuenta que es mucho más económico trasplantar; además de que el paciente se reintegra a su vida productiva.

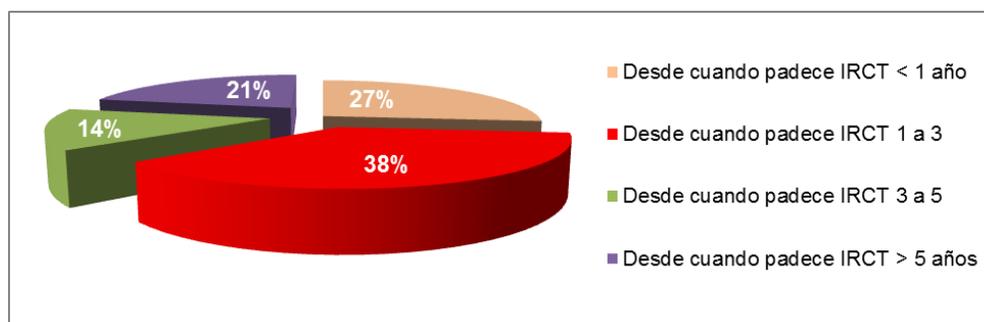
Del mismo modo, las enfermedades del hígado como cirrosis acusan estar dentro de las primeras 5 causas de muerte, por lo que la necesidad de encontrar los mecanismos para realizar no solo trasplante renal sino de otros órganos como hígado o corazón es una realidad.

En términos generales y como complemento a lo ya descrito, se presentan al 2015, los siguientes problemas en materia de donaciones y trasplantes en el estado²⁵:

- ✓ Disminución en la actividad de donación y procuración de órganos respecto a años previos recientes, así como en el número de trasplantes que se realizan a pacientes que acuden para recibir atención en los Servicios de Salud de Sonora.
- ✓ Insuficiente realización de trasplantes renales y de córnea en los hospitales de los Servicios de Salud de Sonora que haga frente al número creciente de enfermos renales en etapa terminal.
- ✓ Inexistencia de programas de otro tipo de trasplantes autorizados por COFEPRIS en los hospitales de los Servicios de Salud de Sonora.
- ✓ La oficina del CEESTRA está alejada de su centro neurálgico, que es el Hospital General del Estado.
- ✓ El presupuesto asignado al CEESTRA ha sido recortado considerablemente, lo que limita su margen de acción para desarrollar programas de promoción de la donación y para apoyar programas de trasplantes.
- ✓ Se cuenta con poco personal debidamente capacitado en CEESTRA que entienda y que maneje adecuadamente la legislación y normatividad de los programas de donación y trasplante.
- ✓ Los servicios de trasplantes y la coordinación de donación en los hospitales existentes y que cuentan con autorización de COFEPRIS tienen recurso humano escaso.
- ✓ Falta crear políticas de trabajo que faciliten los procesos de donación y trasplante dentro de los hospitales que cuentan con cédula.
- ✓ No existe una red educativa que constantemente haga llegar a la población de todo el Estado la cultura de la donación de órganos.
- ✓ Infraestructura deficiente para atender casos de potenciales donantes en hospitales fuera de Hermosillo.
- ✓ Recurso humano insuficiente para atender un posible crecimiento de la donación y los trasplantes.

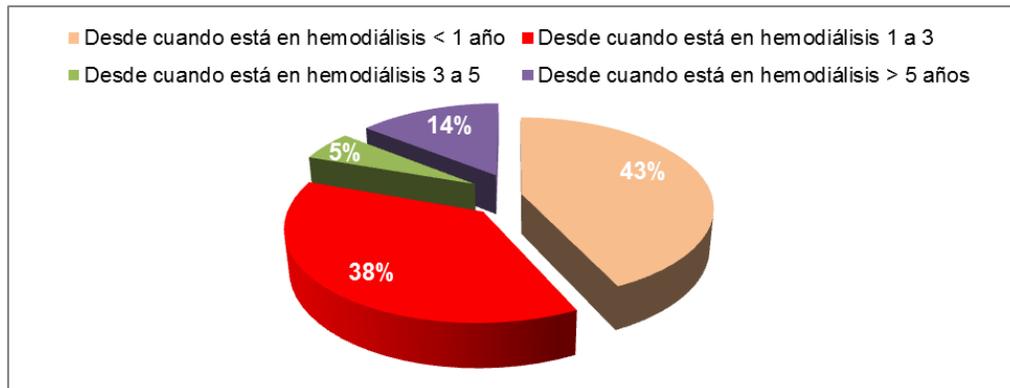
²⁵ Propuesta para impulsar el Programa de Donación de Órganos y Tejidos en el Estado de Sonora 2015-2021. Centro Estatal de Trasplantes.

A continuación se grafican los pacientes en terapia sustitutiva renal, de los cuales el 66% son masculinos y el 34% femeninos, asimismo, 38% de los pacientes padecen la enfermedad entre 1 y 3 años y 21% más de 5 años.



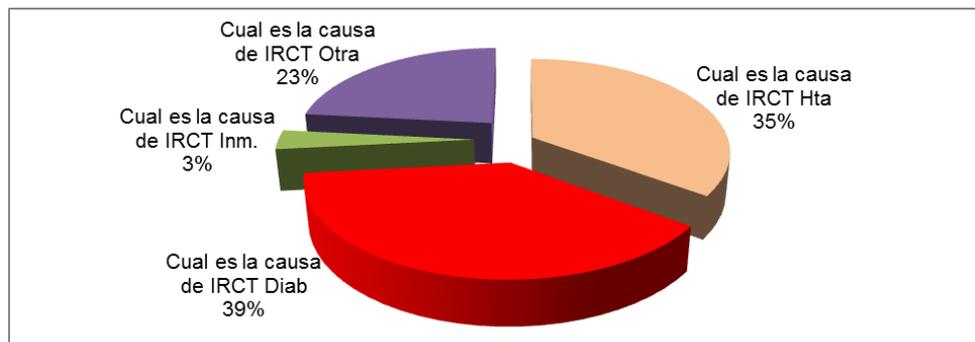
Fuente: Centro Estatal de Trasplantes (CEESTRA).

El 38% de los pacientes están en terapia sustitutiva entre 1 y 3 años y 43% menos de un año.



Fuente: Centro Estatal de Trasplantes (CEESTRA).

Más del 70% de los pacientes tienen diabetes e hipertensión.



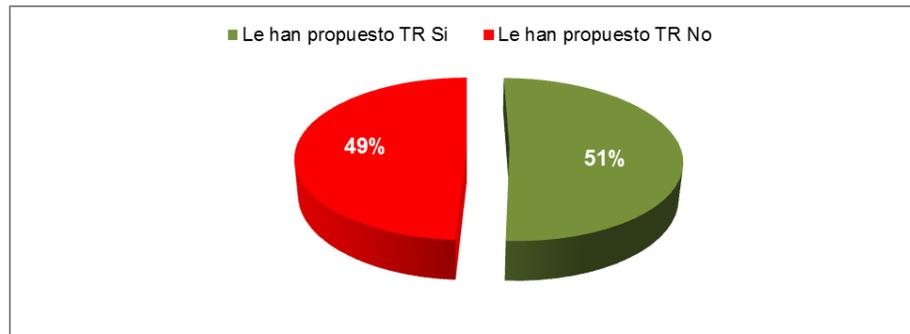
Fuente: Centro Estatal de Trasplantes (CEESTRA).

El 14% de los pacientes “no han” escuchado hablar de trasplante renal.



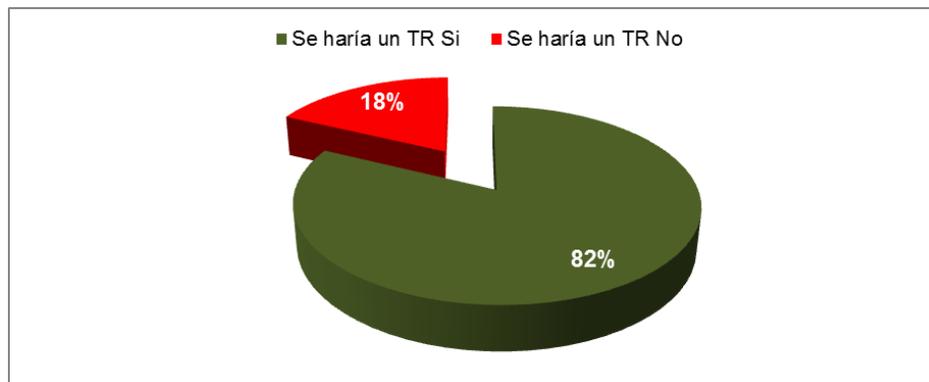
Fuente: Centro Estatal de Trasplantes (CEESTRA).

Al 51% de los pacientes "NO" se les ha propuesto trasplante por parte del servicio de nefrología.



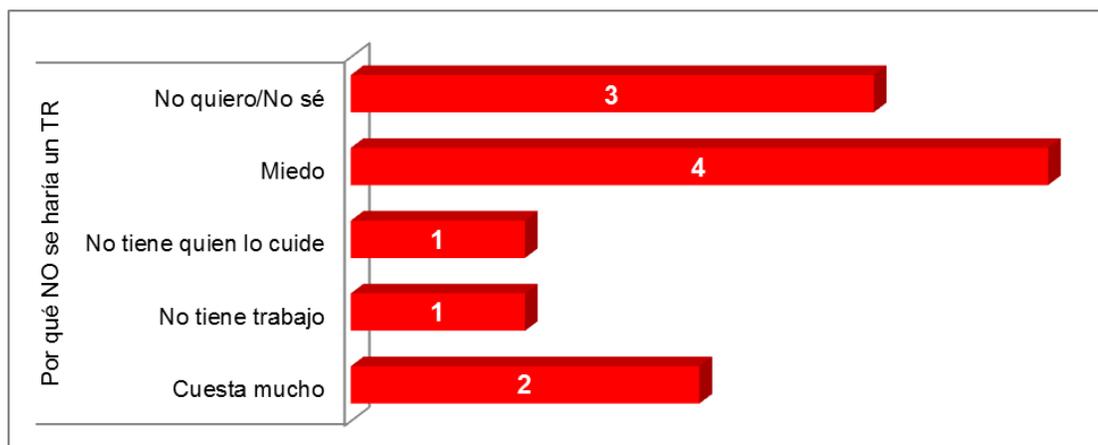
Fuente: Centro Estatal de Trasplantes (CEESTRA).

El 86% de los pacientes accederían a realizarse un trasplante renal.



Fuente: Centro Estatal de Trasplantes (CEESTRA).

En el siguiente gráfico se muestran las principales causas por las que un paciente no accedería a un trasplante renal:



Fuente: Centro Estatal de Trasplantes (CEESTRA).

Para hacer frente a la problemática existente, nos hemos planteado llevar a cabo, entre otras, las siguientes actividades:

- ✓ Implementar programas permanentes de promoción de la cultura de la donación y realización de foros regionales de donación y trasplante.
- ✓ Efectuar cursos de “Formación de promotores de la donación” en todo el estado.
- ✓ Establecer Convenio de Colaboración con la Secretaría de Educación y Cultura para que se incluya la donación de órganos y trasplantes en los programas de educación a todos los niveles.
- ✓ Optimización de los recursos económicos del CEESTRA (menos gasto administrativo y más operativo)
- ✓ Revisar la legislación actual para proponer cambios o adiciones a la Ley existente, si es que fuera necesario, con la finalidad de facultar al Centro para apoyar a los pacientes que requieran de un trasplante.
- ✓ Promover y buscar alianzas de colaboración entre instituciones públicas y privadas para aumentar las donaciones y los trasplantes de órganos.
- ✓ Impulsar la creación de una “red de hospitales procuradores” en el estado.
- ✓ Crear la “Agencia Estatal de Procuración”, integrada por médicos especialistas debidamente capacitados para realizar la parte “médica” de la donación de órganos en todo el estado.
- ✓ Desarrollar un software informático para que se interconecten las unidades generadoras de donantes (terapias intensivas, intermedias y urgencias) a manera de “intranet” y poder llevar un registro real de la evolución de un “potencial donante”, lo cual ayudará a detectar un donante y prever las condiciones con anterioridad.
- ✓ Establecer un plan de acción con las dependencias que se puedan ver involucradas para que un “potencial donante” sea considerado prioridad y se facilite, de ser conveniente, su traslado al Hospital General del Estado.
- ✓ Impulsar y apoyar la contratación de recurso humano en los hospitales que favorezcan la donación y trasplante de órganos.
- ✓ Buscar mecanismos que faciliten la realización de los protocolos pre-trasplante a los pacientes que lo requieran.
- ✓ Apoyar al Laboratorio Estatal de Salud Pública para optimizar la realización de pruebas de compatibilidad donante-receptor.
- ✓ Crear un banco de tejidos en general, tanto de córnea como músculo esquelético para aprovechar al máximo las donaciones a corazón parado.
- ✓ Procurar que exista un presupuesto para apoyar con la terapia inmunosupresora por un año a los pacientes que se trasplanten y que en base a un adecuado estudio socioeconómico, sean susceptibles de apoyo.
- ✓ Establecer como política de trabajo y atención que todo paciente que esté en terapia sustitutiva sea evaluado para trasplante y que como requisito indispensable para “todo nuevo” paciente que ingrese, se realice previamente una evaluación por trasplante.

12. INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO DE SONORA (ISSSTESON)

Actualmente ISSSTESON cuenta con un total de 177 mil 411 derechohabientes, con 73,691 asegurados y 103,720 beneficiarios, de los cuales el 56.7% del total corresponde a mujeres y el 43.3% a hombres, los cuales se distribuyen en las 14 Coordinaciones Médicas que dan servicio en todo el estado. Del 100%, 82% corresponde a beneficiarios afiliados y el 28% a los trabajadores de los 133 Organismos y Ayuntamientos con convenio de prestación de servicios vigente. El Magisterio es el Organismo que alberga la mayor concentración de derechohabientes con un 28.83 %, y el municipio que mayor población concentra es Hermosillo con un 48.3%²⁶.

En relación al perfil epidemiológico de la población derechohabiente, las infecciones respiratorias son el primer lugar en tasa de incidencia, superando los 200 mil casos en atención médica en el 2015, seguido por las infecciones intestinales y las infecciones en las vías urinarias. Las afecciones con mayor tasa de prevalencia son el refriado común, la faringitis aguda y la hipertensión esencial²⁶.

Por otra parte, la tasa de mortalidad general por 10 mil derechohabientes se ubicó al cierre de la administración anterior en 2.16, siendo la principal causa de muerte las Enfermedades del Sistema Circulatorio, seguido de los Tumores y en tercer lugar, las Enfermedades del Sistema Respiratorio²⁶.

²⁶ Unidad de Planeación del Desarrollo del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de Sonora.

Actualmente el Instituto cuenta con 33 unidades de primer nivel entre módulos, policlínicos y centros integrales de atención a la salud, repartidos en las 14 Coordinaciones Médicas del Estado. Las cuales, al cierre del 2015 proporcionaron un total de 807 mil 576 consultas médicas, sin considerar las atenciones brindadas en los módulos, ni aquellas por los prestadores subrogados²⁷.

El servicio médico toma alrededor del 52% del gasto programable del Instituto y el 90% el personal²⁷.

Se cuenta con 190 camas censables en las cuatro unidades hospitalarias donde se brinda el segundo nivel de atención médica. Además, se surtieron en la red de farmacias, botiquines y depósitos institucionales un total de 2'195,747 recetas; 875,000 estudios de laboratorio y 137,183 estudios de rayos X²⁷.

Los procesos internos, el seguimiento y la medición han decaído, así como la calidad del servicio ha disminuido, perdiendo certificaciones como la hospitalaria por el Consejo de Salubridad y aquellas basadas en los sistemas de gestión de la calidad y la norma ISO 9001.

En lo que respecta a la situación financiera, a mediados del mes de septiembre de 2015, se detectaron cifras elevadas de endeudamiento a corto plazo (pasivos) señalados en los estados financieros autorizados por la H. Junta Directiva que sumaban al cierre de 2015, un monto total de \$2,350'493,577 pesos, el cual representa poco más del 50% de todo el presupuesto del ramo médico asignado anualmente²⁷.



En Fideicomiso de Pensiones y Jubilaciones al cerrar el ejercicio fiscal del año anterior, los pasivos alcanzaron \$4,185'140,000 pesos. Solo del año 2010 al 2011 se aprobaron más de tres mil pensiones, provocando un incremento de la nómina de pensiones y jubilaciones en más de \$400'000,000 pesos, por lo cual se puede concluir que en un plazo que no superará cuatro años, ISSSTESON estará registrando una quiebra técnica del régimen de pensiones²⁷.

²⁷ Unidad de Planeación del Desarrollo del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de Sonora.



CAPÍTULO II

ALINEACIÓN DE LA ESTRATEGIA PND-PED-PMP

II. ALINEACIÓN DE LA ESTRATEGIA PND-PED-PMP

Los ocho objetivos que comprende el Programa Sectorial de Salud 2016-2021 “Todos los Sonorenses, Todas las Oportunidades”, están alineados al Eje Estratégico IV “Gobierno Promotor del Desarrollo y Equilibrio Social” del Plan Estatal de Desarrollo 2016-2021 “Sonora Trabaja”, así como a cinco Retos, como lo son el 11, 12, 15, 16 y 18, y siete estrategias. Aunado al direccionamiento con un eje estratégico, tres objetivos y siete estrategias del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, tal como se muestra en el esquema de la siguiente página.

ALINEACIÓN DEL PND-PED-PMP

PND 2013-2018			PED 2016-2021			PMP 2016-2021
Eje Estratégico	Objetivo	Estrategia	Eje Estratégico	Reto	Estrategia	OBJETIVO
México Incluyente	Objetivo 2.2 Transitar hacia una sociedad equitativa e incluyente	2.2.2 Articular políticas que atiendan de manera específica cada etapa del ciclo de vida de la población	"Todos los Sonorenses, todas las Oportunidades" IV. Gobierno Promotor del Desarrollo y Equilibrio Social	Reto 18 Mejorar las condiciones de vida de los adultos (as) mayores y las personas con discapacidad en Sonora.	18.1. Impulsar el reconocimiento y ejercicio de los derechos de los adultos(as) mayores en Sonora	6. Impulsar el reconocimiento y ejercicio de los derechos de las y los adultos mayores.
		2.2.4 Proteger los derechos de las personas con discapacidad y contribuir a su desarrollo integral e inclusión plena		Reto 11 Brindar acceso universal a servicios integrales de salud con calidad que responda con eficiencia y oportunidad a las necesidades de las familias	11.1. Asegurar el derecho a la salud de la población sonorense a través de políticas públicas que promuevan la coordinación de los tres niveles de gobierno	7. Brindar atención de calidad y capacitación para la inclusión a las personas con discapacidad.
	Objetivo 2.3 Asegurar el acceso a los servicios de salud	2.3.1 Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal			11.2. Disminuir los índices epidemiológicos de la población y sus comunidades	1. Fortalecer las acciones de protección ante cualquier riesgo, prevención de enfermedades y accidentes, así como de promoción y fomento a la salud.
		2.3.3 Mejorar la atención de la salud a la población en situación de vulnerabilidad		11.3. Fortalecer las acciones de protección, prevención de enfermedades y promoción de la salud	2. Disminuir el impacto de enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica de la población y sus comunidades.	
		2.3.4 Garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad		Reto 16 Impulsar el desarrollo integral de las familias en situación vulnerable.	16.1. Fortalecer el desarrollo de las capacidades de las familias en situación de vulnerabilidad, a efecto de mejorar su calidad de vida	3. Brindar acceso universal a servicios integrales de salud con calidad que responda con eficiencia y oportunidad a las necesidades de las familias.
	Objetivo 2.4 Ampliar el acceso a la seguridad social	2.4.1 Proteger a la sociedad ante eventualidades que afecten el ejercicio pleno de sus derechos sociales		Reto 12 Ampliar en corto plazo la capacidad de atención hospitalaria y clínica del Estado	12.1. Construir nuevos centros hospitalarios de alta especialidad, con tecnología de punta, así como la remodelación y equipamiento a la estructura de salud ya existente	5. Mejorar y fortalecer el desarrollo integral de las Familias en situación vulnerable en el estado.
				Reto 15 Apoyar la ampliación y el fortalecimiento de los Servicios de Seguridad Social.	15.1. Brindar condiciones a la sociedad para protegerse ante eventualidades que afecten el ejercicio pleno de sus derechos sociales	4. Mejorar y modernizar en el corto plazo, la infraestructura en salud y la prestación de atención con servicios de calidad.
		2.4.2 Promover la cobertura universal de servicios de seguridad social en la población				8. Fortalecer con eficacia, eficiencia y transparencia los servicios y prestaciones de seguridad social con orientación a la calidez, calidad y oportunidad para beneficio de la población derechohabiente.



CAPÍTULO III

OPERACIÓN DE LA ESTRATEGIA (OBJETIVOS, ESTRATEGIAS Y LÍNEAS DE ACCIÓN)

III. OPERACIÓN DE LA ESTRATEGIA (OBJETIVOS, ESTRATEGIAS Y LÍNEAS DE ACCIÓN)

Objetivo:

1. Fortalecer las acciones de protección ante cualquier riesgo, prevención de enfermedades y accidentes, así como de promoción y fomento a la salud.

Estrategia:

- 1.1. Incrementar y mejorar las acciones de protección, prevención de enfermedades y promoción de la salud.

Líneas de Acción:

- 1.1.1. Impulsar acciones para la prevención y promoción de la salud de las y los migrantes.
- 1.1.2. Fomentar la actividad física y deportiva a nivel individual, familiar y comunitario.
- 1.1.3. Impulsar programas de control de peso en todos los planteles educativos.
- 1.1.4. Consolidar la promoción de la salud con la participación de las autoridades municipales, la comunidad educativa y los sectores sociales, para el desarrollo de acciones que sean anticipatorias, integradas y efectivas.
- 1.1.5. Impulsar la red sonorensis de municipios por la salud y fortalecer el proceso de construcción de casas y comunidades saludables.
- 1.1.6. Incrementar el acceso a la alimentación, la salud y la educación a las comunidades y pueblos indígenas, a fin de brindar un desarrollo integral, sustentable y pluricultural.
- 1.1.7. Unificar lineamientos del Programa de Vacunación Universal y promover la participación social y del Sistema Nacional de Salud.
- 1.1.8. Garantizar al adulto mayor la accesibilidad a una atención integral desde un enfoque biopsicosocial, a fin de mejorar su calidad de vida y contribuir a la prevención, control y tratamiento de enfermedades para retardar su aparición.
- 1.1.9. Impulsar un sistema de vigilancia y control con todos los actores para reducir los índices de mortalidad infantil y materna.
- 1.1.10. Implementar acciones para estudio y seguimiento oportuno de los casos positivos de cáncer de la mujer.
- 1.1.11. Realizar acciones que promuevan un mejor control de las enfermedades crónicas no transmisibles, fortaleciendo los tres pilares de la Estrategia Nacional para la prevención y control de sobrepeso, obesidad y diabetes: salud pública, atención médica oportuna, así como regulación sanitaria y política fiscal.

1.1.12. Realizar acciones de promoción, difusión, y sensibilización para lograr la disminución de accidentes de tránsito.

Estrategia:

1.2. Promover el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, así como reducir los daños a la salud ocasionados por la violencia familiar y/o de género.

Líneas de Acción:

1.2.1. Fortalecer la atención especializada médica y psicológica a las mujeres que viven violencia familiar, sexual y de género.

1.2.2. Capacitar y sensibilizar al personal de salud para que brinde atención libre de violencia a la población usuaria de servicios de salud, así como fortalecer las capacidades del personal de salud para la detección, referencia y atención oportuna de la violencia familiar, sexual y de género.

1.2.3. Promover los servicios de salud existentes para la prevención y atención de la violencia familiar y de género, así como la difusión del derecho de las mujeres a una vida libre de violencia.

1.2.4. Contribuir al fortalecimiento de los sistemas de información vinculada a los daños a la salud por violencia de género en el ámbito de la salud.

1.2.5. Impulsar intervenciones efectivas de prevención de la violencia familiar y de género, tales como los grupos de re-educación para víctimas y agresores de violencia de pareja, y los grupos de prevención de violencia en el noviazgo.

Estrategia:

1.3. Ampliar la cobertura de los servicios para prevenir y atender los problemas de salud derivados del uso, abuso y dependencia del tabaco, alcohol y otras drogas, a través del fortalecimiento del Consejo Estatal contra las Adicciones como eje rector.

Líneas de Acción:

1.3.1. Elaborar convenios de coordinación entre las diferentes instancias de gobierno, organismos no gubernamentales y la sociedad para realizar acciones integrales de prevención y atención de las adicciones en el Estado, especialmente en población vulnerable, así como la certificación de espacios libres de humo de tabaco.

1.3.2. Ampliar la cobertura de unidades de atención especializada, basados en modelos de tratamientos con eficacia comprobada, así como la supervisión continua de establecimientos que aseguren el cumplimiento de la normatividad y el respeto a los derechos humanos.

1.3.3. Promover la participación de la comunidad, en la formación de "Coaliciones Comunitarias" para la prevención de las adicciones, así como el fortalecimiento de la red de promotores voluntarios.

1.3.4. Fortalecer con autoridades municipales la implementación del Programa "Conduce sin Alcohol" como medida de protección de salud y prevención de accidentes.

1.3.5. Realizar foros, jornadas y eventos en los que se promueva la prevención, y se fortalezca la formación y especialización de recursos humanos para la atención integral de las adicciones.

1.3.6. Fortalecer el desarrollo del Observatorio Estatal de Tabaco, Alcohol y Otras Drogas del Servicio Estatal de Salud Mental y Adicciones, con el fin de apoyar la toma de decisiones en acciones de prevención en la materia.

Estrategia:

1.4. Desarrollar acciones para asegurar el acceso a servicios de salud mental incluyentes, de calidad y apegados a los derechos humanos.

Líneas de Acción:

1.4.1. Impulsar iniciativas de ley para la protección y atención de personas con trastornos mentales y del comportamiento, especialmente grupos vulnerables (niños, indigentes, indígenas, etc.).

