

**DIAGNOSTICO SECTORIAL  
SECTOR SALUD  
SAN LUIS POTOSÍ  
2018**

	Indice	Pag.
	INTRODUCCIÓN	4
	CONTEXTO NACIONAL E INTERNACIONAL	5
	MARCO JURÍDICO	8
	I. OBJETIVOS DEL SECTOR SALUD	11
	1.1 Objetivo General	11
	1.2 Objetivos Específicos	11
	II. DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN ACTUAL DE SALUD	12
	2.1 Antecedentes	12
	2.1.1 Orografía	16
	2.1.2 Hidrografía	17
	2.1.3 Clima	19
	2.1.4 Reservas Naturales	21
	2.1.5 Vías de Comunicación	22
	2.2 Aspectos sociodemográficos	23
	2.2.1 Desarrollo y rezago social	28
	2.2.2 Distribución del ingreso e índices de pobreza	30
	2.3 Daños a la Salud	33
	2.3.1 Morbilidad	33
	2.3.2 Morbilidad por etapa de la vida	34
	2.3.3 Mortalidad	43
	2.3.3.1 Mortalidad General	43
	2.3.3.2 Mortalidad Infantil	48
	2.3.3.3 Mortalidad en menores de 5 años	48
	2.3.3.4 Mortalidad escolar	50
	2.3.3.5 Mortalidad materna	50
	2.3.3.6 Mortalidad en Adulto y Adulto Mayor	52
	2.4 Factores de Riesgo	55
	2.5 Factores condicionantes de la salud en las regiones del Estado	65
	2.5.1 Región Altiplano	65
	2.5.2 Región Centro	66
	2.5.3 Región Media	67
	2.5.4 Región Huasteca	68
	3.0 Respuesta Social Organizada	68
	3.1 Programas de atención para coadyuvar en los riesgos para la salud	71
	3.2 Recursos Humanos en las Instituciones del Sector Salud	78
	3.3 Consultas y Servicios Otorgados	82
	3.4 Principales Causas de Egreso Hospitalario	84
	3.5 Capacidad Hospitalaria	85

	Índice	Pag.
	3.6 Servicios de Protección Contra Riesgos Sanitarios.	88
	3.7 Participación Social y Medicina Tradicional	91
	3.8 Ampliación de Cobertura	91
	4.0 Metodología para la determinación de daños y prioridades	95
	4.1 Diagrama de red para el análisis de prioridades.	95
	4.2 Método Hanlon	96
	4.2.1 Componente A. Magnitud del problema	97
	4.2.2 Componente B. Severidad del Problema	97
	4.2.3 Componente C. Eficacia de la intervención	98
	4.2.4 Componente D Factibilidad del programa o de la intervención	98
	4. 3 Redes de Riesgo	99
	4.4 Priorización por el método de Z	101
	4. 5 Pasos en el cálculo del índice de necesidades	101
	4. 6 Indicadores a considerar como ejemplo en el índice de necesidades.	102
	5. Planeación de Unidades médicas:	103
	III. POLÍTICAS EN SALUD	105
	IV. PLAN MAESTRO DE INFRAESTRUCTURA	108
	V POLITICAS Y ESTRATEGIAS.-	125
	5.1 Ampliación de cobertura	125
	5.2 Atención Grupos Vulnerables.	125
	5.3 Integralidad de los Servicios de Salud.	126
	5.4 Medicina Alternativa	126
	5.5 Fortalecimiento del Desarrollo Institucional	127
	5.6 Sistema de Protección Social en Salud	128
	VI RECURSOS FINANCIEROS	129
	VII EVALUACIÓN	133

## **INTRODUCCIÓN**

La salud es uno de los pilares de la vida humana. No se puede concebir una calidad de vida aceptable cuando la salud se encuentra en riesgo, ausente o afectada por algún padecimiento. Por ello, una de las tareas sociales más sensibles del Estado es, sin duda, garantizar la protección de la salud para todos los ciudadanos sin distinción alguna.

De lo anterior se desprende que los resultados de las acciones del sector salud, se multiplican con aquellas derivadas de otros sectores que igualmente abordan el bienestar de la población. Ello implica la búsqueda de la eficiencia en las políticas en salud, como una de las más importantes tareas que un país puede proponerse, ya que la salud es el principal elemento para una auténtica redistribución del ingreso y por tanto condición indispensable de la equidad, de tal forma que mejorar los servicios públicos básicos es primordial para mejorar la salud en la población.

Este documento de trabajo nos permite el conocer el estado de salud-enfermedad que tiene la población potosina y que sirve de base para la elaboración de proyectos que refuercen programas y proyectos ya existentes, constituyéndose en una herramienta para que el Estado defina sus prioridades, establezca objetivos y estrategias de desarrollo específicas, líneas de acción y previsión de recursos conforme al Programa Estatal de Desarrollo.

Este documento pretende en su análisis descriptivo mostrar como ya lo mencionamos el estado de salud-enfermedad de la población en el estado de San Luis Potosí. Asimismo se hace referencia a las regiones que cuentan con mayor problema en salud, infraestructura, y se anotan datos geográficos generales de toda la entidad.

El análisis de la salud prevaleciente en una población, no debe limitarse a la enumeración de los daños principales representados por la mortalidad, morbilidad, discapacidades y riesgos específicos; si bien, las acciones preventivas, curativas y de rehabilitación permiten modificar su incidencia, no se pueden dar en forma aislada e independiente del contexto económico y social sino como una interacción compleja de factores que en última instancia, determinan y condicionan los niveles de bienestar de la población.

Asimismo se mencionan los retos epidemiológicos, demográficos y organizacionales a enfrentar por medio de políticas y estrategias que se creen necesarias para responder a la problemática y demanda de atención en salud de la población, así como las propuestas de crecimiento en cuanto a infraestructura física, a fin de lograr impactos en cuanto a calidad y equidad en la prestación de servicios de salud y lograr el bienestar de la población más vulnerable en el estado de San Luis Potosí.

En tal sentido las políticas y lineamientos no han cambiado, por lo que el contexto en general del documento permanece igual, y solamente se cambian las estadísticas.

## CONTEXTO NACIONAL E INTERNACIONAL

Existen diversas opciones de políticas innovadoras en el ámbito de las diferentes funciones del sector salud entre ellas:

1. Los arreglos regulatorios, específicamente en gobernanza y rectoría: garantías explícitas; procesos de acreditación; mejoras organizacionales y vigilancia sanitaria
2. Financiamiento estratégico: concentración de recursos financieros; separación entre las funciones de financiamiento y provisión; mecanismos de pago que garantizan que el dinero siga al paciente y compra consolidada de insumos para la salud
3. Organización de servicios: fortalecimiento del primer nivel de atención; articulación de los servicios en redes y sistemas locales enfocados en usuario, familia y comunidad; participación corresponsable de la población y autocuidado; introducción de elementos interculturales y de género
4. Recursos para el modelo de atención: alineación entre la demanda y las necesidades de atención médica; introducción de incentivos; uso de la evaluación de tecnologías en salud
5. Evaluación para el desempeño en salud: fortalecimiento de la cultura de evaluación; uso adecuado de las existentes fuentes de información; desarrollo de mecanismos de difusión; traducción efectiva de los resultados de monitoreo

De tal forma que los sistemas de salud presenta nuevos desafíos tales como:

Transiciones epidemiológicas  
Diferenciación profesional  
Demandas de la población  
Innovaciones tecnológicas

Los cuales tienen cinco niveles de aplicación: **a)** sistémico (objetivo: equidad, calidad y protección financiera); **b)** programático (objetivo: eficiencia de asignación); **c)** organizacional (objetivo: eficiencia técnica y calidad); **d)** instrumental (objetivo: inteligencia institucional para la mejoría del desempeño) y **e)** educar a los profesionales de la salud y de la transformación de la educación para fortalecer los sistemas de salud en un mundo independiente.

A fin de poder hacer frente a la aparición de nuevas enfermedades en diversas partes del mundo, se presentan riesgos para la salud pública las cuales difícilmente permanecen dentro de las fronteras nacionales, lo que implica el reforzamiento de la coordinación internacional para salvaguardar la salud comunitaria durante las emergencias en salud, así mismo las políticas internacionales determinan y establecen las acciones a seguir en el mundo a fin de homogenizar los criterios de promoción, prevención y tratamiento de las enfermedades para evitar que las pandemias generen daños importantes a la economía y bienestar de la población<sup>1</sup>.

Algunos de los mayores obstáculos que enfrentan los países de América Latina para alcanzar los Objetivos de Desarrollo de la Declaración del Milenio, se encuentran dentro del área de la salud, por lo que es imperante que las políticas sociales impacten directamente en la reducción de las desigualdades en las diferentes culturas dado que, las proyecciones actuales indican que de mantenerse la actual tendencia en los riesgos para la salud, no se podrán alcanzar las metas establecidas para la mortalidad infantil y mortalidad materna<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Reglamento Sanitario de la Vigilancia Epidemiológica Internacional pág. 1

<sup>2</sup> Informe anual de la Organización Panamericana de la Salud pág. 6

El Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, proyecta hacer de México una sociedad en donde todos tengan acceso efectivo a los derechos que otorga la Constitución, visualiza los grandes objetivos como metas a lograr a través del diseño e implementación de políticas públicas eficaces y realistas, señalando para tal efecto las acciones específicas para alcanzar un México en Paz, Incluyente, con Educación de Calidad, Próspero y con Responsabilidad Global.

Este busca y alienta un federalismo articulado, con la convicción de que la fortaleza de la nación proviene de sus regiones, estados y municipios. Asimismo, promueve transversalmente, en todas las políticas públicas, tres estrategias:

- i. Democratizar la Productividad
- ii. Consolidar un Gobierno Cercano y Moderno
- iii. Incorporar en todas las acciones públicas la Perspectiva de Género.

En resumen se puede decir que el Plan Nacional Sectorial de Salud presenta los siguientes objetivos, estrategias y líneas de acción:

**Tabla 1**  
**Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal.**

	<b>Estrategia</b>	<b>Líneas de acción</b>
<b>Ampliar el acceso a la seguridad social.</b>	<b>Estrategia 2.3.1. Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantizar el acceso y la calidad de los servicios de salud a los mexicanos, con independencia de su condición social o laboral.</li> <li>• Fortalecer la rectoría de la autoridad sanitaria.</li> <li>• Desarrollar los instrumentos para lograr una integración funcional y efectiva de las distintas instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud.</li> <li>• Fomentar el proceso de planeación estratégica interinstitucional, e implantar un proceso de información y evaluación acorde con ésta.</li> <li>• Contribuir a la consolidación de los instrumentos y políticas para una integración efectiva del Sistema Nacional de Salud.</li> </ul>
	<b>Estrategia 2.3.2. Hacer de las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantizar la oportunidad, calidad, seguridad y eficacia de los insumos y servicios para la salud.</li> <li>• Reducir la carga de morbilidad y mortalidad de enfermedades crónicas no transmisibles, principalmente diabetes e hipertensión.</li> <li>• Instrumentar acciones para la prevención y control del sobrepeso, obesidad y diabetes.</li> <li>• Reducir prevalencia en consumo de alcohol, tabaco y drogas ilícitas.</li> <li>• Controlar las enfermedades de transmisión sexual, y promover una salud sexual y reproductiva satisfactoria y responsable.</li> <li>• Fortalecer programas de detección oportuna de cáncer de mama, de cáncer cérvico-uterino y de cáncer de próstata.</li> <li>• Privilegiar acciones de regulación y vigilancia de bienes y servicios para la reducción de riesgos sanitarios, así como acciones que fortalezcan el Sistema Federal Sanitario en general.</li> <li>• Coordinar actividades con los sectores productivos para el desarrollo de políticas de detección, prevención y fomento sanitario en el ámbito laboral.</li> </ul>

	Estrategia	Líneas de acción
	<p><b>Estrategia 2.3.3. Mejorar la atención de la salud a la población en situación de vulnerabilidad.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asegurar un enfoque integral y la participación de todos los actores, a fin de reducir la mortalidad infantil y materna.</li> <li>• Intensificar la capacitación y supervisión de la calidad de la atención materna y perinatal. Llevar a cabo campañas de vacunación, prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno de las enfermedades, así como una estrategia integral para el combate a epidemias y la desnutrición.</li> <li>• Impulsar el enfoque intercultural de salud en el diseño y operación de programas y acciones dirigidos a la población.</li> <li>• Implementar acciones regulatorias que permitan evitar riesgos sanitarios en aquellas personas en situación de vulnerabilidad.</li> <li>• Fomentar el desarrollo de infraestructura y operar unidades médicas móviles y su equipamiento en zonas de población vulnerable.</li> <li>• Impulsar acciones para la prevención y promoción de la salud de los migrantes.</li> </ul>
	<p><b>Estrategia 2.3.4. Garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preparar el sistema para que el usuario seleccione a su prestador de servicios de salud.</li> <li>• Consolidar la regulación efectiva de los procesos y establecimientos de atención médica, mediante la distribución y coordinación de competencias entre la Federación y las entidades federativas.</li> <li>• Instrumentar mecanismos que permitan homologar la calidad técnica e interpersonal de los servicios de salud.</li> <li>• Mejorar la calidad en la formación de los recursos humanos y alinearla con las necesidades demográficas y epidemiológicas de la población.</li> <li>• Garantizar medicamentos de calidad, eficaces y seguros.</li> <li>• Implementar programas orientados a elevar la satisfacción de los usuarios en las unidades operativas públicas.</li> <li>• Desarrollar y fortalecer la infraestructura de los sistemas de salud y seguridad social públicos.</li> </ul>
	<p><b>Estrategia 2.3.5. Promover la cooperación internacional en salud.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortalecer la vigilancia epidemiológica para proteger la salud global en un contexto de emergencia epidemiológica.</li> <li>• Cumplir con los tratados internacionales en materia de salud en el marco de los derechos humanos.</li> <li>• Impulsar nuevos esquemas de cooperación internacional en salud pública que permitan fortalecer capacidades locales y regionales.</li> </ul>
	<p><b>Estrategia 2.4.1. Proteger a la sociedad ante eventualidades que afecten el ejercicio pleno de sus derechos sociales.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fomentar políticas de empleo y fortalecer los programas de transferencias para proteger el poder adquisitivo y el ingreso.</li> <li>• Instrumentar el Seguro de Vida para Mujeres Jefas de Familia.</li> <li>• Promover la inclusión financiera en materia de aseguramiento de los distintos riesgos que enfrentan los mexicanos a lo largo del ciclo de vida.</li> <li>• Apoyar a la población afectada por emergencias u otras situaciones adversas, mediante la responsabilidad compartida.</li> </ul>

	Estrategia	Líneas de acción
	<p><b>Estrategia 2.4.3.</b>  <b>Instrumentar una gestión financiera de los organismos de seguridad social que garantice la sustentabilidad del Sistema de Seguridad Social en el mediano y largo plazos.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reordenar los procesos que permitan el seguimiento del ejercicio de recursos con apego fiel al logro de resultados.</li> <li>• Racionalizar y optimizar el gasto operativo, y privilegiar el gasto de inversión de carácter estratégico y/o prioritario.</li> <li>• Incrementar los mecanismos de verificación y supervisión del entero de aportaciones y cuotas.</li> <li>• Determinar y vigilar los costos de atención de seguros, servicios y prestaciones que impactan sustentabilidad financiera de los organismos públicos.</li> <li>• Implementar programas de distribución de medicinas que alineen los incentivos de las instituciones de salud pública, los proveedores de medicamentos y los ciudadanos usuarios.</li> <li>• Promover esquemas innovadores de financiamiento público-privado para impulsar la sostenibilidad financiera de los organismos públicos.</li> <li>• Impulsar la sustentabilidad de los sistemas de pensiones, considerando transiciones hacia esquemas de contribución definida.</li> <li>• Diseñar una estrategia integral para el patrimonio inmobiliario propiedad de los institutos públicos.</li> </ul>

## MARCO JURÍDICO

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece el derecho a la protección de la salud, que tiene toda persona. La Ley General de Salud reglamenta el derecho a la protección y establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud. Así como la concurrencia de la Federación y las Entidades Federativas en materia de salubridad general. Hace referencia a su aplicación en toda la República Mexicana. Las disposiciones son de orden público e interés social.

La Ley General de Salud establece, en su Título primero, Disposiciones generales, Capítulo único, Artículo 2°, que el derecho a la protección de la salud tiene las siguientes finalidades:

El bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;

- II. La prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana;
- III. La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuven a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social;
- IV. La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud;
- V. El otorgamiento de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población;
- VI. El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud; y
- VII. El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud”

El plan nacional de Desarrollo en el apartado de Política Social, señala: II.2. Plan de acción: integrar una sociedad con equidad, cohesión social e igualdad de oportunidades

- ⇒ Un México Incluyente plantea una política social de nueva generación.
- ⇒ Una política enfocada en alcanzar una sociedad de derechos ciudadanos y humanos plenos; La prioridad será integrar una sociedad con equidad, cohesión social e igualdad de oportunidades.
- ⇒ Consolidar plataformas de movilidad social que contribuyan a cerrar las brechas existentes entre diferentes grupos sociales y regiones del país.

En este sentido, se plantea guiar la acción del gobierno en torno a cinco objetivos que se describen a continuación.

En primer lugar, se busca garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales para toda la población. Esto implica asegurar una alimentación y nutrición adecuada de los individuos en condición de extrema pobreza o con carencia alimentaria severa. Sin duda, la vía más efectiva para cerrar el ciclo de políticas asistencialistas y superar la pobreza es construyendo oportunidades productivas a través de los programas públicos.

En segundo término, se propone transitar hacia una sociedad equitativa e incluyente. Para lograrlo, se plantea generar esquemas de desarrollo comunitario con un mayor grado de participación social. Asimismo, se busca articular políticas que atiendan de manera específica cada etapa del ciclo de vida de la población.

Se buscará garantizar los derechos de la infancia a través de un mejor diseño institucional y programático, además del incremento de la inversión en el bienestar de los más pequeños de acuerdo con el principio del interés superior del niño y se propiciará el desarrollo humano integral de los adultos mayores brindándoles todas las oportunidades necesarias para alcanzar un nivel de vida digno y sustentable.

Se fomentará el bienestar de los pueblos y comunidades indígenas a través de una revisión a fondo del diseño e instrumentación de los programas enfocados a su beneficio, y de la operación de los fondos destinados a su desarrollo económico y social. Todo ello, en el marco de un pleno respeto a su autonomía, identidades, voces y prioridades.

Asimismo, se buscará asegurar la vigencia efectiva de los derechos de las personas con discapacidad y contribuir a su desarrollo integral, lo que transita por su inclusión al mercado de trabajo y la dinámica social, además de impulsar, con el apoyo de los medios de comunicación y la sociedad civil, estrategias que coadyuven a transformar la actual cultura excluyente y discriminatoria en una abierta a la tolerancia y la diversidad.

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

renovar la planeación y gestión de los recursos disponibles. Todo lo anterior, cuidando una atención continua e integrada de los trabajadores sin importar su condición laboral.

Adicionalmente, se plantea ampliar el acceso a la seguridad social para evitar que problemas inesperados de salud o que movimientos de la economía puedan interrumpir historias de desarrollo personal. Las políticas públicas en este rubro están enfocadas a promover la portabilidad de derechos, ofrecer un soporte universal a las personas adultas mayores y proveer respaldo ante pérdidas importantes de fuentes del ingreso, así como a ampliar esquemas de protección de manera temporal para evitar que los hogares caigan en la pobreza, fomentando la corresponsabilidad y la incorporación a los procesos productivos formales de la economía.

Se avanza en los esquemas para que el Sistema de Seguridad Social contribuya a incluir a las mujeres. Un Sistema de Seguridad incluyente debe contemplar, por ejemplo, mecanismos que impidan que la maternidad limite su desarrollo profesional.

Los esfuerzos para lograr un Sistema de Seguridad Social más incluyente también requieren de un uso eficiente de los recursos para garantizar la sustentabilidad de dicho Sistema en el mediano y largo plazos. Lo anterior, considerando la dinámica poblacional y epidemiológica. En este sentido, se busca la corresponsabilidad con los usuarios y reorientar las labores de planeación y operación para obtener mejores márgenes financieros a lo largo de la cadena de atención del Sistema.

Para ello, se plantea dar impulso a soluciones de vivienda dignas, así como al mejoramiento de espacios públicos. En específico, la Política Nacional de Vivienda consiste en un nuevo modelo enfocado a promover el desarrollo ordenado y sustentable del sector; a mejorar y regularizar la vivienda urbana, así como a construir y mejorar la vivienda rural. Esta Política implica: i) lograr una mayor y mejor coordinación interinstitucional; ii) transitar hacia un modelo de desarrollo urbano sustentable e inteligente; iii) reducir de manera responsable el rezago en vivienda; y iv) procurar una vivienda digna para los mexicanos. Por tanto, se plantea impulsar acciones de lotificación, construcción, ampliación y mejora de hogares, y se propone orientar los créditos y subsidios del Gobierno Federal hacia proyectos que fomenten el crecimiento urbano ordenado.

En términos de igualdad de género, un México Incluyente también plantea reducir la brecha entre mujeres y hombres en materia de acceso y permanencia laboral, así como desarrollar y fortalecer esquemas de apoyo y atención que ayuden a las mujeres a mejorar sus condiciones de acceso a la seguridad social además de su bienestar y autonomía económica. En este sentido, una demanda recurrente en el proceso de consultas del Plan Nacional de Desarrollo fue el impulsar políticas tendientes a incrementar la colaboración de los hombres en el cuidado de su descendencia y de las personas adultas mayores.

La Ley de Salud del Estado, siendo acorde con las disposiciones antes referidas, señala que la Coordinación del Sistema Estatal de Salud estará a cargo de los Servicios de Salud en el Estado. Le corresponde establecer y conducir la política estatal en materia de salud.

De conformidad con las políticas del Sistema Nacional de Salud y con lo dispuesto por el Ejecutivo Federal. Así como la elaboración del Programa Estatal de Salud, tomando en cuenta las prioridades y los servicios de los Sistemas Nacional y Estatal de Salud.

De acuerdo a la tesis de que cualquier modelo tendrá ventajas e inconvenientes; la idea es buscar aquel modelo sustituto que supere sus ventajas al anterior, (acceso, calidad, equidad, eficiencia), logre que las desventajas sean menores (inaccesibilidad, baja calidad, inequidad e ineficiencia) y dentro de una realidad financiera que establezca mecanismos de contención de costos, pero también de incrementos presupuestales, sobre todo con el fin de lograr ajustes en los rezagos, pero que en el largo plazo deben ser concordantes con el crecimiento del país.

Es por eso que el Estado de San Luis Potosí ha realizado los ajustes necesarios en materia de planeación de la Infraestructura, al modificar el modelo de atención y tomar la decisión de que todas las unidades médicas contarán con servicio dental, al mismo tiempo se realizaron los estudios de factibilidad de ampliar servicios de laboratorio y rayos X en cabeceras municipales con mayor densidad poblacional, a fin de disminuir el costo de bolsillo de la población al trasladarse para acudir a los hospitales de los Servicios de Salud para la obtención de los servicios mencionados.

## **I. OBJETIVOS DEL SECTOR SALUD**

### **1.1 Objetivo General**

Otorgar los beneficios de la protección en salud a todos los habitantes de San Luis Potosí, brindando servicios y prestaciones oportunas, equitativas y humanitarias que coadyuven al mejoramiento de sus condiciones de bienestar social con la participación de los tres niveles de gobierno.

### **1.2 Objetivos Específicos**

- a) Coadyuvar en la cabal integración de las diferentes dependencias en salud a fin de integrar un sistema estatal de salud en la heterogeneidad de las políticas internas de las mismas.
- b) Proporcionar servicios médicos a la población con especial énfasis en la prevención de enfermedades, de manera prioritaria en el primer nivel de atención, a fin de ayudar a disminuir las enfermedades transmisibles, accidentes y controlar las enfermedades no transmisibles.
- c) Implementar estrategias que eleven la calidad y la eficiencia en salud.
- d) Promover la salud en la población, disminuyendo la incidencia de factores de riesgo y fomentar el autocuidado de la salud, principalmente en áreas rurales, cinturones de miseria de las áreas urbanas y grupos vulnerables.
- e) Contribuir a la disminución de los niveles de fecundidad a fin coadyuvar al mejoramiento de las condiciones de salud de la población materna e infantil.
- f) Fortalecer la aplicación de las normas oficiales mexicanas en materia de regulación sanitaria, contemplando un modelo educativo-participativo-capacitante de las dependencias involucradas hacia los usuarios y la población.

## II. DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN ACTUAL DE SALUD

El estado de San Luis Potosí, como parte del centro de la República Mexicana, tiene grandes desafíos en cuanto a mantener vigiladas y controladas sus fronteras, dado que lo traspasa la carretera más transitada del país, que es la México – Laredo, y sus varias afluentes, también forma parte del corredor de migrantes de América del Centro y Sudamérica, lo que provoca la alerta epidemiológica por la importación de casos que en México se encuentran controlados,

De tal forma que el Sistema de Salud Estatal se plantean grandes desafíos. En San Luis Potosí sucede un cambio epidemiológico, que se traduce en la coexistencia de enfermedades infecciosas con enfermedades no transmisibles, llamadas crónicas degenerativas y actualmente aquellas derivadas de la violencia familiar y social como homicidios y suicidios. Estas últimas están en incremento, fenómeno asociado al creciente desarrollo urbano, tecnológico y de riesgo.

Inmersos en una transición demográfica y epidemiológica, existen ahora nuevos retos en salud, el envejecimiento de la población, estilos de vida poco saludables, sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus, tabaco, suicidios, homicidios, alcoholismo, enfermedades del aparato circulatorio, salud mental, lesiones y defunciones por accidentes de tránsito y VIH/SIDA entre otros y a la persistencia de desigualdades de desarrollo ocasiona que los daños a la salud, que nos aquejan como sociedad, requieran de una atención compleja, de larga duración, costosa y que exige el empleo de altas tecnologías.

### 2.1 Antecedentes

El estado de San Luis Potosí se ubica en la meseta central de la República Mexicana. Con una extensión territorial de 68,848 Kilómetros cuadrados, una temperatura anual media de 18.6° C, situado a una altura de 1,860 msnm; ocupa el 15° lugar por su extensión a nivel nacional. Está ubicado entre los 24°22' y 21°07' de latitud norte y 98°20' y 102°17' de longitud oeste. Colinda con los estados de Zacatecas, Nuevo León, Tamaulipas, Veracruz, Hidalgo, Querétaro, Guanajuato, Coahuila y Jalisco.

Representa aproximadamente el tres por ciento de la superficie total del país y se encuentra dividido en cuatro regiones (Altiplano, Media, Centro y Huasteca), y 10 microrregiones (Altiplano Este, Altiplano Centro, Altiplano Oeste, Centro Centro, Centro Sur, Media Este, Media Oeste, Huasteca Norte, Huasteca Centro y Huasteca Sur), en las cuales existe una heterogeneidad por la distribución de los riesgos y daños a la salud, por ejemplo la región Huasteca y la región Altiplano, son las que tienen los indicadores socioeconómicos más bajos y con mayores problemas, las enfermedades transmisibles continúan siendo un problema importante de salud

pública, como lo son también los daños a la salud relacionados con la reproducción humana.



El Estado ocupa el lugar 24, por los bajos índices de desarrollo humano y el sexto lugar, por las altas tasas de marginación, dentro del contexto nacional. El 66.66% de la población total se encuentra bajo condiciones de pobreza patrimonial y más de 33.33% está en pobreza extrema.<sup>3</sup>

Tabla No. 2  
Comparativo del Índice de Desarrollo Humano  
San Luis Potosí  
1950-2015.

Concepto	1950	2000	2008	2010	2012
Índice de Desarrollo Humano	0.4248	0.7876	0.704	0.715	0.726
Índice de Desarrollo Humano Salud	N.D.		0.830	0.827	0.831

Fuente: Informe de Desarrollo Humano SLP 2005 e informe de Desarrollo Humano Nacional 2012.

En el enfoque de desarrollo humano bajo el enfoque de derechos humanos que es que se, proporciona una base para enfrentar las circunstancias fuera del control de las personas. Desde esta perspectiva, todos los individuos son iguales en dignidad y derechos, y el Estado tiene la obligación de garantizar el ejercicio efectivo de las libertades consagradas en estos principios. México es signatario de varias declaraciones internacionales de derechos humanos, incluida la Declaración sobre el Derecho al Desarrollo, que establece que todas las personas tienen el derecho inalienable de participar, contribuir y disfrutar del desarrollo económico, cultural, social y político de una sociedad (1986). Por lo tanto, el Estado mexicano tiene la obligación de garantizar el ejercicio efectivo de estos derechos, de tomar medidas para promover el desarrollo y de procurar el bienestar de toda la población.

En este sentido, es fundamental que la política pública promueva la participación y el empoderamiento de los segmentos poblacionales que sufren exclusión o discriminación, finalmente se trata de una forma clave de reducir la desigualdad de oportunidades y garantizar que todos los individuos sean libres de elegir el tipo de vida que más valoran<sup>4</sup>

La evolución del Índice de Desarrollo Humano se realizada cada 10 años, por lo que las cifras presentadas, no tendrán mucha relevancia, hasta contar con la medición al 2018 con resultados al 2019, por lo que el estado de San Luis Potosí, no ha modificado sus cifras, estancándose ya que no avanza en lo general, a pesar de tener un sistema de salud más robusto y ser considerada la entidad con mayor cobertura de salud.

Las políticas públicas para impulsar la movilidad igualadora de oportunidades deben considerar la vida laboral en el estado, son generadoras de mano de obra, en varios rubros, con lo cual esta mejora en el nivel salarial de la población así como una mejor calidad de vida, llevara al estado en un mediano plazo, a mejorar su índice de desarrollo humano. Un incentivo a la formalidad se daría al avanzar hacia un sistema de protección social universal basado en un paquete básico de servicios financiado mediante impuestos en lugar de contribuciones. El sistema servirá para remediar carencias específicas, como la falta de pensiones a una gran parte de la población. También serviría como medio para reducir los costos a la formalidad del trabajo

<sup>3</sup> Informe de Desarrollo Humano SLP 2005 e informe de Desarrollo Humano Nacional 2011.

<sup>4</sup> Informe de Desarrollo Humano en México 2016.

en la actividad productiva, de forma que esto se traduzca en una mayor demanda laboral en la formalidad y, eventualmente, en una mayor movilidad social<sup>5</sup>.

Sin embargo, pese a esa tenue mejoría, San Luis Potosí se encuentra todavía muy distante del Distrito Federal que se colocó nuevamente en el primer lugar en el IDH (con una calificación del 0.830), seguido de Nuevo León, Sonora, Baja California Sur, Coahuila, Colima, que ocupan los cinco primeros lugares de desarrollo humano. En materia de salud está en el lugar 25 de los estados del país que menos invierten recursos propios, el que más lo hace es Baja California Sur y el que se ubica en el último lugar es Sinaloa. También, se ubica en el lugar 17 a nivel nacional en relación al Fondo de Aportaciones para la Infraestructura Social.

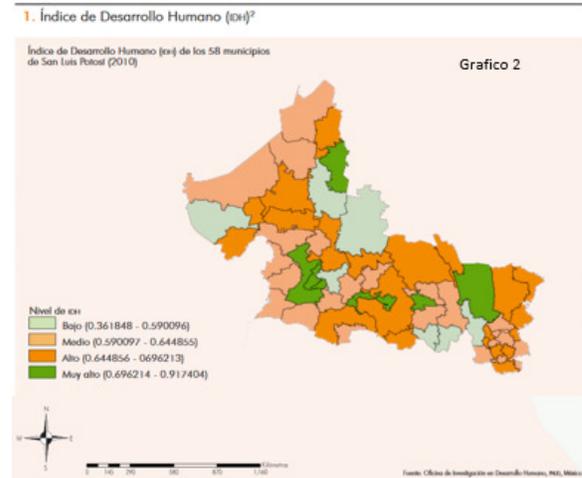


Tabla 3 Año en que la entidad alcanzará el nivel de desarrollo humano del Distrito Federal

Entidad	Año	Entidad	Año
Campeche	2032	Distrito Federal	2065*
Puebla	2040	Veracruz	2066
Tabasco	2043	Durango	2066
San Luis Potosí	2045	Michoacán	2071
Hidalgo	2047	Quintana Roo	2072
Querétaro	2047	Oaxaca	2073
Yucatán	2047	Morelos	2077
Jalisco	2049	Guerrero	2077
Aguascalientes	2051	Colima	2099
Coahuila	2051	Baja California	2101
Tlaxcala	2051	Nuevo León	2106
Zacatecas	2054	Tamaulipas	2107
Chiapas	2054	Baja California Sur	2136 <sup>6</sup>
Guanajuato	2055	Sinaloa	2136
Sonora	2060	Nayarit	2152
Estado de México	2063	Chihuahua	2212

Nota: Año en el que el Distrito Federal alcanzaría el máximo nivel de Desarrollo Humano (1.00).  
<sup>5</sup>Debido a que Baja California Sur tiene una tasa de crecimiento negativa de 2008-2012, se utilizó la tasa de crecimiento del periodo 2008-2010.  
 Fuente: Oficina de Investigación en Desarrollo Humano (Inu), México.

Esta disminución en el crecimiento en el índice de desarrollo humano puede deberse a las condiciones de inseguridad y violencia, independientemente de las acciones de incremento en la industria del estado, básicamente a expensas de empresas maquiladoras que se han ubicado en diversas zonas del estado, que ha provoca poder adquisitivo de las familias, beneficios de la seguridad social y sus beneficios como vivienda, créditos y atención médica. El nivel de desarrollo humano de San Luis Potosí se calcula mediante los logros de la entidad, en salud (0.848), educación (0.648) e ingreso (0.686), alcanzados en relación con los parámetros observados a nivel internacional. El resultado global para el estado es un Índice de Desarrollo Humano (idh) de 0.722 en 2010, que es comparable con el nivel de desarrollo de países como Armenia y Santa Lucía.

Continuar con la política de reducción de la desigualdad como eje rector implica que las características geográficas, localización, dispersión poblacional, importancia de la población indígena y los rezagos en logros de la población femenina en la entidad deben ser incorporados a la brevedad en la aplicación y operación de la política pública. Dado que la ruralidad del Estado parece ser una de sus características distintivas, el 99% de las localidades son consideradas rurales, pero el 62.37% de la población total es

<sup>5</sup> Informe sobre Desarrollo Humano en México 2016  
<sup>6</sup> Informe de Desarrollo Humano en México 2016.

considerada urbana: concentrada fundamentalmente en la región centro (ciudad de San Luis Potosí y su área conurbada), seguida por la zonas huasteca y media. Lo que nos muestra, una realidad cruzada por las desigualdades entre los espacios; En tanto que la población caracterizada como rural vive en localidades de menos de 50 habitantes<sup>7</sup>. Es por esto que las desigualdades que se enfatizan en el área rural, generando inercias de atraso y de relaciones inequitativas entre regiones, entre campo-ciudad, entre áreas indígenas y mestizas; llevando al Estado a ubicarse no solamente entre los más marginados del país, sino a tener tasas de analfabetismo del 10.4%<sup>8</sup> por encima de la media nacional, índices de hacinamiento del orden del 38.60%, con una tasa de desocupación abierta del 3.5% y una población económicamente activa que percibe menos de dos salarios mínimos de 56.72%; obligando –así- a la población a procesos de migración significativos ubicándolo en el 3º lugar nacional en recibir remesas del exterior después de Zacatecas y Michoacán.

Aún a pesar de contar con logros estatales en materia de mejoría de índice de desarrollo humano al interior de las zonas del estado, la zona media presenta los niveles más bajos de desarrollo, no obstante que la zona altiplano a pesar de ser una zona eminentemente rural, parece que la población tiene mejor nivel de vida que la zona huasteca y media. Como lo expresa la siguiente tabla.

Tabla No. 4  
Comparativo del Índice de Desarrollo Humano según Zona  
San Luis Potosí  
2002. - 2014

Microrregión	IDH 2002	IDH 2014	Salud	Educación	Ingreso
Altiplano centro	0.7573	0.6396	0.7899	0.7573	0.6237
Altiplano este	0.7662	0.6433	<b>0.7915</b>	0.7662	0.6285
Altiplano oeste	0.7596	0.6055	0.7877	0.7596	0.6461
Zona Altiplano	<b>0.7610</b>	0.6294	0.7897	0.7610	0.6328
Centro	0.7785	0.6667	<b>0.8050</b>	0.7785	0.6583
Centro sur	0.7437	0.6276	0.7803	0.7437	0.6353
Zona Centro	0.7611	0.6471	0.7927	0.7611	0.6468
Huasteca centro	0.7517	0.6262	0.7270	0.7517	0.5726
Huasteca norte	0.7898	0.6819	<b>0.8156</b>	0.7898	0.6546
Huasteca sur	0.758	0.6466	0.7224	0.758	0.5807
Zona Huasteca	0.7665	0.6516	0.7550	0.7665	0.6026
Media este	0.7199	0.6093	0.7583	0.7199	0.6144
Media oeste	0.7585	0.6597	<b>0.8102</b>	0.7585	0.6841
Zona Media	0.7392	0.6345	0.7843	0.7392	0.6493

Fuente: Informe de Desarrollo Humano SLP 2005 e informe de Desarrollo Humano Nacional 2002

Durante la segunda mitad del siglo XX, el IDH de San Luis Potosí se mostraba por debajo del promedio nacional. El índice de desarrollo humano de la entidad era de 0.4248 en 1950 y aumentó hasta alcanzar 0.8090 en el año 2011, lo que representa un incremento de 90.44%, sin embargo para el año 2012 disminuyó

<sup>7</sup> Censo INEGI 2010.  
<sup>8</sup> Plan de Desarrollo SLP, 2003-2009.

a 0.726 cifras menores que el año 2000; aún a pesar de las políticas públicas en materia de apoyo en materia de infraestructura a los grupos de mayor vulnerabilidad.

### 2.1.1 Orografía

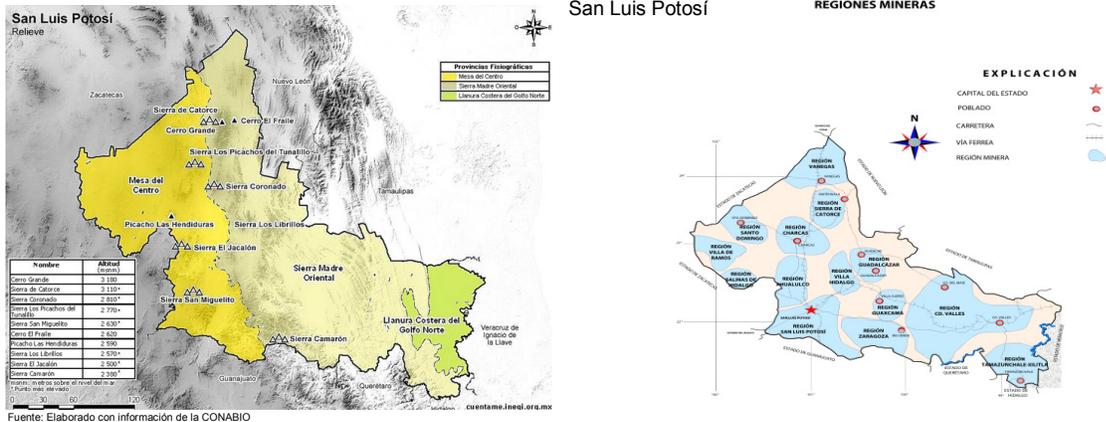
El estado presenta una orografía diversa debido a que en la parte oriente lo cruza de noreste a sureste la sierra Madre Oriental y las prolongaciones de la sierra Gorda de Guanajuato lo atraviesan, de sur a norte.

En la sierra Gorda se localizan elevaciones de mayor consideración como las serranías de San Miguelito, Bocas, Venado, Guadalcazar, Coronado, Charcas y las sierras más altas de Catorce y Cedral con promedios de altura 3,100 m.s.n.m. La configuración de estas dos serranías dan origen a diversos valles y planicies siendo los más importantes el Valle del Salado, Villa de Reyes, Cedral, Vanegas, Ciudad del Maíz, Villa Hidalgo y Alaquines.

La zona centro-sur de la entidad, como parte de la sierra Gorda se encuentran las serranías de Santa María del Río, Zaragoza, Tierra nueva, Rioverde, Ciudad Fernández. En el centro del estado se encuentra el sistema de la sierra de Álvarez que abarca los municipios de Zaragoza, Cerro de San Pedro, Armadillo de los Infante, San Nicolás Tolentino, Cerritos y Guadalcazar. El sistema Aqualulco localizado entre la cabecera municipal y la delegación de Bocas, Moctezuma y Santa Gertrudis. Al sur del estado sobresalen las derivaciones de la sierra Gorda con diversos nombres locales. Y al oriente la sierra Madre Oriental localizada en los municipios de Tamazunchale, Xilitla, Aquismón, Santa Catarina, Lagunillas, Tamasopo, Ciudad Valles, Rayón, Cárdenas, Alaquines, Ciudad del Maíz y El Naranjo.

Por sus características orográficas existe un gran potencial de minerales metálicos como oro, plata, arsénico, cadmio, cobre, plomo, zinc, manganeso, estaño, hierro, mercurio y antimonio así como minerales no metálicos como agregados del petróleo, arcillas, arena, bernovita, calcita, caliza, cantera, caolín, fluorita, fosforita, grava, sal, sílice, tepetate, tezontle, azufre, ónix, mármol, boratos, barita, travertino, dolomita y yeso, por lo que regionalmente se ha enmarcado dentro de 14 regiones mineras, mismas que se han agrupado de acuerdo al tipo de mineralización, así como sus distritos y zonas mineralizadas más importantes.

Gráfico 3  
Zonas orográficas y regiones Mineras  
San Luis Potosí

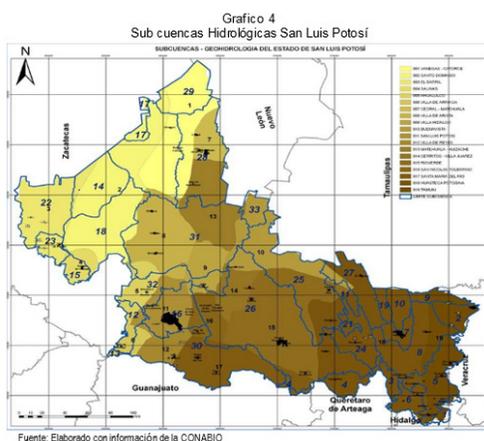


Como consecuencia de su orografía San Luis Potosí, cuenta con una actividad minera tanto subterránea como a suelo abierto, siendo una actividad ligada a la vida de las personas que viven en las regiones montañosas del estado, su extracción contiene elementos tóxicos que pueden acumularse en el interior del organismo, eventualmente este aumento en la carga tóxica puede provocar una variedad de trastornos físicos y cognoscitivos, incluyendo la depresión, ansiedad, pérdida de memoria, y fatiga.

Incluso a niveles relativamente bajos, los elementos tóxicos tienen capacidad destructiva para perjudicar el sistema nervioso y a los tejidos; una fuerte evidencia clínica apunta a su papel potencial en los trastornos tempranos de neurodesarrollo, tales como el trastorno de hiperactividad y falta de atención, así como en condiciones neurodegenerativas de envejecimiento tales como: Parkinson y Alzheimer. Las enfermedades del corazón, daño renal, enfermedades respiratorias, función inmune debilitada, disfunción gastrointestinal, y aumento del riesgo de cáncer se han vinculado a una exposición crónica a elementos tóxicos, problemas pulmonares, respiratorios, dermatosis y dermatitis.

### 2.1.2 Hidrografía

El Estado posee una gran riqueza proveniente de sus 13 cuencas hidrográficas, las cuales originan una extensa red de vías de agua que se aprovechan para la generación de energía eléctrica, proyectos de irrigación, constituyendo manantiales termales de gran importancia, captación de agua con presas almacenamiento, pequeñas presas derivadoras, bordos para abrevadero, bordos de tierra y enrocamiento, etc. A pesar de dicha riqueza, existen áreas que dependen de la explotación de los mantos acuíferos subterráneos. Esta entidad, tiene como áreas hidrográficas prioritarias, a la cabecera del río de la Laja, Camacho-Gruñidora, la zona de confluencia de las Huastecas, Lago de la Media Luna, río Tamesi y Venado-Moctezuma, por su importancia estratégica para el recurso agua. Simultáneamente, a la gran disponibilidad de recursos naturales, a la existencia de un alto grado de biodiversidad, la entidad presenta problemas de un deterioro de los recursos naturales provocados, entre otros, por una sobreexplotación de los acuíferos, una excesiva tala, contaminación de los cuerpos de agua y degradación de suelo.



La hidrología de San Luis Potosí presenta dos zonas divididas por La Sierra Madre Oriental: La zona sur oriental, con climas cálido y semicálidos tanto húmedos como subhúmedos (Planicie Costera), donde las abundantes precipitaciones contribuyen al cauce de ríos importantes como Santa María, Moctezuma y Tampaón. Esta porción forma parte de la Región Hidrológica 26, Pánuco.

La zona occidental, donde el clima es seco y semiseco, las corrientes de agua son de carácter intermitente, por lo regular se forman en la temporada de lluvias y su curso es reducido, ya que generalmente desaparecen en las llanuras, debido a filtración y evaporación. Esta zona forma parte de la Región Hidrológica 37, El Salado; así como de una pequeña porción de la Región Hidrológica 12, Lerma-Santiago.

El marco hidrológico superficial del estado de San Luis Potosí se describe en forma general, atendiendo a su ubicación hidrológica respecto a la clasificación por regiones, además de establecer las 12 Cuencas y 33

que cubren la entidad. Los principales elementos contaminantes del agua son sustancias químicas, sólidos, metales, basura, grasas, aceites, detergentes, etc. que son arrastrados en el caudal de los ríos; el aporte de desechos residuales ocurre principalmente en forma industrial y municipal con la colaboración de actores externos a las comunidades, por la disposición clandestina de recursos sólidos; descargas de desechos domésticos hacia los ríos; los ingenios que descargan los residuos en las corrientes de agua.

Debido a la complicada orografía del estado, la hidrografía presenta grandes contrastes, sin embargo se puede dividir en dos zonas perfectamente diferenciadas: la noroccidental donde no existen corrientes importantes y la suroriental que cuenta con una importante red fluvial siendo más marcada en el oriente del estado. En esta última las corrientes más importantes forman parte de la cuenca del río Pánuco; como el caso del río Verde que recorre los municipios de Ciudad Fernández, Rioverde, San Ciro de Acosta, Rayón y Lagunillas hasta unirse en Santa Catarina con el río Santa María, el cual se origina en Guanajuato y riega de oeste a este el extremo sur del estado.

En este río descargan las aguas del río Bagres, que nace en el municipio de Santa María del río, este río incrementa su corriente con las aguas del río Frío o Gallinas que a su vez recibe el caudal del Tamasopo y sigue su curso en dirección este por el norte de Aquismón. En las cercanías del Pujal recibe las aguas del Valles, que concentra las del Mesillas y el Salto, recibiendo el nombre del Tapaón para internarse después en el municipio de Tamuín donde cambia su nombre por el de río Tamuín, continuando finalmente hasta el este, para recibir las aguas del río Moctezuma en los límites con el estado de Veracruz.

El río Moctezuma que nace en el estado de México, entra al estado por el llamado Valle de Tanan. En las cercanías de Tamazunchale captando la corriente del río Amajaque que proviene de las serranías de Hidalgo continúa hacia el norte por el municipio de Axtla de Terrazas donde recibe el caudal del río Axtla y prosigue en dirección noreste por Tampamolón y Tanquian, hasta unirse con el Tamuín; cuya unión de este último con el Moctezuma cambia su nombre por el de Pánuco.

En el Altiplano existen cinco cuencas cerradas, que carecen de corrientes superficiales permanentes, por lo que el abastecimiento de agua depende en gran medida de los recursos subterráneos de los acuíferos, que presentan condiciones de sobreexplotación. Sólo en algunas áreas se dispone de infraestructura de captación con presas y pequeñas presas derivadoras y bordos para abrevadero.

En el resto de la entidad, las corrientes son poco significativas debido a que se forman únicamente en época de lluvia y su curso es poco caudaloso; desapareciendo frecuentemente el agua que conducen debido a las filtraciones y evaporaciones.

Por otra parte en la entidad encontramos numerosas lagunas y ojos de agua, entre las que sobresalen las de Santa María del Peñón Blanco en el municipio de Salinas, la de Santa Clara en el de Santo Domingo; la del Tequesquite en Villa de Reyes; la del Lagarto y Tabasaquiche en Tanlajás, la Laguna Grande en Ciudad Valles y otros que se encuentran distribuidos en el territorio. Además existen unas fuentes minerales de aguas termales siendo las más importantes: Ojo Caliente y los Manantiales de Lourdes; Agua Grande, Amapolas y Estancia en el municipio de Santa María del Río; Gogorrón y San Diego en Villa de Reyes; Ojo de Agua Caliente de las Lamelas en el municipio de Matehuala; los Baños Grandes de Taninul en Tamuín y los Bañitos en Ciudad Valles.

Además por las condiciones topográficas que presenta la entidad los terrenos van descendiendo escalonadamente hacia el Golfo, los ríos que allí desembocan dan origen a numerosas cascadas, entre las que destacan: El Salto en el río del mismo nombre con una caída de 75 metros; Micos en el municipio de Valles; Puente de Dios en Tamasopo y Piniguan en Rayón la cascada de Tamuín con una caída de 105 metros y con una anchura máxima de 300 metros. Las caídas de aguas del Salto y de Micos se aprovechan para generar electricidad.

La energía eléctrica con que cuenta el estado de San Luis Potosí es generada en cinco plantas, que operan actualmente en conexión con el sistema interconectado nacional y que son tres hidroeléctricas: El Salto en Ciudad del Maíz, con una capacidad de 18 megavatio, Micos y Ciudad Valles, con una capacidad de 1 megavatio cada una, las otras dos son termoeléctricas: de Villa de Reyes, con capacidad de 700 megavatios y Matehuala (combustión interna), instalada en la ciudad del mismo nombre, con capacidad de 9 megavatios.

El estado cuenta con una amplia red de líneas de transmisión de energía eléctrica de alta tensión (115-230 kv) y líneas de distribución que hace posible la disponibilidad de esta energía en prácticamente todo el territorio potosino. La entidad cuenta con tres centros de distribución de productos PEMEX, ubicados en las ciudades de San Luis Potosí, Matehuala y Tamuín, que son abastecidos por medio de poliducto y a partir de los cuales se hace la distribución de estos productos por medio de camiones cisterna.

### **2.1.3 Clima**

El Estado es rico en recursos naturales, con una gran diversidad de ecosistemas, desde el trópico húmedo hasta el clima árido. El clima que predomina es seco y semiseco ya que se presenta en el 71% de la superficie del estado localizado en las región conocida como El Salado, el 15% está representado por el clima cálido subhúmedo, localizado en la parte este de la Sierra Madre Oriental, el 10% está representado por clima cálido húmedo, el cual se localiza hacia la Llanura Costera del Golfo, el 2.5% es clima muy seco localizado en la Mesa del Centro, el 1.5% es templado subhúmedo y se localiza en las llanuras que se encuentran entre las sierras, también se presenta clima templado húmedo en un porcentaje muy pequeño del 0.2 hacia el sureste del estado.

La temperatura media anual del estado es de 21°C, la temperatura mínima promedio es de 8.4°C que se presenta en el mes de enero y la máxima promedio es alrededor de 32°C se presenta en el mes de mayo y las lluvias se presentan durante el verano en los meses de junio a septiembre, la precipitación media del estado es alrededor de 950 mm anuales.

Recorrer la entidad es transitar por el trópico húmedo (4.8%) y el trópico seco (10.1%), pasar por el templado (8.5%) hasta llegar al semi-árido (65.4%) y el árido (11.2%). Diversidad de climas y ecosistemas que determina, consecuentemente, la distribución del uso de suelo: la agricultura ocupa el 38%, el matorral y el agostadero el 42%, los pastizales el 15.65%, el bosque y la selva el 2.45%.



La producción agrícola depende de un temporal errático y aleatorio y la ganadería emerge como una actividad que parece ir ocupando áreas importantes, ya que el 58.1% de la superficie está bajo producción ganadera; la selva y el bosque alcanzan no más del 3% por procesos de desmonte de 4 mil trescientas hectáreas con fines ganaderos principalmente<sup>9</sup>. A causa de la topografía que presenta la entidad, las condiciones del clima difieren notablemente en el territorio dando lugar a una diversidad de clasificación de climas:

Tabla No. 5  
Tipos de Climas y superficie afectada  
Estado San Luis Potosí

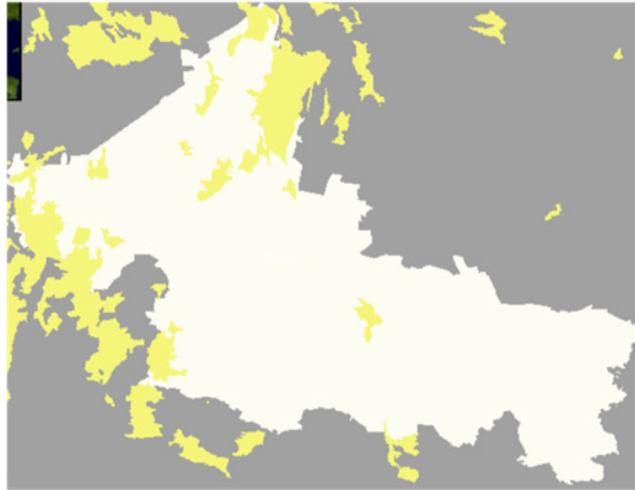
Tipo de clima	Porcentaje de la superficie
Cálido sub-húmedo con lluvias en verano	8.89
Semicálido húmedo con lluvias todo el año	0.35
Semicálido húmedo con abundantes lluvias en verano	9.35
Semicálido sub-húmedo con lluvias en verano	5.82
Templado húmedo con abundantes lluvias en verano	0.16
Templado sub-húmedo con lluvias en verano	1.48
Semifrío subhúmedo con lluvias en verano	0.02
Semiseco muy cálido y cálido	0.09
Semiseco Semicálido	9.92
Semiseco templado	12.36
Seco Semicálido	20.17
Seco templado	28.81
Muy seco Semicálido	1.42
Muy seco templado	1.16

Fuente: Elaborado con información de la CONABIO

<sup>9</sup> INEGI, 2009. Censo Agropecuario 2007.

La erosión eólica es severa; los pastizales semidesérticos, ricos en especies, se han transformado en comunidades tipo “desierto”, con floras y faunas pobres en cobertura y de baja diversidad, debido al sobrepastoreo, tala de arbustos y árboles para leña.

Grafico 6  
Zonas de erosión eólica  
San Luis Potosí



Fuente: Elaborado con información de la SEMARNAT

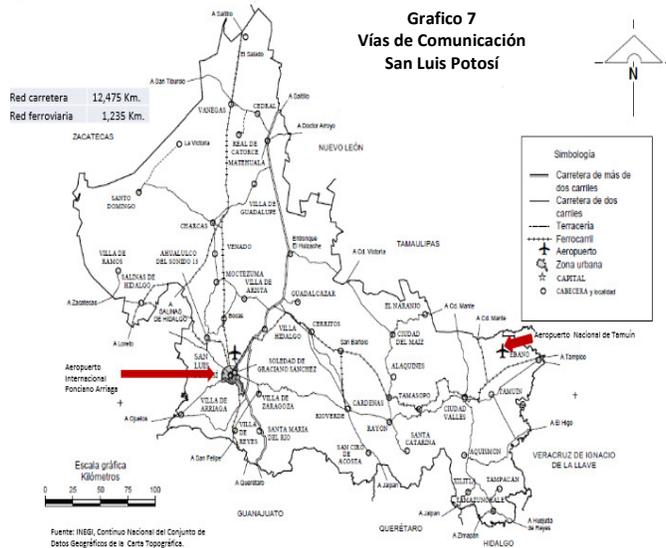
#### 2.1.4 Reservas Naturales

El Estado posee grandes potencialidades que derivan de la enorme riqueza de los recursos naturales determinando una diversidad de ecosistemas que van desde el trópico húmedo y el trópico seco, pasando por el templado hasta llegar al semi-árido (65.4%) y el árido. Con una combinación de vegetación que va desde el matorral desértico micrófilo, pasando por los bosques de encino hasta la selva perennifolia y vegetación acuática; biodiversidad que se dispersa a lo largo y ancho de la entidad.

La superficie agropecuaria y forestal alcanza 2.7 millones de hectáreas donde se asientan 198,911 unidades de energía renovables, de las cuales 154,909 realizan actividades productivas y 124,486 tiene problemas que limitan la competitividad: el 21% por cuestiones de fertilidad del suelo y el 84% por cuestiones climatológicas, que en última instancia se refieren a problemas del recurso suelo, originados por deforestación, contaminación, incendios, cambios en el uso del suelo, por reconversión productiva sin estudios previos, desmonte de tierras, tala excesiva, recolección sin control, etc.

La tierra como factor de producción no renovable, sus bosques y selvas -en la Huasteca- han sido objeto de sobreexplotación, de cambios de uso de suelo para dedicarlos a actividades agropecuarias, sobre todo ganadería, y de incendios forestales provocados por la práctica roza-tumba-quema, en terrenos cerriles y montañosos, originado pérdida o degradación del suelo tanto química, como física, hídrica y eólica.

## 2.1.5 Vías de Comunicación



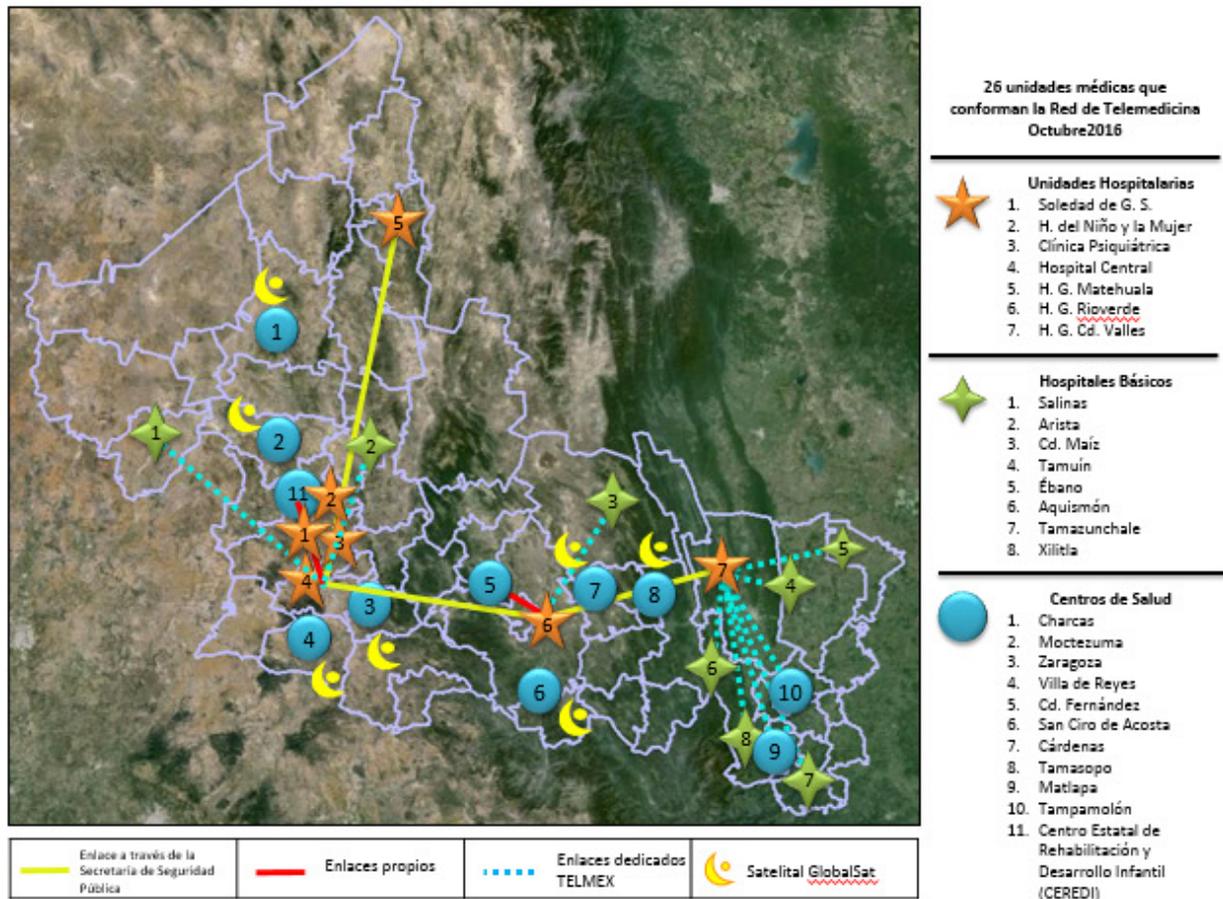
San Luis Potosí derivado de su ubicación en el centro norte del país, presenta ventajas que no tienen los otros estados de la región, como son el eje carretero nacional que lo cruza como las carreteras 57 de Sur a Norte, Carretera 49 de Oeste a Norte, Carretera 70 Este a Oeste, Carretera 80 Norte a Este, Carretera 85 Norte Oeste y Carretera estatal 37 Norte a Este.

Asimismo cuenta con dos aeropuertos, uno internacional cercano a la ciudad y uno nacional ubicado en la zona huasteca. Asimismo los avances en la red de voz y datos han crecido de forma exponencial, en algunas zonas, llevando estos servicios a otros lugares que otrora no era posible.

Se cuenta con una red carretera importante tanto de comunicación interestatal como estatal, lo que mejora el acceso a las rancherías, así mismo como la conexión de telefonía normal y celular, lo que permite que este estado cuente con servicios de telemedicina<sup>10</sup>.

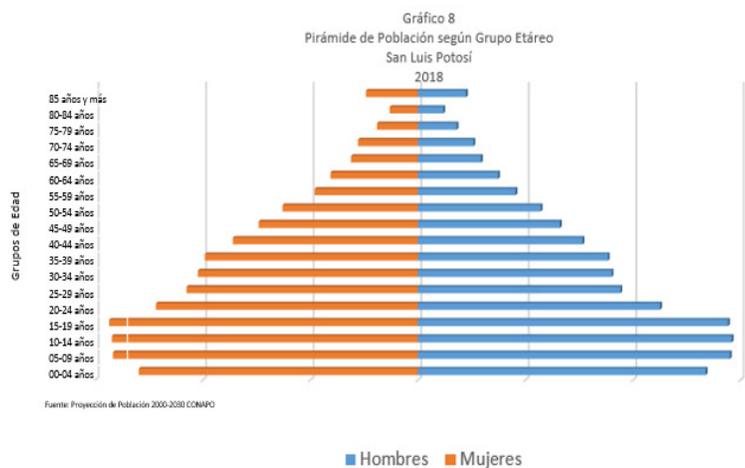
La única alternativa de comunicación para la población de las zonas rurales, es a través de la implementación del servicio de telemedicina, la cual acerca la medicina especializada a la zona rural.

<sup>10</sup> Es la prestación de servicios médicos a distancia; para su implantación se emplean tecnologías de la información y las comunicaciones.



## 2.2 Aspectos sociodemográficos

En 2017 nuestra entidad cuenta con una población de 2 millones 788 mil 482 habitantes, según las proyecciones del Consejo Nacional de Población, la cual se encuentra distribuida en cuanto a sexo de la siguiente manera 51.35% mujeres y 48.65% hombres.



Como puede apreciarse en el gráfico, los grupos de edad de 10 a 24 años representa en ambos sexos el 28 % de la población y es el grupo etario con mayor población, siguiendo el grupo de edad económicamente activo de 25 a 44 años, lo que nos permite ver, que se continúa con una población eminentemente joven y que representa un reto para la prestación de servicios de salud, dado que presenta cierto grado de inclinación a las adicciones así como el reto de evitar al máximo posible embarazos no planeados. Esta relación se puede observar de una forma similar en las cuatro regiones del Estado.

Es importante observar que el grupo de edad de menores de 5 años, comienza a presentar un descenso en ambos sexos, lo que representa que para el año 2030, tengamos una pirámide poblacional engrosada en la población adulta mayor, lo que significa todo un reto en acciones de prevención, promoción, rehabilitación y atención médica a este grupo de población mayor de 40 años.

Por el otro lado contamos con población adulta joven y adultos mayores que representan retos importantes en cuanto a la prestación de servicios de salud en enfermedades crónico degenerativas y en los cuales el sistema estatal de salud no está aún preparado sobre todo en lo que representa la atención geriátrica, a fin de poder atender con la cada vez creciente población de la tercera edad.

Es menester señalar que la distribución poblacional al interior del estado, es primordialmente en la zona centro donde se encuentra la ciudad capital y área conurbada, así como los municipios con desarrollo industrial cercanos a la capital. Por otro lado se observa que la segunda zona más poblada es la zona huasteca, seguidas de la zona altiplano y por último zona media.

Tabla No. 6  
Total de población según grupo de edad y zona 2018  
San Luis Potosí

ZONA	ALTIPLANO	CENTRO	HUASTECA	MEDIA	ESTATAL	%
0-4	35,621	125,094	74,610	28,202	263,527	9.56
5 - 9	36,687	135,312	85,138	29,705	286,842	10.4
10 - 14	36,093	134,574	87,006	30,492	288,165	10.45
15 - 19	35,332	138,703	82,523	31,093	287,651	10.43
20 - 24	28,401	123,556	58,594	23,817	234,368	8.5
25 - 29	23,772	108,724	50,022	19,194	201,712	7.31
30 - 34	23,602	101,193	49,422	18,050	192,267	6.97
35 - 39	22,343	100,333	47,602	17,073	187,351	6.79
40 - 44	19,613	85,501	42,011	15,406	162,531	5.89
45 - 49	16,417	71,283	38,500	13,769	139,969	5.08
50 - 54	13,817	59,456	33,934	12,814	120,021	4.35
55 - 59	10,583	43,361	28,725	10,638	93,307	3.38
60 - 64	9,275	35,398	23,643	9,508	77,824	2.82
65-69	8,206	25,344	18,647	8,252	60,449	2.19
70-79	13,461	34,352	27,533	15,222	90,568	3.28
80 y más	7,454	35,706	18,694	9,481	71,335	2.59
<b>Todos los grupos</b>	<b>340,677</b>	<b>1,357,890</b>	<b>766,604</b>	<b>292,716</b>	<b>2,757,887</b>	<b>100</b>

Fuente: Proyección de población CONAPO 2000-2050

Como puede observar la zona centro es la que presenta un crecimiento poblacional sostenido y a pesar de que la zona huasteca es la segunda en concentración poblacional, no representa mejores condiciones de vida. Es importante resaltar que el estado en su heterogeneidad poblacional cuenta con tres importantes

regiones en las cuales la densidad de población es representativa, microrregiones a las cuales tendrán que llevar los servicios de salud de primer nivel y de especialidad a fin de poder atender las necesidades de atención médica, como lo es la zona metropolitana de San Luis Potosí y Ciudad Valles polo de desarrollo en la zona huasteca del estado. Por otro lado se cuenta con regiones a las cuales llevar un servicio formal de salud de primer nivel es complicado y difícil, dado la dispersión de la población como puede apreciarse en la tabla.

**Tabla No. 7**  
**Densidad de población por microrregión**  
**2010 -2018**

Microrregión	Total de Población 2010	Total de Población 2018	Km2 Superficie	Habs/Km2 2010	Habs/Km2 2018	Densidad poblacional 2010	Densidad poblacional 2018	Orden Poblacional
Altiplano Centro	77,382	91,107	7,463	10.36	12.21	9.9	11.71	3
Altiplano Este	153,200	180,097	12,184	12.57	14.78			
Altiplano Oeste	68,920	85,557	10,528	6.54	8.13			
Centro	1,160,594	1,240,108	5,480	211.78	226.3	138.6	127.79	1
Centro Sur	84,479	102,727	3,506	24.09	29.3			
Huasteca Centro	129,308	141,443	1,791	72.19	78.97	64.8	100.54	2
Huasteca Norte	304,740	347,817	7,573	40.24	45.93			
Huasteca Sur	277,090	283,971	1,607	172.42	176.71			
Media Este	81,075	91,776	6,250	12.97	14.68	18.9	22.42	4
Media Oeste	158,725	194,952	6,466	24.54	30.15			
Entidad	2,495,513	2,759,556	62,848	39.7	43.91	39.7	43.91	

Fuente: CONAPO 2010 - 2030

Como puede apreciarse en la tabla en ocho años se observa un incremento poblacional en todas las microrregiones, siendo la zona centro quien crece a 20 unidades más rápido que las demás, lo que puede significar el crecimiento en el empleo, ya que estado logra que la emigración sea menor, y se observe una migración hacia el estado de San Luis Potosí, en lugar de a otros países.

No obstante a que la zona centro es la más poblada, la que representa un riesgo mayor en cuanto a densidad poblacional es la zona huasteca dado que la superficie es menor pero la densidad es mucho mayor que en la zona centro.

**Tabla No. 8**  
**Comportamiento de la Tasa de Natalidad 1990-2017**  
**San Luis Potosí**

Concepto	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2017
Tasa de Natalidad	33.3	26.9	25.7	20.5	20.68	19.40	18.95

Fuente: Proyecciones de población CONAPO 1990 – 2030.

La esperanza de vida es un indicador que depende de factores como las causas de mortalidad, el grado de educación y en general del estado de salud de la colectividad, el descenso de la mortalidad es uno de los factores que ha influido poderosamente en esto, pero mientras más alta la esperanza de vida menor la velocidad de su incremento; en los últimos 70 años esta esperanza de vida se ha incrementado más de cuarenta años de tal manera que en la actualidad para los hombres es de 73.4 y para las mujeres es de 77.9. Sin embargo la diferencia entre ambos sexos cada vez será menor debido a la inclusión de la mujer en las actividades productivas y económicas por lo que sufra efectos que el varón han afrontado por años como el

producto del estrés, ingestión de bebidas alcohólicas, tabaquismo y otras drogas tanto permitidas como no permitidas.

Sin embargo a pesar de tener una proyección de esperanza de vida promedio de 75 años, existen personas que fallecen posterior a los 90 años de edad, tanto en la zona urbana como en la rural.

El 37% de la población del Estado de San Luis Potosí se localiza en el sector rural, ubicándose 13 puntos por arriba de la media nacional; los 58 municipios que lo conforman, están organizados en 4 regiones y 10 microrregiones, con índices de desarrollo humano y municipal muy desiguales y con grandes diferencias en la distribución de la población rural, concentrándose en las regiones Centro y Huasteca.

La mayor concentración de población rural, se presenta en la Huasteca que está viviendo un proceso de migración interna hacia los centros más urbanizados (con una tasa media de migración anual del 2.5%). De gran importancia enfatizar, que en esta microrregión, el 57% de la población rural es indígena (representa el 13% estatal); Náhuatl, que hablan predominantemente Náhuatl, Téenek, Pame y otros dialectos. La presencia de población indígena se distribuye en toda la microrregión: en Coxcatlán (73.5%), Matlapa (60.3%), Axtla de Terrazas (48.9%), San Martín Chalchicuautla (44.0%), Tampacán (41.1%) y Tamazunchale (38.5%) y Xilitla (37.8%).

Seguida, por muy de lejos, la microrregión Centro que concentra el 14.7% de la población rural, que se distribuye en los municipios de San Luis Potosí, Soledad de Graciano Sánchez, Mexquitic de Carmona, Cerro de San Pedro, Armadillo de los Infante, Villa de Arriaga, Ahualulco y Zaragoza. Se han creado tensiones entre campo y ciudad debido a que la población urbana está creciendo a una tasa media anual del 2.8% en la microrregión, con picos del orden 4.9% en Soledad y de 5.4% en Cerro de San Pedro.

La Huasteca Norte representa el 11.2% de la población rural del Estado, si bien la microrregión alberga una de las zonas urbanas de mayor dinamismo como es Ciudad Valles, donde once centros urbanos y más de mil localidades rurales giran en torno a ella, su crecimiento ha generado un vaciamiento de las áreas rurales, entre 2000 y 2005, con la desaparición de 254 localidades (menores de 100 habitantes); mediante un reacomodo de la población hacia áreas más urbanizadas y la pérdida neta por expulsión de fuerza de trabajo como por ejemplo, en Ébano. A pesar del dinamismo urbano en la microrregión habitan cerca de 25 mil indígenas –predominantemente Téenek (70%)–, de los cuales el 50% vive en Ciudad Valles, configurándose una pérdida de la identidad cultural indígena, al integrarse al dinamismo de la ciudad.

Entre el 7 y 8% de la población rural se ubica en los territorios del Altiplano este, Centro sur y la Media oeste.

En el Altiplano Este se ha presentado un reagrupamiento de las localidades rurales en diferentes direcciones: crecimiento en Vanegas, Real de Catorce y Guadalupe, y decremento en Matehuala; la dinámica demográfica general está caracterizada por la emigración que ha despoblado las áreas rurales. En el Centro sur la población rural de 57,292 se dispersa en 530 localidades (menores de 2500 hab.), con un proceso de despoblamiento de las pequeñas localidades rurales como Santa María del Río y Tierra Nueva; mientras que Villa de Reyes se va consolidando como un eje económico de la microrregión, alcanzando saldos demográficos positivos. De igual manera, la Media oeste registró pérdidas netas entre 2000 y 2005, del 16.34% de la población rural, los municipios más afectados fueron Rioverde, San Nicolás Tolentino, Cd. Fernández y Cerritos.

Las desigualdades de la población económicamente activa se sustentan en las condiciones de empleo existentes en el Estado: aproximadamente un 57% percibe menos de dos salarios mínimos, localizándose principalmente (entre el 80 y el 85%) en el sector agropecuario; 11 se registra una creciente tasa de subocupación en el sector rural (alcanza en el 2007 una cuarta parte de la población) e índices negativos en la incorporación de mano de obra a la agricultura comercial y/o a la ganadería de tipo intensivo, con una tasa anual de crecimiento de -1.53% entre 2001 y 2006 (INEGI, El Sector Alimentario en México, 2007). Estas condiciones han obligado a la población a procesos de migración

En los aspectos económicos las principales actividades de la población del estado son agropecuarias e industriales que en conjunto dan empleo a más de la mitad de la población productiva, El Estado ocupa lugar preponderante en la producción de carne de bovino y aviar; dentro de la actividad minera sigue siendo el principal productor de fluorita en el país y cuanto en la producción de zinc y séptimo en plomo.

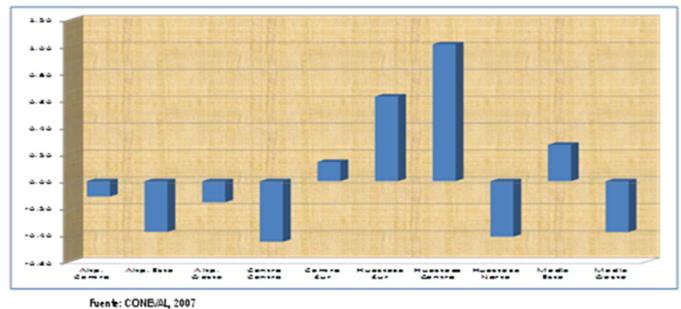
La distribución territorial de la producción agropecuaria es concentrada y desigual: el 42% de las tierras bajo producción, el 34% de las tierras de riego y el 99% de los pastizales cultivados se ubican en la Huasteca Potosina, y en el Altiplano se concentra el 53% de las tierras dedicadas a la ganadería, caracterizada por su baja productividad.

El 90% de la actividad agrícola se desarrolla en tierras de temporal debido principalmente a la carencia de agua, problemas de la tenencia de la tierra, aún con técnicas agrícolas ancestrales, así como insuficiente infraestructura hidráulica y eléctrica que frenan el desarrollo de las regiones. Sin embargo hay regiones ricas como el municipio de Ebanó que cuenta con industria petrolera. En cuanto a la industria turística se cuenta con atractivos naturales, históricos y culturales a los cuales les hace falta más promoción y difusión así como comunicación e infraestructura hotelera.

Respecto de la educación se puede comentar que se ha abatido en forma considerable el analfabetismo y que se están cubriendo las necesidades de educación primaria y un 90% de la educación preescolar y secundaria, así mismo se amplía la educación en bachillerato media y profesional. En cuanto a la alimentación, la población general sigue careciendo de los alimentos básicos al menos en un 40% de ahí que persistan niveles de desnutrición en la periferia de los principales centros de población y en el área rural.

significativos, ubicando al Estado en el 3er lugar nacional en recibir remesas del exterior.

Gráfico 9  
San Luis Potosí  
Índices promedio de rezago social por microrregiones 2005



11 INEGI, 2009. Censo Agropecuario 2007.

## 2.2.1 Desarrollo y rezago social

En el contexto nacional, el Estado está considerado con un alto grado de rezago social, medido por indicadores de alfabetización, educación, salud, vivienda, acceso a servicios públicos y hacinamiento. Sin embargo, al interior de la entidad se presenta una gran variabilidad de índices dependiendo de la ruralidad de la localidad: desde muy bajo hasta muy alto, es decir existen franjas de accesibilidad a bienes y servicios, considerados por el CONEVAL como satisfactorios que conllevan al desarrollo.

A pesar de los múltiples programas y recurso invertido en los municipios con alto grado de marginación el estado en 15 años no ha podido incidir en disminuir el rezago, ya que persiste catalogado como de alta marginación.

Tabla No. 9  
San Luis Potosí

Entidad federativa	Indicadores de rezago social (porcentaje)															
	Viviendas que no disponen de excusado o sanitario				Viviendas que no disponen de agua entubada de la red pública				Viviendas que no disponen de drenaje				Viviendas que no disponen de energía eléctrica			
	2000	2005	2010	2015	2000	2005	2010	2015	2000	2005	2010	2015	2000	2005	2010	2015
Nacional	14.12	9.90	4.66	2.83	15.68	11.05	11.28	5.10	21.90	11.67	8.96	6.08	4.96	6.12	1.82	1.02
Aguascalientes	6.04	4.53	1.73	1.10	3.29	2.37	2.02	0.82	5.05	2.39	1.66	0.97	2.06	2.84	0.66	0.36
Baja California	6.12	11.19	2.08	1.25	10.62	5.36	4.67	2.75	18.12	7.81	5.77	3.13	2.83	10.59	1.10	0.67
Baja California Sur	8.20	10.01	2.57	1.65	12.91	12.64	11.77	6.77	19.43	8.22	5.60	3.07	5.40	9.16	3.09	1.38
Campeche	19.03	12.69	7.67	4.94	19.90	14.43	14.90	6.38	36.21	18.69	13.98	7.63	8.78	6.98	3.06	1.88
Coahuila	6.30	5.11	2.08	1.26	6.54	3.90	3.20	1.77	16.53	7.49	4.31	2.40	1.86	3.16	0.71	0.41
Colima	5.82	6.51	1.52	0.98	6.02	2.80	2.64	1.09	6.76	1.12	1.06	0.73	2.55	5.18	0.78	0.56
Chiapas	23.02	12.99	6.23	3.58	31.99	27.22	26.04	12.65	37.73	20.76	15.97	10.93	12.10	9.17	3.68	2.33
Chihuahua	9.27	9.67	3.52	1.83	8.04	6.11	5.07	2.28	14.85	7.73	6.46	4.18	6.07	9.04	3.28	1.64
Distrito Federal	8.66	5.47	1.09	0.72	3.12	1.83	2.44	0.97	1.83	0.43	0.30	0.17	0.47	4.47	0.09	0.05
Durango	16.12	11.68	7.11	4.18	10.03	8.49	7.06	2.86	26.48	14.49	10.67	7.16	6.41	5.41	3.57	2.22
Guerrero	19.27	13.02	7.62	4.25	11.70	7.22	8.05	3.97	23.72	12.56	8.99	5.60	3.79	3.83	1.58	0.77
Guerrero	36.89	29.22	19.52	12.96	40.13	34.46	37.74	15.14	46.44	30.12	22.55	16.28	10.67	8.52	4.18	2.48
Hidalgo	22.07	13.04	7.70	4.32	20.45	13.86	12.72	5.94	34.28	18.32	14.09	8.64	8.09	6.16	2.87	1.40
Jalisco	7.53	7.34	2.37	1.39	10.78	6.30	5.34	1.71	8.26	2.99	2.06	1.21	2.80	5.17	0.83	0.37
México	15.56	10.81	4.02	2.44	10.13	6.44	7.81	3.76	13.69	6.58	5.26	3.35	2.10	6.32	0.81	0.41
Michoacán	14.43	9.57	4.96	3.20	17.40	11.05	11.82	4.18	25.33	13.19	10.76	6.97	4.65	4.75	1.75	0.91
Morelos	13.07	8.95	3.17	1.90	13.92	9.89	12.39	5.63	15.01	5.78	4.43	2.39	2.04	5.68	0.97	0.57
Nayarit	12.60	9.02	5.41	4.43	15.23	9.91	11.68	3.91	19.77	7.34	5.62	4.64	4.61	5.67	3.04	2.07
Nuevo León	4.35	4.83	2.27	0.74	6.47	4.37	3.08	1.40	9.22	3.58	2.64	1.58	1.47	3.70	0.39	0.17
Oaxaca	22.18	10.08	5.41	3.40	34.53	28.04	30.10	12.82	54.41	35.54	28.35	23.90	12.67	9.29	5.23	3.16
Puebla	16.78	9.78	4.60	2.38	22.72	15.15	16.17	6.65	34.43	18.12	12.31	8.25	5.21	5.41	1.86	1.01
Querétaro	19.74	13.96	7.24	3.77	11.80	9.07	8.07	3.16	24.29	11.78	8.42	4.20	6.00	6.48	2.06	0.77
Quintana Roo	14.17	18.28	5.16	2.28	10.04	5.42	8.16	2.59	16.31	6.61	4.87	2.53	4.68	15.95	2.05	1.19
San Luis Potosí	13.33	8.09	5.16	3.15	23.85	17.39	16.79	10.30	37.92	22.43	18.65	13.15	11.54	7.05	4.13	2.51
Sinaloa	14.27	10.94	5.12	3.50	15.07	9.22	9.61	3.10	25.71	11.41	7.82	5.54	3.74	5.78	1.22	0.64
Sonora	6.53	6.83	2.88	2.05	8.41	5.62	5.55	2.67	20.82	11.81	9.65	6.57	3.89	5.62	1.89	1.35
Tabasco	12.11	8.01	4.54	3.05	30.72	24.23	26.11	9.84	14.65	5.28	4.19	2.48	6.05	4.40	1.37	0.57
Tamaulipas	7.21	5.94	2.57	1.16	9.72	5.79	4.84	2.61	25.67	14.99	11.52	8.03	5.40	6.92	1.77	0.95
Tlaxcala	14.15	8.93	4.57	2.46	9.75	3.45	4.36	1.27	17.79	8.70	5.36	3.08	2.85	3.27	1.20	0.61
Veracruz	15.68	7.35	3.90	2.50	33.87	25.74	23.61	13.05	32.18	19.13	15.62	11.38	10.61	6.37	3.15	1.84
Yucatán	24.10	20.47	13.36	10.37	10.43	6.23	5.52	1.83	41.56	26.98	19.47	12.34	4.65	5.86	2.02	1.31
Zacatecas	23.06	13.69	8.50	5.06	16.44	7.67	8.30	3.17	29.75	14.27	10.09	6.42	4.47	3.47	1.53	0.75

Fuente: estimaciones del CONEVAL con base en los ITER 2000, 2005 y 2010 y la EI 2015.

Algunos de ellos distorsionan la realidad porque están determinados para una vida urbanizada como es la posesión de una lavadora eléctrica o un sanitario en vez de una letrina, energía eléctrica en vez de celdas solares o energías alternativas, alcantarillado en vez de drenaje a fosa séptica, acciones que aun cuando no representan el “grado de urbanidad”, si mejoran la calidad de vida de una familia y de una comunidad.

La carencia de viviendas sigue siendo un problema para la población de menos recursos en donde el hacinamiento es común debido al encarecimiento de los materiales para la construcción y carestía del suelo urbano. Es importante señalar que la falta de planeación urbana ha proporcionado la incorporación de zonas agrícolas a los centros de población provocando deterioro del equilibrio ecológico. En la actualidad se ha agudizado el problema del abastecimiento de agua a la población de las áreas urbanas y rurales, ya que la demanda se ha visto incrementada debido al crecimiento de los asentamientos humanos y las actividades productivas lo cual tiende a agotar los mantos acuíferos así como la contaminación de los mismo en una forma alarmante.

Como es de esperarse no solamente los servicios públicos son un problema, sino que también lo es el llevar las prestaciones para que la población pueda contar con una vivienda digna, y que cuente con los espacios suficientes para no crear violencia intrafamiliar, por falta de espacios para los integrantes, pese a los esfuerzos del estado para mejorar la vivienda de la población de tal forma que en 25 años se han mejorado las condiciones de vida de la gente como se aprecia en el siguiente cuadro.

**Tabla No. 10**  
**Comportamiento de los servicios públicos 1990-2015**  
**San Luis Potosí**

Concepto	1990	1995	2000	2005	2010	2015	% Incremento o reducción (1990)
Vivienda	379,336	441,111	489,828	551,617	631,336	639,089	68.47
Agua entubada	253,159	333,248	372,992	452,521	545,330	552,173	118.11
Energía eléctrica	276,946	366,850	433,295	518,227	603,636	603,636	117.96
Piso de tierra	108,174	107,360	105,490	98,176	55,138	55,601	-48.6
Analfabetismo	279,863	308,849	286,370	269,395	236,978	217,525	-22.27
Con algún tipo de drenaje	184,809	251,516	304,087	125,051	509,117	509,117	175.48

Fuente: Censos y conteos INEGI 1990-2010- Encuesta 2015

La falta de éstos servicios, así como el nivel sociocultural bajo e inaccesibilidad en la prestación de los mismos; son factores preponderantes, aunque no determinantes para la elevada incidencia y prevalencia de enfermedades infecciosas que tienen como puerta de entrada la vía digestiva y respiratoria con las consecuencias lógicas en la salud de la población.

La adecuada disposición de los desechos es uno de los principales elementos para preservar la salud en la población, de otra manera es fácil la diseminación de las enfermedades por la exposición de los mismos; al aire, lluvia y otros medios propios del hábitat donde el hombre se desenvuelve, ejemplo clásico de enfermedades que atacan a la población por un mal manejo de los desechos son: fiebre tifoidea, amibiasis intestinal, hepatitis, helmintiasis y otros parásitos, la manera más adecuada desde el punto de vista sanitario para evitar este tipo de padecimientos es, disponer adecuadamente de los desechos humanos que son potencialmente transmisores de múltiples enfermedades, así como la utilización de métodos eficaces de ingeniería sanitaria para su adecuada eliminación.

En la actualidad al saneamiento básico deficiente se agrega un gran deterioro del medio ambiente como consecuencia del incremento en la actividad industrial, vehicular, contaminación continua de los cuerpos de

agua superficiales y subterráneos con desechos biológicos e industriales, así como la contaminación del suelo por el uso inadecuado de fertilizantes y plaguicidas.

Tabla 11  
Indicadores de Rezago Social en San Luis Potosí  
2000 - 2015

Concepto	2000	2005	2010	2015
Índice de rezago social	0.63016	0.30870	0.48524	0.61101
Grado de rezago social	Alto	Alto	Alto	Alto
Lugar que ocupa en el contexto nacional	7	10	8	7

Fuente: CONEVAL 2015

Sin embargo y pese a las acciones y políticas públicas para disminuir el rezago, se observa que en cuanto el estado mejora sus condiciones de empleo, rezago social, por lo que en quince años de inversiones, el estado retrocedió al séptimo lugar y persiste con su evaluación de alto rezago social.

### 2.2.2 Distribución del ingreso e índices de pobreza

Las diferencias territoriales están en función de las variables de ruralidad, vocación del suelo, actividad productiva y especialización de la producción; encontrando que la Huasteca Sur no solo es la más pluriactiva sino que es aquella que más combina en forma no especializada la actividad agropecuaria y forestal con otras actividades como el comercio, la producción de artesanía el turismo ecológico la que más capta subsidios gubernamentales como transferencia de ingresos y la que más se acerca al concepto de multifuncionalidad de la economía campesina.

Gráfico 10  
San Luis Potosí  
Pobreza alimentaria y de capacidades por microrregión (%)



Fuente: Elaborado con la base de datos de CONEVAL 2007

La microrregión con mayor especialidad por el origen en la generación del ingreso -y de las condiciones naturales de planicie- es la Huasteca Norte, que deriva el 50% de su ingreso de la explotación ganadera combinando con otras actividades como la industria (14%) y el comercio; en contraposición los territorios con menor actividad agropecuaria y forestal son los que más reciben transferencias de ingresos del gobierno mezclado con otras actividades no agropecuarias como es la región Centro.

El uso de los recursos en los hogares se ha utilizado como un indicador general de bienestar; en particular, se propuso que los hogares que debieron destinar un porcentaje elevado de sus gastos a alimentos se encontraban en condiciones de fragilidad. En la misma lógica, un mayor gasto en salud pudo significar una

condición de vulnerabilidad;<sup>12</sup> En San Luis Potosí, los hogares informaron destinar 58.4% del gasto total a la compra de alimentos, porcentaje mayor al informado para el país, en promedio, de 54.1%. En términos del gasto en salud, frente a un promedio nacional de 4.2%, la cifra informada por los hogares en la entidad fue menor, al llegar a 3.4%.

En San Luis Potosí, la estimación indica que 48.3% de los individuos vive en condiciones de pobreza de acuerdo con el indicador multidimensional, cifra muy cercana al 49.0% estimado para el país; de los indicadores de carencias sociales, la aproximación estimada de la falta de acceso a la seguridad social fue la carencia más prevalente en la población del estado, con 64.5%. Por lo que se refiere a la carencia de acceso a servicios de salud, la ENSANUT 2012 identificó a 14.8% de la población de la entidad en esta condición

Por otro lado, se han establecido industrias manufactureras intensivas en capital con alto desarrollo tecnológico, como es el caso de las ramas de electrónica y de autopartes para la exportación, lo que explica el hecho de que se mantenga casi estable la generación de empleos en el sector manufacturero -en el período de análisis-; mejorando marginalmente los estipendios, en la década presente: un 5% de la población económicamente activa ingresó al rango de más de dos salarios mínimos.

El ingreso de las familias rurales se analiza mediante la correlación ingreso y satisfacción de necesidades básicas, es decir si el ingreso corriente (pesos de 2005) per cápita es suficiente para adquirir la canasta básica, así como realizar los gastos necesarios en salud, vestido, vivienda, transporte y educación<sup>13</sup>; dicha relación muestra tan solo una tendencia de las desigualdades generadas por la distribución del ingreso al 2005 que para el 2010, habría que sumar los efectos del aumento de precios de los alimentos producidos en el mercado nacional y los efectos de la depreciación del tipo de cambio sobre los alimentos que se importan (alrededor del 35%); provocando pobreza alimentaria<sup>14</sup>

En el Estado, según CONEVAL (2007), dos tercios de la población total se encuentra bajo condiciones de pobreza patrimonial<sup>15</sup> y más de un tercio está en pobreza extrema por su incapacidad de abastecer los alimentos necesarios para su subsistencia, aún a pesar de las transferencias de renta realizadas por la políticas públicas distributivas (Programas como Oportunidades, Abasto rural, etc).

**Gráfico 11**  
**San Luis Potosí**  
**Indicadores de Bienestar, ENSANUT 2012**

Carencia por rezago educativo	22.8
Carencia por acceso a los servicios de salud	14.8
Carencia por acceso a la seguridad social	64.5
Carencia por calidad y espacios en la vivienda	12.5
Carencia por acceso a los servicios básicos en la vivienda	23.9
Línea de bienestar	61.6
Línea de bienestar mínimo	30.3
Pobreza multidimensional	48.3

Nota: Los valores que se presentan en los indicadores de carencia por acceso a los servicios de salud y carencia por acceso a la seguridad social podrían tener diferencias mínimas respecto a los datos que se presentan en la figura 1.3 debido a las aproximaciones a un solo decimal.

<sup>12</sup> Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012

<sup>13</sup> Aunque la totalidad del ingreso del hogar fuese utilizado exclusivamente para la adquisición de dichos bienes y servicios CONEVAL (2007). Informe Ejecutivo de Pobreza México.

<sup>14</sup> **Pobreza alimentaria:** Incapacidad para obtener una canasta básica alimentaria, aun si se hiciera uso de todo el ingreso disponible en el hogar para comprar sólo los bienes de dicha canasta.

<sup>15</sup> **Pobreza patrimonial:** Incapacidad para obtener una canasta básica alimentaria, aun si se hiciera uso de todo el ingreso disponible en el hogar para comprar sólo los bienes de dicha canasta.