1.4.2. Informar a la población sobre signos y síntomas de los trastornos prevalentes en salud mental en niños, adolescentes y adultos, para su detección y atención oportuna, así como de la red de atención en salud mental.

1.4.3. Ampliar la cobertura de servicios de atención de salud mental, a través de la implementación de programas innovadores, como telepsiquiatría, psiquiatría itinerante y comunitaria, así como el fortalecimiento de la red de unidades de atención.

1.4.4. Diseñar un Programa de Prevención y Atención del Suicidio, mediante estrategias que promuevan la salud mental, la identificación y atención temprana de riesgos, así como el tratamiento de los trastornos mentales y de enfermedades físicas que puedan conducir a la ideación, intento y consumación suicida.

1.4.5. Conformar un sistema de información en salud mental que proporcione datos relevantes, oportunos y confiables para la toma de decisiones, así como elaborar un diagnóstico situacional de los recursos y servicios que integran la red de atención de la salud mental en el Estado.

1.4.6. Fortalecer las habilidades del personal de atención primaria en la Guía de Intervención mhGAP (OMS-OPS), así como el uso de Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales.

Estrategia:

1.5. Fomentar y ampliar la participación ciudadana en la cultura del trasplante y donación de sangre, órganos y tejidos.

Líneas de Acción:

- 1.5.1. Promover y diseñar programas de carácter informativo y educativo de sensibilización en la población para la donación de sangre, órganos y tejidos.
- 1.5.2. Incrementar la tasa de donación cadavérica.
- 1.5.3. Revisar el marco jurídico promoviendo las reformas necesarias para facilitar el proceso de donación y trasplantes.
- 1.5.4. Promover atención médica especializada a personas con alguna insuficiencia orgánica susceptibles de trasplantes con oportunidad y calidad.
- 1.5.5. Detectar oportunamente potenciales donadores cadavéricos.
- 1.5.6. Promover en la población la donación voluntaria de órganos y tejidos para después de la muerte.
- 1.5.7. Vigilar que la asignación de órganos y tejido sea de forma justa, transparente y equitativa.
- 1.5.8. Disminuir la mortalidad por padecimientos susceptibles de ser trasplantados.
- 1.5.9. Apoyar en la búsqueda de mecanismos que promuevan la contención de costos y en general la protección financiera a la población que requiera de un trasplante.
- 1.5.10. Fortalecer la inversión en recursos humanos, investigación e infraestructura en materia de donación y trasplantes.

Objetivo:

2. Disminuir el impacto de enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica de la población y sus comunidades.

Estrategia:

- 2.1. Fortalecer las acciones de prevención y promoción epidemiológicas para la reducción de la mortalidad por vectores y zoonosis.

Líneas de Acción:

- 2.1.1. Instrumentar acciones para reducir los índices de mortalidad que se presentan en el estado de Sonora, por Dengue, Chikungunya, Zika, Rickettsia y otras enfermedades emergentes.
- 2.1.2. Informar a la comunidad sobre la importancia de la eliminación cotidiana de recipientes no útiles que son criaderos potenciales o activos.

2.1.3. Generar sistemas de información geográfica para mapear casos y áreas de riesgo entomológico mediante una Plataforma, con el fin de tener información oportuna para la toma de decisiones.

2.1.4. Capacitar y readiestrar al personal operativo del Sector Salud en el Estado.

2.1.5. Realizar la evaluación entomológica del control larvario.

2.1.6. Detectar a nivel local incrementos en ovitrampas positivas y promedio de huevos por manzana.

2.1.7. Implementar una colecta permanente de mosquitos adultos en sitios fijos para identificación de serotipos de dengue.

Objetivo:

3. Brindar acceso universal a servicios integrales de salud con calidad que responda con eficiencia y oportunidad a las necesidades de las familias.

Estrategia:

3.1. Establecer coordinación con el sector salud y los Gobiernos Federal, Estatal y Municipal, así como definir esquemas y acciones enfocadas a la prevención y atención de la salud.

Líneas de Acción:

3.1.1. Formalizar el Convenio de Intercambio de Servicios Planificado, a fin de avanzar en la integración funcional del Sistema Estatal de Salud para la Universalidad de los Servicios.

3.1.2. Protocolizar acuerdos de prestación de servicios en Emergencia Obstétrica con “cero rechazo”.

3.1.3. Afiliar a la ciudadanía que no cuenta con seguridad social al Seguro Popular, así como reafiliar al padrón de beneficiarios existente.

3.1.4. Brindar atención médica y preventiva oportuna e integral, a través de la implementación del expediente clínico electrónico, así como control de citas a través de internet y otros manejos de la información usando medios digitales, a fin de prestar un servicio de calidad a la población que vive en condiciones de vulnerabilidad y en pobreza extrema.

3.1.5. Ampliar la cobertura de conectividad y acceso a la información en todas las unidades, así como impulsar todos los programas orientados a telemedicina para poder atender a la población rural y sectores más vulnerables, con el fin de cubrir la mayor cantidad de áreas dentro de la Secretaría de Salud Pública y Servicios de Salud de Sonora.

3.1.6. Unificar acciones en los establecimientos y unidades de salud para el fortalecimiento de la atención materna y perinatal.

3.1.7. Acordar estrategias y compromisos para la aplicación de la normatividad de las leyes de tránsito.

3.1.8. Unificar criterios para la definición e integración del modelo de salud bucal aplicable a los niveles institucionales de atención.

3.1.9. Implementar Operativos de Vigilancia Sanitaria Continua, con el fin de reducir los riesgos sanitarios.

3.1.10. Convenir con la Secretaría de Hacienda Estatal y Secretaría de Salud Federal, regresar el 50% de lo recaudado por multas y sanciones a la Comisión Estatal de Protección Social en Salud del Estado de Sonora, con el fin de dar cumplimiento a las acciones que se llevan a cabo para protección de la salud de los Sonorenses.

3.1.11. Impulsar, fortalecer y regular la operatividad de la asistencia social e Instituciones de Asistencia Privada en un marco de profesionalismo y legalidad para el fortalecimiento del tejido social en beneficio de la sociedad sonorense.

3.1.12. Establecer sinergias con el sector público y privado para impulsar y apoyar a la asistencia social y privada.

Estrategia:

3.2. Reducir los embarazos y su reincidencia en menores de 19 años, mediante el acceso universal a información, educación, orientación y servicios en salud sexual y reproductiva para adolescentes.

Líneas de Acción:

3.2.1. Capacitar y formar promotores juveniles en salud sexual y reproductiva para adolescentes.

3.2.2. Acreditar e implementar nuevos Servicios Amigables para la atención de la salud sexual y reproductiva de la población adolescente.

3.2.3. Realizar actividades comunitarias de promoción y prevención en salud sexual y reproductiva.

3.2.4. Capacitar y sensibilizar a personal de salud del primer nivel de atención en temas de salud sexual y reproductiva para adolescentes.

Estrategia:

3.3. Establecer un esquema de organización y coordinación en el Estado ante Urgencias Epidemiológicas y Desastres.

Líneas de Acción:

3.3.1. Diseñar un Programa Estatal de Urgencias Epidemiológicas y Desastres, alineado al del nivel federal, guiado por el atlas de riesgos de la Unidad Estatal de Protección Civil, que abarque todo el territorio estatal, además de contar con los lineamientos que permitan el abordaje de enfermedades emergentes y reemergentes a nivel estatal, regional y nacional.

- 3.3.2. Integrar el Comité Estatal de Seguridad en Salud, sesionando periódicamente y en forma extraordinaria cuando sea requerido.
- 3.3.3. Establecer el directorio de enlaces estatales, regional y nacional.
- 3.3.4. Mantener activos los Comités Estatal y Jurisdiccional para la Seguridad en Salud, para la coordinación entre todas las áreas Intrainstitucional, intersectorial y extrasectorial, incluyendo todas las instancias involucrados en la preparación y atención de las emergencias en salud.
- 3.3.5. Implementar mecanismos de comunicación permanente entre el nivel estatal, jurisdiccional y local, además de la región norte y con el nivel nacional.
- 3.3.6. Realizar acciones de abogacía para difundir y posicionar en el ámbito político, técnico, administrativo y operativo, los riesgos a emergencias en salud, así como lo referente al Programa de Acción.
- 3.3.7. Reforzar la capacidad de respuesta ante enfermedades emergentes y reemergentes así como en eventos epidemiológicos de importancia estatal, nacional e internacional.
- 3.3.8. Difundir los planes y lineamientos de preparación y respuesta a las instancias correspondientes.
- 3.3.9. Impartir por lo menos dos cursos anuales, en el que se capacite al personal del Sector Salud y Jurisdicciones Sanitarias que participan multidisciplinariamente en la atención de urgencias epidemiológicas y desastres, considerando la perspectiva de género.
- 3.3.10. Garantizar la correcta implementación y ejecución del Programa en las Jurisdicciones Sanitarias, mediante supervisión, gestión de necesidades y corrección de desviaciones.

Estrategia:

- 3.4. Implementar los Sistemas de información y de monitoreo, alertamiento y seguimiento de fenómenos perturbadores y eventos de interés epidemiológico.

Líneas de Acción:

- 3.4.1. Establecer un Sistema Estatal de Monitoreo y alertamiento oportuno para eventos de interés epidemiológico y fenómenos naturales perturbadores.
- 3.4.2. Establecer un Sistema Estatal de Información para el registro y seguimiento de eventos de interés epidemiológico y fenómenos naturales perturbadores.
- 3.4.3. Activación del grupo de trabajo Regional sobre monitoreo, alertamiento, información y evaluación.
- 3.4.4. Verificar la atención de las urgencias epidemiológicas y desastres, en las primeras 48 horas, después de su conocimiento.

3.4.5. Formar y mantener disponibles las reservas estratégicas con los Kits de medicamentos, reserva ante una pandemia de influenza y de suministros para la atención de emergencias en salud.

3.4.6. Asegurar la atención de las urgencias epidemiológicas y desastres en las primeras 48 hrs. después de su detección o conocimiento, conforme a la normatividad vigente.

Estrategia:

3.5 Mejorar el acceso a medicamentos e insumos para la salud.

Líneas de Acción:

3.5.1. Fortalecer la cadena de suministro de medicamentos e insumos hacia las unidades prestadoras de servicios de salud.

3.5.2. Incrementar el abasto de medicamentos y biológicos de acuerdo a las necesidades locales.

3.5.3. Implementar programas de distribución de medicamentos que se alineen con las necesidades regionales.

3.5.4. Fomentar el uso racional de la prescripción de medicamentos.

3.5.5. Utilizar mecanismos de compras consolidadas de medicamentos con otras instituciones afines.

Estrategia:

3.6. Consolidar la formación y capacitación integral del Capital Humano e impulsar la investigación en salud, en un contexto de valores y cultura bioética.

Líneas de Acción:

3.6.1. Establecer un mecanismo de difusión y consulta de los acuerdos y compromisos de la Comisión Estatal Interinstitucional para la Formación y Capacitación de Recursos Humanos e Investigación y los grupos de trabajo.

3.6.2. Consolidar los acuerdos por parte de los municipios, para el apoyo económico y seguridad del personal becario.

3.6.3. Consolidar un Programa Anual de Capacitación.

3.6.4. Fortalecer el sistema de estímulos al desempeño del personal.

3.6.5. Crear un Programa de Inducción al puesto dirigido a trabajadores de nuevo ingreso.

3.6.6. Gestionar el incremento de montos de los premios de investigación en salud.

3.6.7. Establecer un mecanismo de difusión y consulta de los protocolos y resúmenes de investigación registrados ante la Secretaría de Salud.

3.6.8. Fortalecer la rectoría de la Comisión Estatal de Bioética, a fin de ser un órgano de consulta estatal sobre temas específicos de bioética y establecer políticas públicas en esta materia.

3.6.9. Fomentar una cultura bioética en el Estado, a través de la reflexión, deliberación y discusión multidisciplinaria y multisectorial de los temas vinculados con la salud humana, y desarrollar normas éticas para la atención, la investigación y la docencia en salud.

3.6.10. Crear y fortalecer el funcionamiento de los Comités de Ética en Investigación y Comités Hospitalarios de Bioética en instituciones públicas y privadas de atención a la salud, al igual que en aquellas donde se realice investigación para la salud y el desarrollo social.

3.6.11. Instalar el Comité de Integridad de la Secretaría de Salud Pública y Servicios de Salud de Sonora, con el fin de fomentar y fortalecer el conocimiento y la vivencia de valores, principios éticos e ideales, en el marco del Plan Estatal de Desarrollo 2016-2021 "Sonora Trabaja".

3.6.12. Elaborar, promover y difundir la aplicación del Código de Ética y Conducta de las y los servidores públicos de la Secretaría de Salud Pública y Servicios de Salud de Sonora.

Estrategia:

3.7. Impulsar un programa de mejora integral de la legislación y organización en materia de salud.

Líneas de Acción:

3.7.1. Atender de manera oportuna y en tiempo la secuela procesal que corresponda, estableciendo las excepciones y defensas necesarias, haciendo valer todos los medios de defensa institucionales más convenientes y llevando a cabo acciones de mediación y conciliación en aquellos asuntos de riesgo para la entidad.

3.7.2. Identificar las necesidades de reformas legales en materia de salud con base a la retroalimentación de las unidades administrativas y médicas competentes en la materia.

3.7.3. Elaborar estudios jurídicos en materia de salud, a fin de identificar la inclusión de nuevas figuras o esquemas innovadores en materia de salud.

3.7.4. Actualizar el marco jurídico-administrativo de la Secretaría de Salud Pública y Servicios de Salud de Sonora, así como de sus órganos desconcentrados.

3.7.5. Ordenar la estructura, actualizar y elaborar los manuales e instrumentos administrativos que sean necesarios, así como adecuar los procesos para eficientar la prestación de los servicios.

3.7.6. Formalizar la operación de la Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública.

Objetivo:

4. Mejorar y modernizar en el corto plazo, la infraestructura en salud y la prestación de atención con servicios de calidad.

Estrategia:

4.1. Desarrollar nueva infraestructura especializada con tecnología de punta, así como remodelar y equipar la existente.

Líneas de Acción:

4.1.1. Construir nuevos Hospitales y Centros de alta especialidad con tecnología de punta, entre los que se encuentra la sustitución del Hospital General del Estado, el Hospital Psiquiátrico Cruz del Norte, el Centro de Higiene Mental Dr. Carlos Nava Muñoz y el Hospital General de Magdalena.

4.1.2. Mejorar la infraestructura, tecnología y equipamiento existentes, dignificando la prestación de servicios para garantizar la salud de nuestra población.

4.1.3. Mejorar los espacios y condiciones de trabajo de los trabajadores de la salud, con la construcción de un edificio de oficinas administrativas de la Secretaría de Salud Pública y Servicios de Salud de Sonora.

Estrategia:

4.2. Mejorar la calidad en la prestación de los servicios de atención médica en el estado.

Líneas de acción:

4.2.1. Certificar y acreditar a las unidades médicas de los Servicios de Salud de Sonora, con el fin de garantizar la prestación de servicios con calidad a la población más vulnerable de nuestro Estado.

4.2.2. Fortalecer el Sistema INDICA y Aval Ciudadano, a fin de contribuir a la mejora continua de nuestros servicios de salud.

Objetivo:

5. Mejorar y fortalecer el desarrollo integral de las Familias en situación vulnerable en el estado.

Estrategia:

5.1. Mejorar el servicio de atención a las familias en situación vulnerable a través de los programas asistenciales.

Líneas de Acción:

5.1.1. Brindar apoyos a las personas en situación vulnerable a través de la Oficina de Atención Ciudadana.

5.1.2. Mejorar la economía de las personas en situación vulnerable con la entrega de proyectos productivos.

5.1.3. Brindar apoyo alimentario a familias en situación vulnerable con ayuda alimentaria directa.

5.1.4. Brindar alimentación a menores en situación vulnerable, con desayunos escolares fríos y calientes.

5.1.5. Atender a las personas de comunidades de alta y muy alto grado de marginación con el Programa DIF-Sonora/te escucho.

5.1.6. Mejorar la calidad de servicio de atención a familias que han perdido a un ser querido a través de la Funeraria Juan Pablo II.

Objetivo:

6. Impulsar el reconocimiento y ejercicio de los derechos de las y los adultos mayores.

Estrategia:

6.1. Fortalecer el reconocimiento y ejercicio de los derechos de las y los adultos mayores.

Líneas de Acción:

6.1.1. Brindar servicios de asesoría jurídica a las y los adultos mayores.

6.1.2. Otorgar atención psicológica a las y los adultos mayores.

6.1.3. Instalar Subprocuradurías del Adulto Mayor en el Estado.

6.1.4. Apoyar el ejercicio de los derechos de las y los adultos mayores albergados en instituciones del sector público y privado, a los incorporados al mercado laboral, así como a los familiares de las y los adultos mayores atendidos en mediación.

Objetivo:

7. Brindar atención de calidad y capacitación para la inclusión a las personas con discapacidad.

Estrategia:

7.1. Mejorar la atención de las personas con discapacidad.

Líneas de Acción:

- 7.1.1. Dar seguimiento oportuno y de calidad a las personas con discapacidad dadas de alta con terapias de rehabilitación.
- 7.1.2. Brindar terapias de rehabilitación a personas con discapacidad temporal o permanente.
- 7.1.3. Otorgar el servicio de transporte adaptado a las personas con discapacidad que lo necesiten y ocupen.
- 7.1.4. Otorgar becas de atención temprana, académicas, deportivas y de capacitación laboral a personas con discapacidad.
- 7.1.5. Beneficiar a las personas con discapacidad con el autoempleo y su integración al mercado laboral.
- 7.1.6. Brindar Atención a personas con Discapacidad en el Centro Incluyente.
- 7.1.7. Brindar Talleres de Capacitación a personas con Síndrome de Down y Discapacidad Intelectual en el Centro de Capacitación laboral (Manos a la Vida).

Objetivo:

8. Fortalecer con eficacia, eficiencia y transparencia los servicios y prestaciones de seguridad social con orientación a la calidez, calidad y oportunidad para beneficio de la población derechohabiente.

Estrategia:

8.1. Implementar intervenciones convenidas y bajo criterios de derivación previamente establecidos, independientemente de la afiliación y la condición laboral de la persona.

Líneas de Acción:

- 8.1.1. Lograr y mantener una mayor cobertura de población beneficiaria al Sistema de Protección Social en Salud.
- 8.1.2. Trabajar coordinadamente y en equipo con los Programas de PROSPERA y 65 y más, para brindar mejores condiciones de salud a la población.
- 8.1.3. Coordinar acciones con instancias estatales de medios de comunicación para la promoción de beneficios del Régimen de Protección Social en Salud, así como incursionar en las tecnologías de la información para llegar a más asegurados y personas vulnerables de nuestra población que requieran de este servicio.
- 8.1.4. Fortalecer la gestión, financiamiento y organización del Régimen Estatal de Protección Social en Salud de Sonora, a fin de atender necesidades sensibles y recurrentes de la población vulnerable.

Estrategia:

8.2. Mejorar la infraestructura y el modelo de gestión de los servicios médicos al servicio de los trabajadores del estado.

Líneas de Acción:

8.2.1. Implantar un modelo de regionalización operativa para el primer nivel de atención que garantice oportunidad y eficiencia, a fin de lograr ser resolutivos en la prestación del servicio.

8.2.2. Desarrollar esquemas de financiamiento para la formalización de proyectos de nuevos hospitales para Hermosillo y Ciudad Obregón, bajo los esquemas de alianza público-privada (APP), conversiones o de mezclas de recursos institucionales con estatales y federales, para ampliar la cobertura de atención a nuestra derechohabencia.

8.2.3. Implementar un nuevo modelo de abasto de medicamentos mediante prácticas innovadoras con apoyo de los avances tecnológicos para incrementar surtimiento completo de las recetas en las farmacias propias de ISSSTESON.

8.2.4. Desarrollar un nuevo modelo con enfoque al manejo de problemas de las y los adultos mayores (que sustituya al actual agotado modelo de casas club), tanto de la población activa como pensionada y jubilada, sustentado en la integración de una red de servicios e infraestructura de apoyo a partir de unidades de atención geriátrica, con servicios de medicina preventiva, de rehabilitación y atención a los males de parkinson, alzheimer, depresión, casas de día y actividades recreativas y culturales en nuevos espacios que permitan incorporar estos servicios institucionales a la red de servicios estatales, para la optimización de los recursos.

Estrategia:

8.3. Garantizar y fortalecer las prestaciones económicas y sociales de los trabajadores del estado, a fin brindar mayor seguridad y calidad de vida.

Líneas de acción:

8.3.1. Fortalecer las prestaciones económicas a través de procedimientos innovadores y transparentes que fomenten la ampliación de las mismas, para mejorar la calidad de vida de la derechohabencia de ISSSTESON.

8.3.2. Eliminar la comprobación de sobrevivencia como requisito para hacer efectivo el beneficio por pensión o jubilación, a fin de brindar un servicio de calidad y oportuno.

8.3.3. Promover reformas de segunda generación a Ley 38, para el fortalecimiento de la reserva del fideicomiso de pensiones mediante modificaciones que conduzcan a la implantación de un modelo compatible con las reformas instituidas en el IMSS e ISSSTE.



CAPÍTULO IV

INDICADORES

IV. INDICADORES

Para evaluar el debido cumplimiento de los objetivos planteados en el Capítulo III del presente documento, se consideraron por cada uno de éstos los siguiente Indicadores Estratégicos que a continuación se describen:

1. Fortalecer las acciones de protección ante cualquier riesgo, prevención de enfermedades y accidentes, así como de promoción y fomento a la salud.

Razón de Mortalidad Materna.

Tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino.

Tasa de mortalidad por cáncer de mama.

Tasa de Mortalidad Infantil.

Cobertura de esquemas completos de vacunación en niños menores de 1 año.

Porcentaje de pacientes de 20 años y más con obesidad en control.

Variación porcentual de pacientes detectados positivos con Enfermedades Crónicas No Transmisibles controlados en el primer nivel de atención.

Porcentaje de Pacientes con VIH bajo tratamiento en control.

Índice de promoción y difusión en la cultura de donación de órganos.

Mortalidad por accidentes de tráfico de vehículo de motor.

Atenciones otorgadas a personas con trastornos relacionados con las adicciones al tabaco, alcohol y drogas ilícitas.

Población sensibilizada y capacitada sobre violencia intrafamiliar, salud mental y adicciones.

Porcentaje de menores atendidos con procesos jurídico/judicial que son reintegrados al seno familiar.

2. Disminuir el impacto de enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica de la población y sus comunidades.

Tasa de Letalidad de la Fiebre Manchada.

Tasa de Letalidad de Dengue.

Tasa de Mortalidad específica por Tuberculosis en todas las formas.

3. Brindar acceso universal a servicios integrales de salud con calidad que responda con eficiencia y oportunidad a las necesidades de las familias.

Indicador de carencias por acceso a los servicios de salud (CONEVAL).

Porcentaje de Cobertura del Régimen Estatal de Protección Social en Salud.

Razón de consultas prenatales por embarazada en los Servicios de Salud de Sonora.

4. Ampliar en corto plazo la capacidad de atención hospitalaria y clínica en el estado.

Número de Unidades Certificadas ante el Consejo de Salubridad General.

Número de unidades médicas construidas, ampliadas, remodeladas y/o rehabilitadas en base al Plan Maestro de Infraestructura Física.

5. Mejorar y fortalecer el desarrollo integral de las Familias en situación vulnerable en el estado

Porcentaje de menores con deficiencias al evaluar su estado de nutrición.

6. Impulsar el reconocimiento y ejercicio de los derechos de las y los adultos mayores

Incidencia de adultos mayores con sus derechos vulnerados.

7. Brindar atención de calidad y capacitación para la inclusión a las personas con discapacidad

Porcentaje de inclusión de personas con discapacidad al mercado laboral.

8. Fortalecer con eficacia, eficiencia y transparencia los servicios y prestaciones de seguridad social con orientación a la calidez, calidad y oportunidad para beneficio de la población derechohabiente

Porcentaje de pensiones.

Indicador de carencias por acceso a la seguridad social (CONEVAL).

(A continuación se adjuntan las Cédulas de los Indicadores Estratégicos)



CÉDULA DE INDICADORES			
UNIDAD RESPONSABLE:	Secretaría de Salud Pública	UNIDAD EJECUTORA:	Dirección General de Promoción a la Salud y Prevención de Enfermedades
OBJETIVO SECTORIAL, INSTITUCIONAL O TRANSVERSAL:	1. Fortalecer las acciones de protección ante cualquier riesgo, prevención de enfermedades y accidentes, así como de promoción y fomento a la salud.		
CARACTERÍSTICAS			
INDICADOR:	Razón de mortalidad materna		
OBJETIVO DEL INDICADOR:	Conocer el riesgo de morir que tiene una mujer por causas directas o indirectas atribuibles al embarazo, parto, puerperio y/o su atención.		
DESCRIPCIÓN GENERAL:	Corresponde al número de muertes maternas por cada 100,000 nacimientos vivos en el estado		
MÉTODO DE CALCULO:	$Muertes\ maternas / Total\ de\ nacidos\ vivos \times 100,000$		
SENTIDO DEL INDICADOR:	Descendente		
FRECUENCIA DE MEDICIÓN:	Anual		
UNIDAD DE MEDIDA	Muertes maternas		
FUENTE:	Subsistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones (SEED), Subsistema de Información de Nacimientos (SINAC)		
REFERENCIA ADICIONAL:	Dirección General de Promoción a la Salud y Prevención de Enfermedades		
Línea base 2015		Meta 2021	
37.7 muertes maternas por 100,000 nacidos vivos		20 muertes maternas por 100,000 nacidos vivos	

CÉDULA DE INDICADORES			
UNIDAD RESPONSABLE:	Secretaría de Salud Pública	UNIDAD EJECUTORA:	Dirección General de Promoción a la Salud y Prevención de Enfermedades
OBJETIVO SECTORIAL, INSTITUCIONAL O TRANSVERSAL:	1. Fortalecer las acciones de protección, prevención de enfermedades y la promoción de la salud.		
CARACTERÍSTICAS			
INDICADOR:	Tasa de Mortalidad por Cáncer Cérvico Uterino (CaCu)		
OBJETIVO DEL INDICADOR:	Medir la mortalidad por Cáncer Cérvico uterino		
DESCRIPCIÓN GENERAL:	Mortalidad por Cáncer Cérvico Uterino en mujeres de 25 años y más.		
MÉTODO DE CALCULO:	Número total de defunciones de mujeres de 25 y más años por CaCu/total de mujeres de 25 y más años x 100,000		
SENTIDO DEL INDICADOR:	Descendente		
FRECUENCIA DE MEDICIÓN:	Anual		
UNIDAD DE MEDIDA	Mujeres		
FUENTE:	Sistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones (SEED)		
REFERENCIA ADICIONAL:	Dirección General de Promoción a la Salud y Prevención de Enfermedades		
Línea base 2015		Meta 2021	
14.3 defunciones por CaCu en mujeres mayores de 25 años por cada 100,000 mujeres del mismo grupo de edad en el año.		12 defunciones por CaCu en mujeres mayores de 25 años por cada 100,000 mujeres del mismo grupo de edad en el año.	