Tabla 12  
Indicadores de Rezago Social en San Luis Potosí  
según zona COPLADE  
2000 -2015

Zona	Índice de rezago social				Grado de rezago social			
	2000	2005	2010	2015	2000	2005	2010	2015
Altiplano	0	-0.23398	-0.19314	0	Media	Media	Bajo	Media
Centro	0	-0.29927	-0.27874	0	Media	Media	Bajo	Bajo
Huasteca	0	0.38096	0.34387	1	Alto	Alto	Media	Alto
Media	0	-0.05419	-0.06125	0	Media	Bajo	Bajo	Medio
Estatal	<b>0.63016</b>	<b>0.30870</b>	<b>0.48524</b>	<b>0.61101</b>	<b>Alto</b>	<b>Alto</b>	<b>Alto</b>	<b>Alto</b>

Fuente: CONEVAL 2015

Como es de observarse la zona con mayor rezago social es la huasteca, quien lleva al estado a permanecer con alto grado de marginación.

Las desigualdades se profundizan en las zonas eminentemente rurales, donde muchos de sus habitantes no consiguen percibir ni un salario mínimo al día, como es en la Huasteca Centro y la Huasteca Sur donde se concentra el 35% de toda la población rural del Estado, alcanzando proporciones inigualables de pobreza patrimonial: casi del 85% de la población. Si aislamos, en estos dos territorios la población rural de la urbana, metodológicamente, a simple vista encontramos que en la Huasteca Sur, donde vive más del 50% de la población indígena del Estado, en municipios eminentemente rurales como San Martín Chalchicuautla el 90% de la población entra en la categoría de pobreza extrema por su ingreso, amenazando su ingesta de alimentos y su salud, ó Tampacán, que casi el 70% no tiene asegurado el alimento, o Xilitla y Matlapa, que tienen proporciones de pobreza multidimensional de casi el 85%.

En la Huasteca Centro, donde el 60% vive en localidades menores de 500 habitantes y el 70% son indígenas, los índices territoriales de riesgo alimenticio llegan al 60% de la población y la pobreza patrimonial a niveles inconcebibles -el 85% de su población-, situación que se agudiza en municipios como Tanlajás y Aquismón que superan el promedio territorial (92 y 89%, respectivamente). San Vicente Tancuayalab, Tamasopo y Tanquián de Escobedo -en la Huasteca Norte- son localidades que están por encima de la media ponderada de la microrregión, alcanzando tasas del orden del 50% en riesgo alimentario y en el otro extremo, están las localidades más urbanizadas donde la población tiene más acceso a las políticas redistributivas del Estado, como es Ciudad Valles que tiene un 20% de población con pobreza alimentaria.

La microrregión Centro, si bien no presenta las condiciones de distribución del ingreso de la huasteca, tiene grandes diferencias entre campo y ciudad, llegando la brecha alimentaria a un 37% y la patrimonial a un 40%. Explicado, en parte, por el acceso que tienen los "ciudadinos" a los programas de redistribución del ingreso o acceso a servicios de salud y educación pública, indicando que las políticas públicas compensatorias también están concentradas, generando condiciones de desigualdad entre los pobres. Según la página web del CONEVAL, consultada en 2010; los municipios que están en pobreza extrema -de

todo tipo- son Matlapa, Xilitla, Tanlaajás, Tampamolón Corona, Santa Catarina, Huehuetlán, Coxcatlán, Tancanhuitz y Aquismón.

Muchos de los habitantes que se encuentran sobre la línea de pobreza reportan dedicarse a una combinación de actividades, lo que induciría a pensar que los hogares rurales podrían estar relativamente mejor protegidos de los ciclos económicos, por su pluriactividad, que los hogares urbanos. Pero también es cierto, que están más desprotegidos de las políticas públicas redistributivas.

Es menester señalar que la pobreza alimentaria, aun cuando no se tiene un ingreso para comprar la canasta básica, sí se cuenta con programas de diferentes dependencias, los cuales apoya para la producción de huertos familiares, granjas de traspatio de especies menores, así como apoyos de amaranto, y sobre todo el suplemento nutricional que si bien no es un alimento, si es un aporte de nutrientes para la población.

## 2.3 Daños a la Salud

### 2.3.1 Morbilidad

Las causas de enfermedad en el Estado han cambiado paulatinamente conforme los servicios públicos como agua potable intradomiciliaria y vivienda digna (piso y techo de cemento, ventanas, mayor número de cuartos, fogón en alto, letrinización en cualesquiera de sus formas), a la par que se han fortalecido los servicios de salud, al contar con actividades dirigidas a las acciones de promoción y prevención para la salud a toda la población, lo que ha permitido que las enfermedades “de la pobreza” como son las parasitarias y helmintiasis comiencen a ocupar los últimos lugares en la incidencia de la morbilidad en el estado como lo demuestra el cuadro.

Tabla No. 13  
Estado de San Luis Potosí  
10 Principales Causas de Morbilidad Estatal  
Comparativo 1989 – 2017

No.	1989		DIAGNÓSTICO			
		Tasa*	2016	Tasa**	2017	Tasa**
7	Enfermedades Respiratorias Agudas	9,567	Infecciones respiratorias agudas	22,358	Infecciones respiratorias agudas	26,135
2	Enteritis y otras enfermedades diarreicas	1,934	Infección de vías urinarias	4,170	Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	5,143
3	Amibiasis	1,207	Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	3,704	Infección de vías urinarias	4,528
4	Áscaris	459	Gingivitis y enfermedades periodontales	1,791	Gingivitis y enfermedad periodontal	1,494
5	Hipertensión Arterial	286	Úlceras, gastritis y duodenitis	1,258	Úlceras, gastritis y duodenitis	1,465
6	Oxiuriasis	242	Otitis media aguda	882	Otitis media aguda	1,295
7	Sarna	234	Conjuntivitis	749	Conjuntivitis	1,162
8	Angina Estreptocócica	204	Obesidad	630	Obesidad	826
9	Giardiasis	203	Vulvovaginitis aguda	487	Vulvovaginitis	606
10	Parasitosis sin otra especificación	199	Hipertensión arterial	413	Hipertensión arterial	438
	Tasa General	11,352	Tasa General	22,352	Tasa General	46,637

\* Tasa por 100,000 Hab. Fuente: Anuarios de Morbilidad, SUIVE (cierre 2017)

Como puede observarse en la morbilidad las causas de enfermedad presentes en el 2017 a 28 años de distancia son completamente diferentes, a excepción de las infecciones respiratorias agudas que continúan en el primer lugar

En 1989 las enfermedades parasitarias eran las principales causas de morbilidad, sin embargo para el año 2017, no existen dentro de las primeras diez causas, sin embargo las enfermedades infecciosas persisten y aquellas que tiene que ver con estilos de vida y hábitos higiénico dietéticos comienzan a ganar lugares en las principales causas de morbilidad general.

Es importante mencionar que la obesidad se encuentra ya dentro de las diez principales causas de morbilidad, lo que provoca una mayor difusión en los programas del sector salud, que atacan este tipo de problemática en salud en la población.

### 2.3.2 Morbilidad por etapa de la vida

Tabla No. 14  
Estado de San Luis Potosí  
Principales Causas de Morbilidad Según Menores de 14 años  
2017

Padecimiento	Menor de 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14
Infecciones respiratorias agudas	58,905	143,127	99,751	64,385
Infecciones intestinales por otros organismos y las mal	7,338	25,704	17,072	12,034
Infección de vías urinarias	544	3,848	5,826	4,763
Gingivitis y enfermedad periodontal	11	490	2,003	3,038
Úlceras, gastritis y duodenitis	1	0	273	3,094
Otitis media aguda	837	5,167	5,544	4,071
Conjuntivitis	1,962	4,481	3,776	2,523
Obesidad	34	316	783	1,096
Vulvovaginitis	4	43	78	193
Hipertensión arterial	0	0	0	0
Diabetes mellitus insulino dependiente (Tipo I)	0	2	2	16
Asma	185	1,300	1,129	642
Accidentes de transporte en vehículos con motor	16	90	123	215
Amebiasis intestinal	119	881	937	711
Insuficiencia venosa periférica	0	0	0	0
Candidiasis urogenital	0	8	5	54
Neumonías y bronconeumonías	704	974	238	113
Varicela	219	1,287	1,787	513
Mordeduras por perro	1	314	551	491
Depresión	0	0	3	72
Otras infecciones intestinales debidas a protozoarios	113	510	482	387
Desnutrición leve	699	1,261	357	204
Escabiosis	129	363	354	278
Quemaduras	17	224	121	145
Otras helmintiasis	15	410	440	219
Intoxicación alimentaria bacteriana	37	214	301	214
Hiperplasia de la próstata	0	0	0	0
Herida por arma de fuego y punzocortantes	1	27	53	100

Fuente: SUIVE 2017 Tasa por 100,000 hbs

Como puede observarse las infecciones respiratorias e intestinales y de vías urinarias, son las principales causas de morbilidad, así como las afecciones periodontales y úlceras. Como puede observarse la transición epidemiológica se encuentra presente con gran incidencia desde los primeros años de vida de los potosinos.

Es necesario señalar que la obesidad presenta problemas desde la infancia, lo que provoca problemas de elevadas incidencias de diabetes mellitus desde la adolescencia.

Por otro lado los accidentes en vehículo de motor, son un problema en los menores de 14 años, lo que de no ser atendidos adecuadamente, generaran personas con problemas de discapacidad que no tendrán acceso a fuentes formales de trabajo.

**Tabla No. 15**  
**Estado de San Luis Potosí**  
**Principales Causas de Morbilidad Según edad de 15 a 49 años**  
**2017**

Padecimiento	15 a 19	20 a 24	25 a 44	45 a 49
Infecciones respiratorias agudas	46,503	45,807	115,526	37,701
Infección de vías urinarias	11,677	15,501	38,237	10,518
Infecciones intestinales por otros organismos y las mal	9,983	11,705	27,036	8,275
Úlceras, gastritis y duodenitis	3,957	4,835	11,970	4,328
Gingivitis y enfermedad periodontal	4,619	4,541	11,762	3,946
Otitis media aguda	3,304	3,188	6,489	2,375
Vulvovaginitis	1,892	3,112	7,861	1,610
Obesidad	975	1,778	8,984	2,546
Conjuntivitis	2,088	2,511	6,771	2,066
Accidentes de transporte en vehículos con motor	819	974	2,800	364
Diabetes mellitus insulino dependiente (Tipo I)	55	171	2,746	1,841
Hipertensión arterial	5	98	2,564	1,854
Candidiasis urogenital	521	967	2,510	453
Edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, parto y puerperio	370	539	1,256	10
Amebiasis intestinal	490	391	901	312
Asma	421	295	1,024	344
Depresión	218	218	965	420
Displasia cervical leve y moderada	69	272	1,287	181
Insuficiencia venosa periférica	3	25	1,113	668
Mordeduras por perro	399	299	824	218
Otras infecciones intestinales debidas a protozoarios	370	395	423	307
Quemaduras	153	227	768	139
Comp. Cons. al Aborto, al embarazo ectópico	262	320	635	15
Herida por arma de fuego y punzocortantes	297	274	526	96
Tricomoniasis urogenital	111	231	690	85
Escabiosis	174	154	406	143
Intoxicación alimentaria bacteriana	260	319	756	212
Neumonías y bronconeumonías	75	96	400	189
Otras helmintiasis	121	112	360	98
Violencia intrafamiliar	102	129	378	63

Fuente: SUIVE 2017

En el grupo de 15 a 49 años de igual forma las infecciones respiratorias, intestinales y urinarias se encuentra en las primeras tres causas de morbilidad, sin embargo las enfermedades crónico degenerativas, así como complicaciones del embarazo y heridas por arma de fuego, accidentes con vehículo de motor, se encuentran

ocasionado problemas de salud, por otro lado la depresión y la violencia familiar, se encuentran ya como causa de consulta.

**Tabla 16**  
**Estado de San Luis Potosí**  
**Principales Causas de Morbilidad Según 50 años y más**  
**2017**

Padecimiento	50 a 59	60 a 64	65 y más
Infecciones respiratorias agudas	52,796	24,080	40,178
Infección de vías urinarias	15,060	6,823	14,429
Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	10,771	4,899	8,598
Úlceras, gastritis y duodenitis	5,465	2,514	4,424
Gingivitis y enfermedad periodontal	5,110	2,540	3,612
Hipertensión arterial	3,001	1,509	3,205
Obesidad	3,634	1,263	1,632
Conjuntivitis	2,747	1,203	2,301
Diabetes mellitus insulino dependiente (Tipo I)	3,049	1,222	1,938
Otitis media aguda	2,478	1,191	1,471
Insuficiencia venosa periférica	1,308	765	1,526
Vulvovaginitis	1,290	481	359
Neumonías y bronconeumonías	400	265	1,161
Hiperplasia de la próstata	336	351	1,067
Depresión	714	347	675
Asma	524	276	442
Enfermedad isquémica del corazón	251	187	509
Amebiasis intestinal	397	192	318
Accidentes de transporte en vehículos con motor	496	150	245
Mordeduras por perro	369	142	368
Enfermedad cerebrovascular	133	123	597
Otras infecciones intestinales debidas a protozoarios	298	199	143
Candidiasis urogenital	392	100	114
Quemaduras	229	86	113
Escabiosis	158	82	156
Otras helmintiasis	162	79	151
Displasia cervical leve y moderada	270	63	39
Intoxicación alimentaria bacteriana	266	101	162
Enfermedad de Parkinson	29	23	185
Influenza	113	23	71
Fuente: SUIVE 2017			

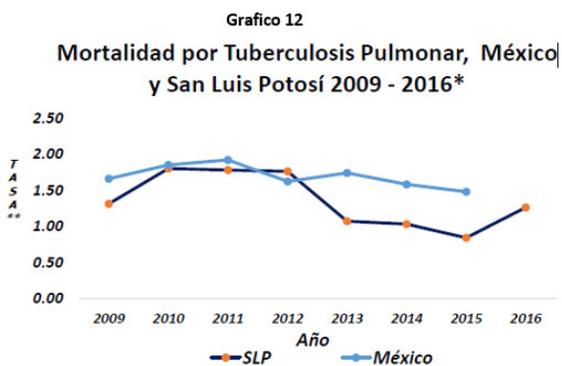
Como puede observarse las infecciones de vías respiratorias, urinarias e intestinales son las primeras tres causas de morbilidad, sin embargo las enfermedades crónico degenerativas y mentales se encuentra en este grupo de edad, sin embargo el mosaico de enfermedades que presenta este grupo es interesante, ya que conviven enfermedades infecciosas, parasitarias, mentales, crónico degenerativas, por accidentes, por quemaduras y por transmisión sexual, todas estas patologías son de consideración epidemiológica.

Cabe resaltar que en el patrón epidemiológico se observan enfermedades reemergentes como las enfermedades transmitidas por vector afectando para el 2016 prácticamente a todo el estado con una mayor endemicidad en la zona huasteca, y la Tuberculosis pulmonar, aun cuando no es una enfermedad de alta magnitud, si es de gran trascendencia y vulnerabilidad para el estado, dado que están asociadas a las condiciones de hacinamiento, situación encontrada en un gran porcentaje en la población. Como puede observarse la tasa de incidencia para el 2017.

Tabla No. 17  
Tasa comparativa de Morbilidad por tuberculosis en mayores de 15 años según región San Luis Potosí

Concepto	Año	Altiplano	Media	Centro	Huasteca
Morbilidad por Tb pulmonar en mayores de quince años	1990	27.81	47.43	26.14	128.96
	2010	20.19	19.75	10.01	48.96
	2015	4.82	16.06	8.01	29.11
	2016	7.74	12.39	42.35	87.30
	2017	3.01	9.87	27.12	12.73

Fuente: Histórico Epi-1-85, SUIVE 2010 tasa por 100,000 Hab. (Cierre 2017)



Es necesario resaltar que existe un repunte de casos en las áreas urbanas, lo cual puede inferirse como patología concomitante con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, o bien de migración de los países centroamericanos en donde esa población se asiente en la ciudad capital y la cual presenta patologías sin atenderse, que finalmente llegan a diseminarse en el país.

sin embargo en la zona media se observa una ligera disminución en la tasa de morbilidad por

tuberculosis pulmonar, para esta patología específicamente existe el Programa de Micobacteriosis, el cual realiza detección oportuna y temprana, dotación de medicamento supervisado a los pacientes que la presentan, mejoramiento de la vivienda y sensibilización de los pacientes y familiares; sin embargo en la zona huasteca el impacto en la disminución no es relevante, derivado de la falta de continuidad en el tratamiento, que puede ser multicausal, desde la falta de vigilancia de personal de salud, hasta la negligencia del paciente en la ingesta del medicamento, que pese a ser tratamientos acortados, si es un tiempo prolongado. Como se observa en la tabla, la tasa de morbilidad parece incrementarse en la zona altiplano, centro y huasteca no así en la zona media en donde se observa un decremento sostenido desde el año 2010. Como puede observarse la tuberculosis presenta un repunte en San Luis Potosí, a pesar de eso, nos encontramos por debajo de la media nacional.

El surgimiento de nuevas enfermedades como el VIH/SIDA que presenta un incremento en el número de casos en los últimos 8 años (176 en 2017 y Sida 96) y la influenza AH1N1 las cuales de no atenderse a tiempo son altamente incapacitantes y letales en un corto tiempo, no tanto por la enfermedad en sí, sino por las complicaciones que presentan. Es menester señalar que derivado de la epidemia registrada en el 2009, la población tiene mejores prácticas de higiene, y adquirió o modificó hábitos con lo cual se ha disminuido la propagación de cepas altamente patógenas, sin embargo la influenza estacional parece incrementarse.

El impacto logrado en la eliminación y/o reducción de algunos padecimientos transmisibles, como son las enfermedades prevenibles por vacunación, sin embargo se han presentado 99 casos de reacciones adversas a la vacunación.

A pesar de haber contenido y mantenido sin casos de paludismo al estado, en el año 2017 se han presentado 5 casos, lo que permite analizar las estrategias y determinar en donde fallaron para volver a controlar y evitar la transmisión por este vector.

En cuanto a la rabia, no se han presentado casos de rabia en humanos transmitida por perros desde el año de 1996, sin embargo en los últimos 5 años ha tomado gran interés la rabia en animales de interés pecuario sobre todo en la región media y región huasteca donde se han presentado focos rábicos en varios municipios.

En San Luis Potosí de acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006, se observa que en los niños menores de 5 años, el 3.2% presentó bajo peso, 9.1% tuvo baja talla y poco más del 1% presentó desnutrición aguda. La distribución según el tipo de localidad de residencia, indica que la baja talla es mayor en las localidades rurales (14.3%) que en las urbanas (5.9%), mientras que el bajo peso presenta similar distribución en ambas localidades: 3.2% para urbanas y 3.3% en rurales.

Por otro lado, la obesidad en la población escolar es un problema de salud pública que se tiene que atender, ya que representa un 9% en esta población, debido prioritariamente a la falta de ejercicio en la escuela y casa, dados los hábitos adquiridos en cuanto a televisión, computadora y juegos electrónicos, aunado a la ingesta de comida chatarra, resultados relacionados con la encuesta nacional de salud del 2016, en donde se observa un incremento en la obesidad y sobrepeso de la población en todos los grupos de edad.

**Tabla No. 18**  
**Tasa comparativa de Regiones de San Luis Potosí**  
**Principales Causas de Morbilidad en la Población General 2017**

No.	Diagnóstico	Estatal	Altiplano	Centro	Media	Huasteca
1	Infecciones respiratorias agudas	26,424.58	31,588.28	28,465.63	21,161.81	22,524.02
2	Infecciones intestinales por otros organismos y las	5,200.25	5,800.51	6,718.44	4,183.58	3,454.85
3	Infección de vías urinarias	4,578.61	5,399.84	4,542.78	2,496.28	4,249.91
4	Gingivitis y enfermedad periodontal	1,511.01	2,831.42	1,324.11	993.11	1,453.03
5	Úlceras, gastritis y duodenitis	1,481.61	1,937.61	1,386.93	1,224.05	1,545.00
6	Otitis media aguda	1,309.52	1,081.08	1,544.38	1,096.63	1,076.31
7	Conjuntivitis	1,175.28	1,228.14	1,290.02	586.92	1,173.23
8	Obesidad	835.46	585.31	816.71	871.15	966.21
9	Vulvovaginitis	613.62	866.51	495.47	653.53	695.27
10	Hipertensión arterial	443.67	384.23	472.94	332.40	460.73
11	Diabetes mellitus no insulín dependiente (Tipo II)	380.76	276.21	430.59	273.30	379.99
12	Asma	238.66	124.75	202.81	290.73	332.90
13	Accidentes de transporte en vehículos con motor	228.15	199.02	325.73	61.83	131.75
14	Amebiasis intestinal	204.83	316.14	173.21	177.30	221.89
15	Insuficiencia venosa periférica	196.09	134.73	208.12	394.92	126.14

Tasa por 100,000 Hab. Fuente: SUIVE 2017

Como se puede observar el panorama mórbido en el estado, es similar por región en lo que corresponde a las principales cinco causas, lo que nos demuestra una homogenización en el patrón de enfermedades, lo que nos determina para el sector salud que las acciones son de bajo costo y alto impacto. Sin embargo en la zona media la tasa de morbilidad por causa, parece descender, podría ser por falta de reporte o bien porque la población tiene un mejor estilo de vida.

Cuando se realiza el análisis de la morbilidad general comparando las cuatro regiones del Estado, observamos que es muy similar entre todas las regiones, predominando las enfermedades transmisibles como lo son las Infecciones Respiratorias Agudas, posteriormente vemos enfermedades no transmisibles relacionadas con el estrés y con los malos hábitos de una vida saludable como serían las Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus y otras no transmisibles como, Infecciones de Vías Urinarias, Enfermedades Diarreicas Agudas la Gingivitis y Enfermedad Periodontal el estado asmático y los accidentes de transporte en vehículos de motor, comienzan a hacer aparición dentro de las primeras causas de morbilidad.

**Tabla No. 19**  
**Tasa comparativa de Regiones de San Luis Potosí**  
**Principales Causas de Morbilidad en la Población de 0 a 9 años**

No.	Diagnóstico	Estatal	Altiplano	Centro	Media	Huasteca
1	Infecciones respiratorias agudas	54,832.85	71,884.16	57,570.49	49,080.42	44,737.34
2	Infecciones intestinales por otros organismos y las mal	9,105.53	10,334.96	11,197.13	5,526.10	6,437.01
3	Otitis media aguda	2,098.23	1,846.27	2,584.04	2,132.73	1,407.84
4	Infección de vías urinarias	1,856.57	2,507.33	2,043.73	1,238.19	1,481.08
5	Conjuntivitis	1,856.39	2,168.50	2,205.40	1,029.24	1,446.03
6	Varicela	598.33	633.40	818.34	348.84	314.24
7	Asma	474.95	224.04	430.10	476.63	661.04
8	Gingivitis y enfermedad periodontal	454.97	926.59	221.58	392.01	644.77
9	Desnutrición leve	367.39	423.19	429.33	246.95	284.82
10	Amebiasis intestinal	351.95	506.17	204.68	362.65	518.32
11	Neumonías y bronconeumonías	348.13	87.13	508.05	189.96	262.91
12	Obesidad	205.86	178.40	277.26	122.61	132.08
13	Otras infecciones intestinales debidas a protozoarios	200.77	110.64	221.96	89.80	247.26
14	Mordeduras por perro	157.35	265.53	156.29	119.16	123.95
15	Otras helmintiasis	175.70	106.49	108.68	70.80	290.46

Tasa por 100,000 Hab. Fuente: SUIVE 2017

Cuando se realiza el mismo análisis comparando las cuatro regiones del Estado, pero por grupo de edad, observamos que en el grupo de 0 a 9 años se ve un franco predominio de las enfermedades infecciosas, por ser una enfermedad prioritariamente de aparición en la infancia, la varicela se presenta en todas las zonas del estado aunque con una tasa mayor en la región altiplano.

**Tabla No. 20**  
**Tasa comparativa de Regiones de San Luis Potosí**  
**Principales Causas de Morbilidad en la Población de 10 a 24 años**

No.	Diagnóstico	Estatal	Altiplano	Centro	Media	Huasteca
1	Infecciones respiratorias agudas	19,340.67	20,788.17	21,879.23	14,759.61	16,006.28
2	Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	4,162.26	3,708.45	5,759.10	1,786.84	2,472.35
3	Infección de vías urinarias	3,942.44	5,326.27	3,922.56	3,669.70	3,473.56
4	Gingivitis y enfermedad periodontal	1,505.58	2,914.07	1,371.61	1,003.49	1,310.26
5	Úlceras, gastritis y duodenitis	1,467.07	1,808.15	1,457.04	872.34	1,557.93
6	Otitis media aguda	1,303.78	836.46	1,633.68	991.78	1,051.19
7	Conjuntivitis	878.81	784.36	1,001.93	399.29	885.49
8	Vulvovaginitis	641.46	866.51	524.91	701.39	723.29
9	Obesidad	475.08	326.57	480.55	453.15	538.74
10	Accidentes de transporte en vehículos con motor	247.84	293.51	317.26	94.85	164.39
11	Amebiasis intestinal	196.50	303.53	178.41	179.15	187.62
12	Candidiasis urogenital	190.33	293.51	132.55	310.30	200.77
13	Asma	167.62	79.14	137.09	217.79	240.66
14	Mordeduras por perro	146.76	201.35	183.45	57.38	92.49
15	Edema, proteinuria y trastornos hipertensivos	113.92	124.22	138.60	137.00	57.86

Tasa por 100,000 Hab. Fuente: SUIVE 2017

En el grupo de edad de 10 a 24 años de edad, las enfermedades infecciosas se presentan de manera prioritaria, es importante mencionar que a partir de este grupo de edad, la segunda causa de morbilidad son las enfermedades diarreicas, desplazando al cuarto sitio a las infecciones de vías urinarias, también observamos que los accidentes en vehículos de motor en las zonas centro y altiplano ocupan el décimo lugar, debido tal vez que los municipios que conforman dichas zonas son atravesados por las principales carreteras del país. Sin embargo las patologías relacionadas con el embarazo como edema, proteinuria y trastornos hipertensivos, son un problema de salud para la mujer.

Cabe hacer mención que la población de este grupo de edad, el cual ocupa el porcentaje de población más alto en todas las regiones del Estado, es el que menos frecuentemente acude a solicitar atención médica.

**Tabla No. 21**  
**Tasa comparativa de Regiones de San Luis Potosí**  
**Principales Causas de Morbilidad en la Población de 25 a 44 años**

No.	Diagnóstico	Estatad	Altiplano	Centro	Media	Huasteca
1	Infecciones respiratorias agudas	15,530.59	17,397.29	16,816.13	11,829.67	13,322.44
2	Infección de vías urinarias	5,140.34	7,606.63	4,621.85	5,326.79	4,991.62
3	Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	3,634.55	3,445.65	4,558.93	1,566.20	2,551.61
4	Úlceras, gastritis y duodenitis	1,609.17	2,268.00	1,475.68	1,418.47	1,647.65
5	Gingivitis y enfermedad periodontal	1,581.21	2,597.11	1,430.44	1,220.54	1,549.80
6	Obesidad	1,207.75	691.82	1,138.59	1,349.63	1,543.98
7	Vulvovaginitis	1,056.78	1,727.30	691.34	1,408.43	1,375.25
8	Conjuntivitis	910.25	865.33	876.56	446.05	1,173.19
9	Otitis media aguda	872.34	795.93	876.06	837.60	913.48
10	Accidentes de transporte en vehículos con motor	376.41	268.67	537.96	83.19	197.29
11	Diabetes mellitus	369.15	324.64	413.64	345.65	305.73
12	Hipertensión arterial	344.69	325.76	379.03	302.63	297.26
13	Candidiasis urogenital	337.43	488.08	204.17	503.42	483.98
14	Displasia cervical	173.02	216.05	126.34	315.53	197.82
15	Edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, parto y	168.85	189.19	182.94	197.93	119.01

Tasa por 100,000 Hab. Fuente: SUIVE 2017

En el siguiente grupo de edad de 25 a 44 años, se presenta en los primeros sitios lo que se ha mencionado en los grupos de edad anteriores: Las enfermedades infecciones respiratorias, enfermedades diarreicas e infecciones de vías urinarias, ya en este grupo encontramos a las enfermedades asociadas al sedentarismo, estrés y malos hábitos alimenticios, como las enfermedades digestivas, hipertensión arterial y diabetes mellitus dentro de las principales causas y es en este orden precisamente que se observan a partir de este grupo de edad, llamando fuertemente la atención esto, ya que la principal causa de mortalidad es la diabetes mellitus y no las complicaciones de la hipertensión. Así mismo aparecen dentro de las principales causas, displasia cervical y enfermedad hipertensiva del embarazo, lo que debe de sugerir estrategias dirigidas a disminuir estas causas y evitar cáncer cervicouterino y muertes maternas.

En el grupo de edad de 45 a 59, se observa un franco ascenso de enfermedades crónicas degenerativas, específicamente la hipertensión arterial y diabetes mellitus y llama fuertemente la

atención la presencia asma y estados depresivos. Este grupo de edad que ocupa el cuarto sitio en cuanto a porcentaje de población, ocupa el tercer lugar en cuanto a frecuencia con la que solicita una consulta médica. Sin embargo la depresión otrora una causa muy lejana de consulta, se encuentra ya en la decimotercera causa de atención.

**Tabla No. 22**  
**Tasa comparativa de Regiones de San Luis Potosí**  
**Principales Causas de Morbilidad en la Población de 45 a 59 años**

No.	Diagnóstico	Estatal	Altiplano	Centro	Media	Huasteca
1	Infecciones respiratorias agudas	25,614.99	26,797.66	29,438.25	17,823.27	21,424.69
2	Infección de vías urinarias	7,239.80	8,856.60	7,361.29	6,246.47	6,743.84
3	Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	5,390.93	5,294.36	7,531.30	2,017.68	2,987.38
4	Úlceras, gastritis y duodenitis	2,771.89	3,684.74	2,562.89	2,315.90	2,931.03
5	Gingivitis y enfermedad periodontal	2,563.28	5,054.27	2,294.08	1,523.33	2,404.14
6	Obesidad	1,749.24	1,467.53	1,604.82	2,001.56	2,018.60
7	Diabetes mellitus	1,384.10	1,077.98	1,582.42	900.03	1,344.42
8	Hipertensión arterial	1,374.20	1,212.73	1,526.71	865.10	1,364.19
9	Otitis media aguda	1,373.63	1,063.28	1,648.48	913.46	1,195.15
10	Conjuntivitis	1,362.31	1,259.28	1,536.47	585.69	1,389.89
11	Vulvovaginitis	820.84	1,026.53	803.56	671.66	822.47
12	Insuficiencia venosa periférica	559.30	416.49	623.21	972.57	354.89
13	Depresión	320.98	181.30	327.40	445.98	320.29
14	Asma	245.69	102.90	220.56	343.89	310.40
15	Accidentes de transporte en vehículos con motor	243.42	173.95	365.88	51.05	131.48

Tasa por 100,000 Hab. Fuente: SUIVE 2017

**Tabla No. 23**  
**Tasa comparativa de Regiones de San Luis Potosí**  
**Principales Causas de Morbilidad en la Población de 60 y más años**

No.	Diagnóstico	Estatal	Altiplano	Centro	Media	Huasteca
1	Infecciones respiratorias agudas	21,407.11	21,890.30	24,456.42	14,214.73	20,141.89
2	Infección de vías urinarias	7,079.85	8,224.82	7,409.02	5,586.04	6,813.38
3	Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	4,497.03	5,162.00	6,164.37	1,737.98	3,068.34
4	Úlceras, gastritis y duodenitis	2,311.31	3,104.49	1,977.83	2,310.25	2,460.54
5	Gingivitis y enfermedad periodontal	2,049.46	4,385.87	1,762.23	953.77	1,986.06
6	Hipertensión arterial	1,570.41	1,341.29	1,682.72	1,031.49	1,762.37
7	Conjuntivitis	1,167.32	1,422.02	1,266.06	593.46	1,186.21
8	Diabetes mellitus	1,052.72	656.32	1,271.41	624.07	1,107.13
9	Obesidad	964.43	838.63	887.61	956.13	1,136.50
10	Otitis media aguda	886.81	958.43	1,087.16	480.42	754.66
11	Insuficiencia venosa periférica	763.22	414.11	775.23	1,566.07	511.77
12	Neumonías y bronconeumonías	475.05	330.76	597.86	247.27	465.45
13	Hiperplasia de la próstata	472.39	489.63	531.35	190.75	512.90
14	Depresión	340.47	140.64	321.87	534.58	361.51
15	Vulvovaginitis	279.84	252.63	345.57	183.69	240.63

Tasa por 100,000 Hab. Fuente: SUIVE 2017

En el grupo de 60 y más años, pues ya se observan que las enfermedades infecciosas e infectocontagiosas ocupan los tres primeros lugares, y enfermedades crónicas degenerativas se

encuentran presentes dentro de las principales quince causas, lo que nos habla de la importancia de reforzar algunos programas dirigidos al envejecimiento y hacia la activación de la población.

En tanto que para el varón la hiperplasia prostática se encuentra ya como causa de consulta ocupando el decimotercer lugar, es importante mencionar que las neumonías se encuentran dentro de las principales 15 causas de atención en el sector salud.

### 2.3.3 Mortalidad

#### 2.3.3.1 Mortalidad General

En cuanto a las causas de muerte que se observa en el estado, el cambio del llamado fenómeno de traslape de etapas, donde se conviven muertes altamente prevenibles de bajo costo, y por otro lado contamos con muertes difícilmente controlables y alto costo como diabetes mellitus, enfermedades del corazón, hipertensión arterial, todo tipo de cáncer, enfermedades cerebrovasculares, sin embargo los accidentes, homicidios e insuficiencia renal, se encuentran ya dentro de las primeras causas de muerte.

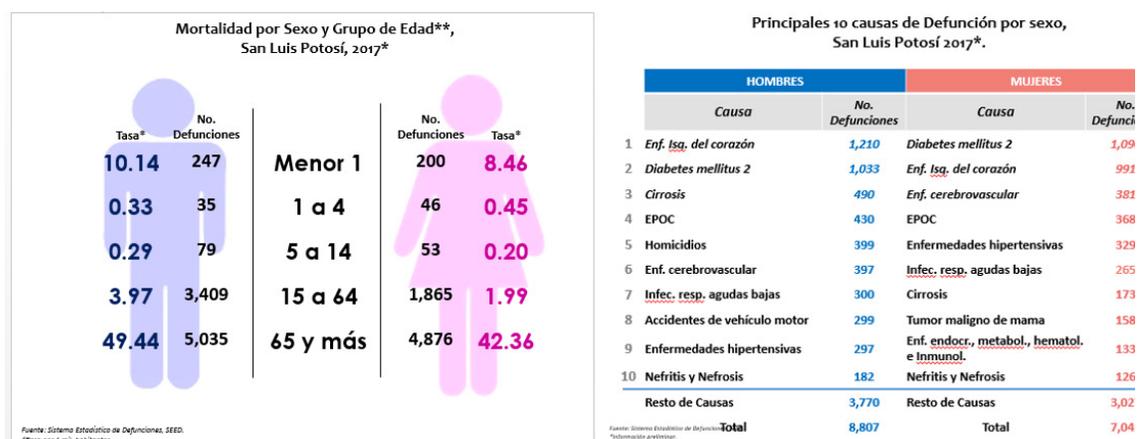
Al analizar las causas de muerte en el estado, se observan múltiples factores que indirectamente afectan las tasas de mortalidad en la población, entre ellos se puede considerar, cobertura y calidad de la atención médica y niveles de desarrollo de un municipio, dicho de otra forma, el riesgo de morir de una persona no está determinado únicamente por su edad y sexo, sino por las condiciones sociales en las que se encuentra inmersa.

**Tabla No. 24**  
**San Luis Potosí**  
**10 Principales Causas de Mortalidad 2017 Estatal**

No.	DIAGNÓSTICO	TOTALES	TASA*
1	Enfermedades del corazón	3,404	123.43
2	Diabetes mellitus	2,100	76.15
3	Tumores malignos	1,856	67.30
4	Accidentes	999	36.22
5	Enfermedades cerebrovasculares	769	27.88
6	Enfermedades del hígado	732	26.54
7	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, excepto bronquitis, bronquiectasia, enfisema y asma	714	25.89
8	Neumonía e influenza	551	19.98
9	Agresiones (homicidios)	457	16.57
10	Insuficiencia renal	229	8.30
11	Las demás	3,923	142.25
	Total	15,734	570.51

\* Tasa por 100,000 Hab. Fuente: SEED 2017 Preliminar

Respecto de la mortalidad por sexo, se observa que en general los hombres son los que aportan mayor número de defunciones, sin embargo por grupo de edad en la edad preescolar son las niñas quien fallece en mayor proporción.



Sin embargo y pese a ser una enfermedad prevenible sensible a la detección oportuna, de fácil manejo si se controla al paciente, la diabetes mellitus ocupa el segundo lugar de mortalidad general, lo que permite ver que la población al adoptar estilos de vida sedentarios ha provocado en su salud problemas crónico degenerativos que causan daños severos y gastos excesivos para su control. Por otro lado es de notar que la insuficiencia renal se encuentra ya dentro de los primeros diez lugares de mortalidad, y la violencia no deja pasar su incidencia al colocarse en la décima causa de mortalidad general en la población potosina.

**Tabla No.25**  
**Tasa comparativa de Regiones de San Luis Potosí 2017**  
**Principales Causas de Mortalidad en la Población de 0 a 9 años**

No.	Diagnóstico	Estatal	Altiplano	Centro	Media	Huasteca
1	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	37.43	17.98	43.39	20.72	42.57
2	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	29.43	6.91	43.78	27.63	16.90
3	Neumonía e influenza	8.90	8.30	10.75	8.63	6.26
4	Accidentes	4.54	0.00	6.14	6.91	3.13
5	Enfermedades del corazón	4.00	5.53	6.14	1.73	0.63
6	Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	2.18	0.00	3.46	0.00	1.88
7	Epilepsia	1.82	0.00	3.07	0.00	1.25
8	Íleo paralítico y obstrucción intestinal sin hernia	1.45	0.00	1.92	0.00	1.88
9	Infecciones respiratorias agudas, excepto neumonía e influenza	1.45	0.00	2.30	0.00	1.25
10	Insuficiencia renal	1.27	1.38	1.15	0.00	1.88
	Las demás	16.17	1.38	24.58	8.63	11.89
	<b>Total</b>	<b>108.65</b>	<b>41.49</b>	<b>146.69</b>	<b>74.26</b>	<b>89.52</b>

\* Tasa por 100,000 Hab. Fuente: SEED 2017 Preliminar

Tenemos en el grupo de 0 a 9 años que la principal causa de mortalidad la ocupan aquellas enfermedades relacionadas con el periodo perinatal y las malformaciones congénitas, le siguen las causas externas como son los accidentes, así como enfermedades del pulmón e infecciosas

intestinales, es menester señalar que las tasas más elevadas se encuentran en la zona centro y huasteca, dado que son las que cuentan con las concentraciones de población más altas.

**Tabla No. 26**  
**Tasa comparativa de Regiones de San Luis Potosí 2017**  
**Principales Causas de Mortalidad en la Población de 10 a 19 años**

No.	Diagnóstico	Estatad	Altiplano	Centro	Media	Huasteca
1	Accidentes	18.23	21.00	20.13	11.37	16.52
2	Agresiones (homicidios)	8.16	5.60	13.54	1.62	2.95
3	Tumores malignos	6.08	2.80	9.15	1.62	4.13
4	Lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidios)	4.69	1.40	6.95	4.87	2.36
5	Parálisis cerebral y otros síndromes paralíticos	1.91	1.40	1.46	1.62	2.95
6	Enfermedades del corazón	1.22	0.00	1.83	1.62	0.59
7	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	1.22	0.00	1.46	1.62	1.18
8	Neumonía e influenza	0.87	1.40	1.10	1.62	0.00
9	Síntomas signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte	0.87	1.40	1.46	0.00	0.00
10	Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	0.69	1.40	0.00	0.00	1.77
	Las demás	9.90	11.20	10.98	4.87	9.44
	Total	53.84	47.60	68.06	30.85	41.88

\* Tasa por 100,000 Hab. Fuente: SEED 2017 Preliminar

**Tabla No. 27**  
**Tasa comparativa de Regiones de San Luis Potosí**  
**Principales Causas de Mortalidad en la Población de 20 a 44 años**  
**2017**

No.	Diagnóstico	Estatad	Altiplano	Centro	Media	Huasteca
1	Accidentes	24.65	26.43	26.62	19.98	21.81
2	Agresiones (homicidios)	21.17	23.79	25.11	14.83	14.86
3	Tumores malignos	11.52	4.23	15.14	8.38	9.11
4	Enfermedades del corazón	7.72	8.46	9.08	5.16	5.75
5	Enfermedades del hígado	7.27	7.40	6.69	10.31	7.19
6	Lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidios)	7.08	3.70	8.07	6.45	6.95
7	Diabetes mellitus	6.05	5.29	5.55	3.22	8.39
8	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana	3.02	1.06	3.41	2.58	3.36
9	Neumonía e influenza	2.51	0.53	3.91	1.93	0.96
10	Enfermedades cerebrovasculares	1.93	0.00	2.40	1.93	1.92
	Las demás	22.71	10.04	28.14	8.38	23.49
	Total	115.63	90.93	134.12	83.16	103.79

\* Tasa por 100,000 Hab. Fuente: SEED 2017 Preliminar

En el grupo de 10 a 24 años es de llamar la atención que lo que son las causas externas violentas son la primeras causas como son los accidentes, agresiones y lesiones autoinflingidas, lo que han desplazado a otras enfermedades como hipertensión y diabetes, sin embargo las nefropatías aun cuando es un problema social no aparecen en las primeras diez causas de muerte, por otro lado se

cuenta en todas las zonas geográficas del estado ya se cuenta con una unidad de hemodiálisis para hacer frente a esta patología en la población y mejorar su estado de salud.

Es importante hacer mención al suicidio en este grupo de edad que son los adolescentes, el cual se ha visto incrementado en los últimos años, por lo que se han creado programas especialmente dirigidos a esta población, a través de acciones de prevención del suicidio mediante encuestas y otra serie de actividades, sobre todo en los municipios detectados para ello, como es Santa María del Río, Soledad de Graciano Sánchez y San Luis Potosí.

**Tabla No. 28**  
**Tasa comparativa de Regiones de San Luis Potosí**  
**Principales Causas de Mortalidad en la Población de 45 a 59 años**  
**2017**

No.	Diagnóstico	Estatal	Altiplano	Centro	Media	Huasteca
1	Diabetes mellitus	127.09	102.90	129.24	123.59	134.44
2	Tumores malignos	93.41	63.70	112.58	75.23	79.08
3	Enfermedades del corazón	87.46	56.35	89.60	96.72	92.92
4	Enfermedades del hígado	64.82	36.75	75.82	53.73	61.29
5	Accidentes	49.82	36.75	60.88	45.67	37.56
6	Enfermedades cerebrovasculares	18.68	9.80	16.66	45.67	15.82
7	Neumonía e influenza	15.85	9.80	23.55	2.69	9.89
8	Agresiones (homicidios)	14.72	14.70	17.81	8.06	11.86
9	Insuficiencia renal	12.45	0.00	13.79	16.12	13.84
10	Lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidios)	8.49	12.25	5.17	8.06	12.85
	Las demás	129.64	36.75	164.85	83.29	123.57
	Total	622.42	379.74	709.94	558.82	593.13

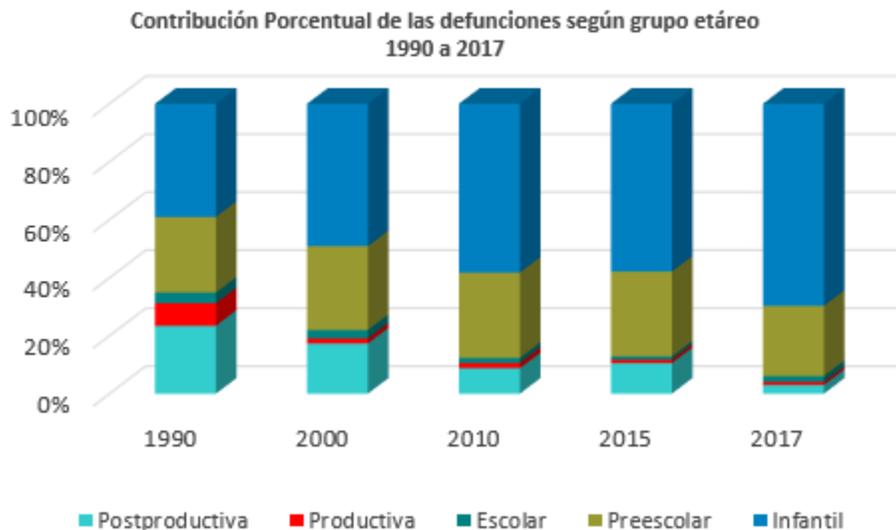
\* Tasa por 100,000 Hab. Fuente: SEED 2017 Preliminar

En el grupo de edad de 45 a 59 años, la diabetes mellitus, tumores malignos y enfermedades del hígado como las tres principales causas, de igual forma los homicidios se encuentran dentro de las primeras diez causas de muerte, no obstante a las acciones de los programas dirigidos a los adultos y adultos mayores, no se ha logrado impactar en el descenso de éstas causas de muerte.

**Tabla No. 29**  
**Tasa comparativa de Regiones de San Luis Potosí**  
**Principales Causas de Mortalidad en la Población de 60 y más años**  
**2017**

No.	Diagnóstico	Estatad	Altiplano	Centro	Media	Huasteca
1	Enfermedades del corazón	984.76	864.67	932.72	1,106.85	1,055.16
2	Diabetes mellitus	518.03	401.08	593.27	452.16	489.17
3	Tumores malignos	429.75	338.58	518.35	395.64	354.73
4	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, excepto bronquitis, bronquiectasia, enfisema y asma	227.87	190.12	219.42	181.33	279.04
5	Enfermedades cerebrovasculares	223.87	153.66	190.37	306.15	264.36
6	Neumonía e influenza	141.92	104.18	197.25	127.17	83.60
7	Enfermedades del hígado	127.26	52.09	162.84	131.88	105.06
8	Accidentes	95.28	46.88	110.09	115.39	84.73
9	Síntomas signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte	73.62	23.44	35.93	44.74	164.94
10	Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	61.96	62.51	44.34	65.94	85.86
	Las demás	723.58	466.19	941.13	532.23	605.53
	Total	3,607.88	2,703.41	3,945.72	3,459.48	3,572.20

En el grupo de 60 y más años, se observa que las enfermedades del corazón las tasas más altas se encuentran en la zona media y huasteca, en tanto la diabetes mellitus es más alta en la zona centro y media, en tanto que las enfermedades pulmonares su incidencia es mayor en la zona huasteca así como las carencias nutricionales en este grupo de edad. Es importante connotar que los ancianos no tienen el apoyo alimentario suficiente para su subsistencia, pese a las políticas públicas en materia, la pobreza extrema es mayor en este grupo de edad.



Como se puede observar en el gráfico, en el transcurso del tiempo las defunciones en el grupo de edad pos productiva y productiva son las de mayor incidencia, sin embargo la mortalidad infantil de 1990 al 2017 presenta un franco descenso en cuanto a su número, lo que indica el éxito de los programas dirigidos a la mujer y a los niños menores de 5 años de edad.

### 2.3.3.2 Mortalidad Infantil

Este tipo de mortalidad a pesar de estar con políticas de búsqueda intencionada de defunciones, continua siendo un área vulnerable en las estadísticas del mortalidad, dado que existe de acuerdo a INEGI un subregistro, por lo cual se deben de ajustar las tasas para poderlas hacer, más equiparables.

**Tabla 30**  
**Mortalidad Infantil**  
**Comparativo de Microrregiones San Luis Potosí**  
**2016**

Concepto	Año	Altiplano	Media	Centro	Huasteca
Mortalidad Infantil	1990	24.94	20.03	28.79	15.15
	2010	7.12	10.2	8.77	7.2
	2014	1.47	2.7	2.77	3.4
	2017	2.37	5.78	10.48	11.24

Fuente: Histórico de Mortalidad y SEED 2016 Preliminar

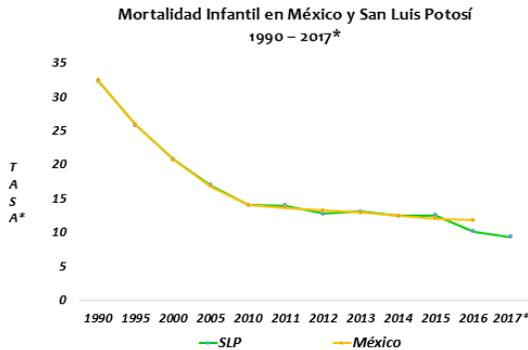
Sin embargo es necesario mencionar que en la zona huasteca es donde se han construido más unidades tipo hospital básico comunitario en los municipios de Tamazunchale, Axtla de Terrazas, Xilitla, Aquismón, Tamuín y Ebano, asimismo el hospital rural de zona del IMSS Solidaridad ha tenido crecimiento en su capacidad instalada lo que permite atender a un mayor número de pacientes embarazadas, por otro lado se cuenta con la capacitación de las parteras tradicionales así como el apoyo en los insumos necesarios para la atención de parto limpio, no obstante a lo anterior, durante el 2016 se ha presentado un incremento en la mortalidad.

### 2.3.3.3 Mortalidad en menores de 5 años

El perfil de la mortalidad infantil no es homogénea durante el primer año de vida, en realidad se distinguen dos etapas, la primera que considera las primeras cuatro semanas de vida (neonatal) y la segunda referida a aquellas que se producen durante el resto del primer año (postneonatal), esta distinción se justifica por el hecho de que las causas a las que se atribuyen las muertes en cada una de las fases mencionadas son de origen diferente, y exigen por tanto un estudio e implementación de diferentes estrategias, una de ellas basada básicamente en la instalación de hospitales comunitarios en diversas zonas del estados, incrementar el personal especializado en las unidades existentes, así mismo como la contraprestación de servicios de las familias oportunitades, en donde a las mujeres embarazadas deben contar por lo menos con 6 consultas y contar con suplemente alimenticio y vitamínico durante su embarazo ha disminuido las afecciones perinatales tanto de defectos del tubo neural como de prematurez por desnutrición.

Las 5 principales causas de mortalidad en el primer año de vida son: los accidentes y tumores malignos, en los niños de 1 a cuatro años, causas que han dado desplazado a las otras diarreas e infecciones respiratorias agudas. Las cuales sin lugar a dudas continúan siendo problemas importantes de salud pública en la población con alto grado de vulnerabilidad.

Sin embargo en los menores de un año de edad las causas de mortalidad son malformaciones congénitas, septicemia, afecciones originadas en el periodo perinatal, asfixia perinatal y enfermedades respiratorias agudas.



En la mortalidad infantil se observa una tendencia descendente de 1990 al 2017 con una reducción principalmente a causa de defunciones por afecciones originadas en el periodo perinatal, le siguen neumonías, anomalías congénitas, enfermedades diarreicas y desnutrición, entre otras causas, como puede observarse la mortalidad en San Luis Potosí, de 1990 al 2017 tiene un franco descenso

Fuente: IIG, SAEM, SIMAVE, INEGI/SEED  
\* Tasa por 1,000 NIVE, 1990 - 2015 con NVR 1990 - 2014, 2015 NVE.

La consolidación del Comité de Estrategias para la Prevención de la Mortalidad en la Infancia es una de las acciones estratégicas que han contribuido a la reducción de las tasas de mortalidad en los menores de 5 años, en el cual se dan cita las principales instituciones del Sector Salud de la entidad, con el objetivo de coordinar las acciones y estrategias encaminadas a la prevención de las enfermedades prevalentes en este grupo de edad, en el seno del comité se ha logrado:

1. El diseño y continuidad del Plan Estatal de Reducción de Mortalidad Infantil de mediano y largo plazo.
2. Seguimiento puntual de embarazadas y recién nacidos en la entidad a través de instrumentos que permitan la detección de factores de riesgo y atención oportuna.
3. Diseño de una triage pediátrico para identificar y priorizar la atención de emergencias y urgencias pediátricas en nosocomios y unidades de primer nivel de atención.
4. Fortalecimiento del programa de capacitación al personal de salud de las diferentes instituciones los cuales se enfocan en temas de las principales causas de Morbilidad y Mortalidad en el Estado.
5. Fortalecimiento de capacitación al personal de atención en hospitales a recién nacidos con y sin malformaciones
6. Colaboración Institucional de las áreas encargadas de la atención tanto de embarazadas como de recién nacidos e infantes para la mejor implementación de las estrategias

Tabla No. 31  
Mortalidad Preescolar  
Comparativo de Microrregiones de San Luis Potosí  
2017

Concepto	Año	Altiplano	Media	Centro	Huasteca
Mortalidad Preescolar	1990	7.39	6.06	8.39	6.21
	2010	2.58	2.39	3.08	1.7
	2014	7.19	7.22	10.63	10.64
	2017	14.04	28.37	55.16	22.79

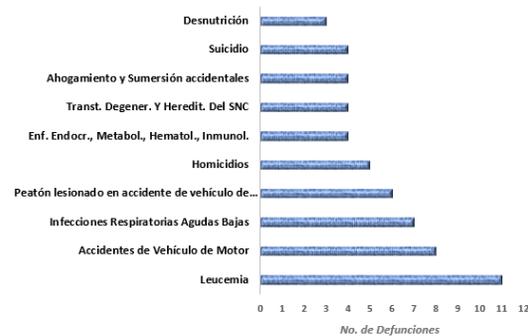
Es necesario mencionar que además de los hospitales básicos comunitarios, existen 116 ambulancias distribuidas en todo el estado, lo

que permite una mayor oportunidad de atención temprana a este tipo de pacientes.

### 2.3.3.4 Mortalidad escolar

La desnutrición ocupa el primer lugar, sin embargo las causas violentas son preponderantes tales como suicidios, ahogamientos, homicidios y accidentes, provocados tal vez por los problemas sociales de adolescentes con adicciones e influencias de padillerismo.

Principales 10 causas de Defunción en el grupo de 5 a 14 años, San Luis Potosí 2017\*.



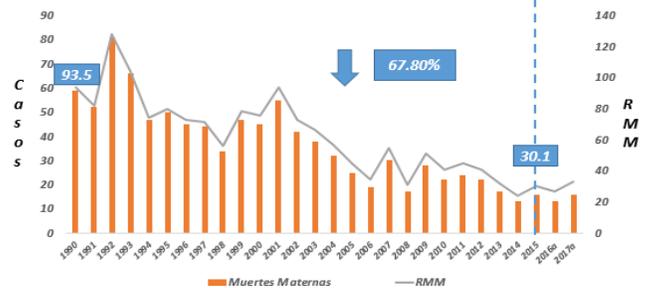
Fuente: Sistema Estadístico de Defunciones, SEED.

### 2.3.3.5 Mortalidad materna

La mortalidad materna en los 13 años de revisión (2003 -2016) presenta un descenso en su tendencia con una reducción del 60%, las principales causas son las obstétricas directas, como toxemias, hemorragias del embarazo y parto, así como las complicaciones del puerperio.

### Mortalidad Materna

Muertes Maternas y Razón de Muerte Materna\* en San Luis Potosí 1990 - 2017\*\*



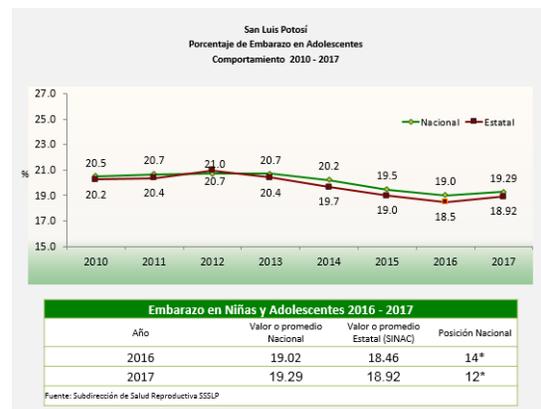
Fuente: Objetivos de Desarrollo del Milenio 2015: México.  
\*Por 100 mil NV. - SINAC 2016 - 2017.

Sin embargo con la construcción de los hospitales comunitarios la disminución en una década fue importante, salvo los picos que ocasionalmente, se presentan; a raíz del fortalecimiento para la disminución de la mortalidad materna, se redujo, la Razón de Mortalidad Materna (RMM), lo cual es favorecido por el puntual seguimiento a las pacientes con emergencia obstétrica a través de Brigadas Mater, promotores comunitarios, rechazo cero, atenciones post evento obstétrico y comunicación asertiva, capacitación con 101 cursos a las parteras tradicionales y auxiliares de salud en signos y síntomas de embarazo de alto riesgo, así como en la disminución de la atención de partos, acciones que colocan al estado dentro de los estándares contemplados en los compromisos del milenio en la reducción de mortalidad materna.

Es importante resaltar que a pesar los esfuerzos, parece estancarse la tasa, una de las razones puede ser, a que, las mujeres que fallecen, presentan enfermedades concomitantes o tienen padecimientos comorbidos.

Por lo anterior es importante reconocer la necesidad de mejorar las estrategias de atención materna a fin de ir disminuyendo la razón de muerte materna; asimismo es indiscutible considerar la importancia del control prenatal y la atención adecuada del parto, debido a la costumbre equivocada de asistencia tardía al control prenatal, lo que impide detectar y tratar oportunamente las complicaciones del embarazo, enfermedad toxémica, así como efectuar oportunamente el resto de las actividades preventivas como son; la inmunización con toxoide tetánico, orientación alimentaria, educación para el autocuidado de la salud, fomento de la lactancia materna y planificación familiar.

Actualmente el Estado se ocupa en el lugar No. 12 con menor embarazo en adolescentes a Nivel Nacional, encontrándonos por debajo de la media nacional. El IMSS ha fortalecido su capacidad con los Centro de Atención Rural al Adolescente (CARA) a fin de disminuir los embarazos en las niñas adolescentes.



Este desempeño se ve favorecido por el incremento de la Anticoncepción Post-evento Obstétrico (APEO) en mujeres adolescentes, así como el fortalecimiento en consejería y promoción de métodos de planificación familiar con el apoyo de brigadas mater, promotores y monitores maternos, sin dejar de mencionar el área de Servicios Amigables donde las y los adolescentes de 10 a 19 años pueden acudir a recibir el servicio de salud sexual y reproductiva de forma agradable y con trato sensible cordial y respetuoso, buscando que se cuente con área física y acceso diferente con personal capacitado y sensibilizado

Los Servicios Amigables se encuentran ubicados a lo largo del estado en las siete Jurisdicciones Sanitarias, y para contribuir con los objetivos de la Estrategia Nacional de Prevención del Embarazo

en Adolescentes (ENAPEA) se amplió la cobertura, con 2 nuevos servicios amigables el primero en el Centro de Salud Simón Díaz, perteneciente al municipio de San Luis Potosí y el segundo en C.S Tampamolón, municipio de Tampamolón de Corona. Actualmente se cuenta con 39 Unidades de Salud con Servicios Amigables en 27 municipios de los 58. ( 2 municipios del total de la zona centro, 4 municipios del total de la zona media, 8 municipios del total de la zona huasteca y 13 municipios del total de la zona altiplano).

Asimismo se ha capacitado a grupos de adolescentes que son promotores y promotoras juveniles, actualmente se cuenta con 7 grupos de 102 integrantes, estos realizan actividades de difusión y promoción de los servicios ofertados para a población adolescente apoyando en la referencia a Unidades de Salud, también orientan a otros adolescentes para que la información respecto a la salud sexual y reproductiva sea plena, libre y responsable

Es importante mencionar que la mortalidad materna, tiene un factor importante en la población femenina adolescente, de tal forma que se realizan intervenciones directas para disminuir los embarazos en las niñas indígenas, que son las que tienen mayor número de factores de riesgo.

#### **2.3.3.6 Mortalidad en Adulto y Adulto Mayor**

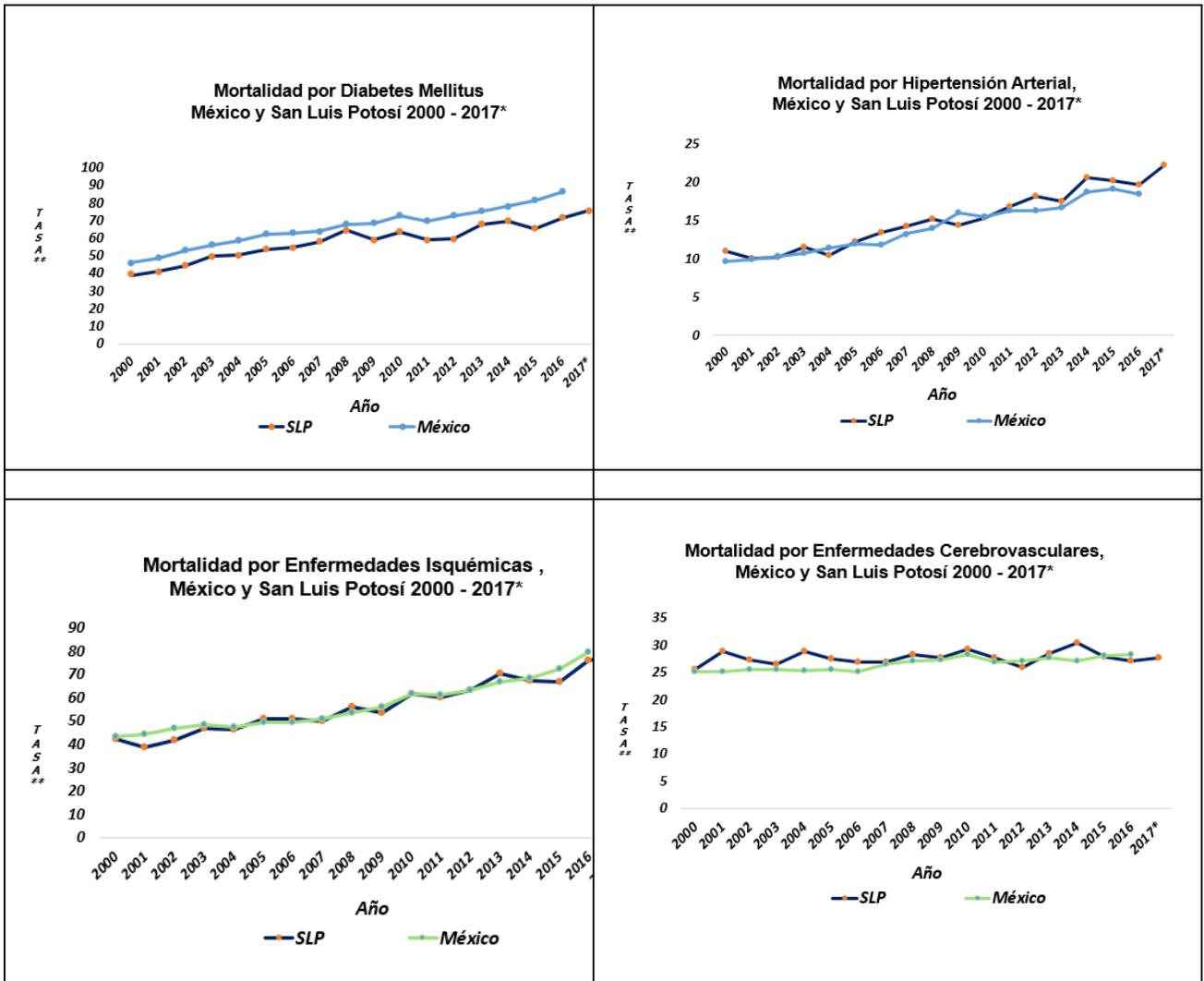
La población adulta y adulta mayor tiende a incrementarse, personas que han adoptado un estilo de vida sedentario derivado de la imitación de estilos de comportamiento y vida de otros países, de tal forma que hoy día la diabetes mellitus es el primer lugar de mortalidad en esta población, derivada principalmente de un control inadecuado y fallido de su problemática en salud.

Junto con esta enfermedad los padecimientos vasculares como la hipertensión arterial han provocado que la mortalidad por cerebrovasculares sea la segunda causa de muerte, secundaria a una diabetes mellitus no tratada, o bien al denominado estrés que padece la población al no contar con recursos para poder solventar sus necesidades básicas.

Como puede observarse en el Gráfico la tendencia para la diabetes mellitus, hipertensión y enfermedades isquémicas es incremental, derivado de la poca participación de la población en cuanto a la adopción de actividades deportivas, disminución en la ingesta de carbohidratos, así como problemática en cuanto al manejo médico nutricional de las dependencias.

Por otro lado, en cuanto a hipertensión y enfermedades isquémicas, el estrés ocupa un lugar preponderante, aunado a tratamientos un tanto inadecuados para cada paciente, derivado de que los medicamentos autorizados en los cuadros básicos de las dependencias.

Es importante mencionar que las lesiones autoinflingidas son un problema de salud pública que debe atenderse, ya que la población adulta cada vez, tiende a suicidarse por no contar con lo básico para su diario vivir.



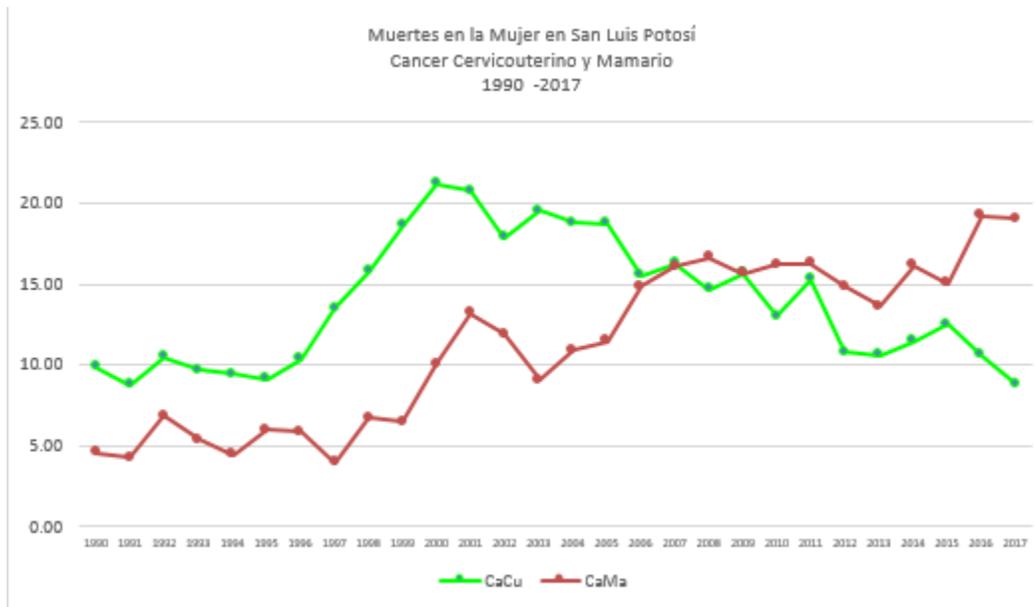
En cambio las enfermedades cerebrovasculares, complicaciones de la hipertensión arterial permanecen aparentemente estáticas en el tiempo, derivado tal vez, que esta enfermedad, presenta cefaleas intensas y otro tipo de molestias, que exigen la adopción de medidas de salud en la persona de forma inmediata, lo que puede influir en su desaceleración.

No obstante a que se han implementado desde hace décadas programas de prevención temprana para estas patologías, aunado al crecimiento de servicios en todo el estado para un diagnóstico temprano como lo es contar con 31 unidades médicas de primer nivel de los Servicios de Salud que realizan estudios de laboratorio básicos, no se ha logrado impactar en el control metabólico de estos pacientes.

Respecto de la mortalidad en la mujer, el cáncer cervicouterino y mamario, continúan en el estado siendo las principales causas de mortalidad, aun a pesar de contar con detección en todas las unidades médicas, es menester señalar que actualmente se cuenta ya con una red de mastógrafos

del sector salud, permitiendo disminuir el tiempo de diagnóstico al abarcar una mayor número de pacientes, otrora difíciles de atender.

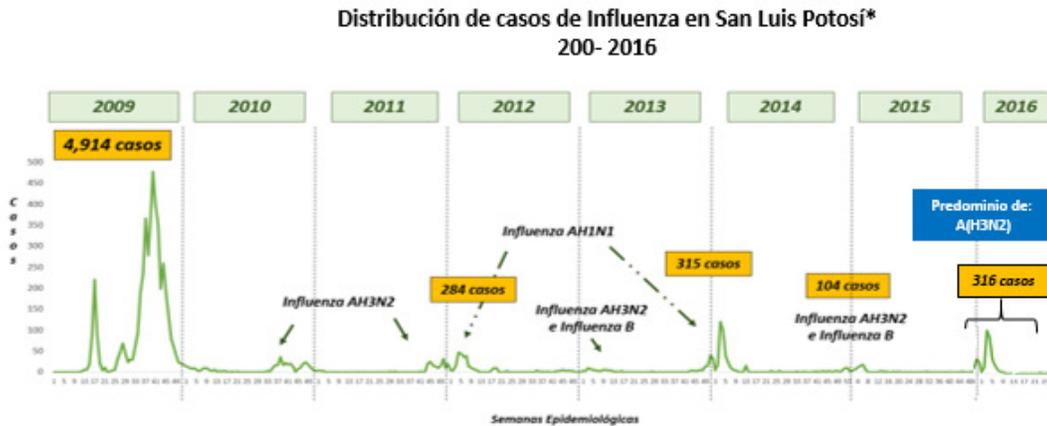
Los picos que se observan en el tiempo pueden deberse a brotes estadísticos, derivados de la búsqueda intencionada de casos, así el desarrollo de campañas en las zonas rurales, que conllevaron a detectar casos avanzados de cáncer en las mujeres.



Hoy día se cuenta con varias opciones de diagnóstico y tratamiento, en todas las regiones del estado, en un esfuerzo por llevar un tratamiento oportuno a las mujeres, sin embargo, el comportamiento en la tasa, se podrá medir su impacto en varios años, por lo pronto parece estabilizarse.

Es importante observar que hasta el primer quinquenio de los noventa la mortalidad por ésta causa en la mujer era muy relevante, sin embargo y con la implementación de estrategias para disminuirla han logrado un descenso lento, pero al fin una disminución en cuanto a las mujeres que mueren por esta causa. Sin embargo la mortalidad por cáncer de mama, el incremento es notorio con el paso del tiempo, no obstante a las medidas de prevención y diagnóstico que se han realizado en el estado.

Otra causa de defunción emergente es la Influenza, la cual a partir del año 2009 en donde San Luis Potosí, presentó una epidemia importante de en donde se determinó gran parte las líneas de acción para contener dicha pandemia. Se tienen acciones permanentes para evitar nuevamente defunciones por esta causa



Esta grafica demuestra el comportamiento de los casos de influenza, la cual demuestra los meses de invierno como la época de riesgo y en donde se intensifican las acciones preventivas.

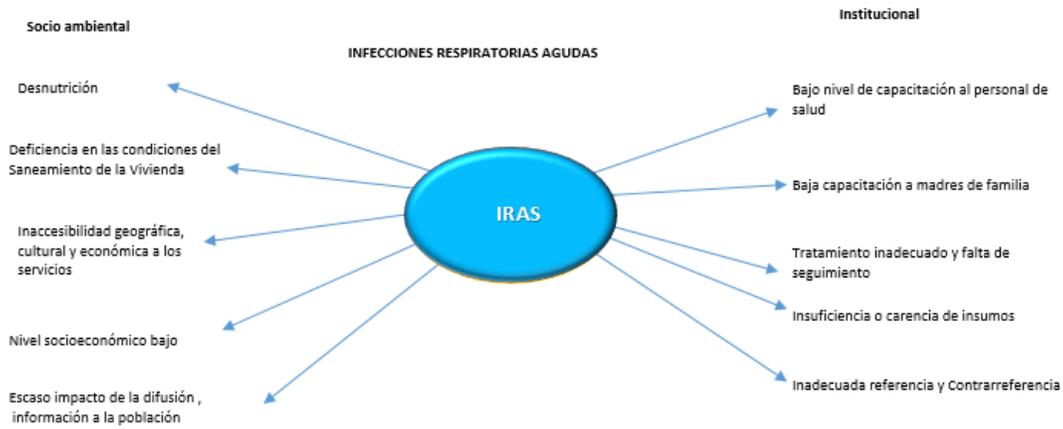
### 2.3.4 Factores de Riesgo

Toda vez que se ha realizado el análisis de la morbilidad y la mortalidad que se presenta en la entidad, podemos observar cuales son los principales problemas de salud que se presentan en la misma y por lo tanto se realizará un análisis para determinar los factores de riesgo de todas estas enfermedades.

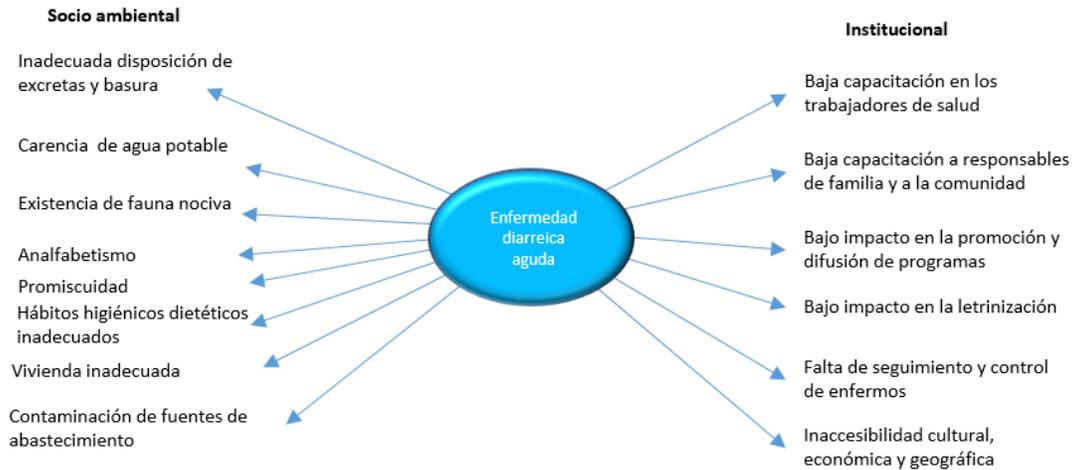
Dentro del grupo de las enfermedades trasmisibles tenemos a las Infecciones Respiratorias Agudas y a las Enfermedades diarreicas como los problemas principales a atender, en cuanto a las enfermedades no trasmisibles, las crónico degenerativas como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, los accidentes vasculares cerebrales que ocupan los primeros sitios en la mortalidad y aparecen en la morbilidad en esta transición epidemiológica.

Dos entidades nosológicas más que aparecen con mayor frecuencia y ocupan un lugar preponderante en la atención médica son las causas externas (lesiones y accidentes) y los tumores malignos, los cuales hacen su aparición de forma muy importante y a muy temprana edad tanto en la mortalidad como en la morbilidad.

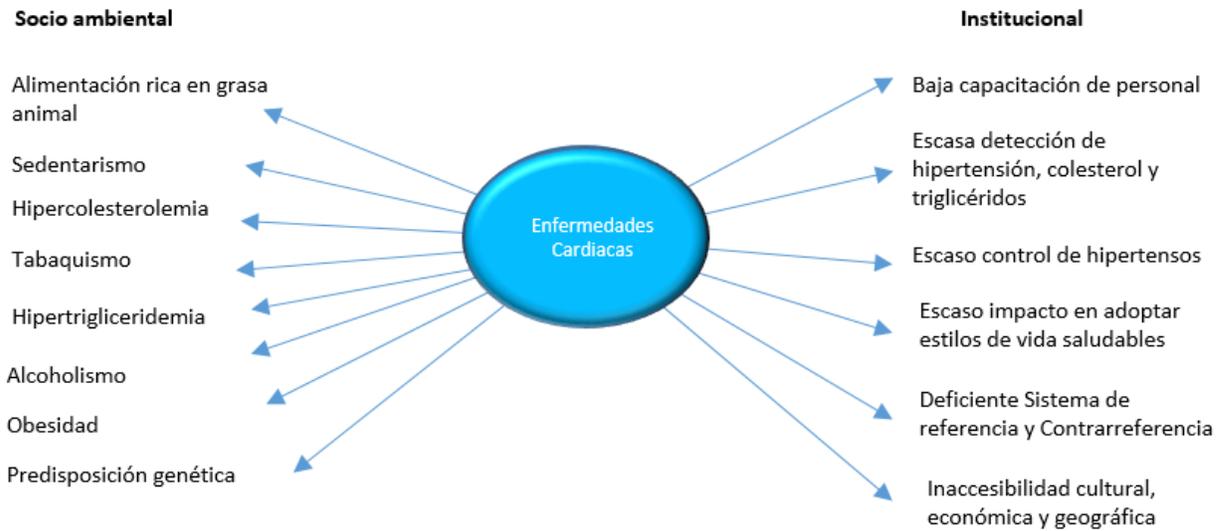
**Gráfico 28**  
**Factores de Riesgo Asociados a las Infecciones Respiratorias Agudas**



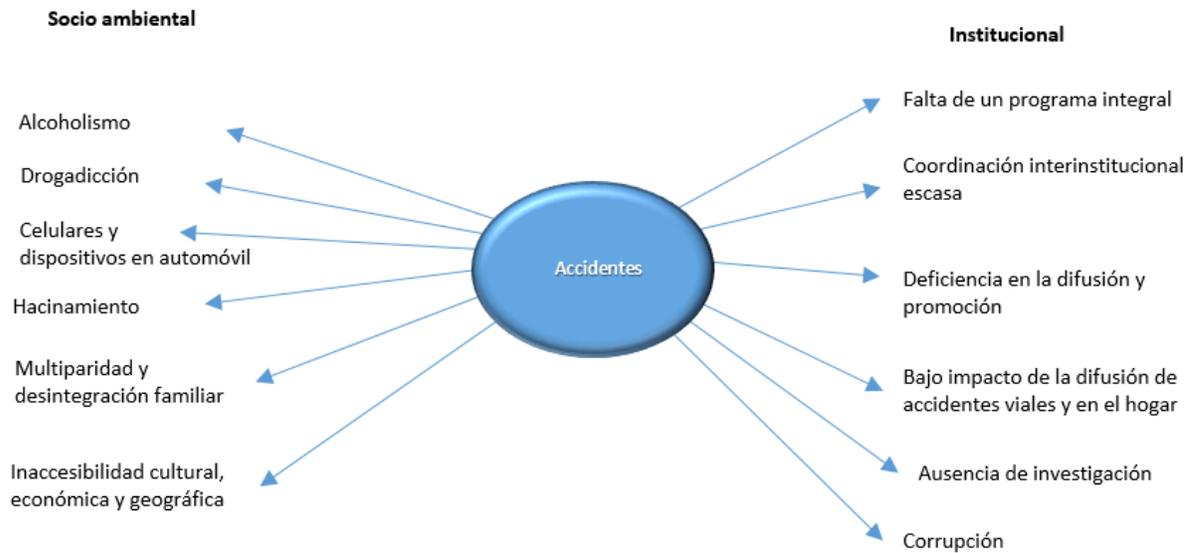
**Gráfico 29**  
**Factores de Riesgo Asociados a Enfermedad Diarreica Aguda**



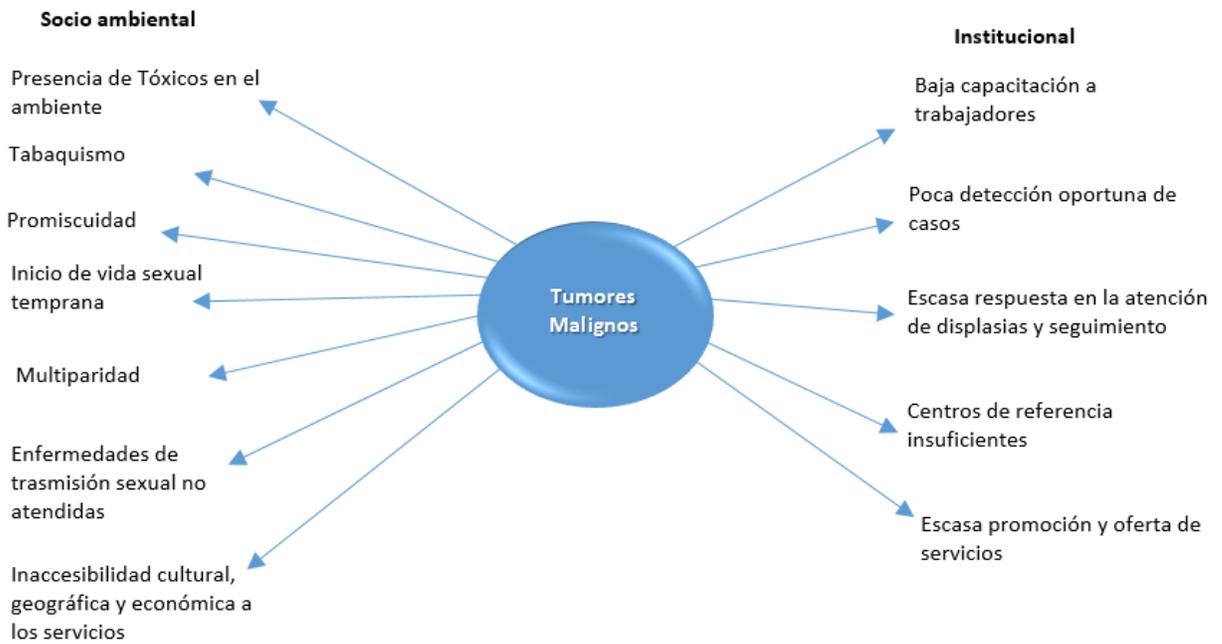
**Gráfico 30**  
**Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades Cardiacas**



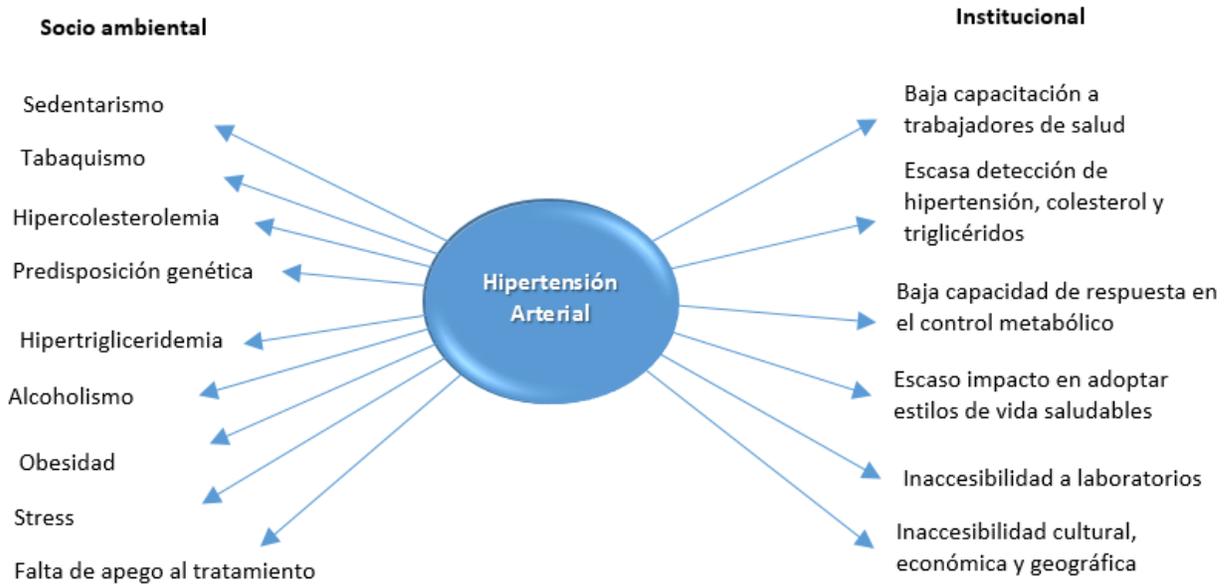
**Gráfico 31**  
**Factores de Riesgo Asociados a Accidentes**



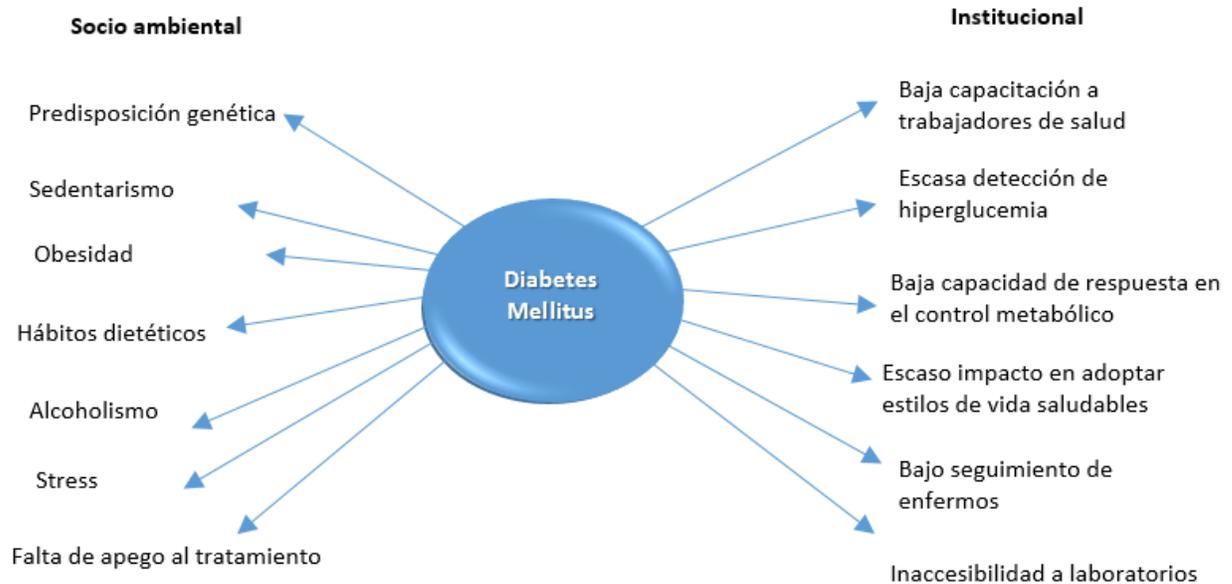
**Gráfico 32**  
**Factores de Riesgo Asociados a los Tumores Malignos**



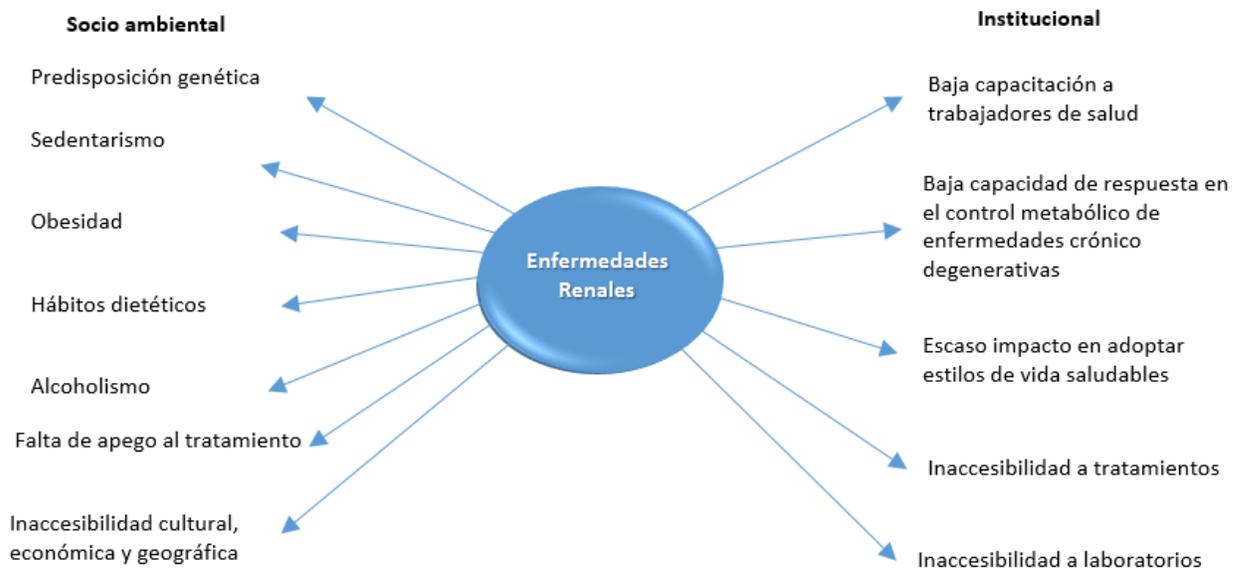
**Gráfico 33**  
**Factores de Riesgo Asociados a Hipertensión Arterial**



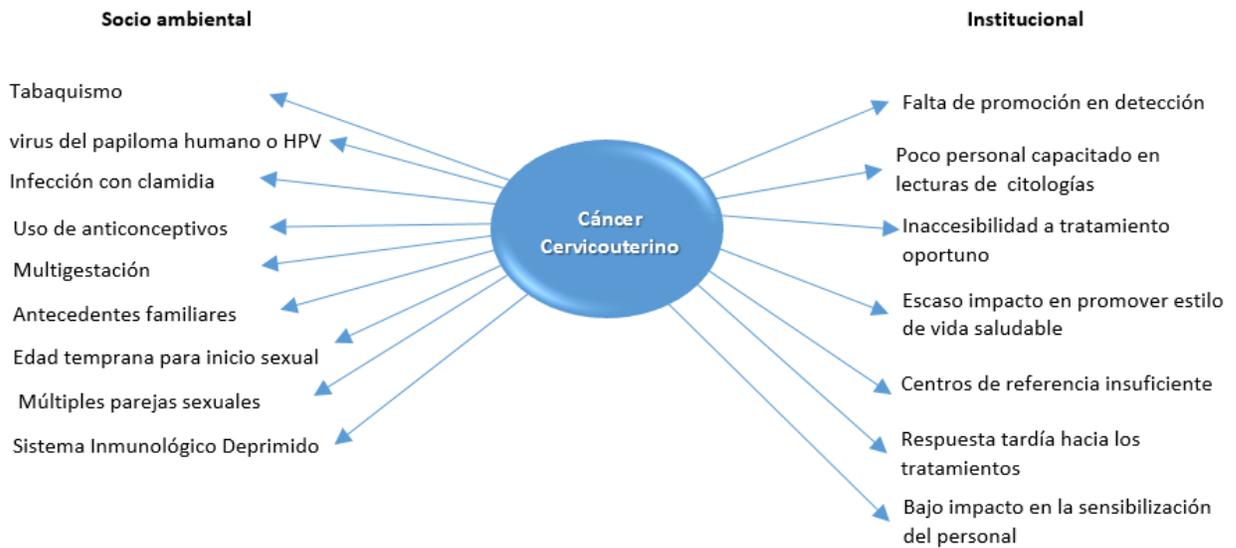
**Gráfico 34**  
**Factores de Riesgo Asociados a Diabetes Mellitus**



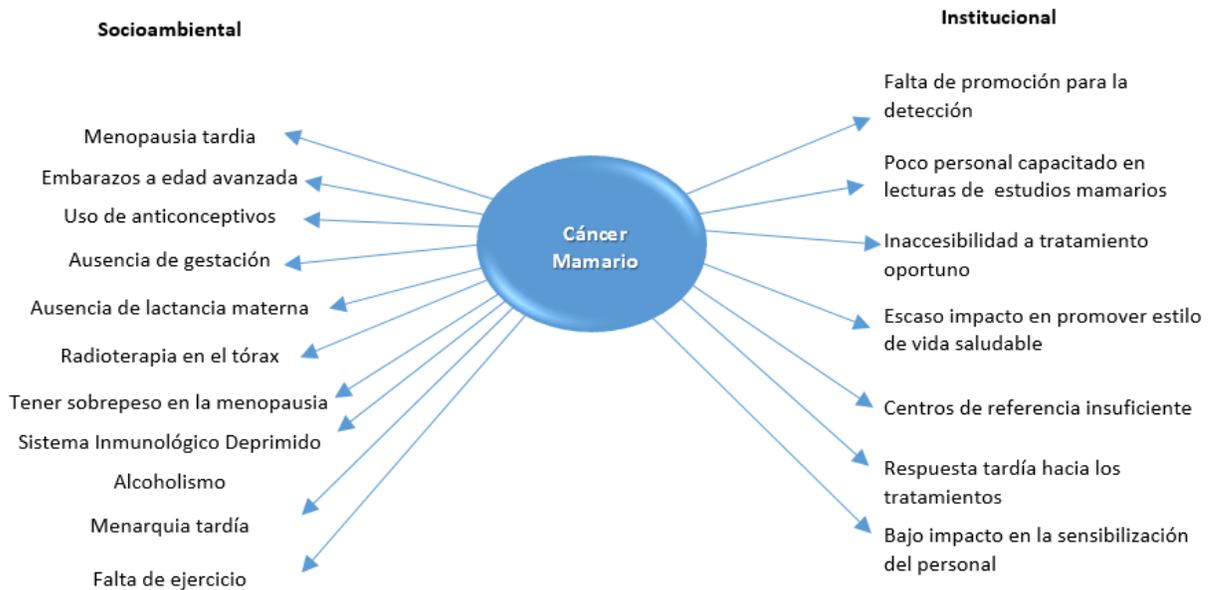
**Gráfico 35**  
**Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades Renales**