CÉDULA DE INDICADORES			
UNIDAD RESPONSABLE:	Secretaría de Salud Pública	UNIDAD EJECUTORA:	Dirección General de Promoción a la Salud y Prevención de Enfermedades
OBJETIVO SECTORIAL, INSTITUCIONAL O TRANSVERSAL:	1. Fortalecer las acciones de protección, prevención de enfermedades y la promoción de la salud.		
CARACTERÍSTICAS			
INDICADOR:	Tasa de Mortalidad por Cáncer de Mama (CaMa)		
OBJETIVO DEL INDICADOR:	Medir la mortalidad por cáncer mamario		
DESCRIPCIÓN GENERAL:	Mortalidad por cáncer mamario en mujeres de 25 años y más.		
MÉTODO DE CALCULO:	Número total de defunciones de mujeres de 25 y más años por CaMa/total de mujeres de 25 y más años x 100,000		
SENTIDO DEL INDICADOR:	Descendente.		
FRECUENCIA DE MEDICIÓN:	Anual		
UNIDAD DE MEDIDA	Mujeres		
FUENTE:	Sistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones (SEED)		
REFERENCIA ADICIONAL:	Dirección General de Promoción a la Salud y Prevención de Enfermedades		
Línea base 2015		Meta 2021	
29.8 defunciones por CaMa en mujeres mayores de 25 años por cada 100,000 mujeres del mismo grupo de edad en el año.		24 defunciones por CaMa en mujeres mayores de 25 años por cada 100,000 mujeres del mismo grupo de edad en el año.	

CÉDULA DE INDICADORES			
UNIDAD RESPONSABLE:	Secretaría de Salud Pública	UNIDAD EJECUTORA:	Dirección General de Promoción a la Salud y Prevención de Enfermedades
OBJETIVO SECTORIAL, INSTITUCIONAL O TRANSVERSAL:	1. Fortalecer las acciones de protección ante cualquier riesgo, prevención de enfermedades y accidentes, así como de promoción y fomento a la salud.		
CARACTERÍSTICAS			
INDICADOR:	Tasa de mortalidad infantil		
OBJETIVO DEL INDICADOR:	Medir la mortalidad general en niños menores de 1 año		
DESCRIPCIÓN GENERAL:	Mortalidad infantil. Indica el número de muertes en niños menores de 1 año de edad por cada 1,000 nacidos vivos		
MÉTODO DE CALCULO:	Número de defunciones en niños menores de 1 año durante el año/total de nacidos vivos en ese mismo año x 1,000		
SENTIDO DEL INDICADOR:	Descendente		
FRECUENCIA DE MEDICIÓN:	Anual		
UNIDAD DE MEDIDA	Niños menores de 1 año		
FUENTE:	Sistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones (SEED) y Subsistema de Información de Nacimientos (SINAC)		
REFERENCIA ADICIONAL:	Dirección General de Promoción a la Salud y Prevención de Enfermedades		
Línea base 2016		Meta 2021	
9.2 defunciones de niños menores de 1 año por cada 1,000 nacidos vivos en el año.		8.2 defunciones de niños menores de 1 año por cada 1,000 nacidos vivos en el año.	

CÉDULA DE INDICADORES			
UNIDAD RESPONSABLE:	Secretaría de Salud Pública	UNIDAD EJECUTORA:	Dirección General de Servicios de Salud a la Persona
OBJETIVO SECTORIAL, INSTITUCIONAL O TRANSVERSAL:	1. Fortalecer las acciones de protección ante cualquier riesgo, prevención de enfermedades y accidentes, así como de promoción y fomento a la salud.		
CARACTERÍSTICAS			
INDICADOR:	Cobertura de esquemas completos de vacunación en niños menores de 1 año		
OBJETIVO DEL INDICADOR:	Prevenir en los niños menores de un año la tuberculosis miliar y meningea, Hepatitis B, Difteria, Tosferina, Tétanos, Poliomieltis, H. Influenzae tipo B, Enfermedades por Neumococo y prevención de enfermedades diarreicas por Rotavirus		
DESCRIPCIÓN GENERAL:	Cobertura de esquema completo de vacunación por arriba del 90% en el Grupo menor de un año de edad en el período.		
MÉTODO DE CALCULO:	Población con esquemas completos de Vacunación/Población Total del grupo menor de un año de edad x 100		
SENTIDO DEL INDICADOR:	Ascendente		
FRECUENCIA DE MEDICIÓN:	Anual		
UNIDAD DE MEDIDA	Porcentaje		
FUENTE:	SIS		
REFERENCIA ADICIONAL:	Programa de Vacunación Universal		
Línea base 2016		Meta 2021	
95%		97%	

CÉDULA DE INDICADORES			
UNIDAD RESPONSABLE:	Servicios de Salud de Sonora	UNIDAD EJECUTORA:	Dirección General de Servicios de Salud a la Persona
OBJETIVO SECTORIAL, INSTITUCIONAL O TRANSVERSAL:	1. Fortalecer las acciones de protección ante cualquier riesgo, prevención de enfermedades y accidentes, así como de promoción y fomento a la salud.		
CARACTERÍSTICAS			
INDICADOR:	Porcentaje de pacientes de 20 años y más con obesidad en control		
OBJETIVO DEL INDICADOR:	Lograr el control de obesidad en las personas de 20 años y más, para lograr una vida más saludable		
DESCRIPCIÓN GENERAL:	Acciones a través de consulta subsecuente encaminadas a lograr el control de la obesidad en pacientes de 20 años y más que acuden a unidades de primer nivel de atención de los Servicios de Salud de Sonora		
MÉTODO DE CALCULO:	$(\text{Total de Pacientes con obesidad en control} / \text{Total de pacientes con obesidad en tratamiento}) \times 100$		
SENTIDO DEL INDICADOR:	Ascendente		
FRECUENCIA DE MEDICIÓN:	Trimestral		
UNIDAD DE MEDIDA	Porcentaje		
FUENTE:	Sistema de Información en Salud		
REFERENCIA ADICIONAL:	Coordinación de Atención a la Salud del Adulto y el Adulto Mayor		
Línea base 2016		Meta 2021	
14% (4,463)		30% (8,980)	

CÉDULA DE INDICADORES			
UNIDAD RESPONSABLE:	Servicios de Salud de Sonora	UNIDAD EJECUTORA:	Dirección General de Servicios de Salud a la Persona
OBJETIVO SECTORIAL, INSTITUCIONAL O TRANSVERSAL:	1. Fortalecer las acciones de protección ante cualquier riesgo, prevención de enfermedades y accidentes, así como de promoción y fomento a la salud.		
CARACTERÍSTICAS			
INDICADOR:	Variación porcentual de pacientes detectados positivos con Enfermedades Crónicas No Transmisibles controlados en el primer nivel de atención		
OBJETIVO DEL INDICADOR:	Contribuir a la disminución de la morbi-mortalidad en la población de 20 años mediante la prevención y detección de Enfermedades Crónicas Degenerativas No Transmisibles (Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial)		
DESCRIPCIÓN GENERAL:	Acciones a través de consultas subsecuentes encaminadas a lograr el control de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles, en pacientes que acuden a unidades de primer nivel de atención de los Servicios de Salud de Sonora		
MÉTODO DE CALCULO:	$\left(\frac{\text{Número de pacientes detectados positivos con Enfermedades Crónicas No Transmisibles controlados en el primer nivel de atención del año actual}}{\text{Número de pacientes detectados positivos con Enfermedades Crónicas No Transmisibles controlados en el primer nivel de atención del año inmediato anterior}} - 1 \right) \times 100$		
SENTIDO DEL INDICADOR:	Ascendente		
FRECUENCIA DE MEDICIÓN:	Anual		
UNIDAD DE MEDIDA	Porcentaje		
FUENTE:	SIS, SIC (Sistema de Información en Crónicas)		
REFERENCIA ADICIONAL:	Coordinación de Atención a la Salud del Adulto y el Adulto Mayor		
	40%		60%

CÉDULA DE INDICADORES			
UNIDAD RESPONSABLE:	Servicios de Salud de Sonora	UNIDAD EJECUTORA:	Dirección General de Promoción a la Salud y Prevención de Enfermedades
OBJETIVO SECTORIAL, INSTITUCIONAL O TRANSVERSAL:	1. Fortalecer las acciones de protección ante cualquier riesgo, prevención de enfermedades y accidentes, así como de promoción y fomento a la salud.		
CARACTERÍSTICAS			
INDICADOR:	Porcentaje de Pacientes con VIH bajo tratamiento en control		
OBJETIVO DEL INDICADOR:	Controlar el VIH (supresión virológica) en las personas infectadas que están en tratamiento con Antirretrovirales en los Servicios de Salud de Sonora		
DESCRIPCIÓN GENERAL:	Es la proporción de personas con VIH/sida en tratamiento y que están controladas, a través del medicamento antirretroviral que se proporciona de forma gratuita en los Centros Avanzados de Prevención y Atención de las Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS) de los Servicios de Salud de Sonora		
MÉTODO DE CALCULO:	Número de pacientes en supresión virológica registrados en SALVAR / Número total de casos registrados en SALVAR x 100		
SENTIDO DEL INDICADOR:	Ascendente		
FRECUENCIA DE MEDICIÓN:	Anual		
UNIDAD DE MEDIDA	Casos		
FUENTE:	Sistema de Administración, Logística y Vigilancia de los Antirretrovirales (SALVAR)		
REFERENCIA ADICIONAL:	Programa Estatal de Respuesta al VIH/Sida/ITS		
Línea base 2016		Meta 2021	
74%		90%	

CÉDULA DE INDICADORES			
UNIDAD RESPONSABLE:	Secretaría de Salud Pública	UNIDAD EJECUTORA:	Centro Estatal de Trasplantes (CEESTRA)
OBJETIVO SECTORIAL, INSTITUCIONAL O TRANSVERSAL:	1. Fortalecer las acciones de protección ante cualquier riesgo, prevención de enfermedades y accidentes, así como de promoción y fomento a la salud.		
CARACTERÍSTICAS			
INDICADOR:	Índice de promoción y difusión en la cultura de donación de órganos		
OBJETIVO DEL INDICADOR:	Incrementar la cultura de donación de órganos		
DESCRIPCIÓN GENERAL:	Resulta de la diferencia entre las diversas acciones programadas para la promoción y difusión de la cultura de la donación y las realizadas		
MÉTODO DE CALCULO:	(Número total de actividades de difusión desarrolladas en el año/Número total de actividades programadas en el año) X 100		
SENTIDO DEL INDICADOR:	Ascendente		
FRECUENCIA DE MEDICIÓN:	Anual		
UNIDAD DE MEDIDA	Porcentaje		
FUENTE:	Centro Estatal de Trasplantes		
REFERENCIA ADICIONAL:	Centro Estatal de Trasplantes y Unidad de Enlace de Comunicación Social de la Secretaría de Salud Pública		
Línea base 2016		Meta 2021	
El índice de eficacia de campañas de difusión de la cultura de la donación de órganos en 2015 fue de 0.19 o el 19%, tomando en cuenta lo programado y lo realizado en los medios disponibles		Elevar a 0.95 mínimo de cumplimiento el índice de difusión en 6 años, es decir, 95%	

CÉDULA DE INDICADORES			
UNIDAD RESPONSABLE:	Secretaría de Salud Pública	UNIDAD EJECUTORA:	Dirección General de Promoción a la Salud y Prevención de Enfermedades
OBJETIVO SECTORIAL, INSTITUCIONAL O TRANSVERSAL:	1. Fortalecer las acciones de protección ante cualquier riesgo, prevención de enfermedades y accidentes, así como de promoción y fomento a la salud.		
CARACTERÍSTICAS			
INDICADOR:	Mortalidad por accidentes de tráfico de vehículo de motor		
OBJETIVO DEL INDICADOR:	Analizar el porcentaje de muertes ocasionadas por accidentes de tránsito, y acordar estrategias y compromisos para llevar a cabo acciones de promoción, difusión y sensibilización para la disminución de muertes por accidentes de tráfico.		
DESCRIPCIÓN GENERAL:	Número de defunciones por accidentes de tráfico por cada 100,000 habitantes.		
MÉTODO DE CALCULO:	$(\text{Número total de defunciones debidas a accidentes de tráfico} / \text{Total de población}) \times 100,000$		
SENTIDO DEL INDICADOR:	Descendente		
FRECUENCIA DE MEDICIÓN:	Anual		
UNIDAD DE MEDIDA	Defunciones		
FUENTE:	Instituciones Gubernamentales Involucradas		
REFERENCIA ADICIONAL:	Secretariado Técnico del Consejo Estatal para la Prevención de Accidentes (STCOEPRA)		
Línea base 2016		Meta 2021	
20.2		13	