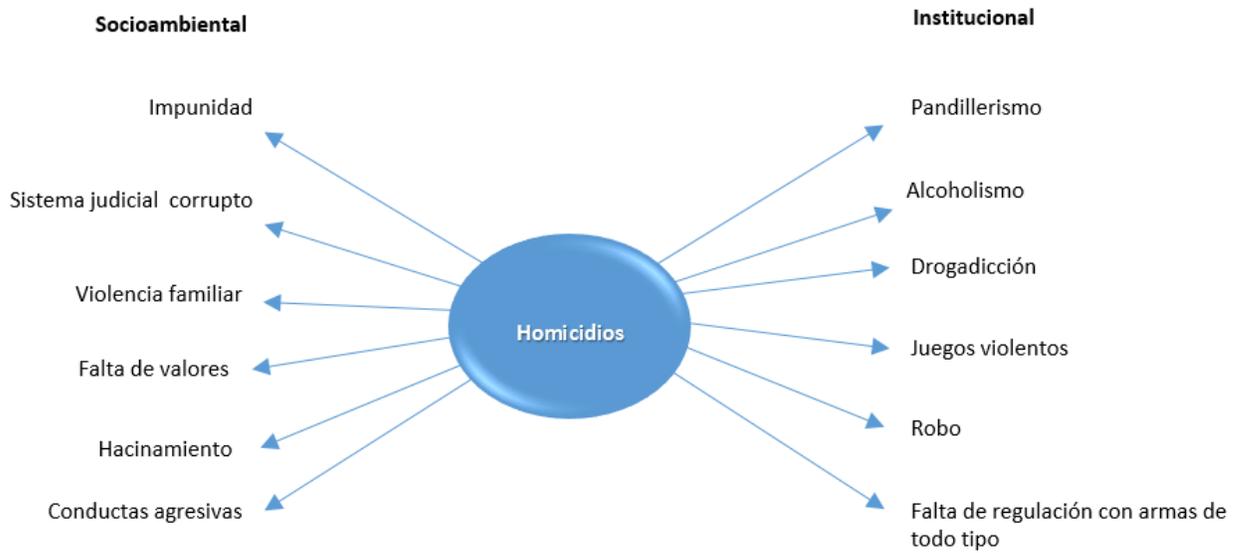
**Gráfico 36**  
**Factores de Riesgo Asociados a Cáncer Cervicouterino**



**Gráfico 37**  
**Factores de Riesgo Asociados a Cáncer Mamario**



**Gráfico 38**  
**Factores de Riesgo Asociados a Homicidios**



**Gráfico 39**  
**Factores de Riesgo Asociados a Síndrome de Inmunodeficiencia Humana**

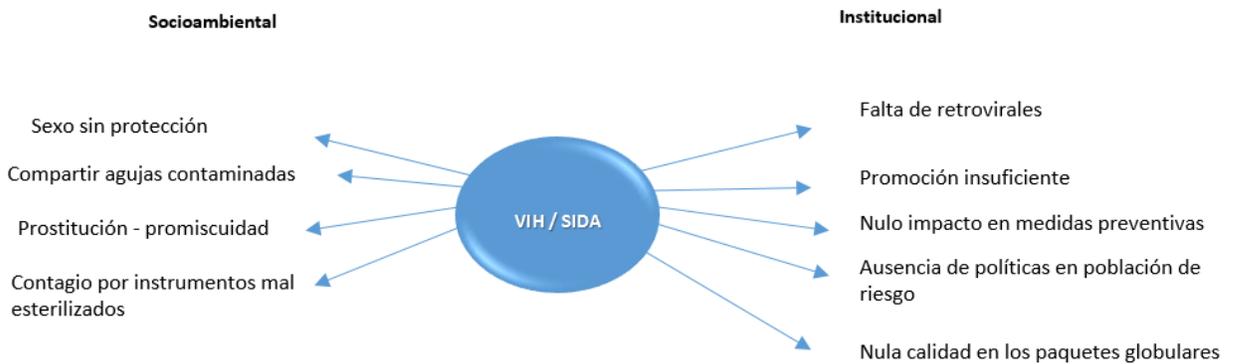


Gráfico 40  
Factores de Riesgo Asociados a Insuficiencia Renal

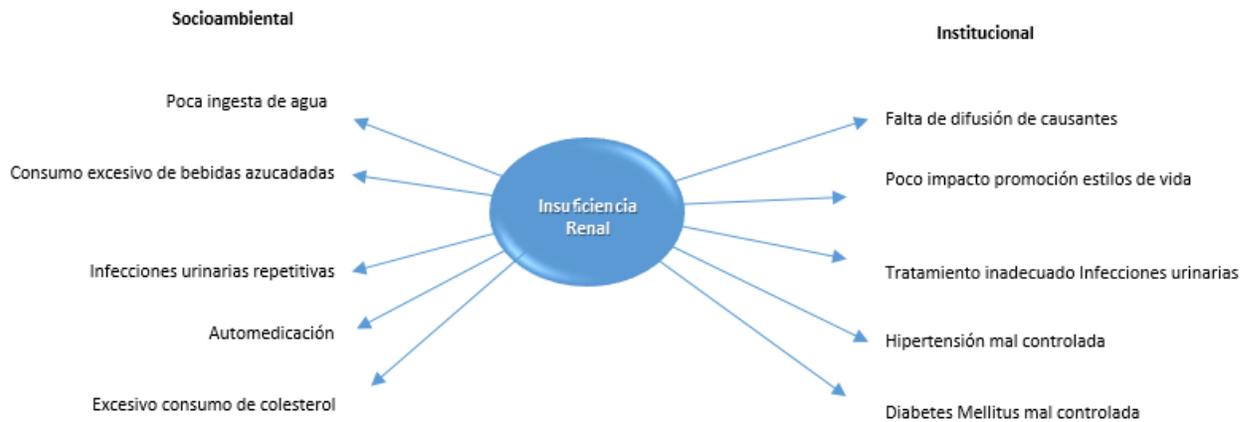


Gráfico 41  
Factores de Riesgo Asociados a Neumonía e Influenza

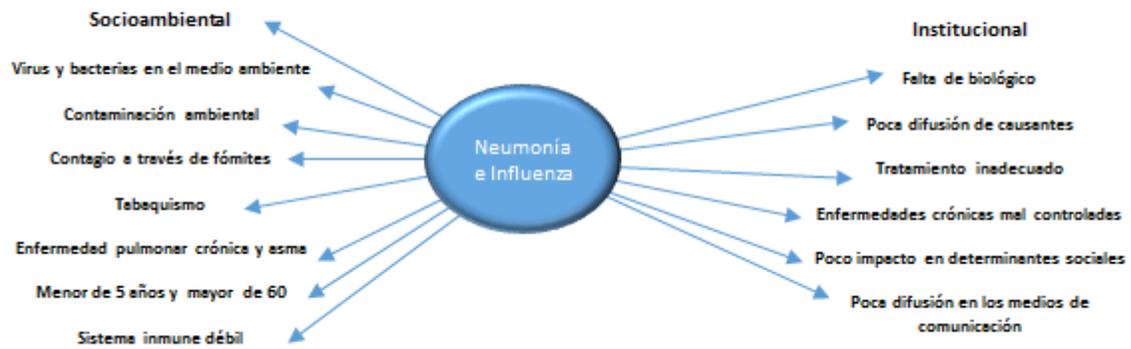
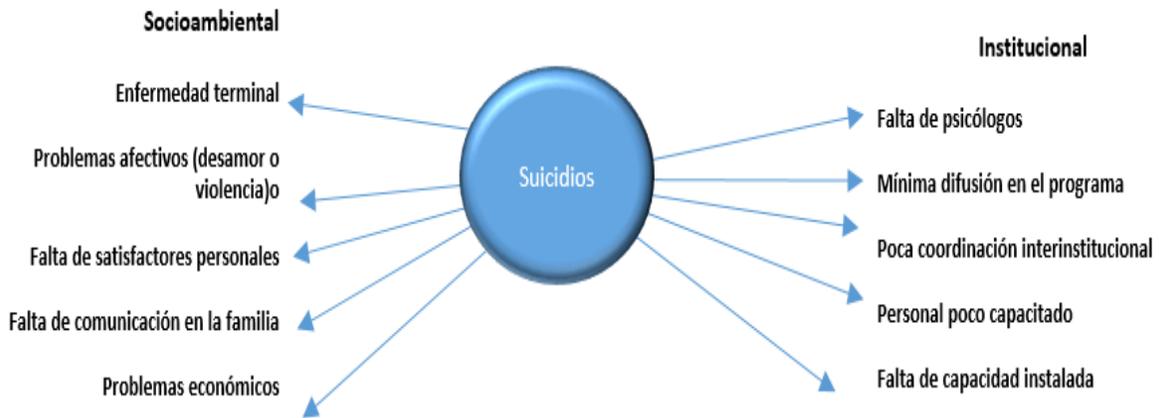
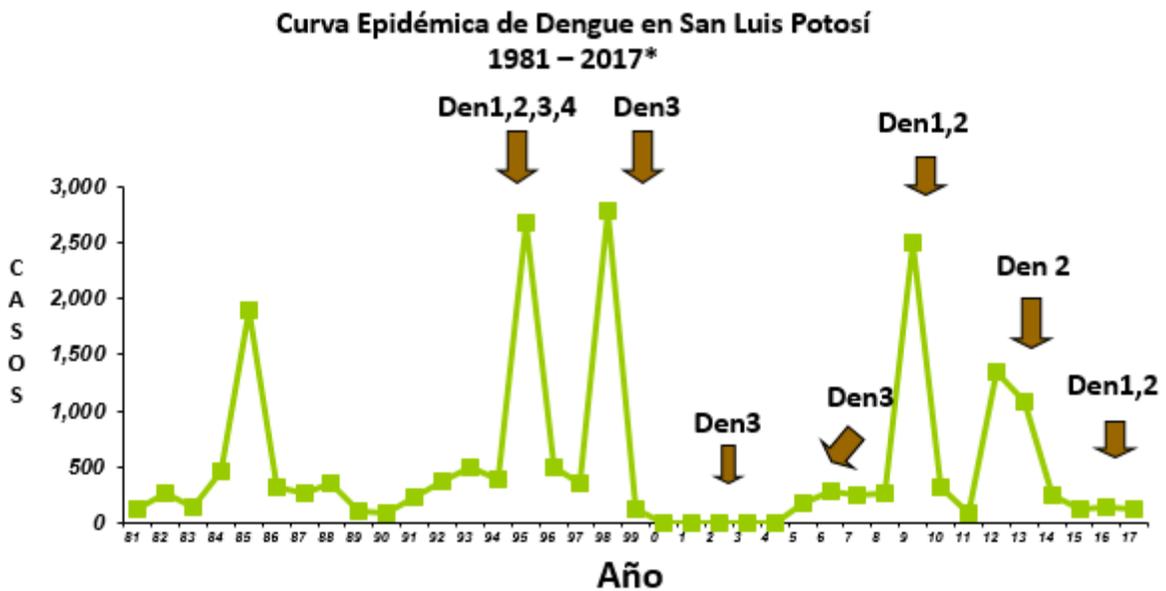


Gráfico 42  
Factores de Riesgo Asociados a Suicidios

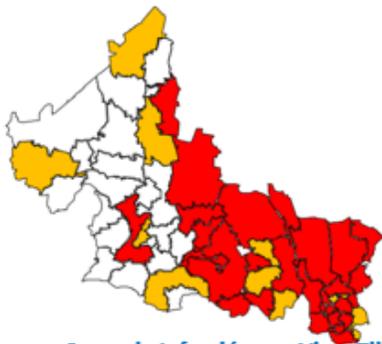


Es menester señalar que las enfermedades transmitidas por vector como el Dengue, presentan picos como lo demuestra la siguiente gráfica, sin embargo hasta el momento no se ha presentado en el estado un brote de dengue hemorrágico, gracias a las acciones de prevención y control del vector.



En materia de vigilancia epidemiológica, se cuenta actualmente que los consultorios adyacentes a farmacias privadas obligatoriamente se integran al registro de notificación semanal. Esto ha permitido mantener el control de diversas enfermedades, en especial las transmitidas por vector como el caso del dengue, chikungunya y Zika. En este San Luis Potosí, a pesar de ser vecino de Entidades con alta transmisión, visita de viviendas, criaderos de mosquitos y rociado de viviendas con alto riesgo, recolección y destino de llantas, chapoleo de lotes baldíos y riberas de ríos; una decidida acción de prevención que permite garantizar la salud de nuestra gente.

Municipios con casos de Infección por Virus Zika, San Luis Potosí, 2017\*.



Casos de Infección por Virus Zika San Luis Potosí 2015 – 2017\*

Jurisdicción	2015	2016	2017*
San Luis Potosí	0	0	2
Matehuala	0	0	3
Rioverde	0	5	97
Ciudad Valles	0	16	246
Tamazunchale	0	10	100
Tancanhuitz	0	0	47
Estatad	0	31	495

Casos de Enfermedad por Virus Chikungunya San Luis Potosí, 2015 – 2017\*

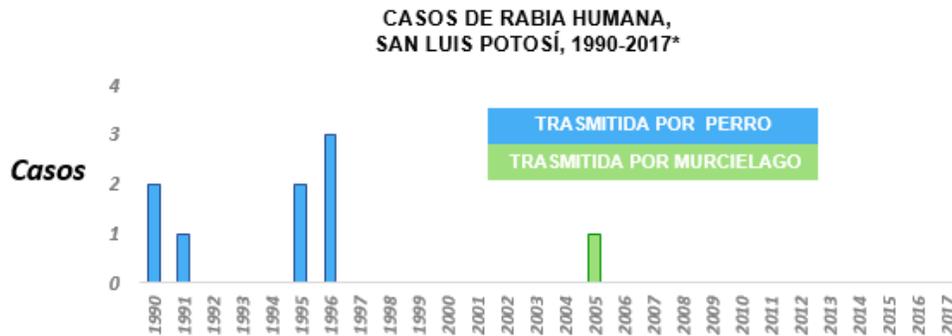
Municipio	2015	2016	2017*
Rioverde	4	---	---
Guadalcazar	1	---	---
Ciudad Valles	2	---	2
Ébano	1	1	---
Tanquián	---	1	---
Tamuín	---	---	1
San Martín Ch.	---	1	---
Estatad	8	3	3

**En los años 2015 y 2016 se confirmaron los primeros casos locales de Chikungunya y Zika en San Luis Potosí, respectivamente.**

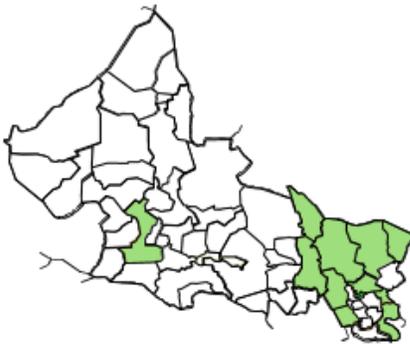
Las adicciones, constituye un problema de Salud Pública que muestra un franca tendencia al aumento, de acuerdo a los datos referido en el Sistema Estatal de Vigilancia de las Adicciones lo que traduce la necesidad de establecer estrategias para el abordaje de este problema de manera coordinada con las instituciones de asistencia social.

Las enfermedades transmitidas por zoonosis también son de gran relevancia en el estado de San Luis Potosí, para lo cual se realizan acciones preventivas y de difusión a la población, así como la

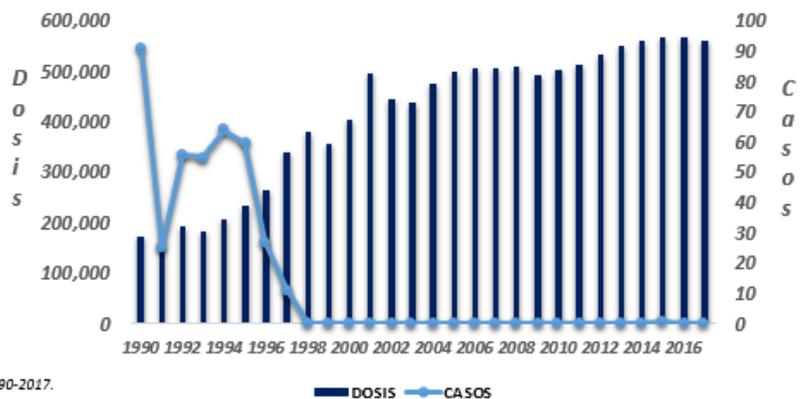
coordinación con otras dependencias a fin de minimizar los riesgos de contagio a la población, tal como lo demuestra la presente gráfica.



Municipios con antecedentes de casos de Rabia en Animales. 2007 – 2017\*.



VACUNA ANTIRRABICA CANINA APLICADA Y CASOS DE RABIA CANINA, SAN LUIS POTOSI, 1990 – 2016\*



FUENTE: Laboratorio del Centro de Control de Rabia y Zoonosis, 1990-2017.

En donde la acción más efectiva, es la vacunación de los caninos (perros y gatos), en donde anualmente se vacuna un poco más de medio millón de perros, así mismo se tienen las brigadas de esterilización que apoyan, con la disminución de animales en la calle.

## 2.5 Factores condicionantes de la salud en las regiones del Estado

### 2.5.1 Región Altiplano

La región Altiplano en su conjunto, aporta el 7% al PIB del Estado, sustentada en la actividad económica de Matehuala que es el principal centro de intercambio económico del Altiplano y el espacio de tránsito comercial y de personas entre la ciudad de San Luis Potosí y el norte del país.

Esta región se caracteriza por su alta dispersión geográfica y carencia de vías de comunicación que dificultan al acceso a los servicios de salud y educativos; su actividad económica se asocia a la agricultura con métodos e instrumentos de trabajo rudimentarios; ocupación temporal y remuneración por debajo del salario mínimo; la mayor parte de las viviendas carecen de agua potable, sistemas de disposición de excretas y energía eléctrica; además de niveles nutricionales muy por debajo del promedio nacional, es en esta zona donde se observa la mayor dispersión poblacional de todo el estado con 10.36 habitantes por kilómetro cuadrado, así mismo es la segunda zona donde se presenta el mayor índice de marginación, dado que 8 de los municipios que la componen son de alta marginación.

En el extenso territorio del Altiplano (casi un millón de hectáreas que representa el 34% de la superficie agropecuaria del Estado) predomina el clima característico de las zonas semidesérticas, con precipitación pluvial escasa y errática, con localidades pequeñas y dispersas. Posee el 47% de la superficie destinada a la ganadería en el Estado, donde predominan las especies menores, caprinas y ovinas, con sistemas de pastoreo extensivo combinada con una producción intensiva en bovinos de leche, porcinos y aves, concurriendo a mercados regionales y se estima una aportación de un 4.2% al PIB estatal, para el 2007<sup>16</sup>. El Altiplano, se caracteriza por una producción extensiva y de temporal (35%) con un alto grado de siniestralidad, donde prevalecen los cultivos tradicionales anuales, y con pequeñas áreas de riego donde se siembra maíz grano, jitomate, hortalizas, alfalfa, pastos y praderas.

Esta zona comienza a presentar micropolos de desarrollo en los municipios de Matehuala, Salinas de Hidalgo, Ahualulco.

## 2.5.2. Región Centro

Esta región es de marcada concentración poblacional con formación de áreas urbanas marginadas que coexisten con aquellas donde vive la población con mayores beneficios económicos y sociales, así como crecientes núcleos que subsisten a expensas de la actividad comercial no formal; uso del suelo de naturaleza no agrícola, disponibilidad de varios tipos de vías de comunicación; estructura productiva que tiene como base la industria y los servicios con alto nivel de desarrollo tecnológico en la localidades más grandes, existencia de mayor número y mejores servicios públicos; modernas redes de comunicación, así como la consecuencia de la contaminación atmosférica producida por vehículos automotores y fábricas. Esta región concentra el 49% de la población del estado, a expensas básicamente de los municipios de San Luis Potosí y Soledad de Graciano Sánchez; su cobertura de atención médica es de un 99%, existe una alta concentración de servicios médicos en la ciudad capital.

Es el principal polo de desarrollo por la disponibilidad de capital humano calificado, de zonas y parques industriales de proyección nacional e internacional; organización empresarial, tecnología, amplia cobertura de servicios en salud, educación, agua, electricidad y drenaje; aunado a una moderna infraestructura urbana, privilegiada ubicación geográfica y favorables condiciones de infraestructura en comunicaciones.

---

<sup>16</sup> Gobierno del Estado de San Luis Potosí Secretaría de Desarrollo Económico. Panorama Económico 2007.

En el caso de Soledad de Graciano Sánchez, Villa de Reyes y Villa de Zaragoza, la dinámica de su crecimiento se debe a la oferta habitacional de bajo costo que atrae la residencia de la población que se ocupa en las zonas industriales de San Luis Potosí. Su crecimiento es horizontal y se ha fortalecido por el desarrollo del comercio y los servicios, y las oportunidades para el empleo informal.

En esta región vive el 56.5% de la población total estatal, concentrada en el área metropolitana de la ciudad de San Luis, la población de las áreas rurales (14.7%) se dedica a la producción y comercialización de productos agropecuarios y a proveer de mano de obra no calificada a la industria, por lo que la atracción/expulsión de mano de obra está al ritmo del crecimiento industrial de la zona conurbada. Es una región que tiene profundas tensiones entre lo urbano y lo rural, sin puntos de encuentro porque lo urbano está vaciando lo rural, donde el aporte al PIB estatal es decisivo para el desarrollo del Estado pero, en realidad, la actividad agropecuaria y forestal aporta en forma muy marginal al PIB (1.34%).

En los censos económicos 2009, destaca en primer lugar, la fabricación de partes para vehículos automotores seguido de la elaboración de productos de panadería y tortillas, chocolates, dulces y similares se cuenta también con fabricación de aparatos eléctricos de uso doméstico, estructuras metálicas y productos de herrería, hierro y acero accesorios eléctricos, confección de prendas de vestir, productos de plástico, industria de las bebidas, cartón y papel, éstas empresas aportan el 68.1% de los empleos que se generan en el Estado.

Por tamaño, las microempresas manufactureras (0 a 10 personas) representan el 91.4%, las pequeñas empresas (11 a 50 personas) captan el 5.5% del total de los puestos de trabajo, las medianas empresas (51 a 250 personas) participan con el 1.9% y las grandes empresas (251 en adelante) agrupan el 1.2% del total.

### **2.5.3. Región Media:**

Esta zona cuenta con el 10.1 % de la población estatal, un 2.2% de población habla algún dialecto. El índice de analfabetismo es de 17.6% siendo los municipios de mayor porcentaje Santa Catarina, Lagunillas y Alaquines, siendo las mujeres quien representan mayores cifras. En cuanto a los problemas de salud en la zona, se aprecia una alta prevalencia de desnutrición en la población menor de cinco años; así como las enfermedades transmisibles quienes ocupan los primeros lugares de morbilidad. En cuanto a la cobertura de medios de comunicación, se observa que la totalidad de los municipios de la zona cuentan con infraestructura carretera, y con un 99.5% de cobertura en atención de servicios de salud.

Dentro de los daños a la salud que podemos observar en la morbilidad es la presencia de enfermedades trasmisibles en un 9.26 % aunque comienzan a aparecer las enfermedades crónicas como diabetes mellitus e hipertensión arterial en sus diez principales causas representando un 0.71 %, en cuanto a la mortalidad, las enfermedades no trasmisibles tienen un 13.42 % mientras que las enfermedades trasmisibles solo alcanzan el 0.80 %.

Esta región con medio millar de hectáreas disponibles para las actividades agropecuarias, distribuidas en 962 localidades rurales, donde habita el 10.7% de la población rural del Estado, se especializa

fundamentalmente en la producción agropecuaria, originada por la disponibilidad de agua e infraestructura, contribuyendo con un 1.7% al PIB estatal.

#### **2.5.4 Región Huasteca:**

Esta región presenta ciertas particularidades, alto grado de concentración poblacional en la zona norte y mayor dispersión en el sur. Las vías de comunicación irregulares que dificultan en ocasiones el acceso a los servicios de salud y educación, actividades económicas predominantemente agropecuarias, con baja aplicación de tecnología en sus métodos de trabajo, ocupación permanente en algunas actividades con remuneración que se aproxima al promedio nacional, insuficientes servicios públicos como lo son: dotación de agua potable, drenaje y energía eléctrica, inadecuada recolección de desechos municipales.

La Huasteca potosina, posee grandes potencialidades que derivan de la enorme riqueza de sus recursos naturales pero con marcados rezagos sociales. La Huasteca constituye una de las regiones más complejas (tanto social como productivamente) del Estado. El centro de convergencia de la economía regional lo constituye Ciudad Valles, donde confluyen vías de comunicación, infraestructura y servicios, además de ser el núcleo de desarrollo agroalimentario de la región. Una característica distintiva de la región es que ahí reside el 94% del total de la población indígena del Estado, que se ubica en las zonas montañosas. A pesar de la gran complejidad socioeconómica de la región produce el 45% de la riqueza generada en el sector agropecuario y su aporte al PIB agropecuario estatal se estima en un 10%, posiblemente porque en ella vive el 46% de la población rural del Estado

Ésta región cuenta con 28.4% de la población estatal, la población indígena se concentra en esta zona y representa el 45% del total de la población de ésta área. De la misma forma es la que tiene los municipios con el mayor grado de marginación del Estado.

Dentro de los daños a la salud que podemos observar en la morbilidad en sus diez principales causas que el 28.77 % son enfermedades trasmisibles, y el 0.39 % enfermedades no trasmisibles. En lo que se refiere a la mortalidad, las enfermedades no trasmisibles representan un 25.73 % y las enfermedades trasmisibles solo el 1.15 %.

### **3.0 Respuesta Social Organizada**

La capacidad física instalada en cuanto a la ubicación de unidades formales de salud en el estado y de las cuales el sector da cuenta es de 674 unidades médicas, como puede observarse el incremento de unidades médicas en un rango de 25 en un 103%, unidades médicas que han sido ubicadas estratégicamente en todo el estado, lo que ha representado en la actualidad cobertura de atención médica, en cuanto a la dotación del paquete básico y servicios médicos de primer nivel de atención,

Asimismo esta respuesta social, brindada por el estado, es a través de la implementación, instrumentación y operación de programas de atención, que tienen estrategias, acciones y actividades, que tienen contempladas metas para el logro inmediato de sus objetivos y con el tiempo, ver los impactos en salud, que generan anualmente.

**Tabla No 32**  
**Unidades Médicas según nivel de los Servicios de Salud**  
**Comparativo de Microrregiones de San Luis Potosí**

Tipo de Unidad	1990					2017					Diferencia
	Altiplano	Media	Centro	Huasteca	Total	Altiplano	Media	Centro	Huasteca	Total	
Centros de Salud	19	14	17	34	84	27	28	45	85	185	101
Unidad Médica Rural	60	38	27	61	186	60	42	38	71	211	25
Unidades Médicas Móviles	0	0	0	0	0	22	20	29	90	161	161
Unidad Médica Familiar	1	0	0	5	6	11	8	19	23	61	55
Unidad Médica Urbana	0	0	0	0	0	1	2	1	2	6	6
Hospitales Comunitarios	0	0	0	0	0	2	1	0	5	8	8
Unidad de Especialidades	0	0	0	0	0	3	3	9	8	23	23
Hospitales de la Seguridad Social	1	1	3	3	8	0	1	4	2	7	-1
Hospitales para Población Abierta	2	1	2	2	7	3	2	3	3	11	4
Hospital de Atención Mental	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0
<b>Subtotal</b>	<b>83</b>	<b>54</b>	<b>50</b>	<b>105</b>	<b>292</b>	<b>129</b>	<b>107</b>	<b>149</b>	<b>289</b>	<b>674</b>	<b>382</b>
<b>Total</b>				<b>292</b>					<b>674</b>		

FUENTE: CLUES (Catalogo Único de Establecimientos de Salud) (Julio 2017).

**Tabla No 33**  
**Unidades Médicas según cobertura territorial**  
**Comparativo 1990 -2017**

Tipo de Unidad	1990		2017		Diferencia
	Total	62,848	Total	62,848	
Unidades de Primer Contacto	276	228	463	136	92
Hospitales	15	4,190	49	1,283	2,907
Hospital de Atención Mental	1	1	1	1	

Como puede apreciarse en el cuadro anterior, el crecimiento de las unidades médicas sobre todo aquellas destinadas a la población sin seguridad social, ha sido importante, dado que se ha duplicado prácticamente su capacidad, lo que ha permitido permear en la salud de la población. De tal forma que la cobertura de unidades médicas sembradas en el territorio potosino avanza lentamente de tal forma que de 1990 al 2017, aun cuando no es una cobertura efectiva, si se van eliminando zonas a donde la población pueda acudir.

Así mismo se cuenta con nuevas unidades como son las UNEMES (Unidades de especialidades médicas) como muestra el siguiente cuadro

**Tabla No. 34**  
**Unidades Médicas según Municipio**

Municipio	CAPA	SORID	CAPASITS	CISAME	DEDICAM	Mama	Cirugía Amb.
San Luis Potosí	1	2	1	1	0	1	0
Soledad de Graciano Sánchez	1	1	0	0	1	0	0
Santa María del Río	0	1	0	0	0	0	0
Matehuala	1	1	0	0	0	0	0
Salinas de Hidalgo	1	0	0	0	0	0	0
Rioverde	1	1	0	0	0	1	0
Ciudad Valles	1	1	1	1	0	0	1
Tamazunchale	1	1	0	0	0	0	0
	7	8	2	2	1	2	1

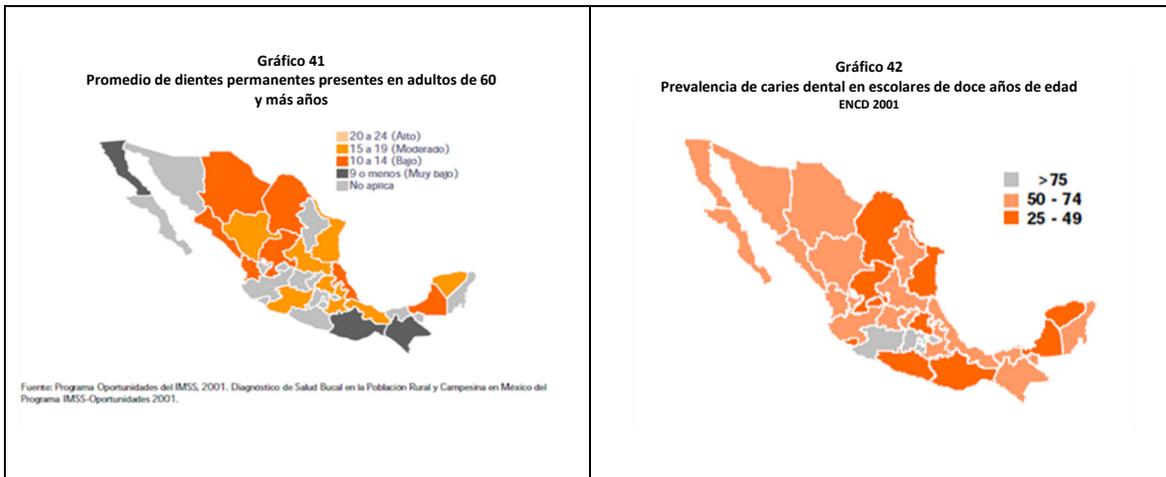
Fuente: Estudio de Micro regionalización 2016

Estas unidades nos apoyan a fortalecer las acciones que se dan en cuanto a atenciones dirigidas a adicciones en el CAPA (Centro de Atención Primaria en Adicciones), enfermedades crónico degenerativas SORIDS (Sobrepeso, Obesidad, Riesgo cardiovascular y Diabetes), infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA en los CAPASITS (Centro Ambulatorio de Prevención y Atención al Sida e Infecciones de Transmisión Sexual), alteraciones mentales CISAME (Centro Integral de Salud Mental) y la UNEME de Cirugía Ambulatoria que coadyuva a la sobre ocupación hospitalaria del hospital General de Ciudad Valles con la realización de cirugías de baja complejidad y realización de las campañas y jornadas de cirugía extramuros, por otro lado contamos con la nueva unidad (DEDICAM) Unidad de Especialidades Médicas Dedicada a la Detección y Diagnóstico del Cáncer de Mama, que apoyara las acciones de detección, diagnóstico y tratamiento de aquellas mujeres que presentan problemática de la glándula mamaria.

Es menester señalar que a partir del 2004 el 99% de los centros de salud a sustituir cuentan con atención dental, esta decisión a partir de un diagnóstico de salud bucal en donde el promedio de órganos dentales permanentes que se encuentran presentes en boca de adultos de 60 y más años, fue de 13 piezas (n=20,436). En donde el estado de San Luis Potosí, se encuentra con un índice moderado, asimismo, la prevalencia de caries en la edad escolar es elevada, de tal forma que al acercar el servicio dental a las localidades alejadas de las ciudades se pretende que en un mediano plazo comience a cambiar esta estadística en el estado.

Es menester señalar que una de las estrategias para mejorar el índice de CPO en las escuelas de tal forma que se cuenta con el programa Escuelas Libres de Caries que al día de hoy cuenta con 1,298 escuelas certificadas del nivel básico con el objetivo de reducir el índice de caries en los escolares y generar en el alumno un hábito de higiene oral permanente durante su vida. El proceso de certificación consta de otorgar un esquema básico de prevención en los alumnos durante un ciclo escolar (detección de placa bacteriana, instrucciones de técnica de cepillado y uso de hilo dental, enjuagatorios de fluoruro de sodio y sesiones sobre salud bucal), realizar un diagnóstico de salud bucal de los alumnos y otorgarles actividades curativas (profilaxis, odontoxesis, amalgamas, resinas, extracciones) y concluir con el 80% de los alumnos con un tratamiento integral terminado. Teniendo una visión más amplia se inició el programa de Comunidades Libres de Caries, estrategia que permite lograr la certificación en las comunidades y que consta de otorgar un esquema básico de prevención en la población beneficiada, realizar un diagnóstico de salud bucal, otorgarles actividades curativas y

concluir con el 80% de la población con un tratamiento integral terminado, al día de hoy se cuenta con 77 comunidades atendidas integralmente.<sup>17</sup>



### 3.2 Programas de Atención para coadyuvar en los riesgos para la salud:

Se cuenta con programas de intervención directos para coadyuvar las necesidades de salud de la población, cada uno de ellos, cuenta con acciones e intervenciones dirigidas a disminuir la tasa de morbilidad, de tal forma que solamente se mencionaran, dado que en lo anteriormente comentado, ya se presentan los impactos directos e indirectos tanto para la morbilidad, como la mortalidad en los diferentes grupos etareos y zonas del estado:

- a) **Tuberculosis:** Considera mejorar las acciones a través nueve componentes. Los tres primeros están dirigidos a la atención personalizada del individuo, los otros seis buscan garantizar la adecuada atención de la población mediante la capacidad técnica y humanística del personal, así como fortalecer los servicios de salud, a través de: protección oportuna, atención de excelencia, curación segura, desarrollo humano, activación social, coordinación y organización, información y evaluación, estructura e insumos e investigación.
- b) **Lepra:** Este programa establece dos componentes sustantivos, (búsqueda activa y atención de excelencia) y cinco componentes estratégicos tales como: Desarrollo humano, activación social, información y evaluación e insumos. Se tienen dos municipios bajo vigilancia epidemiológica, aunque a todas las lesiones dermatológicas se les realiza diagnóstico diferencial.
- c) **Rabia:** Este programa construye su desempeño a través de las siguientes intervenciones:
  - Calidad: se manifiesta a través de la ausencia en la presentación de casos de rabia, tanto en el humano como en el perro, confirmada por laboratorio, además de valorar la atención antirrábica de personas agredidas, mediante

<sup>17</sup>Que no ha mejorado a pesar de que los esfuerzos de capacitación y asesoría (un 3.8%)

- el porcentaje de casos que indica el esquema pos-exposición según la especie animal agresora (perro, gato, quiróptero y pequeños carnívoros).
  - Cobertura: comprende el porcentaje de perros vacunados, relacionando inicialmente el cumplimiento de la meta anual y lo logrado en la semana nacional de vacunación.
  - Vigilancia: corresponde al porcentaje de muestras remitidas y estudiadas por laboratorio, según el cumplimiento que se tenga cada mes de la meta anual prevista, diferenciándose por perro y gato, y otras especies agresoras.
  - Promoción de la Salud: este es dado dependiendo de cada una de las acciones mensuales de animales eliminados y mascotas esterilizadas, así como las acciones de difusión.
- d) **Cólera:** este programa se fundamenta en tres indicadores de vigilancia epidemiológica y un indicador de vigilancia sanitaria
  - Cobertura de detección: se refiere a las detecciones específicas de la enfermedad sobre aquellos personas que son diagnosticadas con diarrea.
  - Tratamiento oportuno: se refiere a la proporción de casos sospechosos de cólera a los cuales se les ministró tratamiento de acuerdo a la definición operacional.
  - Eficiencia de laboratorio: selección de las cepas aisladas de *Vibrio Cholerae* 01 y/o NO01 recuperadas de casos de diarrea, y el 100% de las cepas de *Vibrio Cholerae* 01 recuperadas de muestras ambientales y el 30% de las cepas de *Vibrio Cholerae* NO01 recuperadas de muestras ambientales y alimentos.
  - Cloración del agua: la proporción de determinaciones de cloro residual libre dentro de los parámetros de la NOM-127-SSA2-1994 (0.2 – 1.5 ppm).
- e) **Enfermedades Transmitidas por Vector (dengue, chikungunya y zika):** estos programas que sus acciones son compartidas y solo algunas son específicas, requieren para su prevención y control, acciones de: promoción para la salud, comunicación social, vigilancia epidemiológica, protección contra riesgos sanitarios, y atención médica, con la finalidad de detonar la participación comunitaria, identificar e incidir oportunamente en los riesgos, así como el control químico del vector que deberá mantenerse, restringido y direccionado con base en la detección temprana de incremento en el riesgo entomológico de los sitios donde se está generando la transmisión
- f) **VIH – Sida:** Este programa para su desempeño contempla lo siguiente: usuarios activos de condón, detección de sífilis en mujeres embarazadas, gasto en prevención por persona viviendo con VIH, casos de Sida registrados oportunamente y pacientes con Sida que reciben tratamiento antirretroviral, coordinación intersectorial.
- g) **Salud Bucal:** Es programa es tal vez, el más completo en cuanto a la cobertura de atención y la medición de su desempeño, a través de sus indicadores que realizan en la población desde preescolar hasta la secundaria, además de lo realizado en la consulta general: total de odontólogos y pasante en servicio social (clínicos), total de unidades dentales funcionando y

no funcionando, total de unidades dentales funcionando en los turnos matutino y vespertino, promedio de horas diarias contratadas por odontólogo, total de días laborales al año, población total no derechohabiente en el estado, total de consultas otorgadas en el servicio de estomatología, total de actividades restaurativas intramuros (amalgamas, resinas, ionómero de vidrio y TRA- *técnica de restauración atraumática*, Total de actividades mutilantes intramuros (extracciones permanentes), total de actividades preventivas intramuros (limpieza dental, aplicación tópica de flúor, odontoxesis, esquema básico de prevención, detección de alteraciones y selladores de fosetas y fisuras), total de actividades curativas intramuros (amalgamas, resinas, ionómero de vidrio, técnica de restauración atraumática extracciones tanto temporales como permanentes, terapia pulpar, cirugía bucal y farmacoterapia, total de actividades preventivas realizada durante las semanas nacionales de salud bucal, total de beneficiarios durante las semana nacionales de salud bucal, total de actividades preventivas extramuros del programa permanente (enjuagues de fluoruro de sodio, técnica de cepillado, uso de hilo dental y control de placa bacteriana).

Es importante señalar que en coordinación con el Patronato de la Beneficencia Publica, este programa proporcionar prótesis dentales a los adultos mayores, lo que les mejora su calidad de vida.

- h) **Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Dislipidemias, y Obesidad:** este programa de atención a las enfermedades crónicas no transmisibles, tienen acciones conjuntas para disminuir la incidencia y prevalencia, así como la tasa de mortalidad por éstas causas a través de: desarrollar campañas educativas permanentes sobre la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles con cobertura nacional, estatal y local, fomentar la alimentación correcta a nivel individual, familiar, escolar y comunitario a través de estrategias innovadoras de mercadotecnia social, promover la actividad física a nivel individual, familiar, escolar y comunitario; promover la creación de espacios para la realización de actividad física; adecuar los sistemas de vigilancia para diabetes mellitus tipo 2, hipertensión, dislipidemias, sobrepeso y obesidad; establecer mecanismos de difusión oportuna de la información epidemiológica sobre obesidad y diabetes; impulsar acciones de detección oportuna de sobrepeso y obesidad en entornos escolares, laborales y comunitarios; fomentar el uso de las NOM, guías de práctica clínica, manuales y lineamientos para estandarizar la atención en salud; Fortalecer la cadena de suministro de medicamentos e insumos en las instituciones públicas de salud; fortalecer la detección temprana y el control de pacientes con ECNT, capacitar continuamente a los profesionales de la salud de primer contacto; asegurar el abasto oportuno y completo de medicamentos e insumos.
- i) **Cáncer cervicouterino y mamario:** para el caso específico de las mujeres se cuenta con estos dos programas los cuales su principal línea de acción es la detección temprana a través de la toma adecuada de la citología cervical y de la mastografía, en ambos programas se cuenta con un protocolo muy específico para aquellas mujeres que presentan datos sugestivos de presentar cáncer, para lo anterior se cuenta con un camión móvil para toma de mastografías, y se tiene apoyo para colposcopia.

- j) **Planificación familiar:** coadyuva en la salud reproductiva de la mujer a través de las siguientes acciones: usuarios nuevos, cobertura anticonceptiva en mujeres en edad fértil, unidad, tasa de retención, aceptación en adolescentes, participación del varón,
- k) **Salud materna y perinatal:** este programa está enfocado a brindar mejores oportunidades de atención médica tanto a la mujer embarazada como al producto de ese embarazo, en el 99 por ciento de los casos, se atienden en los hospitales, de tal forma que se puede inferir que la promoción de atención de parto en la unidad hospitalaria, esta funcionando a través de: control prenatal, promedio de consulta por embarazada, cobertura de nacimientos atendidos en unidades, detección de problemas metabólicos, a través del tamizaje al momento del nacimiento, atención de partos por cesárea, atención de recién nacidos con bajo peso.
- l) **Salud de la infancia y de la adolescencia:** programa enfocado a mejorar las condiciones de salud y coadyuvar en la disminución de riesgos en la población preescolar y adolescencia a través de las acciones encaminadas a; estados nutricionales, terapia de lenguaje, infección de vías respiratorias y diarreicas agudas, alteraciones de la sangre y cánceres.
- m) **Vacunación:** programa dirigido a toda la población por medio de la aplicación de dosis de biológicos contra varias enfermedades, sin embargo el grupo de intervención son los niños y niñas menores de un año de edad, asegurándose que éstos cuenten con el esquema básico de vacunación, que han permitido erradicar, controlar y eliminar el sarampión, difteria, poliomielitis, tuberculosis meningea, tos feria, parotiditis, haemophilus influenzae tipo b, rubeola y tétanos neonatal.
- n) **Sordera: Tamiz Auditivo Neonatal E Intervención Temprana:** programa dirigido a todos los recién nacidos del estado la prueba de auditivo neonatal, a los casos confirmados se les realiza estudios potenciales evocados al tallo cerebral para detectar el grado de sordera y con ello otorgar auxiliares auditivos adecuados para cada situación. Cabe hacer mención que tanto la Prueba de Tamiz Auditivo, como los estudios confirmatorios y el tratamiento, son cubiertos a través del Seguro Popular, una vez que se identifica al menor con sordera, se canaliza para la colocación de los auxiliares auditivos así como a terapia auditiva verbal otorgando en todo momento seguimiento y capacitación a los padres.
- o) **Vigilancia epidemiológica:** programa que “vigila” la ausencia, presencia o prevalencia de los casos de enfermedad y aquellos que son susceptibles de notificación inmediata de acuerdo al riesgo que representa para la población, este sistema está conformado por diferentes componentes tales como: notificación semanal, red hospitalaria de vigilancia epidemiológica (RHOVE), sistema epidemiológico y estadístico de las defunciones (SEED) y sistemas especiales (sistema de enfermedades transmisibles, SIDA/VIH, Parálisis flácida aguda, enfermedad febril exantemática, no transmisibles, adicciones, registro histopatológico de lesiones malignas y que para cuya efectividad se apoya en los estudios que realizan el laboratorio estatal de salud pública.
- p) **Accidentes;** programa dirigido a la prevención de accidentes de todo tipo, sin embargo derivado de los costos que provocan las discapacidades por vehículos de motor, se centra en este tipo de acciones a través de: renovar y hacer más eficiente el marco normativo en materia

de prevención de accidentes de tráfico; fortalecer la vigilancia, control y cumplimiento de normas vigentes, facilitar el acceso a información confiable y oportuna así como el desarrollo de indicadores para accidentes de tráfico por vehículo de motor (ATVM); promover la coordinación intersectorial, intergubernamental e internacional para hacer más efectivos los procesos de prevención de ATVM; impulsar la promoción de la seguridad vial y prevención de ATVM para la construcción de una nueva cultura que favorezca la reducción de los factores de riesgo; atención oportuna a víctimas; capacitación y entrenamiento.

- q) **Trasplantes:** programa dedicado a buscar donación de órganos tanto de donadores cadavéricos como de donador vivo relacionado.
- r) **Asma:** programa dirigido a contar con insumos para el tratamiento de niños y adultos con este tipo de enfermedad pulmonar.
- s) **Adicciones:** este programa sus acciones se dirigen hacia el consumo de las sustancias, que representan retos particulares por los distintos problemas de salud y sociales que causan, así como por los diferentes grupos de la población que son afectados en intervenciones para: abuso en el consumo de bebidas alcohólicas y el alcoholismo; tabaquismo; uso no terapéutico de medicamentos psicoactivos, como los analgésicos, tranquilizantes y sedantes; inhalación con fines de intoxicación de ciertos productos de uso industrial, como tóneros, pegamentos y otros disolventes; uso y abuso de drogas ilegales, que incluye una variedad de sustancias con diversos grados de peligrosidad, como la marihuana, la cocaína, los alucinógenos y la heroína; nuevas drogas sintéticas como metanfetaminas.
- t) **Salud mental;** programa cuyas acciones están dirigidas a: proporcionar atención integral psiquiátrica y psicológica en salud mental ambulatoria, a toda persona que lo solicite; prestar servicios de promoción de la salud mental, diagnóstico temprano, psicoeducación y tratamiento mediante consulta externa, para favorecer la salud mental entre la población con repercusiones psicológicas o trastornos mentales, que requieren de una atención especializada o subespecializada; operar como punto de enlace entre la población y los otros niveles de atención y servicios del Sistema en materia de Salud Mental; dar seguimiento y control al tratamiento de personas que presentan alguna enfermedad mental, asimismo este programa cuenta con un soporte hospitalario.
- u) **Violencia familiar y equidad de género;** este programa sus acciones están dirigidas a combatir la violencia familiar y de género incrementa los riesgos a la salud, como lesiones, embarazos o abortos forzados, infecciones de transmisión sexual, depresión, trastornos mentales, abusos de sustancias y enfermedades crónicas entre otras; estos daños se producen a lo largo de la vida y tienden a incrementar, sin intervención oportuna incluso puede llegar a la muerte. Los servicios de salud representan una ventana de oportunidad, de ahí que la búsqueda intencionada de casos a través de la detección basada en indicadores de alarma relacionados con la violencia es fundamental a través de: establecer procedimientos institucionales para la atención de las personas afectadas por violencia sexual; garantizar la disponibilidad de los insumos para anticoncepción de emergencia y profilaxis para evitar infecciones de transmisión sexual; establecer procedimientos institucionales para la realización del aborto médico de conformidad con lo previsto por la ley; fortalecer las

capacidades del personal de salud para la atención esencial de la violencia sexual; promover la atención psicológica para las personas que viven violencia sexual; establecer servicios especializados de atención médica y psicológica de la violencia familiar y de género en las unidades de salud; supervisar que la atención de la violencia familiar y de género cumpla con la normatividad vigente, reducir los daños a la salud ocasionados por la violencia familiar y/o de género en las mujeres; contribuir al desarrollo de acciones de re-educación de víctimas de violencia de pareja en las unidades de salud; coordinar la adaptación de las intervenciones para la prevención y atención de la violencia para mujeres indígenas; fortalecer las capacidades del personal de salud para brindar orientación, consejería y referencia oportuna a las mujeres que viven violencia; promover el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia.

- v) **Promoción para la salud que contiene las acciones de promoción para la salud, educación en salud, interculturalidad, comunidades saludables**, estrategias que están dirigidas a identificar determinantes sociales de la salud que influyen en la salud, para con ello coadyuvar en la disminución de los principales problemas de salud pública; en la mejora de la salud de la población en las comunidades mediante la promoción de estilos de vida saludables desde el micro nivel como es el autocuidado de la salud, salud familiar, salud local, salud comunal y municipal, a través de: fomentar que las comunidades y los entornos sean higiénicos, seguros y propicien una mejor salud; impulsar que los municipios aborden de manera integral los determinantes que influyen en el estado de salud de la población; fortalecer las competencias del personal de salud y de los diferentes actores sociales de la comunidad y el municipio
- w) **Vete sano – Regresa Sano**; programa dedicado a la población migrante, y que esta está diseñado para articular acciones de promoción, prevención y atención a la salud dirigidas como grupo de población particularmente vulnerable, aplicadas en los sitios de origen, tránsito y destino, mediante el abordaje de los determinantes de la salud que se presentan en los migrantes y la aplicación de un Paquete Garantizado de Promoción y Prevención para los migrantes y sus familias en el proceso de la movilidad migratoria, durante el cual, frecuentemente las personas pierden la continuidad de sus revisiones médicas periódicas.
- x) **Línea de Vida**; este programa promueve las acciones efectivas de promoción y prevención para cada uno de los grupos de la población como niñas y niños de 0 a 9 años, adolescentes de 10 a 19, mujeres de 20 a 59, hombres de 20 a 59 y adultos mayores de 60 años y más, a fin de favorecer la corresponsabilidad social en el cuidado de la salud y asegurar un sistema de información nominal al que se le pueda dar seguimiento y evaluar a través de las cartillas.
- y) **Prospera**: programa que está dirigido a la población en estado de vulnerabilidad, través de un plan de comunicación indígena, paquete básico garantizado de salud, que permite Contribuir a fortalecer el cumplimiento efectivo de los derechos sociales que potencien las capacidades de las personas en situación de pobreza a través de acciones que amplían el desarrollo de sus capacidades en alimentación, Salud y educación y el acceso a otras dimensiones de bienestar, que junto con las alternativas de apoyo en salud con auxiliares de salud y parteras tradicionales que por medio de las caravanas y/o brigadas médicas móviles, para llevar el paquete básico garantizado a la localidades alejadas.

- z) **Protección contra Riesgos Sanitarios:** esta unidad que contempla varias estrategias tales como: regulación sanitaria, operación sanitaria, fomento sanitario, evidencia y manejo de riesgos, dictamen y autorización sanitaria, las cuales tienen como visión la protección contra riesgos sanitarios.
- aa) **Enseñanza e Investigación:** programa que se encarga de la vigilancia de los médicos de pregrado y residentes con los cuales se logran objetivos en las localidades alejadas.
- bb) **Atención hospitalaria:** atenciones que se brindan en los hospitales generales y comunitarios, y que están centrados en mejorar y salvar la vida de los pacientes que ingresan a cada unidad, y que en algunos de ellos, se llevan a cabo trasplantes de órganos, acciones de transfusión sanguínea, cirugía ambulatoria y jornadas de cirugía extramuros.
- cc) **Hemodiálisis:** programa que establece las fechas en que el paciente con daño renal grave y el médico planean hacerle sus sesiones de hemodiálisis. La hemodiálisis es un procedimiento que ayuda a limpiar la sangre debido a que los riñones presentan un grave daño de filtración glomerular.
- dd) **Quimioterapia:** programa que proyecta un tratamiento con medicamentos contra el cáncer que se pueden administrar por vía intravenosa (inyectados en la vena) o por vía oral.
- ee) **Consulta Externa:** programa que lleva a cabo acciones de atención médica no cubierta en alguno de los programas anteriormente descritos y que su unidad de acción es principal y primordialmente en el primer nivel, sea a través de centros de salud, casas de salud o brigadas médicas móviles.
- ff) **Si calidad:** programa que se encarga de verificar en cada una unidad médica que se brinde: Calidad técnica y seguridad del paciente. Mejorar la calidad técnica y la seguridad del paciente en la atención a la salud mediante la mejora continua, la reducción de eventos adversos, la medicina basada en la evidencia y la estandarización de cuidados de enfermería, Calidad percibida por los usuarios. Considerar las expectativas y la voz de los ciudadanos desarrollando acciones destinadas a mejorar la calidad con la que perciben los ciudadanos los servicios; Calidad en la gestión de los servicios de salud. Conducir bajo la rectoría de la Secretaría de Salud transformaciones en la calidad de la gestión y organización de los servicios de salud, institucionalizando el compromiso por la calidad.
- gg) **AFASPE convenio federal:** Este programa es la conjunción de acciones estratégicas, en un convenio específico que apoya anualmente con aproximadamente 50 millones de pesos y que de aquí emanan los indicadores de Caminando a la Excelencia...” es una iniciativa de evaluación de la Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud (SPPS), cuyo objetivo es identificar las áreas de oportunidad para mejorar el desempeño de los diferentes Programas de Acción de su competencia, mismos que fueron establecidos para contribuir al logro de mejores condiciones de salud para la población.

- hh) **Fortalecimiento de la Atención Médica (Caravanas):** Con este programa, se dará continuidad a la estrategia federal que inició en 2007 como Programa Caravanas de la Salud, posteriormente cambiando en 2015 su denominación por Unidades Médicas Móviles, con el objeto de garantizar la oferta de servicios en zonas rurales y marginadas del país con alta dispersión y difícil acceso geográfico. El FAM por sus características (enfoque geográfico, concentración en las redes de servicios y focalización, entre otras), será un "programa integrador" que orientará la conducción y la puesta en marcha de programas destinados a resolver las necesidades sociales de los mexicanos que hoy en día carecen de acceso regular a servicios de salud.
- ii) **Prospera:** Es un programa que favorece el desarrollo social a través de apoyos en alimentación, salud y educación. Y se promoverá el acceso de las y los beneficiarios del Programa a los servicios de salud proporcionados por el Seguro Popular. En coordinación con las instituciones de salud o grupos acreditados en áreas especializadas en dicho rubro, se revisan las características de su entorno que aminoren su calidad de vida, para la implementación de acciones que permitan preservar la funcionalidad e independencia de las y los beneficiarios del Programa.

También se cuenta con programas de tipo administrativo operativo, que tienen que ver con la política estatal en salud pública y que tienen su respaldo en la Secretaría de Salud federal toda vez que se quiere de presentar información.

### 3.3 Recursos Humanos en las Instituciones del Sector Salud

Respecto de la cobertura de atención médica para el sector salud, se requiere de regirse por estándares internacionales en cuanto a la prestación de la atención médica general, enfermería y odontología que son necesariamente el personal que se encuentra en el primer nivel de atención para este efecto. Es importante recalcar que las enfermeras se encuentran en el segundo nivel de atención y los médicos especialistas de igual forma, por lo que los parámetros en cuanto a este tipo de personal no han sido precisados, sin embargo y a fin de homologar las acciones se ponderaran de la misma forma, lo que nos puede dar un reflejo de la capacidad de segundo nivel por región.

**Tabla No. 35**  
**Comparativo de Personal de Salud**  
**Según Perfil y región 2017 SSSLP**

Zona	Médico general	Médico especialista	Enfermeras y auxiliar	Cirujano dentista	(veterinario-biomédico)	Apoyos administrativos	Paramédica técnico, laboratorista	Total general
1er Nivel	449	39	687	186	5	914	73	2353
Hospitales	229	306	1211	15	17	1423	282	3483
Administrativas	42	6	144	12	14	2359	115	2692
Estatad	720	351	2042	213	36	4696	470	8528
%	<b>8.44</b>	<b>4.12</b>	<b>23.94</b>	<b>2.50</b>	<b>0.42</b>	<b>55.07</b>	<b>5.51</b>	<b>100</b>

Fuente: plantillas proporcionadas por la Subdirección de Recursos Humanos 2017.

Este cuadro nos demuestra la cantidad de trabajadores en plantilla, lo que nos permite solamente observar que la misión de la dependencia, es desplazadas por personal administrativo, que no apoya en la atención directa de la población, dado que la mitad de personal se encuentra ubicado en esta rama, y lo relativo a médicos no llega al quince por ciento.

Es importante mencionar que la necesidad percibida de la población es menester a contar con médicos especialistas, los cuales se encuentran en las unidades hospitalarias y en centros de salud.

**Tabla No. 36**  
**Comparativo de Personal de Salud**  
**Según Perfil y región 2017 SSSLP**  
**En el primer Nivel de Atención**

Zona	Médico general	Médico especialista	Enfermeras y auxiliar	Cirujano dentista	(veterinario-biomédico)	Apoyos administrativos	Paramédica técnico, laboratorista	Total general
Centro	150	23	234	56	5	310	45	823
Altiplano	75	3	105	22	0	123	0	328
Media	40	0	90	25	0	82	3	240
Huasteca	184	13	258	83	0	399	25	962
Estatad	449	39	687	186	5	914	73	2353
%	<b>19.08</b>	<b>1.66</b>	<b>29.20</b>	<b>7.90</b>	<b>0.21</b>	<b>38.84</b>	<b>3.10</b>	<b>100</b>

Fuente: plantillas proporcionadas por la Subdirección de Recursos Humanos 2017.

Es de observarse que la zona centro y huasteca cuenta con el mayor número de personal, aun cuando pudiera deberse a que son las áreas que tienen mayor concentración de población, también son las zonas en donde éste se encuentra más confinado a la realización de unidades administrativas, aun cuando se encuentra en el nivel operativo.

**Tabla No. 37**  
**Comparativo de Personal de Salud**  
**Según Perfil y región 2017 SSSLP**  
**En el Segundo Nivel de Atención**

Zona	Médico general	Médico especialista	Enfermeras y auxiliar	Cirujano dentista	(veterinario-biomédico)	Apoyos administrativos	Paramédica técnico, laboratorista	Total general
Centro	150	23	234	56	5	310	45	823
Altiplano	75	3	105	22	0	123	0	328
Media	40	0	90	25	0	82	3	240
Huasteca	184	13	258	83	0	399	25	962
Estatad	449	39	687	186	5	914	73	2353
%	<b>19.08</b>	<b>1.66</b>	<b>29.20</b>	<b>7.90</b>	<b>0.21</b>	<b>38.84</b>	<b>3.10</b>	<b>100</b>

Fuente: plantillas proporcionadas por la Subdirección de Recursos Humanos 2017.

Importante mencionar que aun cuando la zona media y altiplano presentan un número similar de camas censables, la relación de personal en dichas unidades hospitalarias, no es comparable, dado que la zona media, que tiene una mayor concentración de población, tiene un número menor de personal.

**Tabla No. 38**  
**Comparativo de Personal de Salud**  
**Según Perfil y región 2017 SSSLP**

Región	Médico General	Médico Especialista	Enfermera	Odontólogo
Centro	3.16	0.83	6.38	0.29
Altiplano	1.57	2.17	5.59	0.19
Media	2.17	1.45	6.35	0.37
Huasteca	3.08	0.82	7.11	0.38
Estatad	2.08	1.69	6.07	0.31
Indicador	1/3000 hab	1/3000 hab	1/3000 hab	1/3000 hab

Fuente: Cédulas Diagnósticas 2017

En cuanto a la cobertura de personal de salud en contacto con el paciente, observamos que en cuanto a médicos generales por 3000 habitantes, todas las zonas se encuentran por encima del indicador, lo que representa que probablemente pueda ser problema de distribución de recursos la falta de médicos.

**Tabla No. 39**  
**Comparativo de Personal de Salud**  
**Según Perfil y región 2018 SSSLP y plantilla**

Región	Médico General	Médico Especialista	Enfermera	Odontólogo
Centro	0.38	0.27	1.21	0.13
Altiplano	1.31	0.4	2.7	0.2
Media	0.77	0.57	3.05	0.28
Huasteca	1.05	0.34	2.65	0.36
Estatad	0.72	0.34	1.99	0.22
Indicador	1/3000 hab	1/3000 hab	1/3000 hab	1/3000 hab

Fuente: Cédulas Diagnósticas 2018 ( información proporcionada por la Subdirección de Recursos humanos,)

Como puede observarse, si se eliminan las plazas de servicio social, contrato y servicios subrogados, el impacto en indicadores de personal sanitario es muy elevada, por lo que no existe comparación entre los números. Es de connotar que la Subdirección de recursos humanos, no presenta la información de la plantilla general de personal, solamente proporciona aquella que tiene alguna fuente de financiamiento específica, por lo que faltan contratos, subrogados, honorarios, entre otras.

Necesario recalcar que el modelo operativo de un núcleo básico es complicado de instrumentar, sobre todo con el personal de enfermería, que no quiere realizar actividades de campo, aunado a que la

población, tampoco, percibe la promoción para la salud como actividad importante sobre todo en el área urbana, en donde se requiere de un replanteamiento de operación, ya que la incidencia es por la tarde y fines de semana, por lo que el apoyo del sindicato sería importante para el cambio de funciones de este tipo de personal.

En lo que respecta a médicos especialistas observamos que las regiones centro y altiplano sobrepasan el indicador, quedando la zona centro por debajo del 5 por ciento, lo que denota que a pesar de contar con la región del estado con la concentración mayor de médicos especialistas, estos no se encuentran laborando en el sector salud, lo que representa un déficit en la atención del segundo nivel, este aparente déficit de personal especializado se nota en la atención ambulatoria tardía, dado que un mismo médico especialista si es de la rama quirúrgica atiende pacientes en la consulta externa, pasa visita en hospitalización y además realiza actos quirúrgicos lo que redundará en un diferimiento tanto de la consulta como de la atención quirúrgica en pacientes que tiene padecimientos no complicados .

Por otro lado aun a pesar de haber incrementado la plantilla de personal, el indicador parece no impactar, sobre todo, porque los médicos especialistas principalmente, no parece interesarles brindar sus servicios en el medio rural, de tal forma que los hospitales comunitarios solo tienen servicios de centro de salud ampliados, ya que si se cuenta con alguna plantilla de médicos especialistas, ésta es solo durante el turno matutino, y el resto de los turnos solo se refieren a los hospitales generales.

Respecto del personal de enfermería es notorio que en todas las regiones están por encima del indicador, sin embargo la mayoría de ellas, se encuentra ubicadas en los hospitales, lo que no permite un análisis detallado de aquellas que se encuentran en primer nivel de atención. En cuanto a la atención odontológica mucho se ha avanzado en esta última década, dado que las nuevas unidades que se han construido cuentan ya con un consultorio dental, el cual es atendido por odontólogos y pasantes de odontología, sin embargo el rezago es mucho aún y se tendrán que tomar las medidas correspondientes en todo el sector.

**Tabla No. 40**  
Comparativo Recursos Humanos  
Según Institución 2017

Tipo de personal	Total	Seguridad Social				Población Abierta	
		IMSS	ISSSTE	PEMEX	SEDENA	IMSS-OP	SSA
<b>Personal médico</b>	<b>4,131</b>	<b>1,523</b>	<b>431</b>	<b>22</b>	<b>31</b>	<b>300</b>	<b>1,824</b>
Médicos generales	1669	679	159	12	6	135	678
Médicos Especialistas	1316	683	230	9	16	33	345
Pasantes	881	126	23	0	0	132	600
Odontólogos	265	35	19	1	9	0	201
<b>De enfermería</b>	<b>6,032</b>	<b>2,115</b>	<b>674</b>	<b>33</b>	<b>96</b>	<b>916</b>	<b>2,198</b>
Auxiliar	2076	839	184	8	21	704	320
General	2639	874	327	22	26	19	1,371
Especializado	626	239	78	3	4	95	207
Pasantes	691	163	85	0	45	98	300
<b>Otros</b>	<b>7,254</b>	<b>1,795</b>	<b>475</b>	<b>35</b>	<b>49</b>	<b>204</b>	<b>4,696</b>
Personal de servicios	1297	399	194	8	17	135	544
Personal administrativo	5957	1,396	281	27	32	69	4,152
<b>Total</b>	<b>17,417</b>	<b>5,433</b>	<b>1,580</b>	<b>90</b>	<b>176</b>	<b>1,420</b>	<b>8,718</b>

Fuente: Información proporcionada por las dependencias 2017.

En cuanto a la correspondencia de personal por institución del sector salud, observamos que el IMSS RO, presenta el mayor número de recursos humanos, seguida de la secretaria de salud, la cual a pesar de contar con una cantidad considerable de personal se percibe que se requiere de un mayor número tanto en IMSS Oportunidades como en el ISSSTE, cuentan con un número menor. Es importante mencionar que las unidades del IMSS Oportunidades se encuentran rebasadas en su capacidad y que se requiere de contratación de personal médico y de enfermería, para atender la demanda de atención médica de sus unidades las cuales se encuentran ubicadas en las localidades rurales con mayor concentración de población, siendo la región huasteca el principal problema de déficit de atención por falta de recursos humanos.

**Tabla No. 40 A**  
**Comparativo Recursos Humanos**  
**Según Institución 2017**

Zona	Bachillerato	Especialidad	Licenciatura	Maestría	Otros	Pasante	Técnico	Total general
Centro	247	105	793	64	200	89	137	1635
Altiplano	26	45	271	22	18	17	88	487
Media	66	62	253	12	51	26	77	547
Huasteca	194	131	615	27	91	97	173	1328
Estatad	533	343	1932	125	360	229	475	3997
%	<b>13.34</b>	<b>8.58</b>	<b>48.34</b>	<b>3.13</b>	<b>9.01</b>	<b>5.73</b>	<b>11.88</b>	<b>100</b>

Fuente: 2018 ( información proporcionada por la Subdirección de Recursos humanos,)

De acuerdo a lo proporcionado por la Subdirección de Recursos Humanos de la dependencia SSSLP, sólo el 46% de los trabajadores, manifiestan contar con escolaridad, problema dado que no se podrá revisar la capacidad técnica de los trabajadores.

Asimismo es menester señalar que de los que manifiestan escolaridad el 34% no tiene nivel de licenciatura, lo que genera deficiencias en la administración.

### 3.4 Consultas y Servicios Otorgados

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

**Tabla No. 41**  
**Tipo de Atención Médica**  
**Según Institución 2017**

Atención Médica	SSSLP	IMSS Ordinario	IMSS Prospera	ISSSTE	Hospital Central	Total
Egresos	29,517	45,819	20,392	9,225	16,395	121,348
Consultas de Especialidad	68,662	392,503	37,055	184,076	91,118	773,414
Consulta de Medicina	1,003,623	1'889,682	849,809	316,110	3,666	2,173,208
Cirugías	12,177	28,184	9,866	6,420	10,928	67,575
Nacimientos Atendidos	10,549	8,589	8,207	943	3,486	31,774
Estudios de Imagenología	79,957	450,772	37,591	691,047	71,138	1,330,505
Estudios de Laboratorio	2,534,644	3,574,085	764,520	55,849	1,006,556	7,935,654
Sesiones de Hemodiálisis	14,537	37,582	NA	36,977	4,618	93,714
Sesiones de Telemedicina	3,106	0	NA	2,900	500	6,506

Fuente. Datos reportados por cada dependencia 2017

En lo referente a las consultas médicas otorgadas en 2017 en las Instituciones del Sector Salud, podemos observar que en las de Seguridad Social se dan un total de 2'205,792 consultas mientras que en la población abierta se dan 1, 857,098 éstos datos arrojan que la población acude menos a las unidades de salud, sea porque tienen un mejor estado de bienestar o salud o bien porque prefieren acudir a la medicina privada.

**Tabla No. 42**  
**Tipo de Atención Médica**  
**Según Institución 2017**

Atención Médica	Total	2,788,482
Egresos	121,348	44
Consultas de Especialidad	773,414	277
Consulta de Medicina General	2,173,208	779
Cirugías	67,575	24
Nacimientos Atendidos	31,774	11
Estudios de Imagenología	1,330,505	477
Estudios de Laboratorio	7,935,654	2,846
Sesiones de Hemodiálisis	93,714	34
Sesiones de Telemedicina	6,506	2

Tasa por 1000 habitantes

En cuanto a los principales servicios otorgados en las instituciones públicas del sector salud tenemos que los estudios de laboratorio y rayos X, son de los principales servicios, dado que se otorgan en promedio 3.32 estudios por habitante en el estado, lo que implica que a una persona se le realizan más de un estudio, en tanto a una parte de la población no se le realiza ninguno.

Respecto de los pacientes que se hospitalizan en las diversas unidades del sector salud, el 44 personas de cada mil en el estado se internó y tuvo un procedimiento médico o quirúrgico, asimismo la atención de parto en las unidades médicas es cada vez mayor, dado la capacitación que se otorga a las parteras tradicionales en cuanto a la detección de signos y síntomas de alarma para un parto

complicado, acción que impacta directamente en la disminución de las muertes maternas en el estado. Puede observarse que la demanda de sesiones de hemodiálisis es importante, de igual forma se incrementa las sesiones de tele consulta.

### 3.5 Principales Causas de Egreso Hospitalario

En lo referente a los egresos hospitalarios según el tipo de diagnóstico en las instituciones del sector la principal causa es la atención de embarazos y partos, evento que satura a los mismos por ser pacientes que por lo menos requieren un día de hospitalización dado que la mayor parte de ellas proceden del medio rural, así mismo las enfermedades del tubo digestivo como gastritis, enteritis, colon irritable son la segunda causa de egreso, en tanto que los traumatismos, envenenamientos y otras causas ocupan el tercer lugar, es aquí en donde se hace énfasis en los accidentes de trabajo, viales y del hogar, al fin de evitar al máximo posible que ocurran accidentes o traumatismo por falta de prevención y que pueden ocasionar otro tipo de lesión orgánica o funcional en el paciente.

Tabla No. 43  
Principales Egresos Hospitalarios  
Según Institución 2017

Concepto	Total	Seguridad Social				Población Abierta	
		IMSS	ISSSTE	PEMEX	SEDENA	IMSS OP	SSA
Embarazo, parto y puerperio	64,163	14,837	1,425	6	103	12,724	35,068
Enfermedades del Sistema Digestivo	16,127	6,009	1,535	3	113	2,338	6,129
Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	14,539	6,601	842	8	55	2,001	5,031
Enfermedades del sistema genitourinario	9,850	3,558	1899	33	184	1162	3,014
Tumores	6,504	2,656	771	18	32	438	2,589
Enfermedades del sistema respiratorio	6,727	2,063	392	20	58	1,490	2,704
Enfermedades del sistema circulatorio	5,673	2,542	814	9	31	731	1,546
Ciertas afecciones originadas en el periodo neonatal	5,644	1,126	225	0	3	1035	3,255
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	4,834	1,618	621	16	27	1063	1,489
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	2,843	1,554	702	6	51	110	420

Fuente: Cuaderno de trabajo

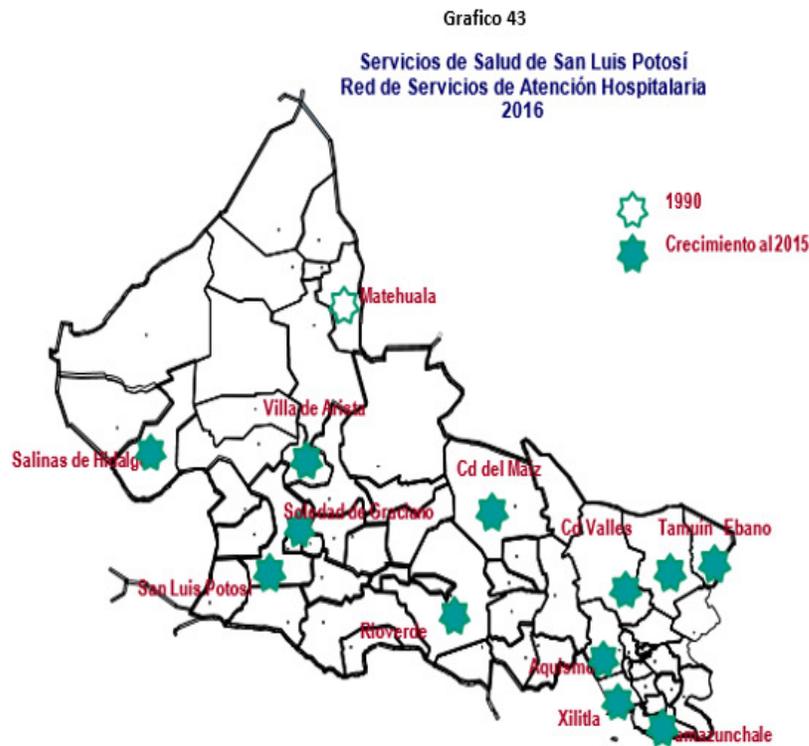
Así mismo las causas de egreso hospitalario como alteraciones de los sistemas circulatorios, endocrinos, nutricionales y metabólicos, así como las neoplasias, nos reflejan de lo que se está enfermando la gente y que estas causas también se encuentran dentro de las primeras causas de defunción en la población general. Por lo que es imperante se impacte directamente en el autocuidado de la salud, así como en las medidas higiénicas y dietéticas en la población a fin de poder coadyuvar en la mortalidad por este tipo de padecimiento.

Es menester señalar que las infecciones de vías urinarias y padecimientos renales, son una causa de egreso hospitalario que comienza paulatinamente van en incremento, por lo que el sistema de salud,

debe de realizar estrategias para detección temprana de nefrosis e insuficiencia renal, ya que el costo del tratamiento es un altamente costoso aun para el sector salud.

### 3.6 Capacidad Hospitalaria

La capacidad física instalada en cuanto a la ubicación de unidades formales de salud en el estado y de las cuales el sector salud da cuenta de 30 hospitales (generales, de especialidad, comunitarios y clínicas hospital) lo que nos permite contar en este momento con 0.73 camas por 1000 hab. lo anterior demuestra que aún se requiere contar con un mayor número de camas censables para atender la necesidad de la población dado que actualmente todos los hospitales generales y de especialidades cuentan con una ocupación hospitalaria por arriba del 85% que es el máximo parámetro para determinar suficiencia de camas censables, de ahí que se requiere de la ampliación de camas en los hospitales existentes o bien en la oferta de servicios en los hospitales comunitarios para poder nivelar dicha situación sobre ocupación.



Fuente: microregionación 2015.

A continuación mostramos la ubicación de los hospitales en el estado, así como su crecimiento en el periodo de 25 años, donde se observa la ampliación de servicios y que tiene que ver con el crecimiento poblacional, así como el tiempo de traslado hacia hospitales de mayor resolución.

Es menester señalar que se cuenta con una capacidad hospitalaria del sector privado importante, por lo que, se cuenta con un sector de población que acude a estas unidades, lo que impide la saturación de los hospitales del sector público en un grado mayor al que actualmente presentan.

**Tabla No. 44**  
**Capacidad en Camas por 1000 habS según Sector**  
**San Luis Potosí - 1990 a 2017**

Concepto	1990	2000	2010	2017
Población Abierta	511	923	1190	1190
Seguridad Social	466	739	739	739
<b>Total</b>	<b>977</b>	<b>1662</b>	<b>1929</b>	<b>1997</b>
Índice Estatal	0.47	0.68	0.77	0.73
Índice OMS	0.78	0.78	0.78	0.78
Diferencia	-0.31	-0.1	-0.01	-0.05

Es necesario recalcar que no se cuenta con la capacidad de camas de la iniciativa privada, sin embargo es necesario crecer en capacidad de hospitalización, dado que el crecimiento económico del estado, ha generado el crecimiento poblacional y eso requiere de capacidad para su atención.

En tanto que la capacidad por consultorio es aun baja, dado que se requiere de un consultorio para cada 3000 habitantes y en el estado se cuentan con 1.52 consultorios, lo que de alguna manera se relaciona con el número de médicos generales que se encuentran en las unidades, así mismo, es menester señalar que aun cuando el promedio se encuentra dentro del parámetro normal al interior de los municipios se requiere de fortalecimiento de estas acciones.

**Tabla No. 45**  
**Infraestructura Instalada**  
**Según Institución 2017**

Concepto	Total	Seguridad Social				Población Abierta	
		IMSS	ISSSTE	PEMEX	SEDENA	IMSS OP	SSA
Camas censables	1828	570	136	4	29	178	911
Camas no censables	1507	282	53	10	22	479	661
Consultorios	1267	261	116	11	16	248	615
Ambulancias	226	32	18	3	5	4	164
Áreas de urgencias	41	9	6	1	1	4	20
Áreas de terapia intensiva	18	4	1	0	0	4	9
Laboratorios	70	11	7	1	1	7	43
Gabinetes de radiología	52	15	9	1	1	4	22
Quirófanos	59	16	7	1	1	6	28
Salas de expulsión*	165	6	5	1	1	4	148
Bancos de sangre	10	1	1	0	0	4	4

Fuente: Cuaderno de trabajo, Finanzas 2017

- Se considera como área de expulsión al área de revisión ginecológica ya que está habilitada para la atención de partos.

Por otro lado en lo que se refiere a gabinetes de radiología y peines de laboratorio, se ha crecido sustancialmente en el Estado a través de la Secretaría de Salud, ya que se han construido en los Municipios de; San Martín Chalchicuautla, Tamazunchale, Matlapa, Aquismón, Xilitla, Axtla de Terrazas, Tamuín, Ebanó, Ciudad Valles, Cárdenas, Cerritos, Ciudad Fernández, Matehuala, Salinas de Hidalgo, Villa de Arista, El Naranjo, Tanlajás, Santa María del Río y Charcas. Unidades que cuentan con laboratorio y rayos X, lo que permite que estos servicios se acerquen a la población marginada y que se le dificulta acudir a una ciudad mayor para realizarse los estudios requeridos por el médico tratante

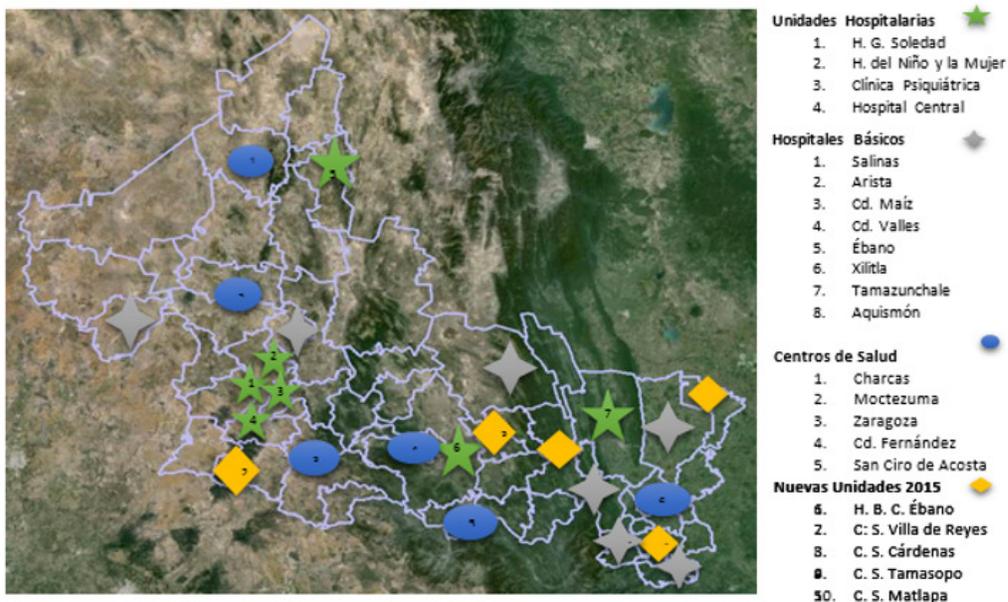
Los servicios de atención mental en el estado, presentan un serio rezago en cuanto a cobertura y atención integral, con una capacidad mínima en atención de primer nivel, insuficientes recursos para la atención hospitalaria e inexistencia de servicios de salud mental comunitaria.

Esta pobre infraestructura y desvinculación de los Servicios de Salud Mental, derivan de una insuficiente cobertura, atención parcial, gran presión para el Hospital Psiquiátrico en la demanda de atención hospitalaria, falta de seguimiento de los pacientes diagnosticados y altos índices de discontinuidad y abandono de tratamientos, derivados probablemente de la desinformación, problemas en la adquisición del medicamento, inaccesibilidad de atención y disponibilidad de personal médico para su atención.

El horario de atención para consulta especializada es de lunes a viernes de 8 a 14 y 15 a 18 horas, el de servicios de urgencias atiende las 24 horas los 365 días del año.

Para acercar la medicina especializada la población ubicada en las zonas rurales del estado, se cuenta con una red de telemedicina ubicada en los hospitales comunitarios, como lo demuestra el siguiente gráfico.

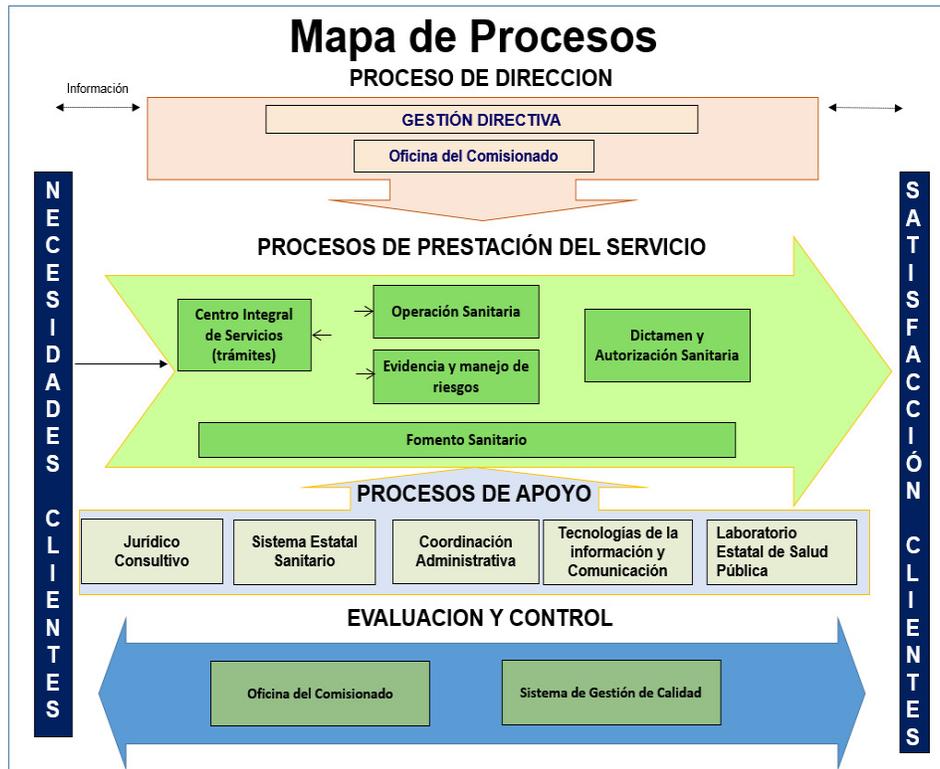
Grafico 43  
Red de Telemedicina  
San Luis Potosí



### 3.7 Servicios de Protección Contra Riesgos Sanitarios.

Con la reestructuración organizacional del Sistema Federal de Protección Contra Riesgos Sanitarios, en los estados se unifican los criterios para la instrumentación de políticas, estrategias y mecanismos de administración con un enfoque de procesos a fin de dar respuesta eficaz y de calidad a las demandas de la población. Se organiza bajo un esquema de administración en torno a 6 esquemas básicos:

**Gráfico 46**  
**Esquemas Básicos**  
**Comisión Estatal de Protección contra Riesgos Sanitarios**



La Dirección de Protección Contra Riesgos Sanitarios tiene la atribución de ejercer la regulación, control, vigilancia y fomento sanitario, que en términos de las disposiciones aplicables corresponden a la Secretaría de Salud en materia de:

Establecimientos: de salud; de disposición de órganos, tejidos, células de seres humanos y sus componentes, de disposición de sangre y los demás establecimientos que señala el citado ordenamiento, con las excepciones a que hace referencia la Ley; Medicamentos, remedios herbolarios y otros insumos para la salud, Alimentos y suplementos alimenticios, Bebidas alcohólicas y bebidas no alcohólicas, Productos de perfumería, belleza y aseo, Tabaco, Plaguicidas y fertilizantes, Nutrientes vegetales, Sustancias tóxicas o peligrosas para la salud, Químicos esenciales, precursores químicos, estupefacientes y psicotrópicos, Materia prima y aditivos que intervengan en la elaboración de los productos señalados en la fracción b) , así como los establecimientos dedicados al proceso o almacenamiento de éstos, Fuentes de radiación ionizantes para uso médico, Efectos nocivos de los factores ambientales de la salud humana, Salud ocupacional, Saneamiento Básico, Publicidad de productos y servicios. Estos procesos se sustentan en el diseño de sistemas de legalidad, información y apoyo administrativo.

**Evidencia y manejo de riesgos:** Identifica y evalúa los riesgos a la salud estableciendo medidas y acciones de prevención, control y vigilancia, actualiza el diagnóstico situacional del control de riesgos sanitarios en el Estado, ejerce el control y vigilancia sanitaria a establecimientos que desarrollan actividades con manejo de agentes peligrosos o tóxicos, establece las estrategias intra e interinstitucionales, preventivas o correctivas para el manejo de contingencias, accidentes o emergencias en materia de competencia de la COEPRIS.

**Operación sanitaria:** Realiza el control y la vigilancia sanitaria de establecimientos en materia de medicamentos e insumos para la salud, alimentos, suplementos alimenticios, bebidas alcohólicas y no alcohólicas, productos de perfumería, belleza y aseo, tabaco materias primas y aditivos; así como de establecimientos prestadores de servicios de salud del sector público y privado, además de ejercer el control sanitario y monitoreo de la publicidad en los diversos medios de comunicación masiva

**Dictamen y Autorización Sanitaria.-** Proporciona el servicio de trámites federales y estatales, revisando, validando, expidiendo las autorizaciones sanitarias, que cumplan con la normatividad sanitaria, conformando el padrón de establecimientos vigilables por la Comisión, por otro lado es la responsable de evaluar las actas derivadas de vigilancia sanitaria, realizando la dictaminación técnico jurídica y emitiendo las notificaciones de resultados de las visitas de verificación.

**Fomento Sanitario.-** Elabora, promueve y coordina programas, acciones de capacitación y campañas de difusión y comunicación de riesgos sanitarios, así como de fomento de la cultura sanitaria, dirigidas a la industria, organizaciones sociales, organismos públicos y privados, así como a la población en general.

Laboratorio Estatal de Salud Pública; Determinación microbiológica: coliformes totales, coliformes fecales, estafilococo aureus, salmonella, listeria monocitógenes, vibrio cholerae, vibrio parahemolyticus, clenbuterol, fierro, zinc y ácido fólico, yoduros, yodatos y fluoruros, búsqueda de amiba de vida libre, turbiedad, sólidos disueltos totales, ph, dureza, cloruros y flúor a productos y servicios sujetos a la vigilancia sanitaria así como pruebas diagnósticas para la vigilancia epidemiológica. Armonizar el funcionamiento de los Laboratorios Estatales de Salud Pública, para lograr su desarrollo integral a través de la coordinación técnica y operativa de sus integrantes, según su ámbito de competencia y así generar resultados con calidad y oportunidad. En lo que respecta a Vigilancia Sanitaria consiguió su reconocimiento como Laboratorio de Pruebas Tercero Autorizado por parte de la Comisión de Control Analítico y Ampliación de Cobertura de la COFEPRIS. Este reconocimiento demuestra que los resultados del Laboratorio Estatal son compatibles en calidad y repetibilidad en otros laboratorios igualmente acreditados no solamente a nivel nacional sino a nivel internacional.

Coordinación del Sistema Estatal Sanitario: lleva a cabo actividades de supervisión interna que tiene como objetivos:

- Mejorar las aplicaciones de las disposiciones y los procedimientos Técnicos Administrativos Establecidas en la Ley General de Salud y sus Reglamentos así como la Normatividad Vigente y procedimientos aplicables, durante la vigilancia y control sanitario de establecimientos, productos y servicios, rastros y laticinios atención médica, asistencia social, medicamentos e insumos para la salud, así como de ingeniería sanitaria.

- Homogeneizar criterios en la aplicación de las disposiciones legales, los procedimientos técnicos administrativos que se lleven a cabo en la vigilancia sanitaria.
- Identificar las necesidades de capacitación del personal.
- Evaluar el nivel de implantación y operación de los programas de vigilancia sanitaria.

### **3.8 Participación Social y Medicina Tradicional**

Se cuenta en el estado con 5 tipos diferentes de apoyo a los servicios: 90 Organizaciones No Gubernamentales, 557 Comités de Salud, 436 Auxiliares de Salud, 897 Promotores Voluntarios y 40 Patronatos Hospitalarios; las jurisdicciones que cuentan con la mayoría de estos apoyos son; San Luis Potosí y Matehuala; referente a la medicina tradicional en donde ubicaremos a las parteras la SSA e IMSS Oportunidades, cuentan con 1,132 parteras identificadas, de las cuales 90 % se consideran capacitadas y de estas el 52 % están bajo control y/o supervisión; en este rubro las jurisdicciones con mayor número de parteras son Soledad de Graciano Sánchez, Cd. Valles y Rioverde, asimismo se identifican en el estado a 195 curanderos, 145 yerberos (la mayoría de la zona huasteca), 58 hueseros y 2 organizaciones de medicina tradicional.

### **3.9 Ampliación de Cobertura**

En nuestro país la Atención Primaria, ha sido adoptada por el Sistema Nacional de Salud, como una estrategia para lograr cobertura y eficientizar los servicios que otorga; la adopción de esta estrategia por parte de los Servicios Estatales de Salud en San Luis Potosí, trae implícita la modificación en la operación de la atención médica, al reorientar la resolución de los problemas de salud, al hacer partícipe a la comunidad en el autocuidado de la salud, de tal forma que en el contexto del Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000, se reconoce la necesidad de reformar el Sistema Nacional de Salud en tanto que el Plan Estatal de Desarrollo 1997-2003, define los compromisos para llevar los servicios a los grupos sociales con mayor carencia. En el marco de este plan el Programa de Salud, fija como objetivo el coordinar acciones y conjuntar recursos para integrar un Sistema Estatal de Salud funcional, que permita extender la cobertura, mejorar la eficiencia, elevar la calidad de la atención y coadyuvar a revertir el rezago social de los grupos de población marginados respetando tanto su cultura y como las formas de organización comunitarias, de tal forma que se han logrado avances importantes al ampliar la cobertura potencial de atención en el estado, como lo describe el siguiente cuadro:

**Tabla No. 47**  
**Servicios de Salud de San Luis Potosí**  
**Cobertura de atención según año**  
**1997-2017**

Concepto	1997	2000	2005	2010	2017
Población con acceso	2'124,192	2'292,797	2'337,348	2'510,653	2'539,986
Población sin acceso	158,000	6,563	73,066	74,865	248,496
Población total	2'282,192	2'299,360	2'410,414	2'585,518	2'788,482
Cobertura	93.07	99.7	99.7	99.7	93.7
Afiliados al seguro popular	0	0	134,964	1'211,402	1,519,264

Fuente: Estudios de Regionalización Operativa 1997-2015 y padrón de afiliación 2005-2017

De 1997 a la fecha se incrementado un 21.59 por ciento la infraestructura, esto es 100 unidades médicas fijas en todo el sector salud, para la atención del primer nivel, ésta se han construido con financiamiento municipal, estatal y federal, lo que ha mejorado la atención formal de salud, estas unidades se han construido básicamente en la zona huasteca del estado, hecho que favorece la prestación de los servicios médicos a la población indígena del estado y aplica la política de atención a los grupos vulnerables.

En cuanto a la cobertura de servicios por tipo de derechohabencia, podemos observar que la zona centro y altiplano, son las que presentan las mayores coberturas en tanto que para población abierta la zona centro representa el menor porcentaje como lo muestra el cuadro 35.

**Tabla No. 48**  
**Comparativo de Cobertura de atención médica**  
**Según paquete básico y región**

Región	Total	Población Derechohabiente	%	Población Abierta	%
Altiplano	339,508	92,754	27.32	246,754	72.68
Centro	1,397,887	793,720	56.78	604,167	43.22
Media	287,860	49,483	17.19	238,377	82.81
Huasteca	751,143	198,752	26.46	552,391	73.54
Estatad	2,776,398	1,134,709	39.29	1,641,689	60.71

Fuente: Proyección de población CONAPO 2000-2050

Respecto de la cobertura por institución observamos que la población derechohabiente del IMSS Régimen Ordinario los porcentajes más elevados se concentran en la zona centro y altiplano, en tanto que el ISSSTE presenta porcentajes similares en todas las áreas, respecto a PEMEX existe solamente en el municipio de Ebano y SEDENA en la zona centro, en tanto que el IMSS Oportunidades los mayores porcentajes se encuentran en la zona altiplano y media, en tanto que para la Secretaría de Salud éstos corresponden a la zona Huasteca y Media del estado.