CÉDULA DE INDICADORES			
UNIDAD RESPONSABLE:	Servicios de Salud de Sonora	UNIDAD EJECUTORA:	Dirección General de Salud Mental y Adicciones
OBJETIVO SECTORIAL, INSTITUCIONAL O TRANSVERSAL:	1. Fortalecer las acciones de protección ante cualquier riesgo, prevención de enfermedades y accidentes, así como de promoción y fomento a la salud.		
CARACTERÍSTICAS			
INDICADOR:	Porcentaje de atenciones otorgadas a personas con trastornos relacionados con las adicciones al tabaco, alcohol y drogas ilícitas		
OBJETIVO DEL INDICADOR:	Prevenir complicaciones derivadas del consumo de drogas, alcohol y tabaco		
DESCRIPCIÓN GENERAL:	Mide el porcentaje de atenciones otorgadas a personas con trastornos relacionados con las adicciones al tabaco, alcohol y drogas ilícitas en relación con las programadas en el año.		
MÉTODO DE CALCULO:	$(\text{Atenciones otorgadas a personas con trastornos relacionados con las adicciones al tabaco, alcohol y drogas ilícitas} / \text{Programación de atenciones a personas con trastornos relacionados con las adicciones al tabaco, alcohol y drogas ilícitas}) \times 100$		
SENTIDO DEL INDICADOR:	Ascendente		
FRECUENCIA DE MEDICIÓN:	Anual		
UNIDAD DE MEDIDA	Personas		
FUENTE:	Base de datos del Servicio Estatal de Salud Mental y Adicciones		
REFERENCIA ADICIONAL:			
Línea base 2016		Meta 2021	
11%		12.2%	

CÉDULA DE INDICADORES			
UNIDAD RESPONSABLE:	Servicios de Salud de Sonora	UNIDAD EJECUTORA:	Dirección General de Salud Mental y Adicciones
OBJETIVO SECTORIAL, INSTITUCIONAL O TRANSVERSAL:	1. Fortalecer las acciones de protección ante cualquier riesgo, prevención de enfermedades y accidentes, así como de promoción y fomento a la salud.		
CARACTERÍSTICAS			
INDICADOR:	Población sensibilizada y capacitada sobre violencia intrafamiliar, salud mental y adicciones		
OBJETIVO DEL INDICADOR:	Conocer en qué medida se está cubriendo la población objetivo para prevenir la violencia intrafamiliar, adicciones, suicidios, depresión y otras enfermedades relacionadas a la salud mental		
DESCRIPCIÓN GENERAL:	Mide el porcentaje de población sensibilizada y capacitada en temas de violencia intrafamiliar, salud mental y adicciones en relación a la población objetivo		
MÉTODO DE CALCULO:	$(\text{Población sensibilizada y capacitada en temas de violencia intrafamiliar, salud mental y adicciones} / \text{Población objetivo del programa}) \times 100$		
SENTIDO DEL INDICADOR:	Ascendente		
FRECUENCIA DE MEDICIÓN:	Anual		
UNIDAD DE MEDIDA	Personas		
FUENTE:	Base de datos de la Dirección General de Salud Mental y Adicciones		
REFERENCIA ADICIONAL:			
Línea base 2016		Meta 2021	
12%		12.8%	

CÉDULA DE INDICADORES			
UNIDAD RESPONSABLE:	DIF SONORA	UNIDAD EJECUTORA:	Procuraduría de Protección a Niñas Niños y Adolescentes
OBJETIVO SECTORIAL, INSTITUCIONAL O TRANSVERSAL:	1. Fortalecer las acciones de protección ante cualquier riesgo, prevención de enfermedades y accidentes, así como de promoción y fomento a la salud.		
CARACTERÍSTICAS			
INDICADOR:	Porcentaje de menores atendidos con procesos jurídico/judicial que son reintegrados al seno familiar		
OBJETIVO DEL INDICADOR:	Evaluar la eficacia y eficiencia del proceso de atención para la reintegración de menores al seno familiar.		
DESCRIPCIÓN GENERAL:	Conocer el porcentaje de menores reintegrados al seno familiar en relación con los atendidos.		
MÉTODO DE CALCULO:	$(\text{Total de menores reintegrados} / \text{Total de menores atendidos}) * 100$		
SENTIDO DEL INDICADOR:	Ascendente		
FRECUENCIA DE MEDICIÓN:	Anual		
UNIDAD DE MEDIDA	Porcentaje		
FUENTE:	DIF SONORA.		
REFERENCIA ADICIONAL:	Cumplimiento con la Ley de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes del Estado de Sonora y demás leyes aplicables en la materia.		
Línea base 2016		Meta 2021	
24%		70%	

CÉDULA DE INDICADORES			
UNIDAD RESPONSABLE:	Secretaría de Salud Pública	UNIDAD EJECUTORA:	Dirección General de Promoción a la Salud y Prevención de Enfermedades
OBJETIVO SECTORIAL, INSTITUCIONAL O TRANSVERSAL:	2. Disminuir el impacto de enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica de la población y sus comunidades.		
CARACTERÍSTICAS			
INDICADOR:	Tasa de letalidad de la fiebre manchada		
OBJETIVO DEL INDICADOR:	Cuantificar el número de defunciones ocurridas por Fiebre Manchada, así como estimar de manera indirecta el riesgo de morir que tiene un caso confirmado		
DESCRIPCIÓN GENERAL:	La letalidad de fiebre manchada describe la proporción de personas que mueren a causa de esa enfermedad. Es una medida indirecta de la trascendencia y severidad de la misma, cuyo principal determinante en Sonora es el diagnóstico tardío por parte del profesional de la salud, y por lo tanto la instauración tardía del tratamiento específico		
MÉTODO DE CALCULO:	Defunciones por FMRR / Casos confirmados de FMRR x 100		
SENTIDO DEL INDICADOR:	Descendente: el programa tiene como objetivo la reducción de la letalidad por fiebre manchada		
FRECUENCIA DE MEDICIÓN:	Anual		
UNIDAD DE MEDIDA	Defunciones por cada 100 casos confirmados de Fiebre Manchada		
FUENTE:	Sistema Especial de Vigilancia Epidemiológica de la Fiebre Manchada de <i>Rickettsia rickettsii</i>		
REFERENCIA ADICIONAL:			
Línea base 2016		Meta 2021	
35.2 defunciones por cada 100 casos confirmados		7 defunciones por cada 100 casos confirmados	

CÉDULA DE INDICADORES			
UNIDAD RESPONSABLE:	Secretaría de Salud Pública	UNIDAD EJECUTORA:	Dirección General de Promoción a la Salud y Prevención de Enfermedades
OBJETIVO SECTORIAL, INSTITUCIONAL O TRANSVERSAL:	2. Disminuir el impacto de enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica de la población y sus comunidades.		
CARACTERÍSTICAS			
INDICADOR:	Tasa de letalidad de Dengue		
OBJETIVO DEL INDICADOR:	Cuantificar el número de defunciones ocurridas por Fiebre por dengue, así como estimar de manera indirecta el riesgo de morir que tiene un caso confirmado		
DESCRIPCIÓN GENERAL:	La letalidad de dengue describe la proporción de personas que mueren a causa de esa enfermedad. Es una medida indirecta de la trascendencia y severidad de una enfermedad		
MÉTODO DE CALCULO:	Defunciones por dengue / Casos confirmados de dengue x 100		
SENTIDO DEL INDICADOR:	Descendente: el programa tiene como objetivo la reducción de la letalidad de dengue		
FRECUENCIA DE MEDICIÓN:	Anual		
UNIDAD DE MEDIDA	Defunciones por cada 100 casos confirmados de dengue.		
FUENTE:	Plataforma de SINAVE, sistema especial de vigilancia epidemiológica de dengue		
REFERENCIA ADICIONAL:			
Línea base 2016		Meta 2021	
0.6 defunciones por cada 100 casos confirmados		0.4 defunciones por cada 100 casos confirmados	

CÉDULA DE INDICADORES			
UNIDAD RESPONSABLE:	Secretaría de Salud Pública	UNIDAD EJECUTORA:	Dirección General de Promoción a la Salud y Prevención de Enfermedades
OBJETIVO SECTORIAL, INSTITUCIONAL O TRANSVERSAL:	2. Disminuir el impacto de enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica de la población y sus comunidades.		
CARACTERÍSTICAS			
INDICADOR:	Tasa de mortalidad específica por tuberculosis en todas las formas		
OBJETIVO DEL INDICADOR:	Cuantificar la mortalidad específica por tuberculosis en el estado, para de esta forma identificar el impacto de esta enfermedad en la salud de la población		
DESCRIPCIÓN GENERAL:	Corresponde al número de muertes por tuberculosis en todas sus formas (pulmonar y extrapulmonar) por cada 100 mil habitantes del estado de Sonora en un periodo de un año.		
MÉTODO DE CALCULO:	Número de defunciones por tuberculosis todas las formas en Sonora en un año / Población total del estado a mitad de año * 100,000		
SENTIDO DEL INDICADOR:	Descendente		
FRECUENCIA DE MEDICIÓN:	Anual		
UNIDAD DE MEDIDA	Muertes por tuberculosis		
FUENTE:	Sistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones (SEED) y CONAPO		
REFERENCIA ADICIONAL:	Dirección General de Promoción a la Salud y Prevención de Enfermedades		
Línea base 2015		Meta 2021	
4.3 defunciones por cada 100,000 habitantes		3.0 defunciones por cada 100,000 habitantes	

CÉDULA DE INDICADORES			
UNIDAD RESPONSABLE:	Secretaría de Salud Pública	UNIDAD EJECUTORA:	Régimen Estatal de Protección Social en Salud de Sonora
OBJETIVO SECTORIAL, INSTITUCIONAL O TRANSVERSAL:	3.Brindar acceso universal a servicios integrales de salud con calidad que responda con eficiencia y oportunidad a las necesidades de las familias		
CARACTERÍSTICAS			
INDICADOR:	Porcentaje de Cobertura del Régimen Estatal de Protección Social en Salud.		
OBJETIVO DEL INDICADOR:	Cubrir a la población vulnerable del Estado de Sonora que no cuente con alguna protección social en salud.		
DESCRIPCIÓN GENERAL:	Este indicador mide la cobertura de todas aquellas familias que cuentan con una protección social en salud en el estado, por medio del Seguro Popular. El Anexo II contiene las metas de la cobertura de afiliación y reafiliación		
MÉTODO DE CALCULO:	Total de afiliados en el padrón vigente del Régimen Estatal de Protección Social en Salud de Sonora/Meta de afiliación que establece la Comisión Nacional de Protección Social en Salud estipulado en el Anexo II x 100		
SENTIDO DEL INDICADOR:	Ascendente		
FRECUENCIA DE MEDICIÓN:	Porcentaje		
UNIDAD DE MEDIDA	Afiliados		
FUENTE:	Comisión Nacional de Protección Social en Salud/Régimen Estatal de Protección Social en Salud de Sonora Estimaciones vigentes de población por condición de derechohabencia emitidas por la Dirección General de Información en Salud (DGIS)		
REFERENCIA ADICIONAL:	Régimen Estatal de Protección Social en Salud de Sonora		
Línea base 2016		Meta 2021	
100% (894,435)		100% (920,000)	
		Nota: Las cifras definitivas se establecen de acuerdo al Anexo 2 de la Entidad Federativa	

CÉDULA DE INDICADORES			
UNIDAD RESPONSABLE:	Servicios de Salud de Sonora	UNIDAD EJECUTORA:	Dirección General de Servicios de Salud a la Persona
OBJETIVO SECTORIAL, INSTITUCIONAL O TRANSVERSAL:	3. Brindar acceso universal a servicios integrales de salud con calidad que responda con eficiencia y oportunidad a las necesidades de las familias.		
CARACTERÍSTICAS			
INDICADOR:	Razón de consultas prenatales por embarazada en los Servicios de Salud de Sonora		
OBJETIVO DEL INDICADOR:	Reducir los riesgos y complicaciones del embarazo, así como prevenir la mortalidad materna		
DESCRIPCIÓN GENERAL:	Número total de consultas de control prenatal otorgadas a mujeres embarazadas con respecto al total de consultas prenatales de primera vez en instituciones públicas de salud, en un año y área geográfica determinada, considerando que el valor estándar definido en México es de cinco consultas en promedio por embarazada. Además este indicador permite valorar el cumplimiento de la meta de lograr el acceso universal a la salud reproductiva		
MÉTODO DE CALCULO:	Número de consultas de control prenatal otorgadas a mujeres embarazadas en Servicios de Salud de Sonora, en el año determinado/ Número de consultas prenatales de primera vez otorgadas en instituciones públicas de salud, en el año determinado		
SENTIDO DEL INDICADOR:	Ascendente		
FRECUENCIA DE MEDICIÓN:	Anual		
UNIDAD DE MEDIDA	Numérica		
FUENTE:	Sistema de Información en Salud		
REFERENCIA ADICIONAL:	Dirección General de Información en Salud		
Línea base 2016		Meta 2021	
4.5		5	