Es menester señalar que no obstante con el paso del tiempo, la modificación de cobertura es dinámica, los porcentajes de adscripción permanecen iguales.

**Tabla No. 49**  
**Comparativo de Cobertura de atención médica**  
**Según Institución y región**

Región	Total	IMSS RO	ISSSTE	PEMEX	SEDENA	IMSS OP	SSSLP
Altiplano	339,508	24.60	5.59	0.00	0.00	38.46	31.34
Centro	1,397,887	45.45	5.49	0.00	1.66	9.09	38.31
Media	287,860	19.25	4.75	0.00	0.00	34.02	41.98
Huasteca	751,143	17.44	4.95	0.49	0.00	24.85	52.26
Estatad	2,776,398	32.50	5.28	0.14	0.83	19.41	42.68

Fuente: Proyección de población CONAPO 2000-2050

Para atender la demanda de servicios médicos del estado, se tiene para la seguridad social un total de 67 unidades médicas, 54 de primer nivel de atención y 11 hospitales generales y 1 hospital de especialidades para atender a una población de 962,792 derechohabientes.

Para poder atender las necesidades de salud de la creciente población de las zonas urbanas y cabeceras municipales, se han construido 26 unidades médicas más, las cuales nos incrementan el total de consultorios que de contar con servicio vespertino en las zonas urbanas, lo que nos incrementa la capacidad de respuesta para atención médica de la población abierta, hoy con derecho a las acciones del causas del sistema de protección social en salud.

**Tabla No. 50**  
**Número de unidades y consultorios según Jurisdicción Sanitaria**  
**Servicios de Salud de San Luis Potosí**  
**San Luis Potosi**

Jurisdicción Sanitaria	Total C.S. 2000	Total C.S. 2017	Consultorios medicina general en el 2000	Consultorios medicina general 2017
<b>I San Luis Potosí</b>	<b>20</b>	<b>25</b>	<b>56</b>	<b>107</b>
<b>II Matehuala</b>	<b>19</b>	<b>22</b>	<b>27</b>	<b>41</b>
<b>III Soledad de Graciano</b>	<b>22</b>	<b>25</b>	<b>30</b>	<b>57</b>
<b>IV Rioverde</b>	<b>25</b>	<b>28</b>	<b>37</b>	<b>56</b>
<b>V Valles</b>	<b>23</b>	<b>28</b>	<b>48</b>	<b>47</b>
<b>VI Tamazunchale</b>	<b>28</b>	<b>32</b>	<b>29</b>	<b>67</b>
<b>VI Tancanhuitz</b>	<b>21</b>	<b>25</b>	<b>32</b>	<b>51</b>
<b>Total</b>	<b>158</b>	<b>181</b>	<b>259</b>	<b>450</b>
<b>Incremento</b>		<b>27</b>		<b>69</b>

Fuente: PEMISPA 2000 y SINERHIAS 2015 SSSLP

Es menester señalar que en apego a la política de modernización administrativa y a fin de eficientizar la operación de los servicios en la zona huasteca, se realizó la nueva distribución geográfica de las jurisdicciones sanitarias, de la forma que las jurisdicciones de Valles y Tamazunchale, se regionalización y se creó la jurisdicción sanitaria No. VII Tancanhuitz, lo que permite mejorar la

supervisión y vigilar la operación de las unidades médicas en esa zona del estado, es así, que las tablas en datos estadísticos han sido reestructuradas para homologar la información.

Por otro lado se incrementa también el servicio de atención para estudios de laboratorio de análisis clínicos, con el objetivo primordial de acercar este tipo de estudios a la población y evitarles traslados y saturación en los hospitales generales del estado.

**Tabla No. 51**  
**Número de unidades y laboratorios de análisis clínicos según Jurisdicción Sanitaria**  
**San Luis Potosí**

Jurisdicción Sanitaria	Total C.S.	Hospitales	Unidades con laboratorio clínico en el 2000	Ampliación servicio laboratorio clínico 2017
I San Luis Potosí	27	3	3	10
II Matehuala	22	1	1	3
III Soledad de Graciano	25	2	1	7
IV Rioverde	28	2	2	8
V Valles	27	3	3	10
VI Tamazunchale	30	2	2	3
VII Tancanhuitz	25	1	1	4
<b>Total</b>	<b>184</b>	<b>14</b>	<b>13</b>	<b>45</b>

Fuente: SINDERHIAS 2012 SSSLP

Los recursos humanos con que se cuenta en las instituciones de seguridad social en atención médica directa en contacto con el paciente son 1,916 médicos (generales, especialistas, residentes y pasantes), 64 odontólogos, 2,850 enfermeras y personal de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento 546.

Para la atención de la población abierta se tienen en contacto directo con el paciente un total de 2,442 médicos (generales, especialistas, residentes y pasantes), 239 odontólogos y 3,314 enfermeras, así como 579 personas de servicios de auxiliares de diagnóstico y tratamiento.

Respecto de la población con seguridad social es menester mencionar que la proporción de trabajadores asegurados y familiares de estos es de 1:3 la pregunta que aquí surge es ¿El sistema de salud es capaz de soportar el gasto que significa el no tener ingresos de estos trabajadores? Entre otras desventajas que tiene el sistema los resultados son que al menos las instituciones de salud trabajan con números rojos, no conforme con ésta perspectiva aún hay que dar atención a los pensionados (casi el 5% del total de la población asegurada) y sus familiares que en conjunto suman un aproximado del 7%.

De igual forma los recursos humanos en la población abierta, se ha convertido en un gran problema para el sistema, ya que el incremento de personal, es directamente proporcional al decremento en el recursos financiero directo a la operación en el paciente, ya que comienza disminuir el gasto para aplicar en insumos médicos, (medicamento, soluciones parenterales, vacunas, material de curación y osteosíntesis)

#### 4.0 Metodología para la determinación de daños y prioridades

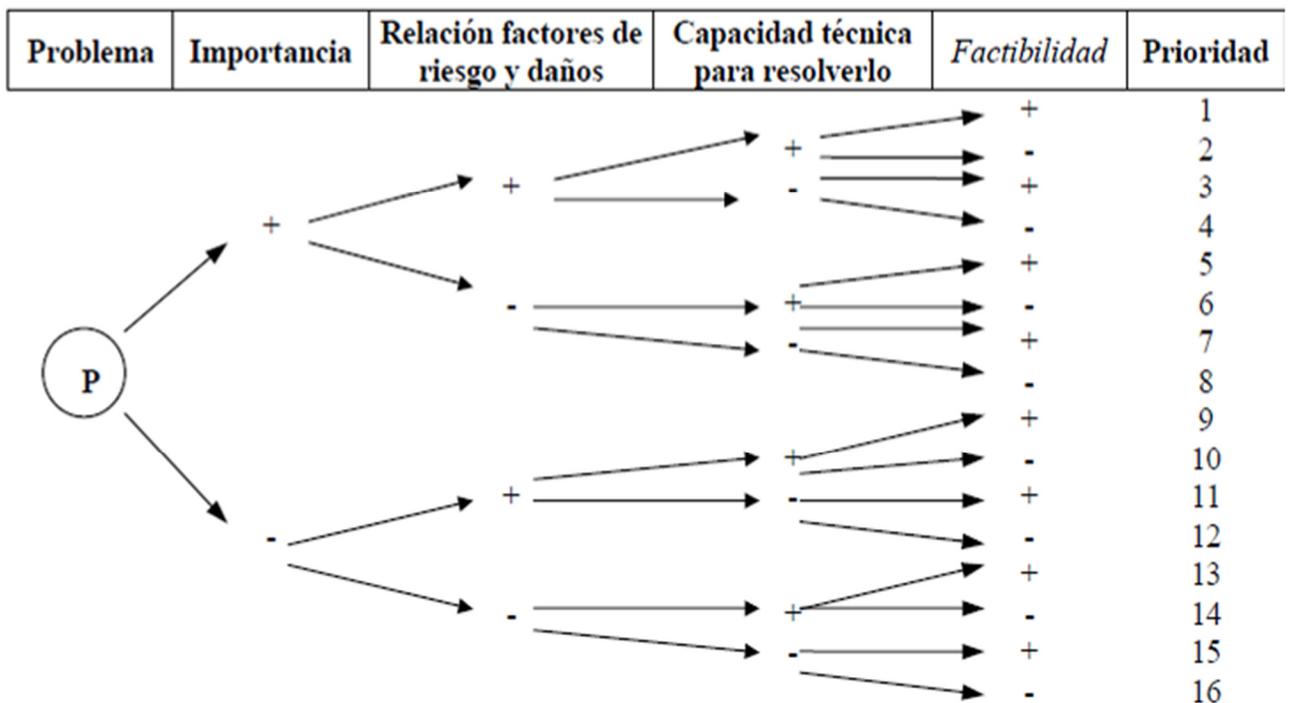
##### 4.1 Diagrama de red para el análisis de prioridades.

Una vez elaborados los listados de los datos a la salud y de los factores de riesgo identificados en el diagnóstico, se lleva a cabo con ellos un análisis de acuerdo a cuatro criterios de decisión:

- ¿Se conoce adecuadamente la importancia del problema y existe suficiente información para su clasificación?
- ¿Se conoce la relación de los factores de riesgo y daños identificados?
- ¿Existe la capacidad técnica para resolver este problema, independientemente que se disponga de ella?
- ¿Es factible resolver este problema con los recursos con los que se cuenta?

La respuesta a cada criterio debe tener las opciones + (positivo) ó - (negativo) y siguiendo las rutas se llega a ubicar una puntuación que corresponde finalmente a una posición tentativa de cada problema de salud.

**Gráfico 46**  
Parrilla de análisis de riesgos y daños.



Cada problema de salud se investiga con esta tabla y ello nos permitirá ubicar a los problemas en dos categorías, aquellos que cuentan con información (+) ocuparán los 8 primeros lugares de prioridad, y aquellos que no cuentan con información sobre la relevancia del problema (-) ocuparán al menos los lugares del 9 al 16.

Este primer método será muy útil para la selección de los 16 problemas de daño más importantes a ser sometidos a priorización. Cabe recordar que el fin último de los métodos de priorización no es la definición de enfermedades sino la obtención de una serie de dimensiones que nos permitan hacer más enfática la aplicación de programas de salud en las diversas jurisdicciones.

**Tabla No. 52**  
**Matriz de Daños y Criterios**

Daño	Importancia	Relación Riesgo/Daño	Capacidad de intervención	Factibilidad	Prioridad
Diabetes mellitus	+	+	+	+	2
Enfermedades isquémicas del corazón	+	+	+	-	2
Enfermedad cerebrovascular	+	+	+	+	2
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	+	+	-	-	7
Suicidios	-	+	+	-	3
Homicidios	-	+	-	+	5
Enfermedades hipertensivas	+	+	+	+	2
Infecciones respiratorias agudas bajas	+	+	+	-	3
Otras enfermedades cardiovasculares	+	+	-	-	4
Otros tumores malignos	+	+	-	-	5

## 4.2 Método Hanlon

El método Hanlon es un instrumento que clasifica los problemas y los recursos con los que se cuenta, priorizando la problemática con base a la magnitud del problema, severidad, eficacia de la solución y factibilidad de la intervención. Esta técnica sirve para establecer prioridades de daños a la salud, basada en los siguientes cuatro componentes<sup>18</sup>:

- A. Magnitud del problema.
- B. Severidad del problema.
- C. Eficacia de la solución (capacidad resolutive)
- D. Factibilidad de la intervención.

<sup>18</sup>Determinación de prioridades por el Método Hanlon en el laboratorio de análisis clínicos en un hospital de 2do nivel de atención MSP. Verónica Cruz García, Dr. C. Rogelio Fernández Argüelles, MC. Juan Fernando López Flores

Se establecen puntuaciones para cada componente y después de calificar a cada componente de cada problema, se calcula la siguiente ecuación:

$$\text{Índice de Hanlon} = (A + B)(C \times D)$$

#### 4.2.1 Componente A. Magnitud del problema

La magnitud debe reflejar el tamaño del problema, que a su vez se interpreta como el número de sujetos afectados en relación con una población en riesgo, durante un período de observación determinado. Para ello se prefiere el uso de la incidencia y prevalencia de las enfermedades derivadas de la morbilidad o las causas de demanda en los diversos servicios de salud en una jurisdicción o en el hospital, este volumen representado a través de sus tasas, como indicadores de magnitud del daño. En términos de volumen neto del problema de salud, cada enfermedad presenta un número de casos "N", en un período de observación "X", habitualmente un año, para aplicar la magnitud podemos revisar las listas de morbilidad y asignar una puntuación arbitraria la cual se sugiere en los recuadros más adelante.

**Tabla 48**  
**Ponderación**

Tabla para la asignación de ponderaciones de magnitud Tasa por 100,000 habitantes	PUNTUACIÓN
50,000 ó más	10
5,000 a 49,999	8
500 a 4,999	6
50 a 499	4
5 A 49	2
Menos de 0.5	0

#### 4.2.2 Componente B. Severidad del Problema

Este componente tiene implicaciones de carácter cualitativo, es decir más allá de la frecuencia de problema ¿Qué trascendencia social tiene? ¿Cómo es valorada socialmente su gravedad? Puede definirse de varias formas, teniendo en cuenta tasas de mortalidad, morbilidad o de incapacidad.

Este componente es muy versátil en su aplicación práctica ya que cada uno de estos factores se valora en una escala de 0 a 10, dependiendo el lugar que ocupa como causa, en el estadístico del que se obtiene. Por ejemplo, si un problema se encuentra en primer lugar de mortalidad hospitalaria, adquiere una puntuación de 10, si está en el segundo lugar de 9 y así sucesivamente, es recomendable el manejo de 10 causas por cada estadístico que se maneja.

Posteriormente se suman las puntuaciones obtenidas por cada enfermedad y se dividen entre el número de estadísticos que se utilizaron para construir la tabla. Debe señalarse que los criterios utilizados para evaluar este componente pueden apoyarse en datos objetivos (por ejemplo,

mortalidad), o bien ser estimados de manera subjetiva (por ejemplo, carga social de la enfermedad, Años de vida perdidos, tasa de letalidad, etc.).

La severidad puede establecerse en función del impacto social, político o económico que el problema tiene sobre la población. Pueden utilizarse tablas compuestas como Índices de Años de Vida Perdidos, tasas de letalidad, tasas de mortalidad específica (o morbilidad por demanda)

#### **4.2.3 Componente C. Eficacia de la intervención**

El componente de Eficacia se refiere a la capacidad técnica para la solución de problemas.; Algunos autores sugieren otorgar a este componente una escala de 0,5 a 1.5;

0.5 correspondería a los problemas cuya eficiencia es baja para solucionar los problemas, una puntuación de 1 para los medianamente resolubles, mientras que una puntuación de 1.5 refleja mayor eficacia.

Podemos hacer más fácil esta ponderación contestando a la pregunta: ¿Los recursos y la tecnología existentes actualmente pueden ser útiles para enfrentar el problema? Haciendo comparable al interior de la escala si una categoría es más eficaz que otra.

#### **4.2.4 Componente D Factibilidad del programa o de la intervención**

Descrito por las siglas PEARL, es decir:

- a) Pertinencia, Factibilidad Económica, Aceptabilidad, Disponibilidad de Recursos y Legalidad.
- b) Pertinencia es igual al nivel de adecuación de un supuesto programa en esa población.
- c) Factibilidad Económica es decir, el costo de las intervenciones es alto o bajo.
- d) Aceptabilidad, si existe alguna posibilidad de que el programa sea aceptado por la población y por los prestadores de servicios.
- e) Disponibilidad de Recursos es la capacidad de la institución en asignar recursos al combate del problema.
- f) Legalidad es la mención en la legislación sanitaria y su prioridad normativa, si un problema de salud tiene este componente se genera mayor prioridad.

Cada aspecto del PEARL se valora nominalmente con un sí o no, SÍ= 1 Y NO= 0; al final se suman los puntos y se obtiene el valor de factibilidad.

**Tabla No. 53**  
**Tabla de Priorización de Hanlon**

No.	Causa	Eficacia (C)	Pertinencia	Factibilidad Económica	Disponibilidad de Recursos	Legalidad	Aceptabilidad	Factibilidad (D)	Priorización de Hanlon (A+B)*(C*D)
1	Diabetes mellitus	0.5	1	1	1	1	1	4	63
2	Enfermedades isquémicas del corazón	0.5	1	1	1	1	1	4	63
3	Enfermedad cerebrovascular	0.5	1	1	1	1	1	4	58.5
4	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	0.5	1	1	1	1	1	4	31.5
5	Suicidios	1.5	1	1	0	1	1	4	78
6	Homicidios	0.5	1	1	1	1	1	4	69
7	Enfermedades hipertensivas	0.5	1	1	1	1	1	5	66
8	Infecciones respiratorias agudas bajas	1.5	1	1	1	1	1	5	78
9	Otras enfermedades cardiovasculares	0.5	1	1	1	1	1	4	40.5
10	Otros tumores malignos	0.5	1	1	0	1	1	3	35

#### 4. 3 Redes de Riesgo

Ya que se ha priorizado por el método de Hanlon, realizamos un listado de padecimientos que tenemos en la tabla.

Cada uno de estos padecimientos tiene una serie de factores de riesgo conocidos, los cuales deben encontrarse documentados en los textos tradicionales que hablan de dicho problema.

Una vez que hemos identificado los factores de riesgo para cada padecimiento priorizado podremos obtener una tabla de riesgos para realizar, dependiendo del tipo de unidad médica de la que se trate, una priorización pero ahora con los diferentes factores de riesgo de la población.

**Tabla No. 54**  
**Tabla de Redes de Riesgos**

<b>Padecimiento</b>	<b>Factor 1</b>	<b>Factor 2</b>	<b>Factor 3</b>	<b>Factor 4</b>	<b>Factor 5</b>
Diabetes mellitus	Predisposición genética	Sedentarismo	Obesidad	Malos hábitos dietéticos	Falta de apego al tratamiento
Enfermedades isquémicas del corazón	Alimentación rica en grasa animal	Sedentarismo	Hipercolesterolemia y trigliceridemia	Tabaquismo	Obesidad
Enfermedad cerebrovascular	Alimentación rica en grasa animal	Sedentarismo	Tabaquismo	Tratamientos tardíos	Obesidad
Enfermedades hipertensivas	Sedentarismo	Tabaquismo	Obesidad	Alcoholismo	Hipercolesterolemia y trigliceridemia
Enfermedades respiratorias bajas	Desnutrición	Hacinamiento	Estufas de leña	Nivel socioeconómico bajo	Autotratamiento
Otras enfermedades cardiovasculares	Sedentarismo	Tabaquismo	Obesidad	Alcoholismo	Hipercolesterolemia y trigliceridemia
Otros tumores malignos	Presencia de tóxicos en el ambiente	Falta de detección oportuna	Tabaquismo	Tratamientos tardíos	Negligencia del paciente
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	Tabaquismo	Exposición a gases y partículas irritantes	Bronquitis Crónica	Susceptibilidad Genética	Personas con asma que fuman
Suicidios	Problemas afectivos	Ausencia espiritual	Problemas económicos	Bullying	Depresión
Homicidios	Disponibilidad de un arma	Uso de sustancias psicoactiva	Alcoholismo	Narcotráfico	Problemas sociales

**Tabla No. 55**  
**Tabla de Redes de Riesgos**

<b>Padecimiento</b>	<b>Factor 1</b>	<b>Factor 2</b>	<b>Factor 3</b>	<b>Factor 4</b>	<b>Factor 5</b>
Diabetes mellitus	Bajo nivel de capacitación al personal de salud	Escasa detección	Escaso control metabólico	Falta de seguimiento de enfermos	Escaso impacto en la adopción de estilos de vida
Enfermedades isquémicas del corazón	Escasa detección	Escaso control metabólico	Deficiencia de promoción y difusión	Escaso impacto en la adopción de estilos de vida	Falta acceso a estudios de laboratorio
Enfermedad cerebrovascular	Falta de un programa integral preventivo	Bajo impacto en la difusión medidas preventivas	Ausencia de investigación	Escaso impacto en la adopción de estilos de vida	Falta acceso a estudios de gabinete
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	Bajo nivel de capacitación al personal de salud	Ausencia de un programa preventivo	Falta de seguimiento de enfermos	Ausencia de investigación	Falta acceso a estudios de rayos x
Suicidios	Falta de un programa integral preventivo	Ausencia de un programa preventivo	Falta de seguimiento de pacientes depresivos	Ausencia de investigación	Automedicación
Enfermedades hipertensivas	Bajo nivel de capacitación al personal de salud	Escaso control metabólico	Escaso impacto en la adopción de estilos de vida	Falta de seguimiento de enfermos	Falta acceso a estudios de laboratorio
Infecciones respiratorias agudas bajas	Bajo nivel de capacitación al personal de salud	Falta capacitación a las madres de familia jóvenes	Automedicación	Negligencia familiar	Falta acceso a estudios de rayos x
Otras enfermedades cardiovasculares	Bajo nivel de capacitación al personal de salud	Escaso control metabólico	Escaso impacto en la adopción de estilos de vida	Falta acceso a estudios de laboratorio	Falta acceso a estudios de rayos x
Otros tumores malignos	Bajo nivel de capacitación al personal de salud	Falta de detección oportuna	Escaso impacto en la adopción de estilos de vida	Escasa respuesta de los servicios médicos	Falta de promoción en la oferta de servicios

#### 4.4 Priorización por el método de Z

Este método de priorización de utilidad para valorar la prioridad de necesidades a escala regional, la dimensión lugar es lo importante en este método.

Se utilizan habitualmente la mezcla de indicadores sociales, factores de riesgo y daños a la salud que puedan ser desagregados por regiones específicas (por ejemplo: AGEBS, jurisdicciones, regiones, estados, países) se emplea el método de análisis de indicadores principales.

Este método consiste en listar diferentes indicadores para cada región, generalmente aquellos que puedan caracterizar con mayor precisión a una población o región.

Se colocan los valores de cada indicador y de las regiones a comparar de un área sanitaria y se obtienen sus promedios aritméticos, desviaciones estándar y valores del estadístico Z (fórmula  $z = (x - \bar{x}) / s$ ).

Se establecen los valores de z, mediante los cuales se asignan puntuaciones a cada indicador, se suman los valores obtenidos de todos los indicadores para el área considerada y se obtiene una puntuación final que puede ser clasificada en orden de mayor prioridad a menor prioridad.

Debe tenerse cuidado especial en la selección de indicadores que midan aspectos complementarios y explicativos de los problemas de las áreas, además de considerar que el indicador está valorando un aspecto "positivo" (esperanza de vida) o "negativo" (mortalidad), pues sus signos serán diferentes y ello influirá en la suma total.

#### 4.5 Pasos en el cálculo del índice de necesidades

- a) Selección de las regiones a comparar.
- b) Selección de los indicadores que incluya categorías socio económicas y de salud (Preferentemente disponibles).
- c) Organizar cuadros que incluyan la lista de regiones y los valores de los indicadores seleccionados.
- d) Obtener Media y desviación estándar para cada indicador.
- e) Obtener el valor de Z para cada indicador y región  $Z = (x - \bar{x}) / s$
- f) Asignar a cada valor de Z un peso (escala)
- g) Cambiar el signo a variables negativas.
- h) Sumar los pesos para cada región
- i) Ordenar las regiones y determinar las de mayor, media y menor necesidad.

#### 4. 6 Indicadores a considerar como ejemplo en el índice de necesidades.

1. Tasa anual de crecimiento poblacional.
2. Población menor de 15 años.
3. Población mayor de 60 años.
4. Tasa de mortalidad por 1000 habitantes.
5. Tasas de fertilidad (mujeres de 15 a 45 años).
6. Población analfabeta mayor de 15 años.
7. Población de niños de un año con esquema completo de inmunizaciones.
8. N° de egresos hospitalarios por 100 habitantes.
9. N° de camas de hospital por mil habitantes.
10. N° de médicos por cada 10000 habitantes.
11. N° de enfermeras x 10000 habitantes.
12. N° de dentistas x 10000 habitantes.
13. N° de auxiliares de enfermería x 10000 habitantes.
14. Esperanza de vida al nacer.
15. Mortalidad infantil.
16. Mortalidad de 1-4 años.
17. Porcentaje de recién nacidos de bajo peso al nacer.

**Tabla No. 56**  
**Priorización de necesidades con 6 indicadores seleccionados**

Región	Tasa de Mortalidad		Mortalidad Infantil		Mortalidad Preescolar		Población 10 a 24		Población mayor 60 años		Tasa mort. Tb		Z
	Valor	z	Valor	z	Valor	z	Valor	z	Valor	z	Valor	z	
Altiplano	4.76	-0.29	6.2	-1.00	4.82	-0.52	10.9	-0.73	12.75	-0.86	5.13	-0.43	<b>-3.82</b>
Centro	4.24	-0.75	9.1	0.92	4.58	-1.13	50.7	1.33	43.08	1.26	5.39	-0.41	<b>1.24</b>
Media	6.75	1.47	9.0	0.80	5.25	0.58	9.5	-0.81	14.35	-0.74	2.36	-0.66	<b>0.64</b>
Huasteca	4.60	-0.43	6.6	-0.72	5.44	1.06	28.9	0.20	29.8	0.34	28.1	1.49	<b>1.94</b>
<b>SUMATORIA</b>	<b>20.35</b>		<b>30.82</b>		<b>20.09</b>		<b>100.00</b>		<b>99.98</b>		<b>40.98</b>		
<b>PROMEDIO</b>	<b>5.09</b>		<b>7.71</b>		<b>5.02</b>		<b>25.00</b>		<b>25.00</b>		<b>10.25</b>		
<b>MEDIANA</b>	<b>4.68</b>		<b>7.77</b>		<b>5.04</b>		<b>19.94</b>		<b>22.08</b>		<b>5.26</b>		
<b>DESV. EST.</b>	<b>1.13</b>		<b>1.56</b>		<b>0.39</b>		<b>19.26</b>		<b>14.30</b>		<b>11.98</b>		

**Tabla No. 57**  
**Escala de ponderación para valores de Z**

Valor ponderado para Z	Valor de Z
4	> 1.60 o más
2	1.01 a 1.59
1	0.6 A 1.00
0	(+ -) 0 a 0.69
-1	- 0.6 a 1.00
-2	- 1.01 a - 1.59
-4	- 1.60 y menos

**Tabla No. 58**  
**Indicadores con la ponderación para valores de Z**

Región	Tasa de Mortalidad	Mortalidad Infantil	Mortalidad Preescolar	Población 10 a 24	Población mayor 60 años	Tasa mort. Tb	Ponderación
	Valor z	Valor z	Valor z	Valor z	Valor z	Valor z	
Altiplano	0	-1	0	-1	-1	0	-3
Centro	-1	1	-2	2	2	0	2
Media	2	1	0	-1	-1	0	1
Huasteca	0	-1	2	0	0	1	2

Con esto tenemos las áreas que tienen un valor menor son aquellas que tienen las mayores necesidades de salud en los indicadores que se revisaron.

### 5. Planeación de Unidades médicas:

El proceso de planeación de las unidades médicas se debe de realizare con base en lo siguiente:

- 1.- Análisis de la población y sus características, el cual es el principal elemento de análisis para determinar la necesidad y requerimientos de servicios.
- 2.- Análisis del entorno que orienta sobre localización y tipo de unidad a desarrollar
- 3.- Toma de decisiones soportada en indicadores y análisis de costo beneficio.

El análisis de la estructura poblacional de acuerdo a los diferentes ámbitos espaciales objetos del estudio.

- Composición de la población por pirámide de edades y sexos
- Estructura de la población económicamente activa y su distribución geográfica
- Registro comparativo de las tasas de crecimiento poblacional y sus proyecciones
- Tasas de natalidad, mortalidad, esperanza de vida
- Movimientos migratorios
- Identificación de localidades receptoras y localidades expulsoras de los flujos intermunicipales e interestatales

- Densidad de población (localizando por rango las localidades con mayor población)
- Identificación de estratos socioeconómicos (agrupamiento poblacional por índices de marginalidad)

### **Análisis epidemiológico**

- Prevalencia
- Incidencia
- Mortalidad
- Egresos hospitalarios
- Indicadores de demanda no satisfecha

### **Análisis del medio natural**

- Orografía
- Clima y registros meteorológicos
- Hidrología
- Reservas naturales

### **Análisis del medio natural**

- Análisis de la estructura y delimitaciones geográficas
- Transporte
- Comunicaciones
- Mínimos de bienestar
- Análisis de los programas de desarrollo
- Análisis del crecimiento urbano y tendencias de la movilidad espacial de núcleos poblacionales

### **Análisis de la infraestructura existente**

- Total de unidades médicas por entidad

### **Análisis de la capacidad de oferta**

- Ubicación de unidades médicas
- Identificación de las áreas de influencia de cada una.

### **Proyectos detonadores de desarrollo**

### **Toma de decisiones en infraestructura.**

### **III. POLÍTICAS EN SALUD:**

#### **Fortalecer e integrar las acciones de promoción de la salud y prevención y control de enfermedades.**

- Desarrollar políticas públicas y acciones sectoriales e intersectoriales de promoción de la salud y prevención de enfermedades para la construcción de una nueva cultura por la salud que favorezca el manejo de los determinantes de la salud.
- Fortalecer los servicios de promoción de la salud y prevención de enfermedades incorporando acciones efectivas basadas en evidencias científicas, así como reformando la acción comunitaria para el desarrollo de entornos saludables.
- Fortalecer las acciones de prevención de infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas en la infancia.
- Fortalecer las políticas de salud materna y perinatal.
- Promover la salud sexual y reproductiva responsable sobre todo en los adolescentes
- Impulsar una política integral de prevención y atención de infecciones por VIH y otras ITS, ampliando la detección a las embarazadas para eliminar la transmisión al neonato.
- Prevenir y controlar la tuberculosis
- Establecer acciones para la prevención y atención del dengue, chikungunya, chagas, paludismo y rabia.
- Fortalecer las políticas de atención contra las adicciones causadas por el abuso en el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales y médicas no prescritas.
- Impulsar una política integral para la prevención y control del sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus y padecimientos cardio y cerebro-vasculares.
- Promover la prevención, detección y atención temprana del cáncer cérvico-uterino y de mama.
- Impulsar medidas de promoción de una vialidad segura que eviten lesiones no intencionales y discapacidades.
- Reducir la prevalencia de daños a la salud causados por violencia
- Atender los efectos de los desastres y las urgencias epidemiológicas

#### **Situar la calidad en la agenda permanente del Sistema Estatal de Salud**

- Consolidar el Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD) en el sistema estatal de salud.
- Incorporar programas de calidad en la formación académica de técnicos y profesionales de la salud

- Impulsar la utilización de las guías de práctica clínica y protocolos de atención médica
- Promover políticas interculturales de respeto a la dignidad y derechos humanos de las personas.
- Proteger los derechos de los pacientes mediante el arbitraje y la conciliación
- Fortalecer la vinculación de la bioética con la atención médica.
- Aplicar instrumentos de planeación, gestión y evaluación del Sistema Estatal de Salud.
- Proporcionar cursos de sensibilización al personal de las unidades médicas para recordar la esencia de la atención al paciente.
- Incorporar los derechos humanos en la prestación de atenciones en el sector salud

### **Organizar e integrar la prestación de Servicios Médicos**

- Alinear los equipos de salud itinerantes al programa Unidades Médicas Móviles de la Salud para consolidar la cobertura de atención a las zonas altamente marginadas y con difícil acceso a los servicios, las cuales forman parte de las redes de atención.
- Impulsar una política integral para la atención de la salud de los pueblos indígenas.
- Fortalecer la prevención, atención y rehabilitación integral de las personas con discapacidad.
- Promover una mayor colaboración entre instituciones y municipios para el mejor aprovechamiento de la capacidad instalada en materia de prestación de servicios de salud.
- Fortalecer la Red Estatal de Servicios de Sangre.
- Fortalecer la Red Estatal de Atención Psiquiátrica.
- Ampliar el acceso y mejorar la calidad, la efectividad y la continuidad de la atención médica a través del uso de tele salud y telemedicina
- Dotar de los insumos necesarios a cada unidad médica y establecimiento de salud (casas de salud)
- Proporcionar la atención médica a toda población que lo demande, reestructurando las fichas de las unidades médicas
- Construir un hospital psiquiátrico en la región Huasteca.
- Construir una unidad de atención a la salud mental en cada jurisdicción sanitaria
- Proporcionar atención digna a la población adulta mayor, (siendo los primeros en ser atendidos en todos los niveles de atención).
- Promover y difundir las unidades médicas que cuenta con laboratorio y rayos X, así como los horarios establecidos para la toma de los estudios

### **Consolidar la reforma financiera para hacer efectivo el acceso universal a los servicios de salud a la persona**

- Continuar con Seguro Médico para una Nueva Generación, que incorporará a todos los niños no beneficiarios de la Seguridad Social al SPSS.
- Consolidar un sistema único de información estadística y epidemiológica para la toma de decisiones en materia de salud pública.
- Brindar a la población acceso a información de salud actualizada y fidedigna a través de las tecnologías de la información.
- Impulsar el uso de información y las comunicaciones para promover la eficiencia y la transparencia en los procesos administrativos del Sistema Estatal de Salud.
- Modernizar las tecnologías de la información y las telecomunicaciones del Sistema de Salud.
- Establecer la infraestructura base para la adopción del expediente clínico electrónico y la gestión de los servicios.
- Contar con los especialistas básicos en los hospitales comunitarios
- Actualizar la regionalización operativa con la participación de todo el sector cada tres años de forma normativa
- Proponer la construcción de nuevas unidades ante las instancias correspondientes

### **Fortalecer la investigación y la enseñanza en salud para el desarrollo del conocimiento y los recursos humanos**

- Definir la agenda de investigación y desarrollo con base en criterios de priorización en salud.

### **Apoyar la prestación de servicios de salud mediante el desarrollo de la infraestructura y el equipamiento necesarios**

- Impulsar la dignificación y el mantenimiento de la infraestructura y equipo de las unidades de salud.
- Impulsar el financiamiento y establecimiento de políticas para la renovación y mantenimiento de equipo médico mediante el desarrollo de áreas de ingeniería biomédica en las unidades de atención a la salud.
- Fortalecer con ampliación de servicios y espacios adecuados a los hospitales generales.
- Promover la creación de centros de atención especializada para pacientes ambulatorios.
- Dotar de equipo necesario para la acreditación de todas las unidades médicas.
- Adquirir el equipo médico necesario para la resolución in situ de la mayoría de los problemas que se presentan en los hospitales generales,

## **Fortalecer y modernizar la protección contra riesgos sanitarios**

- Mejorar la coordinación operativa con los municipios en materia de protección contra riesgos sanitarios.
- Coordinar las acciones de protección contra riesgos sanitarios con las acciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades y atención médica.
- Fortalecer las acciones regulatorias de la publicidad de productos del tabaco y bebidas de contenido alcohólico.
- Fungir como autoridad rectora en cuanto a los riesgos sanitarios
- Dictar políticas de saneamiento en cuanto a animales salvajes o callejeros a las presidencias municipales para su control o erradicación.
- Vigilar a los vendedores ambulantes en cuanto a las acciones regulatorias de sanidad que deben de contar para el expendio de sus productos
- Vigilar rastros y mataderos así como el transporte de carne.
- Vigilar que los municipios realicen los rellenos sanitarios.

## **IV. PLAN MAESTRO DE INFRAESTRUCTURA**

Es el instrumento rector para la planeación, desarrollo y reordenamiento de la infraestructura y el equipamiento médico de la Secretaría de Salud y de los servicios estatales de salud, con el fin de racionalizar y priorizar los recursos para la inversión pública y garantizar la operación sustentable<sup>19</sup>

Los principales objetivos del Plan Maestro de Infraestructura Física en Salud son:

- Orientar la toma de decisiones de las autoridades con relación al desarrollo de infraestructura física.
- Definir la infraestructura necesaria para satisfacer la demanda de servicios de salud, mediante una red nacional de cobertura real y virtual para todo el territorio nacional, con una visión de diez a 15 años.
- Aportar propuestas y recomendaciones para la optimización y fortalecimiento de la infraestructura institucional existente.
- Identificar los criterios necesarios para priorizar los requerimientos de infraestructura física en función del perfil de salud de la población y el porcentaje de cobertura, entre otros.
- Promover la coordinación y suma de recursos y esfuerzos evitando duplicidad e ineficiencias en una perspectiva de colaboración sectorial.

---

<sup>19</sup>Plan Maestro de Infraestructura, Modelo para la Planeación de Servicios, <http://sigpladess.salud.gob.mx/SIGPLADESS/PMS/>

En base a las necesidades detectadas en 1997 y de acuerdo a la política nacional de *Atención Primaria a la Salud*<sup>20</sup>, considerada como estrategia para lograr cobertura y eficientizar los servicios que otorga el Sistema Nacional de Salud, desde 1978, fecha en la que se adoptó como estrategia central para alcanzar el objetivo de “Salud Para Todos” y que en base a esta política, no teniendo avance significativo en cuanto a mejorar la prestación de servicios médicos, el Estado de San Luis Potosí en 1997 adopta e instrumenta, ésta estrategia por parte de los Servicios Estatales de Salud, que trae implícito

- Modificación en la operación de la atención médica
- Reorientar la resolución de los problemas de salud
- Hacer participe a la comunidad en el autocuidado de la salud

De tal forma que en el contexto del Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000, se reconoce la necesidad de reformar el Sistema Nacional de Salud en tanto que el Plan Estatal de Desarrollo 1997-2003, define los compromisos para llevar los servicios a los grupos sociales con mayor carencia. En el marco de este plan el Programa de Salud, fija como objetivo el coordinar acciones y conjuntar recursos para integrar un Sistema Estatal de Salud funcional, que permita extender la cobertura, mejorar la eficiencia, elevar la calidad de la atención y coadyuvar a revertir el rezago social de los grupos de población marginados respetando tanto su cultura y como las formas de organización comunitarias.

Toda vez establecidos los objetivos y el programa de trabajo decenal, que se definió al contar con el análisis de cobertura por municipio, estableciéndose acuerdos institucionales, municipales y sectoriales para lograr y consolidar la cobertura universal de salud en el año 2000, para lo cual se instrumentaron en 3 etapas basándose en la microregionalización operativa como eje para la atención a la población en el Paquete Básico de Servicios de Salud.

- 1ª. ETAPA: Corresponde a la ampliación geográfica de servicios de salud a través de brigadas médicas móviles.
- 2ª. ETAPA. Corresponde a la consolidación de la microregionalización realizada en 1998. Esta etapa se dividió en dos periodos, en el primero de ellos se incluyeron durante el primer semestre del año, 11 municipios que se encontraron entre el 95 y 97.9 por ciento de cobertura. Durante el segundo semestre de 1999 se cubrieron los 15 municipios que contaban con coberturas menores a 94.9 por ciento durante 1998.
- 3ª. ETAPA: Corresponde a la consolidación del Programa de Cobertura Universal, sea por ampliación geográfica y ampliación en el otorgamiento del Paquete Básico de Servicios de Salud en el primer nivel de atención.

Esta etapa ubicada en el año 2000, se consolidaron las acciones de ampliación de cobertura en cualesquiera de sus componentes a fin de garantizar el acceso al paquete básico de servicios de salud a la población abierta en las unidades médicas de primer nivel y brigadas médicas móviles, así como la capacitación en el paquete básico de servicios de salud a los

---

<sup>20</sup>Organización Panamericana para la Salud, [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=category&id=3176%3Ahss-primary-health-care&layout=blog&Itemid=3536&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&id=3176%3Ahss-primary-health-care&layout=blog&Itemid=3536&lang=es)

actores sociales involucrados (Auxiliares de salud, parteras empíricas y médicos tradicionales).

- 4ª. ETAPA: Corresponde a la programación de unidades médicas de acuerdo al crecimiento poblacional, demanda de servicios y necesidades epidemiológicas detectadas tanto en el área rural como la urbana y para las acciones de: Obra Nueva, Sustitución por obra nueva, ampliación, remodelación y rehabilitación.
- 5ª. ETAPA: Corresponde a la búsqueda de fuentes de financiamiento federales, estatales y municipales para lograr el objetivo planteado, así como a la prioridad de las acciones a lo largo del tiempo.

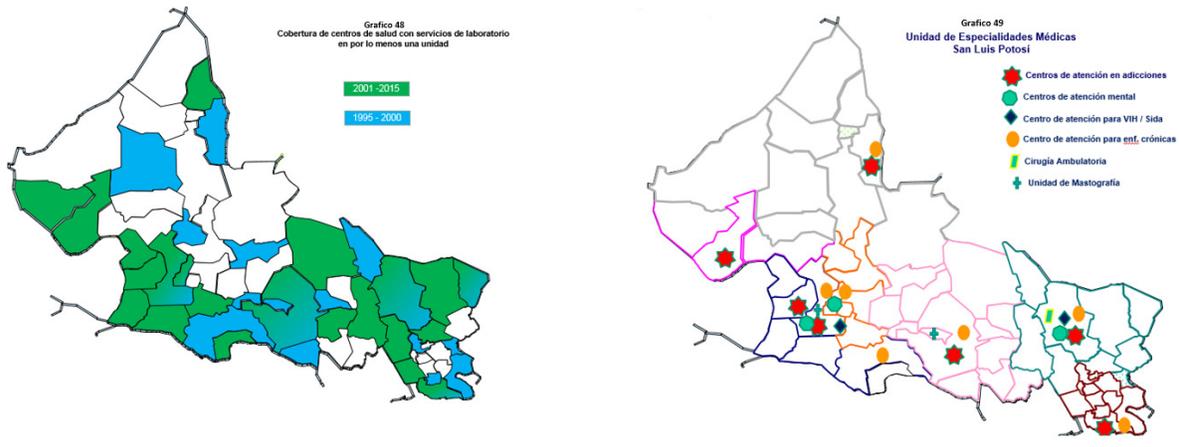
A la par que se amplió la cobertura funcional de atención, se realizaron las siguientes estrategias para lograr permear en el otorgamiento del paquete básico de servicios de salud:

- a ) implementación de unidades médicas móviles financiadas por el H. Ayuntamiento y supervisadas por los Servicios de Salud
- b ) Establecimiento de una red de auxiliares de salud y médicos tradicionales, en las localidades sin acceso, previa selección y capacitación, para otorgar el paquete básico de servicios de salud
- c ) Creación de la red de casas de salud con auxiliares capacitadas que tienen acceso al sistema de referencia-contrarreferencia
- d ) Ampliación de la cobertura otorgada por las brigadas móviles a través de ofertar los servicios de salud en las localidades satélite y presentar el calendario de visitas a las localidades “sede” para que puedan tener acceso periódico a servicios médicos
- e ) Consolidación de la obra nueva propuesta en el Plan Estatal Maestro de Infraestructura Física en Salud para Población Abierta en el período comprendido 1998-2000
- f ) Fortalecimiento del primer nivel de atención aumentando su capacidad resolutive, a través de la propuesta de construcción de Hospitales Integrales en los municipios de Axtla de Terrazas, Salinas, Villa de Arista y Tamazunchale, con el propósito de incidir en la mortalidad materna y perinatal, así como proporcionar atención especializada a la población que no puede acceder fácilmente a ella
- g ) fortalecimiento de la red de servicios con la gestión ante los H. Ayuntamientos, a través de la dotación de ambulancias municipales
- h ) Involucramiento de las autoridades municipales para invertir en y para la salud, en su municipio.

Tales acciones permitieron crecer hasta el momento en cuanto a nuevas unidades médicas, hospitales comunitarios, hospitales generales y unidades de especialidades médicas, así como en la aportación de ambulancias y vehículos de traslado en los municipios, para apoyar a los médicos en la referencia oportuna de pacientes e ir coadyuvando en la disminución de muertes prematuras por falta de atención médica.



Derivado de la necesidad de apoyar a la población y evitarle traslados para una toma de muestra, se realizó la regionalización de instalación de laboratorios de análisis clínicos, el siguiente gráfico muestra el crecimiento en este servicio.



Las necesidades de mejor control de los pacientes, así como la política federal en materia de programas específicos, ha incrementado la infraestructura con costo directo al estado, en algunas atenciones tanto para prevención y promoción como para servicios médicos directos. De tal forma que se ha crecido en las ciudades más grandes del estado, siendo los polos de desarrollo San Luis Potosí y Ciudad Valles, capitales, las que mayor número de unidades de éste tipo concentran.

De acuerdo con la evaluación de las unidades médicas y el grado de deterioro físico que éstas presentan se ha determinado la siguiente necesidad por jurisdicción sanitaria.

La Programación de obra civil, para mantener permanentemente las unidades acreditadas, se realizará de acuerdo a lo siguiente:

- ⇒ Características físicas de la unidad como: tipo de planta arquitectónica, cumplimiento de sus años de operación.
- ⇒ Servicios solicitados para atención de demanda, tales como: laboratorio, rayos x, dental, rehidratación oral, atención de partos, zona de accidentes.
- ⇒ Espacios físicos requeridos para mantener la oferta como: residencia médica, aulas, area de gobierno.
- ⇒ Para acciones de rehabilitación es en base a las áreas de atención medica que priorizaran la acción.

Dentro del material para la construcción se ha priorizado el material de PVC (polímero reforzado) que se ensamblan entre sí (machi-hembrado) y que se rellena de concreto, lo cual le confiere óptimas características de fortaleza, apariencia, durabilidad, limpieza, alto coeficiente de aislamiento térmico y acústico, con un mínimo de mantenimiento, resistente al intemperismo y con protección contra rayos UV, de tal forma que a pesar de ser un sistema constructivo "caro" el costo de mantenimiento en

mínimo, de tal forma que por lo menos a los 5 años, requiere de costo, en sus instalaciones siendo las principales, herrería, cancelería, sustitución de piezas de muebles sanitarios, carpintería.



Como puede observarse despues de un evento catastrófico, con este sistema la unidad quedo intacta, no tuvo daños estructurales, por lo que de acuerdo a este evento, se continuara construyendo con este material , la obra nueva, ampliaciones serán de acuerdo al material bási de la unidad, que puede ser con este material o bien con material tradicional.