CÉDULA DE INDICADORES			
UNIDAD RESPONSABLE:	Secretaría de Salud Pública	UNIDAD EJECUTORA:	Régimen Estatal de Protección Social en Salud de Sonora
OBJETIVO SECTORIAL, INSTITUCIONAL O TRANSVERSAL:	3.Brindar acceso universal a servicios integrales de salud con calidad que responda con eficiencia y oportunidad a las necesidades de las familias		
CARACTERÍSTICAS			
INDICADOR:	Porcentaje de la población con carencia por acceso a los servicios de salud.		
OBJETIVO DEL INDICADOR:	Conocer el porcentaje de personas que no tienen acceso a los servicios de salud y por lo tanto, forma parte de nuestra población objetivo.		
DESCRIPCIÓN GENERAL:	Mide la proporción de la población que no cuenta con adscripción o derecho a recibir servicios médicos de alguna institución que los presta, incluyendo el Seguro Popular, las instituciones públicas de seguridad social (IMSS, ISSSTE federal o estatal, Pemex, Ejército o Marina) o los servicios médicos privados.		
MÉTODO DE CALCULO:	$(\text{Personas en situación de carencias por acceso a los servicios de salud} / \text{Total de población}) * 100$		
SENTIDO DEL INDICADOR:	Descendente		
FRECUENCIA DE MEDICIÓN:	Bianual		
UNIDAD DE MEDIDA	Porcentaje		
FUENTE:	CONEVAL		
REFERENCIA ADICIONAL:			
Línea base 2016		Meta 2021	
La última medición disponible fue en 2014: 14.40		11.90	

CÉDULA DE INDICADORES			
UNIDAD RESPONSABLE:	Servicios de Salud de Sonora	UNIDAD EJECUTORA:	Dirección General de Hospitales
OBJETIVO SECTORIAL, INSTITUCIONAL O TRANSVERSAL:	4. Ampliar en corto plazo la capacidad de atención hospitalaria y clínica en el estado		
CARACTERÍSTICAS			
INDICADOR:	Porcentaje de Unidades Certificadas ante el Consejo de Salubridad General		
OBJETIVO DEL INDICADOR:	Mejorar la calidad de prestación del servicio de los hospitales de los Servicios de Salud de Sonora.		
DESCRIPCIÓN GENERAL:	Representa el valor porcentual en relación al total de hospitales existentes en los Servicios de Salud de Sonora, conforme al Modelo del Consejo de Salubridad General		
MÉTODO DE CALCULO:	$(\text{Número de unidades Certificadas} / \text{total de unidades existentes}) \times 100$		
SENTIDO DEL INDICADOR:	Ascendente		
FRECUENCIA DE MEDICIÓN:	Anual		
UNIDAD DE MEDIDA	Porcentaje y Totales brutos		
FUENTE:	Catálogo de unidades certificadas publicadas en la página del Consejo de Salubridad General		
REFERENCIA ADICIONAL:	Subdirección de Certificación y Acreditación de unidades de atención médica		
Línea base 2016		Meta 2021	
0 unidades Certificadas		18 unidades Certificadas	

CÉDULA DE INDICADORES			
UNIDAD RESPONSABLE:	Servicios de Salud de Sonora	UNIDAD EJECUTORA:	Dirección General de Infraestructura Física
OBJETIVO SECTORIAL, INSTITUCIONAL O TRANSVERSAL:	4. Ampliar en corto plazo la capacidad de atención hospitalaria y clínica en el estado		
CARACTERÍSTICAS			
INDICADOR:	Número de unidades médicas construidas, ampliadas, remodeladas y/o rehabilitadas en base a l Plan Maestro de Infraestructura Física		
OBJETIVO DEL INDICADOR:	Mejorar la infraestructura de los Hospitales y Centros de Salud a través de los cuales se atiende a la población más vulnerable del estado que no cuenta con seguridad social y está afiliada al seguro popular		
DESCRIPCIÓN GENERAL:	Mide el cumplimiento del Programa de Infraestructura para la construcción, ampliación, remodelación y/o rehabilitación de Hospitales y Centros de Salud de los Servicios de Salud de Sonora, en base a la necesidad de unidades médicas que lo requieren		
MÉTODO DE CALCULO:	Unidades Médicas construidas, ampliadas, remodeladas y/o rehabilitadas/Unidades Médicas que requieren ser construidas, ampliadas, remodeladas y/o rehabilitadas x 100		
SENTIDO DEL INDICADOR:	Ascendente		
FRECUENCIA DE MEDICIÓN:	Anual		
UNIDAD DE MEDIDA	Unidades Médicas		
FUENTE:	Reportes de avance de obras		
REFERENCIA ADICIONAL:	Dirección General de Infraestructura Física		
Línea base 2016		Meta 2021	
15%		82.5%	

CÉDULA DE INDICADORES			
UNIDAD RESPONSABLE:	DIF SONORA	UNIDAD EJECUTORA:	Dirección de Programas Alimentarios y Desarrollo Comunitario
OBJETIVO SECTORIAL, INSTITUCIONAL O TRANSVERSAL:	5. Mejorar y fortalecer el desarrollo integral de las Familias en situación vulnerable en el estado.		
CARACTERÍSTICAS			
INDICADOR:	Porcentaje de menores con deficiencias al evaluar su estado de nutrición.		
OBJETIVO DEL INDICADOR:	Contribuir a mejorar el estado nutricional de los menores en situación vulnerable beneficiados con desayunos escolares en el estado.		
DESCRIPCIÓN GENERAL:	Porcentaje total de menores que presentan deficiencias en su estado nutricional con la medición de indicadores bioquímicos (retinol sérico y anemia) beneficiarios del Programa de desayunos escolares.		
MÉTODO DE CALCULO:	$(\text{Porcentaje de menores con deficiencias al evaluar su estado nutricional mediante indicadores bioquímicos (retinol sérico y anemia) / Total de la muestra menores beneficiados con desayunos escolares}) \times 100$		
SENTIDO DEL INDICADOR:	Descendente		
FRECUENCIA DE MEDICIÓN:	Anual		
UNIDAD DE MEDIDA	Porcentaje		
FUENTE:	DIF Sonora - CIAD (Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo A. C.).		
REFERENCIA ADICIONAL:	Reglas de Operación de DIF Nacional, así como del Programa de Desayunos Escolares y el procedimiento		
Línea base 2016		Meta 2021	
73%		48%	

CÉDULA DE INDICADORES			
UNIDAD RESPONSABLE:	DIF SONORA	UNIDAD EJECUTORA:	Procuraduría del Adulto Mayor
OBJETIVO SECTORIAL, INSTITUCIONAL O TRANSVERSAL:	6. Impulsar el reconocimiento y ejercicio de los derechos de las y los adultos mayores.		
CARACTERÍSTICAS			
INDICADOR:	Incidencia de adultos mayores con sus derechos vulnerados		
OBJETIVO DEL INDICADOR:	Conocer el porcentaje de adultos mayores que han sido vulnerados en sus derechos para atender con los diferentes servicios que otorga DIF Sonora a este grupo de población		
DESCRIPCIÓN GENERAL:	Mide el porcentaje de adultos mayores que han sido vulnerados en sus derechos en relación al total de adultos mayores en la entidad		
MÉTODO DE CALCULO:	$(\text{Número de Adultos Mayores con derechos vulnerados} / \text{Total de Adultos Mayores que existen en el Estado}) \times 100$		
SENTIDO DEL INDICADOR:	Descendente		
FRECUENCIA DE MEDICIÓN:	Anual		
UNIDAD DE MEDIDA	Derechos Vulnerados		
FUENTE:	Procuraduría del Adulto Mayor –DIF Sonora		
REFERENCIA ADICIONAL:	Cumplimiento de la Ley de los Adultos Mayores del Estado de Sonora		
Línea base 2016		Meta 2021	
.3%		.15%	

CÉDULA DE INDICADORES			
UNIDAD RESPONSABLE:	DIF SONORA	UNIDAD EJECUTORA:	Dirección de Atención a Personas con Discapacidad
OBJETIVO SECTORIAL, INSTITUCIONAL O TRANSVERSAL:	7. Brindar atención de calidad y capacitación para la inclusión a las personas con discapacidad.		
CARACTERÍSTICAS			
INDICADOR:	Porcentaje de Inclusión de personas con discapacidad al mercado laboral		
OBJETIVO DEL INDICADOR:	Evaluar la eficacia del programa de inclusión laboral		
DESCRIPCIÓN GENERAL:	Conocer el total de personas con discapacidad integradas al mercado laboral		
MÉTODO DE CALCULO:	Porcentaje de personas con discapacidad integradas / Total de personas con discapacidad capacitadas x 100		
SENTIDO DEL INDICADOR:	Ascendente		
FRECUENCIA DE MEDICIÓN:	Anual		
UNIDAD DE MEDIDA	Porcentaje de personas con discapacidad integradas al mercado laboral		
FUENTE:	DIF SONORA		
REFERENCIA ADICIONAL:	Cumplimiento con la Ley 186 de Integración Social para personas con discapacidad en Sonora		
Línea base 2016		Meta 2021	
0%		90%	



CÉDULA DE INDICADORES			
UNIDAD RESPONSABLE:	ISSSTESON	UNIDAD EJECUTORA:	Subdirección de Prestaciones Económicas y Sociales
OBJETIVO SECTORIAL, INSTITUCIONAL O TRANSVERSAL:	8. Fortalecer con eficacia, eficiencia y transparencia los servicios y prestaciones de seguridad social con orientación a la calidez, calidad y oportunidad para beneficio de la población derechohabiente.		
CARACTERÍSTICAS			
INDICADOR:	Porcentaje de pensiones		
OBJETIVO DEL INDICADOR:	Medir la viabilidad del fondo de pensiones		
DESCRIPCIÓN GENERAL:	Medir la cantidad del total de pensionados en relación al total de los trabajadores activos		
MÉTODO DE CALCULO:	$(\text{Número de pensionados} / \text{Total de trabajadores activos}) \times 100$		
SENTIDO DEL INDICADOR:	Descendente		
FRECUENCIA DE MEDICIÓN:	Anual		
UNIDAD DE MEDIDA	Porcentaje		
FUENTE:	Subdirección de Prestaciones Económicas y Sociales		
REFERENCIA ADICIONAL:	Programa Operativo Anual		
Línea base 2016		Meta 2021	
25%		35%	

CÉDULA DE INDICADORES			
UNIDAD RESPONSABLE:	Secretaría de Salud Pública	UNIDAD EJECUTORA:	Régimen Estatal de Protección Social en Salud de Sonora
OBJETIVO SECTORIAL, INSTITUCIONAL O TRANSVERSAL:	8. Fortalecer con eficacia, eficiencia y transparencia los servicios y prestaciones de seguridad social con orientación a la calidez, calidad y oportunidad para beneficio de la población derechohabiente.		
CARACTERÍSTICAS			
INDICADOR:	Indicador de carencias por acceso a la seguridad social		
OBJETIVO DEL INDICADOR:	Conocer el porcentaje de personas que tienen carencias por no tener acceso a la seguridad social.		
DESCRIPCIÓN GENERAL:	<p>La población que no cumpla con alguno de los criterios siguientes, se considera en situación de carencia por acceso a la seguridad social:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En cuanto a la población económicamente activa, asalariada, se considera que no tiene carencia en esta dimensión si disfruta, por parte de su trabajo, de las prestaciones establecidas en el artículo 2° de la LSS. • En el caso de la población trabajadora no asalariada o independiente se considera que tiene acceso a la seguridad social cuando dispone de servicios médicos como prestación laboral o por contratación voluntaria al régimen obligatorio del IMSS y, además, cuenta con SAR o Afore. • Para la población en general, se considera que tiene acceso cuando goce de alguna jubilación o pensión, o sea familiar de una persona dentro o fuera del hogar con acceso a la seguridad social. • En el caso de la población en edad de jubilación (sesenta y cinco años o más), se considera que tiene acceso a la seguridad social si es beneficiario de algún programa social de pensiones para adultos mayores. 		
MÉTODO DE CALCULO:	$(\text{Personas en situación de carencias por acceso a seguridad social} / \text{Total de población}) * 100$		
SENTIDO DEL INDICADOR:	Descendente		
FRECUENCIA DE MEDICIÓN:	Bianual		
UNIDAD DE MEDIDA	Porcentaje		
FUENTE:	CONEVAL		
REFERENCIA ADICIONAL:			
Línea base 2016		Meta 2021	
La última medición disponible fue en 2014: 41.8%		11.90	



CAPÍTULO V

INSTRUMENTOS DE COORDINACIÓN Y CONCERTACIÓN INTERINSTITUCIONAL E INTERGUBERNAMENTAL

V. INSTRUMENTOS DE COORDINACIÓN Y CONCERTACIÓN INTERINSTITUCIONAL E INTERGUBERNAMENTAL

La Secretaría de Salud Pública, como Dependencia del Sector Salud, creó el Consejo Estatal de Salud a través de Decreto No. 51 de fecha 25 de Junio de 1998, organismo de coordinación y asesoría del Gobierno del Estado de Sonora, para planear, implementar acciones y evaluar los servicios de salud en el Estado, así como promover la participación de la ciudadanía y los sectores de la comunidad interesados en lograr el mejoramiento de los niveles de salud de los Sonorenses. Dentro de sus objetivos, está el facilitar e impulsar la concertación y la participación social en un ámbito de libertad, democracia, responsabilidad y orden que se traduzcan en la prestación de servicios de salud de calidad.

De igual forma, la Dependencia mantiene una participación directa con las distintas Instituciones del sector, ya que es parte de los Consejos Consultivos, Órganos de Gobierno y máxima autoridad de organismos de la administración pública paraestatal sectorizados a Salud, así como organizaciones de salud pública, sociales y privadas. Los Consejos y Comités en los que actualmente se participa, corresponden a:

- ✓ Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).
- ✓ Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).
- ✓ Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de Sonora (ISSSTESON).
- ✓ Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Sonora (DIF-Sonora).

Además de lo anterior, la coordinación también se lleva a cabo a través de 5 Consejos y 15 Comités operativos:

- ✓ Consejo Estatal de Vacunación.
- ✓ Consejo Estatal para la Prevención de Accidentes.
- ✓ Consejo Estatal de Prevención de la Violencia Intrafamiliar.
- ✓ Consejo Estatal contra las Adicciones.
- ✓ Consejo Estatal para la Prevención y el Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia.
- ✓ Comité Estatal de Atención al Envejecimiento.
- ✓ Comité Estatal de Prevención, Diagnóstico y Tratamiento Oportuno de Cáncer en la Mujer.
- ✓ Comité Estatal para la Prevención del Sobrepeso, Obesidad y Diabetes.
- ✓ Comité Interinstitucional.
- ✓ Comité Estatal de Seguridad en Salud.
- ✓ Comité Estatal de Prevención, Estudio y Seguimiento de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal.
- ✓ Comité de Mortalidad Infantil.
- ✓ Comité Estatal de Vigilancia Epidemiológica.
- ✓ Comité Estatal de Prevención y Control del VIH-SIDA.
- ✓ Comité Estatal de Lucha contra la Tuberculosis.
- ✓ Comité Estatal de Salud Bucal.
- ✓ Comité Estatal Interinstitucional para la Formación y Capacitación de Recursos Humanos e Investigación en Salud.
- ✓ Comité Estatal de Calidad.
- ✓ Comité Estatal de Evaluación.
- ✓ Comité Estatal de Información para la Salud.

A continuación se relacionan los Instrumentos de Coordinación y Concertación Interinstitucional e intergubernamental.

Organismo con quien suscribirá el Convenio	Tipo de Convenio o Contrato	Objeto del Convenio o Contrato	Vigencia
Secretaría de Salud	Transferencia de Recursos Federales	Convenio específico en materia de ministración de subsidios para el fortalecimiento de acciones de salud pública en las entidades federativas (AFASPE 2016).	Al 31 de diciembre de 2016
Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios	Transferencia de Recursos Federales	Convenio específico en materia de transferencia de recursos para fortalecer la ejecución y desarrollo del Programa y proyectos federales de Protección contra Riesgos Sanitarios, incluyendo los anexos 1, 2 y 3.	Al 31 de diciembre de 2016
Comisión Nacional de Protección Social en Salud	Transferencia de Recursos Federales	Convenio de colaboración en materia de prestación de servicios de salud a beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud entre entidades federativas y compensación económica (portabilidad 32x32).	Al 31 de diciembre de 2016
Comisión Nacional de Protección Social en Salud	Transferencia de Recursos Federales	Anexo IV del Acuerdo de Coordinación para la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud.	Al 31 de diciembre de 2016
Comisión Nacional de Protección Social en Salud	Transferencia de Recursos Federales	Convenio modificadorio al Convenio de Colaboración de fecha 18 de junio de 2015 para atención médica del servicio de cáncer de mama, cáncer cérvico uterino, neonatos con insuficiencia respiratoria y prematurez, cáncer testicular, cáncer de próstata, trasplante de médula ósea en adultos, linfoma no hodgkin en adultos e infarto agudo al miocardio, hemofilia, niños y adolescentes con cáncer.	Indefinido
Instituto Mexicano del Seguro Social	Colaboración	Convenio General de Colaboración Académica, Científica y Cultural.	Enero de 2021
Instituto Mexicano del Seguro Social	Transferencia de Recursos	Convenio específico de colaboración para el desarrollo de rotaciones parciales de cursos de especialización médica en urgencias médico quirúrgicas, epidemiología, pediatría, ginecología, obstetricia, anestesiología y cirugía general.	Enero de 2021
Secretaría de Salud	Transferencia de Recursos	Convenio de colaboración para la transferencia de recursos federales para el impulso de programas y proyectos financiados, ejercicio fiscal 2016.	31 de diciembre de 2016

Organismo con quien suscribirá el Convenio	Tipo de Convenio o Contrato	Objeto del Convenio o Contrato	Vigencia
Universidad Tecnológica de Hermosillo	Colaboración	Convenio de colaboración para vincular esfuerzos a favor de los alumnos de la Universidad Tecnológica de Hermosillo, UTH.	Indefinido
Centro de Investigación en Alimentación A.C.	Colaboración	Convenio General de Colaboración en Investigación Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo A.C. CIAD.	9 de marzo de 2019
Comisión Nacional de Protección Social en Salud	Transferencia de Recursos	Convenio específico de colaboración en materia de transferencia de recursos para la ejecución de acciones, PROSPERA, Programa de Inclusión Social Componente de Salud, ejercicio fiscal 2016.	31 de diciembre de 2016
Servicios de Salud y Hospital CIMA	Colaboración	Convenio de colaboración para servicios de urgencia en Hospital CIMA.	31 de diciembre de 2016
Universidad de Sonora	Colaboración	Convenio de colaboración en materia de ciclos clínicos de los estudiantes de enfermería.	Enero de 2021
Colegio de Educación Profesional Técnica del Estado de Sonora (CONALEP)	colaboración	Convenio de colaboración educativa.	Enero de 2021
Colegio de Educación Profesional Técnica del Estado de Sonora (CONALEP)	Colaboración	Convenio de colaboración en materia de prestación de servicio social a estudiantes de carrera de enfermería.	Enero de 2021
Colegio de Educación Profesional Técnica del Estado de Sonora (CONALEP)	Colaboración	Convenio de colaboración académica y formación profesional técnica de enfermería general para personal del sector salud sonora.	Enero de 2021
Universidad del Valle de México	Colaboración	Convenio específico de colaboración en materia de prestación de servicio social de los estudiantes de la carrera de odontología.	Enero de 2021
Universidad Autónoma de Sinaloa	Colaboración	Convenio específico de colaboración para servicio social y prácticas clínicas en Lic. de Enfermería en Trabajo Social.	Enero de 2021
Universidad Xochicalco	Colaboración	Convenio de colaboración en materia de prestación de internado de pregrado y servicio social de los estudiantes de la carrera de medicina.	Enero de 2021
Colegio de Sonora	Colaboración	Convenio general de colaboración para establecer bases y mecanismos de coordinación.	Enero de 2021
Consejo Estatal para la Prevención de Accidentes	Colaboración	Convenio de colaboración y comodato de equipos de alcoholimetría.	Enero de 2021
Universidad de Sonora campus Cajeme	Colaboración	Convenio de colaboración en materia de prestación de servicio social de estudiante de la carrera de enfermería.	Enero de 2021



Organismo con quien suscribirá el Convenio	Tipo de Convenio o Contrato	Objeto del Convenio o Contrato	Vigencia
Escuela de Enfermería Pablo de Anda A.C.	Colaboración	Convenio General de Colaboración en materia de prestación de servicio social a estudiantes de enfermería y proyectos de investigación.	Enero de 2021
Instituto Sonorense de la Juventud	Colaboración	Convenio de colaboración con el objetivo de vincular esfuerzos en favor de los jóvenes sonorenses en acciones preventivas en beneficio a la salud y bienestar.	Enero de 2021
Gobierno federal mediante sus Delegaciones en Sonora, el Instituto Mexicano del Seguro Social "IMSS", el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado "ISSSTE", Secretaría de Comunicaciones y Transportes "SCT", Secretaría de Turismo "SECTUR", Secretaría de la Defensa Nacional "SEDENA" y Secretaría de Marina "SEMAR". Por el Gobierno del Estado de Sonora, Secretaría de Gobierno "SG" a través de la Unidad Estatal de Protección Civil; Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de Sonora "ISSSTESON"; Secretaría de Seguridad Pública "SSP" a través del Centro de Control, Comando, Comunicación y Cómputo; Procuraduría General de Justicia del Estado	Colaboración	Convenio de colaboración y coordinación interinstitucional e intersectorial para el funcionamiento del Centro Regulador de Urgencias Médicas del Estado de Sonora.	Enero de 2021
Secretaría de Salud	Colaboración	Convenio específico de colaboración en materia de transferencia de recursos presupuestarios federales para la operación del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica (Caravanas).	Enero de 2021
Unidad de Especialidades Médicas de Cirugía Ambulatoria y Hospital General del Estado	Colaboración	Convenio de colaboración para establecer mecanismos con el fin de llevar a cabo procedimientos de cirugía ambulatoria.	Enero de 2021



Organismo con quien suscribirá el Convenio	Tipo de Convenio o Contrato	Objeto del Convenio o Contrato	Vigencia
Hospital General del Estado y Hospital Infantil	Colaboración	Convenio de colaboración para establecer bases para coordinarse en operación, funcionamiento y operatividad de subrogación de los servicios de tratamientos, estudios de especialidad, hemodiálisis, endoscopias, cppe y colonoscopia.	Enero de 2021
Secretaría Ejecutiva de Seguridad Pública del Estado	Colaboración	Convenio de coordinación y colaboración intersectorial para establecer bases y mecanismos, a fin de optimizar requerimientos de atención en casos de urgencias médicas, pre-hospitalarias.	Enero de 2021
Comisión Nacional de Protección Social en Salud	Colaboración	Anexo II para ejercicio fiscal 2016 Acuerdo de Coordinación para ejecución del Sistema de Protección Social de Salud en Sonora.	Enero de 2021
Beneficencia Pública	Colaboración	Convenio de colaboración para trabajar en forma unida y coordinada para potencializar y focalizar apoyos y recursos en materia de salud y asistencia social a personas y grupos vulnerables que no cuentan con seguridad social.	Enero de 2021
ISSSTESON	Colaboración	Convenio de colaboración para prestación de servicios de seguridad social.	Enero de 2021



GLOSARIO

GLOSARIO

Principales causas de morbilidad: Enfermedades o categorías diagnósticas más frecuentemente registradas en el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

Principales causas de mortalidad: Enfermedades o lesiones que se asocian a un mayor número de defunciones en una población en un periodo determinado.

Baciloscopia: Es la técnica de diagnóstico para detectar la presencia de bacilos en una muestra determinada. Se aplica principalmente para la búsqueda de bacilo de Koch, causante de tuberculosis, principalmente en muestras de secreción o flema del aparato respiratorio.

Fiebre Manchada por Rickettsia rickettsii: Comúnmente llamada fiebre manchada de las montañas rocosas, es una enfermedad febril aguda causada por la bacteria Rickettsia rickettsii, la cual se transmite a través de la mordedura de la garrapata café del perro, siendo la más letal del grupo de las fiebres maculosas transmitidas por garrapatas.

Enfermedad por el virus Zika. Enfermedad febril aguda causada por la transmisión del virus zika a través de la picadura de mosquitos de género aedes, la cual por lo general es autolimitada, y que actualmente se tiene consenso científico sobre la relación causal entre este virus y la microcefalia y el síndrome de Guillain –Barré.

Niños de Circuito: Niños Sonorenses que cruzan solos la línea fronteriza y son repatriados en repetidas ocasiones.

Dependencia: Secretaría de Salud Pública (SSP).

Servicios de Salud de Sonora (SSS): Órgano Descentralizado de la Administración Pública Estatal, coordinado sectorialmente por la Secretaría de Salud Pública.

Guía de Intervención mhGAP: Guía de Intervención editada en el año 2012 por la Organización Mundial de la Salud, para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada.

D.O.F.: Diario Oficial de la Federación.

B.O.: Boletín Oficial del Gobierno del Estado.

INEGI: Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

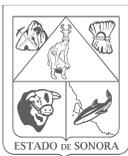
CONAPO: Consejo Nacional de Población.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

PND: Programa Nacional Desarrollo.

PED: Plan Estatal de Desarrollo.



PMP: Programa de Mediano Plazo.

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social.

ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

ISSSTESON: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de Sonora.

SEDENA: Secretaría de Defensa Nacional.

CAMEX: Caminando a la Excelencia.

ONG's: Organizaciones No Gubernamentales.

DGPLADES: Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud.

CONAPO: Consejo Nacional de Población.