CLUES	Jurisdicción Sanitaria	Nombre Municipio	Nombre de la Unidad	Sustitución							Sustitución Hosp..	Residencia y aula	Aula y otro tipo de espacio	Remodelación	Rehabilitación
				1 N.B.	2 N.B.	3 N.B.	3 N.B. con Lab	3 N.B. con Lab y Rx	4 N.B. con Lab	5 N.B. con Lab					
SPSSA001143	SAN LUIS POTOSÍ	SAN LUIS POTOSÍ	SIMON DÍAZ												
SPSSA017226	SAN LUIS POTOSÍ	SAN LUIS POTOSÍ	SORID SAN LUIS POTOSÍ												X
SPSSA017383	SAN LUIS POTOSÍ	SAN LUIS POTOSÍ	SORID VILLA DE POZOS												X
SPSSA001196	SAN LUIS POTOSÍ	SAN LUIS POTOSÍ	TERCERAS												X
SPSSA001254	SAN LUIS POTOSÍ	SAN LUIS POTOSÍ	VILLA DE POZOS			X									
	SAN LUIS POTOSÍ	SAN LUIS POTOSÍ	RINCONADA	X											
	SAN LUIS POTOSÍ	SAN LUIS POTOSÍ	COL. LA GARITA	X											
SPSSA001604	SAN LUIS POTOSÍ	SOLEDAD DE GRACIANO SÁNCHEZ	1RO. DE MAYO		X										
SPSSA001616	SAN LUIS POTOSÍ	SOLEDAD DE GRACIANO SÁNCHEZ	21 DE MARZO												X
SPSSA017255	SAN LUIS POTOSÍ	SOLEDAD DE GRACIANO SÁNCHEZ	CAPA SOLEDAD DE GRACIANO												X
SPSSA001621	SAN LUIS POTOSÍ	SOLEDAD DE GRACIANO SÁNCHEZ	UNIDAD PONCIANO ARRIAGA			X									
SPSSA002951	SAN LUIS POTOSÍ	SOLEDAD DE GRACIANO SÁNCHEZ	RANCHO NUEVO.										X		
SPSSA001592	SAN LUIS POTOSÍ	SOLEDAD DE GRACIANO SÁNCHEZ	SAN ANTONIO										X		
SPSSA017313	SAN LUIS POTOSÍ	SOLEDAD DE GRACIANO SÁNCHEZ	HOSPITAL GENERAL DE SOLEDAD DE GRACIANO												X
SPSSA001563	SAN LUIS POTOSÍ	SOLEDAD DE GRACIANO SÁNCHEZ	CLINICA PSIQUIATRICA DR EVERARDO NEUMANN PEÑA								X				
SPSSA017173	SAN LUIS POTOSÍ	SOLEDAD DE GRACIANO SÁNCHEZ	SOLEDAD DE GRACIANO SÁNCHEZ										X		
SPSSA017395	SAN LUIS POTOSÍ	SOLEDAD DE GRACIANO SÁNCHEZ	SORID SOLEDAD												X
SPSSA000204	MATEHUALA	CATORCE	ESTACIÓN CATORCE												X

CLUES	Jurisdicción Sanitaria	Nombre Municipio	Nombre de la Unidad	Sustitución							Sustitución Hosp..	Residencia y aula	Aula y otro tipo de espacio	Remodelación	Rehabilitación
				1 N.B.	2 N.B.	3 N.B.	3 N.B. con Lab	3 N.B. con Lab y Rx	4 N.B. con Lab	5 N.B. con Lab					
SPSSA000180	MATEHUJALA	CATORCE	REAL DE CATORCE												X
SPSSA000216	MATEHUJALA	CEDRAL	CEDRAL												X
SPSSA000571	MATEHUJALA	CHARCAS	CHARCAS												X
SPSSA000641	MATEHUJALA	GUADALCÁZAR	GUADALCAZAR												X
SPSSA000665	MATEHUJALA	GUADALCÁZAR	POZAS DE SANTA ANA												X
SPSSA017260	MATEHUJALA	MATEHUJALA	CAPA MATEHUJALA												X
SPSSA000805	MATEHUJALA	MATEHUJALA	LOS POCITOS									X			
SPSSA000776	MATEHUJALA	MATEHUJALA	OLIVAR DE LAS ANIMAS			X									
SPSSA000752	MATEHUJALA	MATEHUJALA	HOSPITAL GENERAL DE MATEHUJALA												X
SPSSA000793	MATEHUJALA	MATEHUJALA	OLLERIAS												X
SPSSA000781	MATEHUJALA	MATEHUJALA	REPUBLICA												X
SPSSA017400	MATEHUJALA	MATEHUJALA	SORID MATEHUJALA												X
SPSSA000822	MATEHUJALA	MATEHUJALA	TANQUE COLORADO	X											
SPSSA000764	MATEHUJALA	MATEHUJALA	VISTA HERMOSA												X
SPSSA000892	MATEHUJALA	MOCTEZUMA	MOCTEZUMA									X			
SPSSA017185	MATEHUJALA	MOCTEZUMA	CHARCO DE LOBO	X											
	MATEHUJALA	MOCTEZUMA	MORADOS	X											
SPSSA001510	MATEHUJALA	SANTO DOMINGO	JESUS MARIA	X											
SPSSA001505	MATEHUJALA	SANTO DOMINGO	SANTO DOMINGO												X
	MATEHUJALA	SANTO DOMINGO	SANTO DOMINGO					X							
SPSSA002176	MATEHUJALA	VANEGAS	VANEGAS												X
SPSSA002193	MATEHUJALA	VENADO	VENADO												X
SPSSA002263	MATEHUJALA	VILLA DE GUADALUPE	RANCHO ALEGRE	X											

CLUES	Jurisdicción Sanitaria	Nombre Municipio	Nombre de la Unidad	Sustitución							Sustitución Hosp..	Residencia y aula	Aula y otro tipo de espacio	Remodelación	Rehabilitación
				1 N.B.	2 N.B.	3 N.B.	3 N.B. con Lab	3 N.B. con Lab y Rx	4 N.B. con Lab	5 N.B. con Lab					
SPSSA002246	MATEHUALA	VILLA DE GUADALUPE	VILLA DE GUADALUPE									X			
SPSSA002275	MATEHUALA	VILLA DE LA PAZ	VILLA DE LA PAZ												X
SPSSA000011	SOLEDAD DE GRACIANO S.	AHUALULCO	AHUALULCO									X			
SPSSA000151	SOLEDAD DE GRACIANO S.	ARMADILLO DE LOS INFANTE	ARMADILLO DE LOS INFANTE												X
SPSSA002963	SOLEDAD DE GRACIANO S.	MEXQUITIC DE CARMONA	MARAVILLAS												X
SPSSA000834	SOLEDAD DE GRACIANO S.	MEXQUITIC DE CARMONA	MEXQUITIC DE CARMONA												X
SPSSA000875	SOLEDAD DE GRACIANO S.	MEXQUITIC DE CARMONA	MONTE OSCURO									X			
	SOLEDAD DE GRACIANO S.	MEXQUITIC DE CARMONA	MIGUEL HIDALGO	X											
SPSSA001032	SOLEDAD DE GRACIANO S.	SALINAS	HOSPITAL COMUNITARIO DE SALINAS												X
SPSSA017296	SOLEDAD DE GRACIANO S.	SALINAS	CAPA SALINAS												X
SPSSA001464	SOLEDAD DE GRACIANO S.	SANTA MARÍA DEL RÍO	ENRAMADAS												X
SPSSA001435	SOLEDAD DE GRACIANO S.	SANTA MARÍA DEL RÍO	SANTA MARÍA DEL RÍO												X
SPSSA001481	SOLEDAD DE GRACIANO S.	SANTA MARÍA DEL RÍO	SANTO DOMINGO		X										
SPSSA017412	SOLEDAD DE GRACIANO S.	SANTA MARÍA DEL RÍO	SORID SANTA MARÍA DEL RÍO												X
SPSSA002152	SOLEDAD DE GRACIANO S.	TIERRA NUEVA	LOS LOBOS												X
SPSSA002135	SOLEDAD DE GRACIANO S.	TIERRA NUEVA	TIERRA NUEVA												X
SPSSA002234	SOLEDAD DE GRACIANO S.	VILLA DE ARRIAGA	SAN FRANCISCO	X											
SPSSA002210	SOLEDAD DE GRACIANO S.	VILLA DE ARRIAGA	VILLA DE ARRIAGA												X
SPSSA002292	SOLEDAD DE GRACIANO S.	VILLA DE RAMOS	EL BARRIL		X										
SPSSA002280	SOLEDAD DE GRACIANO S.	VILLA DE RAMOS	VILLA DE RAMOS												X
SPSSA002316	SOLEDAD DE GRACIANO S.	VILLA DE RAMOS	SALITRAL DE CARRERA												X
	SOLEDAD DE GRACIANO S.	VILLA DE RAMOS	LOS HERNANDEZ												

CLUES	Jurisdicción Sanitaria	Nombre Municipio	Nombre de la Unidad	Sustitución							Sustitución Hosp..	Residencia y aula	Aula y otro tipo de espacio	Remodelación	Rehabilitación
				1 N.B.	2 N.B.	3 N.B.	3 N.B. con Lab	3 N.B. con Lab y Rx	4 N.B. con Lab	5 N.B. con Lab					
SPSSA002333	SOLEDAD DE GRACIANO S.	VILLA DE REYES	JESÚS MARÍA	X											
SPSSA017325	SOLEDAD DE GRACIANO S.	VILLA DE REYES	LA MODERNA												X
SPSSA002374	SOLEDAD DE GRACIANO S.	VILLA DE REYES	LA VENTILLA		X										
SPSSA002350	SOLEDAD DE GRACIANO S.	VILLA DE REYES	LAGUNA DE SAN VICENTE		X										
SPSSA017371	SOLEDAD DE GRACIANO S.	VILLA DE REYES	SAN CRISTOBAL												X
SPSSA002321	SOLEDAD DE GRACIANO S.	VILLA DE REYES	VILLA DE REYES												X
SPSSA002386	SOLEDAD DE GRACIANO S.	VILLA HIDALGO	VILLA HIDALGO									X			
	SOLEDAD DE GRACIANO S.	VILLA HIDALGO	VILLA HIDALGO					X							
SPSSA017354	SOLEDAD DE GRACIANO S.	ZARAGOZA	CERRO GORDO												X
SPSSA002625	SOLEDAD DE GRACIANO S.	ZARAGOZA	VILLA DE ZARAGOZA												X
SPSSA002654	SOLEDAD DE GRACIANO S.	VILLA DE ARISTA	HOSPITAL COMUNITARIO DE VILLA DE ARISTA									X			
SPSSA000040	RIOVERDE	ALAQUINES	ALAQUINES												X
SPSSA000175	RIOVERDE	CARDENAS	CARDENAS									X			
SPSSA000245	RIOVERDE	CERRITOS	JOYA DE LUNA												X
SPSSA000233	RIOVERDE	CERRITOS	CERRITOS									X			
SPSSA000262	RIOVERDE	CIUDAD DEL MAÍZ	HOSPITAL COMUNITARIO CIUDAD DEL MAÍZ									X			
SPSSA000286	RIOVERDE	CIUDAD DEL MAÍZ	SAN RAFAEL CARRETERA	X											
SPSSA000291	RIOVERDE	CIUDAD FERNÁNDEZ	CD. FERNANDEZ												X
	RIOVERDE	CIUDAD FERNÁNDEZ	COL. BARRIO SEGUNDO		X										
SPSSA002765	RIOVERDE	CIUDAD FERNÁNDEZ	EL REFUGIO												X
SPSSA000740	RIOVERDE	LAGUNILLAS	EL MIRADOR									X			

CLUES	Jurisdicción Sanitaria	Nombre Municipio	Nombre de la Unidad	Sustitución							Sustitución Hosp..	Residencia y aula	Aula y otro tipo de espacio	Remodelación	Rehabilitación
				1 N.B.	2 N.B.	3 N.B.	3 N.B. con Lab	3 N.B. con Lab y Rx	4 N.B. con Lab	5 N.B. con Lab					
SPSSA000711	RIOVERDE	LAGUNILLAS	LAGUNILLAS												X
SPSSA000933	RIOVERDE	RAYON	EL PAJARITO									X			
SPSSA000921	RIOVERDE	RAYON	RAYON												X
SPSSA017272	RIOVERDE	RIOVERDE	CAPA RIOVERDE												X
SPSSA000974	RIOVERDE	RIOVERDE	EL BOSQUE												X
SPSSA000991	RIOVERDE	RIOVERDE	EL CAPULIN												X
SPSSA016835	RIOVERDE	RIOVERDE	EL JABALI												X
SPSSA001015	RIOVERDE	RIOVERDE	PASTORA												X
SPSSA000945	RIOVERDE	RIOVERDE	HOSPITAL GENERAL DE RIOVERDE										X		
SPSSA000950	RIOVERDE	RIOVERDE	PUENTE DEL CARMEN						X						
SPSSA001020	RIOVERDE	RIOVERDE	SAN JOSÉ DEL TAPANCO												X
SPSSA000962	RIOVERDE	RIOVERDE	SAN MIGUEL						X						
	RIOVERDE	RIOVERDE	SAN MARCOS						X						
SPSSA017424	RIOVERDE	RIOVERDE	SORID RIOVERDE												X
SPSSA001085	RIOVERDE	SAN CIRO DE ACOSTA	SAN CIRO DE ACOSTA												X
SPSSA001353	RIOVERDE	SAN NICOLÁS TOLENTINO	OCAMPO												X
SPSSA001341	RIOVERDE	SAN NICOLÁS TOLENTINO	SAN NICOLÁS TOLENTINO												X
SPSSA001365	RIOVERDE	SAN NICOLÁS TOLENTINO	SANTA CATARINA												X
SPSSA001382	RIOVERDE	SANTA CATARINA	CALABAZAS									X			
SPSSA001411	RIOVERDE	SANTA CATARINA	PUERTA DEL SALTO									X			
SPSSA001370	RIOVERDE	SANTA CATARINA	SANTA CATARINA												X
SPSSA002415	RIOVERDE	VILLA JUAREZ	VILLA JUAREZ												X

CLUES	Jurisdicción Sanitaria	Nombre Municipio	Nombre de la Unidad	Sustitución							Sustitución Hosp..	Residencia y aula	Aula y otro tipo de espacio	Remodelación	Rehabilitación
				1 N.B.	2 N.B.	3 N.B.	3 N.B. con Lab	3 N.B. con Lab y Rx	4 N.B. con Lab	5 N.B. con Lab					
SPSSA000431	CIUDAD VALLES	CIUDAD VALLES	C.S. EL SIDRAL									X			
SPSSA017243	CIUDAD VALLES	CIUDAD VALLES	CAPA VALLES												X
SPSSA017115	CIUDAD VALLES	CIUDAD VALLES	CAPASITS VALLES												X
SPSSA017231	CIUDAD VALLES	CIUDAD VALLES	CISAME VALLES												X
SPSSA000385	CIUDAD VALLES	CIUDAD VALLES	COL. JUÁREZ												X
SPSSA000402	CIUDAD VALLES	CIUDAD VALLES	DORACELI												X
SPSSA000414	CIUDAD VALLES	CIUDAD VALLES	EL PUJAL		X										
SPSSA000373	CIUDAD VALLES	CIUDAD VALLES	FRANCISCO VILLA												X
SPSSA000356	CIUDAD VALLES	CIUDAD VALLES	HOSPITAL GENERAL CD. VALLES											X	
SPSSA000460	CIUDAD VALLES	CIUDAD VALLES	LAS HUERTAS									X			
SPSSA000361	CIUDAD VALLES	CIUDAD VALLES	PIMIENTA												X
SPSSA002893	CIUDAD VALLES	CIUDAD VALLES	RASCON									X			
SPSSA000390	CIUDAD VALLES	CIUDAD VALLES	ROTARIOS												X
SPSSA017062	CIUDAD VALLES	CIUDAD VALLES	SAN RAFAEL												X
SPSSA017436	CIUDAD VALLES	CIUDAD VALLES	SORID VALLES												X
SPSSA017120	CIUDAD VALLES	CIUDAD VALLES	UNIDAD DE CIRUGÍA AMBULATORIA VALLES										X		
	CIUDAD VALLES	CIUDAD VALLES	CHANTOL	X											
SPSSA000624	CIUDAD VALLES	EBANO	AURELIO MANRIQUE												X
SPSSA000595	CIUDAD VALLES	EBANO	EBANO												X
SPSSA002770	CIUDAD VALLES	EBANO	HOSPITAL COMUNITARIO EBANO									X			
SPSSA000612	CIUDAD VALLES	EBANO	PLAN DE IGUALA		X										
SPSSA000636	CIUDAD VALLES	EBANO	PONCIANO ARRIAGA												X

CLUES	Jurisdicción Sanitaria	Nombre Municipio	Nombre de la Unidad	Sustitución							Sustitución Hosp..	Residencia y aula	Aula y otro tipo de espacio	Remodelación	Rehabilitación
				1 N.B.	2 N.B.	3 N.B.	3 N.B. con Lab	3 N.B. con Lab y Rx	4 N.B. con Lab	5 N.B. con Lab					
SPSSA000600	CIUDAD VALLES	EBANO	PUJAL COY		X										
SPSSA001674	CIUDAD VALLES	TAMASOPO	PUERTO VERDE									X			
SPSSA001650	CIUDAD VALLES	TAMASOPO	DAMIAN CARMONA												X
SPSSA002794	CIUDAD VALLES	TAMASOPO	SAN NICOLÁS DE LOS MONTES									X			
SPSSA001633	CIUDAD VALLES	TAMASOPO	TAMASOPO												X
SPSSA001691	CIUDAD VALLES	TAMASOPO	TAMBACA		X										
SPSSA002041	CIUDAD VALLES	TAMUÍN	CENTINELA									X			
SPSSA001983	CIUDAD VALLES	TAMUÍN	ESTACIÓN PALMAS		X										
SPSSA002024	CIUDAD VALLES	TAMUÍN	HUASTECOS		X										
SPSSA017132	CIUDAD VALLES	TAMUÍN	HOSPITAL COMUNITARIO DE TAMUIN										X		
SPSSA002036	CIUDAD VALLES	TAMUÍN	NUEVO TAMPAON		X										
SPSSA001995	CIUDAD VALLES	TAMUÍN	SANTA ELENA									X			
SPSSA002000	CIUDAD VALLES	TAMUÍN	SANTA MARTHA		X										
SPSSA001954	CIUDAD VALLES	TAMUÍN	TAMUIN												X
SPSSA002741	CIUDAD VALLES	EL NARANJO	EL NARANJO												X
SPSSA002910	TAMAZUNCHALE	SAN MARTÍN CHALCHICUAUTLA	CARRIZO									X			
SPSSA001295	TAMAZUNCHALE	SAN MARTÍN CHALCHICUAUTLA	ESCUATITLA									X			
SPSSA001300	TAMAZUNCHALE	SAN MARTÍN CHALCHICUAUTLA	MESA DEL TORO									X			
SPSSA001266	TAMAZUNCHALE	SAN MARTÍN CHALCHICUAUTLA	SAN MARTÍN CHALCHICUAUTLA												X
SPSSA001312	TAMAZUNCHALE	SAN MARTÍN CHALCHICUAUTLA	TEPEMICHE									X			

CLUES	Jurisdicción Sanitaria	Nombre Municipio	Nombre de la Unidad	Sustitución							Sustitución Hosp..	Residencia y aula	Aula y otro tipo de espacio	Remodelación	Rehabilitación
				1 N.B.	2 N.B.	3 N.B.	3 N.B. con Lab	3 N.B. con Lab y Rx	4 N.B. con Lab	5 N.B. con Lab					
SPSSA001720	TAMAZUNCHALE	TAMAZUNCHALE	AGUAZARCA												X
SPSSA001732	TAMAZUNCHALE	TAMAZUNCHALE	AXHUMOL	X											
SPSSA017156	TAMAZUNCHALE	TAMAZUNCHALE	C.S. RURAL PEMUCHO												X
SPSSA017284	TAMAZUNCHALE	TAMAZUNCHALE	CAPA TAMAZUNCHALE												X
SPSSA002806	TAMAZUNCHALE	TAMAZUNCHALE	COAXOCOTITLA									X			X
SPSSA002922	TAMAZUNCHALE	TAMAZUNCHALE	IXTLA DE SANTIAGO.	X											
SPSSA002905	TAMAZUNCHALE	TAMAZUNCHALE	SANTA MARÍA PICULA									X			
SPSSA017441	TAMAZUNCHALE	TAMAZUNCHALE	SORID TAMAZUNCHALE												X
SPSSA001703	TAMAZUNCHALE	TAMAZUNCHALE	HOSPITAL COMUNITARIO DE TAMAZUNCHALE												X
SPSSA017366	TAMAZUNCHALE	TAMAZUNCHALE	TAMAZUNCHALE												X
	TAMAZUNCHALE	TAMAZUNCHALE	COL. EL CARMEN		X										
SPSSA001831	TAMAZUNCHALE	TAMAZUNCHALE	TEZAPOTLA		X										
SPSSA001843	TAMAZUNCHALE	TAMAZUNCHALE	TLALNEPANTLA		X										
SPSSA001756	TAMAZUNCHALE	TAMAZUNCHALE	CHAPULHUACANTO												X
SPSSA001855	TAMAZUNCHALE	TAMAZUNCHALE	ZOQUITIPA												X
SPSSA001785	TAMAZUNCHALE	TAMAZUNCHALE	PAPATLACO									X			
SPSSA001802	TAMAZUNCHALE	TAMAZUNCHALE	TEPETATE												X
SPSSA001814	TAMAZUNCHALE	TAMAZUNCHALE	TETITLA												X
SPSSA001884	TAMAZUNCHALE	TAMPACÁN	TAMPACÁN												X
SPSSA002444	TAMAZUNCHALE	AXTLA DE TERRAZAS	JALPILLA		X										
	TAMAZUNCHALE	AXTLA DE TERRAZAS	AXTLA DE TERRAZAS		X										
SPSSA002461	TAMAZUNCHALE	AXTLA DE TERRAZAS	TEMALACACO		X										
SPSSA002514	TAMAZUNCHALE	XILITLA	ITZTACAPA	X											

CLUES	Jurisdicción Sanitaria	Nombre Municipio	Nombre de la Unidad	Sustitución							Sustitución Hosp..	Residencia y aula	Aula y otro tipo de espacio	Remodelación	Rehabilitación
				1 N.B.	2 N.B.	3 N.B.	3 N.B. con Lab	3 N.B. con Lab y Rx	4 N.B. con Lab	5 N.B. con Lab					
SPSSA002502	TAMAZUNCHALE	XILITLA	LA HERRADURA												X
SPSSA002543	TAMAZUNCHALE	XILITLA	PETATILLO	X											
SPSSA002572	TAMAZUNCHALE	XILITLA	SAN PEDRO HUITZQUILICO	X											
SPSSA002584	TAMAZUNCHALE	XILITLA	SOLEDAD DE ZARAGOZA	X											
SPSSA017144	TAMAZUNCHALE	XILITLA	HOSPITAL COMUNITARIO DE XILITLA										X		
SPSSA002485	TAMAZUNCHALE	XILITLA	XILITLA											X	
SPSSA002695	TAMAZUNCHALE	MATLAPA	CHALCHOCOYO									X			
SPSSA002736	TAMAZUNCHALE	MATLAPA	COAQUENTLA									X			
SPSSA002671	TAMAZUNCHALE	MATLAPA	MATLAPA												X
	TAMAZUNCHALE	MATLAPA	ZACAYO	X											
SPSSA000093	TANCANHUITZ	AQUISMÓN	LA MESA									X			
SPSSA000105	TANCANHUITZ	AQUISMÓN	TAMPEMOCHE												X
SPSSA000110	TANCANHUITZ	AQUISMÓN	TANCHANACO												X
	TANCANHUITZ	AQUISMÓN	ALITZE	X											
SPSSA000064	TANCANHUITZ	AQUISMÓN	HOSPITAL COMUNITARIO AQUISMÓN										X		
SPSSA001551	CIUDAD VALLES	SAN VICENTE TANCUAYALAB	NUEVO JOMTÉ		X										
SPSSA002782	CIUDAD VALLES	SAN VICENTE TANCUAYALAB	SAN JUAN DE LAS VEGAS										X		
SPSSA001534	CIUDAD VALLES	SAN VICENTE TANCUAYALAB	SAN VICENTE TANCUAYALAB												X
SPSSA002065	CIUDAD VALLES	TANLAJÁS	ARGENTINA									X			
SPSSA017074	CIUDAD VALLES	TANLAJÁS	CEBADILLA, LA									X			
SPSSA002070	CIUDAD VALLES	TANLAJÁS	EL PANDO									X			

CLUES	Jurisdicción Sanitaria	Nombre Municipio	Nombre de la Unidad	Sustitución							Sustitución	Residencia y aula	Aula y otro tipo de espacio	Remodelación	Rehabilitación
				1 N.B.	2 N.B.	3 N.B.	3 N.B. con Lab	3 N.B. con Lab y Rx	4 N.B. con Lab	5 N.B. con Lab					
SPSSA017086	CIUDAD VALLES	TANLAJÁS	NUEVO CUAYTZEN									X			
SPSSA002094	CIUDAD VALLES	TANLAJÁS	SAN NICOLÁS									X			
SPSSA002823	CIUDAD VALLES	TANLAJÁS	TANCOLOL									X			
SPSSA002053	CIUDAD VALLES	TANLAJÁS	TANLAJAS												X
SPSSA002123	CIUDAD VALLES	TANQUIÁN DE ESCOBEDO	TANQUIAN										X		
SPSSA000332	TAMAZUNCHALE	TANCANHUITZ	PALMIRA NUEVO					X							
SPSSA000303	TAMAZUNCHALE	TANCANHUITZ	TANCANHUITZ DE SANTOS												X
SPSSA000525	TAMAZUNCHALE	COXCATLÁN	AMAXAC									X			
SPSSA000513	TAMAZUNCHALE	COXCATLÁN	COXCATLAN												X
SPSSA000542	TAMAZUNCHALE	COXCATLÁN	TAZAQUIL	X											
SPSSA000682	TAMAZUNCHALE	HUEHUETLÁN	HUEHUETLAN												X
SPSSA000694	TAMAZUNCHALE	HUEHUETLÁN	HUICHIHUAYAN										X		
SPSSA001061	TAMAZUNCHALE	SAN ANTONIO	EL LEJEM	X											
SPSSA001056	TAMAZUNCHALE	SAN ANTONIO	SAN ANTONIO	X											
	TAMAZUNCHALE	SAN ANTONIO	SAN PEDRO	X											
SPSSA001925	TAMAZUNCHALE	TAMPAMOLÓN CORONA	COAXINQUILA									X			
SPSSA001901	TAMAZUNCHALE	TAMPAMOLÓN CORONA	TAMPAMOLON												X
	SAN LUIS POTOSI	SAN LUIS POTOSI	JURISDICCION SANITARIA No. 1									X			
	RIOVERDE	RIOVERDE	JURISDICCION SANITARIA No. 4									X			
	SOLEDAD DE GRACIANO	SOLEDAD DE GRACIANO	DEDICAM												X
	SAN LUIS POTOSI	SAN LUIS POTOSI	CENTRO ESTATAL DE TRANFUSION SANGUINEA												X

## **V POLITICAS Y ESTRATEGIAS.-**

La realidad obliga a plantearse una reorganización del sistema de salud cuyos objetivos sean fortalecer su capacidad para enfrentar los retos futuros, ampliar la cobertura y proporcionar servicios con eficiencia y calidad con un recurso ya limitado; Las políticas y estrategias retomadas para fortalecer los Servicios de Salud en el estado se resumen lo siguiente:

### **5.1 Ampliación de cobertura**

Para ampliar cobertura formal de servicios se realizara un análisis detallado para aquellas localidades que así lo requieren y conforme se cuenta con el recurso federal para su operación tanto para pago de personal como para insumos.

En el área metropolitana de San Luis Potosí se tienen catalogadas 25 colonias de alto riesgo en salud, de las cuales actualmente se tiene capacidad para atender a 20 colonias con servicios integrales de salud; en las restantes 5 colonias el reto será crecer con equipos médicos a través de consultorios periféricos y/o brigadas médicas.

Sin embargo la Comisión de Derechos humanos, establecer que todo mexicano puede demandar su derecho a la salud, cerca de su domicilio, por lo que en un futuro es posible la creación de nuevas unidades médicas, con el decremento del gasto directo a atención médica.

En este apartado se cuenta con el apoyo de las presidencias municipales, para la construcción de nuevas unidades médicas, la cuales reforzaran la atención médica en el medio rural y con mayor vulnerabilidad en el estado.

El Instituto Mexicano del Seguro Social, en beneficio de mejorar la prestación de servicios de su área de influencia, ha construido 6 unidades rurales más, en la zona huasteca del estado, así mismo para coadyuvar en el embarazo de las mujeres adolescentes, ha construido 6 Centros de Atención Rural al Adolescente (CARA) sobre todo en la zona altiplano.

### **5.2 Atención Grupos Vulnerables.**

La heterogeneidad cultural, favorece el desarrollo de diversos programas de atención a los grupos más susceptibles de enfermar como son: Grupos indígenas a los cuales por medio del programa de Etnodesarrollo, se ha logrado paulatinamente avances substanciales en salud al incluir en el equipo de atención un promotor bilingüe a través del cual, la cultura indígena del estado se identifica más con los servicios al escuchar las estrategias en salud en su propio idioma.

Asimismo se cuenta con los Grupos Senectos a los cuales se les ofrecerá una atención más integral al contar con la coordinación de los Servicios de Salud con otras dependencias e instituciones como: INSEN, DIF y ONG para programas específicos de atención al anciano; incorporando sistemas de atención específicos los cuales brindarán una atención médica integral con enfoque de riesgo.

Para la atención a las personas discapacitadas, se encuentra en Operación el programa "Salud y Seguridad Social" del Plan Estatal de Atención a Discapacitados por parte del DIF, mismo que cuenta

con la Coordinación del CREE (Centro de Rehabilitación y Educación Especial) por medio del cual se establecerá una Red de Atención del Primer Nivel de atención a fin de mejorar la calidad de rehabilitación del discapacitado en las comunidades rurales.

Asimismo los Servicios de Salud de San Luis Potosí inician con la creación de un centro de atención para rehabilitación niños menores de 5 años, la cual estará ubicada en el subutilizado centro de salud de Cd. Satélite.

En cuanto a la prestación de servicios en los jornaleros agrícolas se establecerá y se coordinaran las acciones con otras instituciones como: IMSS, Gobierno Estatal y Asociación de Agricultores; a fin de otorgar programas de salud y dotación de servicios de saneamiento básico para mejorar las condiciones sanitarias en las cuales se encuentra inmersa este tipo de población, y por ende mejorar el estado de salud de la población mayormente susceptible de enfermar como son los niños y los ancianos así como la detección en riesgos de la población expuesta a éstos.

En este apartado una de las estrategias, será gestionar con los ayuntamientos que la aportación solidaria estatal, sea en atención de pacientes de la tercera edad para prótesis dentales, lentes, apoyos auditivos, sillas de ruedas mecanizadas, a fin de brindarles una mejor calidad de vida, en la tan olvidada zona rural.

### **5.3 Integralidad de los Servicios de Salud.**

Aprovechar la demanda de atención médica como “Entrada” al manejo de un paquete de atención a la salud, realizando un estudio integral de las familias para implementar acciones extramuros otorgando una atención programada con enfoque de riesgo mediante la sectorización en áreas urbanas, ofreciendo un abanico de programas y servicios de salud; así como el desarrollo de convenios específicos de utilización de recursos institucionales por la medicina privada y tradicional desarrollando mecanismos de subrogación con la medicina privada para la mejor utilización de recursos, por ejemplo: Utilización de salas de expulsión por médicos particulares y parteras, Laboratorios de Salud Pública, Unidades Dentales y Servicios de rehabilitación.

### **5.4 Medicina Alternativa**

Los grupos étnicos que habitan en el estado tienen conocimientos ancestrales en herbolaria, con sus aplicaciones directas sobre la fisiología en el cuerpo humano; por lo cual, estos personajes gozan de prestigio y respeto entre la población, porque son ellos a quienes se recurre en primera instancia en las comunidades donde existen.

Los Servicios de Salud han logrado aceptación a través de convenios de capacitación en el PBSS y aspectos relacionados con la salud materno-infantil, por medio de las asociaciones de médicos tradicionales en el estado; para poder consolidar esta estrategia, se cuenta con el apoyo de un antropólogo que apoya en las acciones de culturización tanto de los médicos tradicionales como del personal de los servicios de salud, para poder atender las necesidades en salud de la población indígena con medios en su propia cultura.

## 5.5 Fortalecimiento del Desarrollo Institucional

Por medio de programas de capacitación para el desempeño y de educación en programas prioritarios enfocando nuevas estrategias en el desempeño de los Servicios de Salud; así como fortalecer el desarrollo de una cultura organizacional con la incorporación de nuevos enfoques administrativos, imagen corporativa, gerencia, círculos de calidad, etc.), igualmente importante es el establecimiento de un sistema de incentivos a fin de lograr el arraigo del médico y la enfermera en las zonas más alejadas del estado. Así como el instalar un modelo de administración gerencial empezando con la formación de gerentes en salud pública a través de diplomados o maestrías. Así como la creación de un área interinstitucional de investigación en salud pública; con el propósito de fortalecer la capacitación e investigación en los tres niveles de atención (Educación e Investigación en Salud y formación de recursos humanos).

Implementación de un esquema de adjudicación de plazas a los mandos medios y superiores por medio de convocatoria y oposición, a través de un Comité Evaluador que estará integrado por la Junta Directiva de los Servicios de Salud, con la finalidad de reordenar el recurso humano, en virtud de establecer congruencia código-función, ubicación-formación y ubicación-función en los puestos administrativos y operativos de los Servicios de Salud.

En el 2010 se publicó en el Periódico Oficial del Estado Libre y Soberano de San Luis Potosí, el Decreto Administrativo por el que se crea la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud, con el propósito de identificar las áreas de coordinación entre las Instituciones Educativas y de Salud, en el proceso de formación de recursos humanos para la salud que requiera el Sistema Estatal de Salud.

Con el fin de impulsar la Investigación en Salud, se consolidó el Fondo de Investigación a través del Comité Interinstitucional de Investigación el cual está conformado por 13 Instituciones tanto de Salud como Educativas, estableciendo la apertura de cuatro convocatorias de Salud a nivel Estatal en las líneas de Atención a la Mortalidad Materna, Enfermedades Crónico Degenerativas, Salud Materno Infantil y Salud Mental.

El 22 de Enero de 2015 Se publicó en el Periódico Oficial del Estado el Decreto de Creación de la Comisión de Bioética del Estado de San Luis Potosí, teniendo como objetivo ser un órgano consultivo, normativo y de coordinación entre la dependencias, entidades públicas e instituciones privadas que prestan servicios de salud, la cual tiene por objeto el difundir, promover y salvaguardar los principios bioéticos de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia, con respeto a la dignidad humana; promover el estudio y observancia de valores y principios éticos y morales para el ejercicio tanto de la atención médica como de la investigación en salud, en el marco de los derechos fundamentales y la humanización de la atención en salud para beneficio de la población.

Conscientes de los retos que el Sistema de Salud enfrenta, se apoyó la profesionalización de 250 trabajadores para cursar estudios de diplomados, especialidades, licenciaturas, maestrías y doctorados, contribuyendo así a resolver las necesidades de los procesos que el Sistema de Salud requiere, para mejorar la calidad de la atención y los procesos administrativos.

Brindar servicios de Salud eficientes, con calidad y seguridad para el paciente es uno de los Objetivos del Plan Estatal y Nacional de Desarrollo, por lo que con la finalidad de dar cabal cumplimiento, se promovió la excelencia y se fomentó la educación continua a través de tres procesos de evaluación externa de personal de salud, en el cual se Certificaron a 198 Médicos, 400 Enfermeras y 39 Químicos Farmacobiólogos.

## **5.6 Sistema de Protección Social en Salud**

El Plan Estatal de Desarrollo 2009-2015, establece dentro del Eje 1 “Política Social y Combate a la Pobreza”, como uno de sus objetivos el aseguramiento al acceso a los servicios de salud para reducir las desigualdades de la población que no cuenta con acceso a servicios de seguridad social. Ante ello, se ha trabajado arduamente para hacer realidad el derecho al acceso a la salud de toda la población potosina sin derechohabiencia y cuya voluntad es formar parte del Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular).

La incorporación a la seguridad social a través de la creación de nuevas fuentes de empleo es inversamente proporcional al Padrón de Beneficiarios del Seguro Popular, al ser una condición indispensable el no contar con ninguna otra derechohabiencia para ser afiliado o reafiliado al Sistema de Protección Social en Salud.

En este orden de ideas se ha venido haciendo un gran esfuerzo por depurar el Padrón, para que este mecanismo financiero garantice el acceso a la atención en salud a la población abierta a quien está dirigido, permitiendo un reordenamiento de recursos para que cada Institución asuma la responsabilidad de atender a sus propios afiliados.

A la fecha el Padrón de Beneficiarios del Seguro Popular asciende a 1 millón 471 mil 656 beneficiarios. Distribuido en 630 mil 593 hogares, de los cuales 328 mil 278 pertenecen a zonas urbanas y 302 mil 315 a zonas rurales. Ello no ha sido impedimento para que el Estado de San Luis Potosí se siga manteniendo en primer lugar a nivel nacional, en el abatimiento de la carencia de Acceso a los servicios de salud, dentro del marco de Combate a la Pobreza que maneja el CONEVAL.

Dentro de este contexto, en lo que respecta a los Municipios que forman parte de la Cruzada Nacional contra el Hambre en la Entidad, se afiliaron a 45 mil 561 beneficiarios y se reafiliaron 131 mil 248 personas.

En tanto que en los grupos etarios con mayor vulnerabilidad, en el periodo se afiliaron 2 mil 488 adultos mayores y 16 mil 865 renovaron su póliza, llegando a un total de 133 mil 371 adultos mayores; mientras que se afiliaron 6 mil 069 menores de 5 años y reafiliaron 16 mil 070 niños, lo que nos permite garantizar la atención en todo el Estado a 48 mil 771 menores de 5 de años.

Aunado a lo anterior, se han llevado a cabo diversas acciones encaminadas a posicionar la imagen del Sistema de Protección Social en Salud, de las cuales destacan la realización de la Carrera Atlética del Seguro Popular, que por segunda ocasión brindó un espacio de convivencia a poco más de 600 participantes.

Adicional a esto, se han efectuado 17 ferias del Seguro Popular en el Estado, brindando con ello atención a 11 mil 175 beneficiarios, tareas que se refuerzan con la utilización de los avances

tecnológicos y la mejora constante en cuanto a imagen y calidad de la información que se distribuye a través de nuestras redes sociales.

Armonizando estos avances tecnológicos y lo que demarca la estrategia transversal ii) relativa al “Gobierno Cercano y Moderno”, del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, que señala que es imperativo contar con un Gobierno eficiente, que optimice el uso de los recursos públicos y que utilice las nuevas tecnologías de la información; se ha continuado con la “Digitalización de expedientes familiares en los procesos de Afiliación y Re afiliación”, teniendo un avance de 128 mil 597 expedientes.

A la par del incremento en el Padrón, fueron aumentando los Módulos de Atención a los Usuarios tanto en materia de afiliación, como de orientación y autorización de servicios, para facilitar el acceso de los afiliados. Una de las estrategias que permitió lo anterior fue la decisión por parte del Ejecutivo Estatal, de no cobrar las Cuotas Familiares para no afectar la vulnerable economía de los potosinos; de esta manera durante el estado aporta dicha aportación.

Con fundamento en lo establecido en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, en la estrategia transversal relativa al “Gobierno Cercano y Moderno”, en donde se establece que es imperativo contar con un gobierno eficiente, que optimice el uso de los recursos públicos y que utilice las nuevas tecnologías de la información, se inicia en marzo del presente año la digitalización de la documentación de los afiliados en los procesos de afiliación y re afiliación, esto permite mejorar la administración de los expedientes familiares, así como eficientar la incorporación al Sistema; alcanzando la cifra aproximada de 200 mil beneficiarios.

## **VI RECURSOS FINANCIEROS**

En el artículo 29 de la LCF, prevé que los recursos económicos, de este fondo deben destinarse a los estados, para el ejercicio de las atribuciones que les corresponde conforme a lo establecido en los artículos 3,13 y 18 de la ley General de salud, donde se destaca lo siguiente:

El Fondo de Aportación para los Servicios de Salud tiene como principal objetivo disminuir las diferencias que existen en los servicios de salud que se prestan a la población abierta, es decir, aquella que no cuenta con ningún régimen de seguridad social, en el país, mediante mecanismos que apoyen las actividades de protección contra riesgos sanitarios: la promoción de la Salud y prevención de enfermedades; la mejora en la calidad de la atención y la seguridad en salud; así como el abasto y entrega oportuna y adecuada de medicamentos. Así, se atiende con el FASSA a la población que no tiene un empleo formal con acceso a seguridad social para lo cual el estado estructuro un sistema de salud para la población abierta, donde el usuario paga el servicio y medicamento por medio de una Cuota de Recuperación mínima, ya que la gran mayoría de los usuarios, no pagan el servicio.

- Organizar, operar, supervisar y evaluar la prestación de los servicios de salubridad general.
- Consolidar el funcionamiento del sistema nacional de salud, planear , organizar y desarrollar sistemas estatales de salud, procurando su participación, programática en el primero
- Formular y desarrollar programas locales de salud, en el marco de los sistemas estatales de salud y de acuerdo con los principios y objetivos del Plan Nacional de Desarrollo.

- Llevar a cabo los programas y acciones que en materia de salubridad local les competan.
- Elaborar información estadística local y proporcionarla a las autoridades federales competentes.

Por lo cual y para fines de integración del análisis de fondo, podemos decir que se cuenta con el conocimiento de la aplicación del recurso a nivel de partida de gasto y mes calendarizado.

A fin de cubrir las necesidades de salud de los afiliados al sistema de protección social en salud, se cuenta con un recurso adicional a través de la cuota social y aportación solidaria federal (seguro popular), el cual cubre las intervenciones del Catálogo Único de Servicios de Salud (CAUSES), asimismo se cuenta con la extensión de la aportación estatal que se utiliza para cubrir acciones de gasto de operación en unidades médicas.

Asimismo se cuenta con la aportación solidaria federal que a partir del 2016 paso la cuenta al Régimen Estatal de Protección Social en Salud, quien determina la cantidad a ministrar a los servicios de salud para la atención de 1 millón 471 mil 656 beneficiarios.

Por otro lado se cuenta con convenios federales específicos en apoyo a programas tales como: **AFASPE** destinada a 28 programas (Vigilancia por Laboratorio, Cáncer de la Mujer, Salud Materna y Perinatal, Violencia Familiar y de Género, Rabia, Brucelosis, Dengue, Tuberculosis, VIH/SIDA e ITS, Vacunación, Comunidades Saludables, Alimentación y Actividad, Vigilancia Epidemiológica, Seguridad Vial, Prevención de Accidentes, Salud Reproductiva, Planificación Familiar, Igualdad de Género, Paludismo, Chagas, Diabetes, O-RCV, Envejecimiento, Salud Bucal, Urgencias Epidemiológicas y Desastres, Prevención EDA / Cólera, Salud Infancia y Adolescencia, Cáncer Infancia y Adolescencia), **COEPRIS** (acciones para la Protección contra Riesgos Catastróficos), **PROSPERA** (*Programa de Inclusión Social*.)

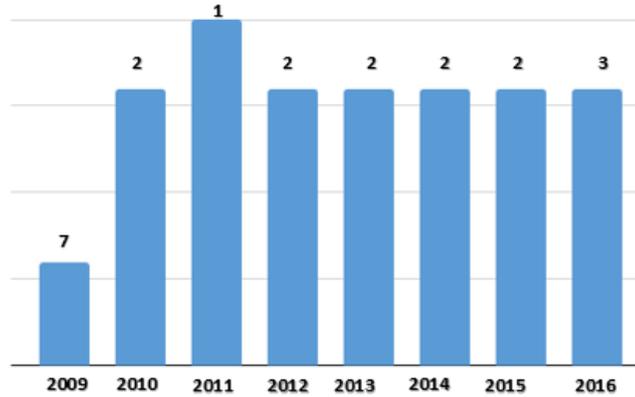
Asimismo se tiene apoyos directos de nómina federales como Sueldos úneme (para los Centros de Atención en Adicciones y Enseñanza sueldos (becas para personal en formación para médicos internos, servicio social y residentes)

Finalmente se cuenta con los ingresos de cuotas de recuperación y apoyos extraordinarios estatales, que éstos últimos dependen de la voluntad política del ejecutivo.

Es menester señalar que las necesidades actuales requeridas por las unidades médicas tanto de primer nivel, hospitales comunitarios como hospitales generales, así como las unidades administrativas, no son cubiertas dado el recurso autorizado tanto federal como estatal.

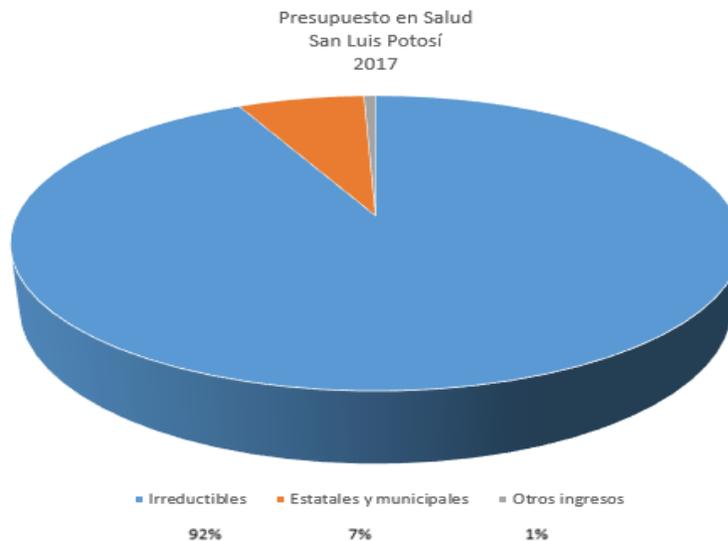
Sin embargo se trata de realizar el mejor ejercicio presupuestal para poder cubrir las acciones que llevan el impacto directo en salud a la población y que permitan que el estado de San Luis Potosí, continúe dentro de los tres primeros lugares de servicios de salud a nivel nacional, durante los últimos seis años, en los indicadores "Caminando a la Excelencia".

**Servicios de Salud de San Luis Potosí  
Comportamiento de Indicadores Caminando a la Excelencia  
2009 -2016**



Esto permite que el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), evalúe a San Luis Potosí como el estado que tiene la mayor cobertura de acceso a los servicios de salud en el país; sin embargo aún con éste resultado, existen rezagos que deben subsanarse.

De acuerdo al presupuesto asignado tanto por la federación como por el estado a través de las fuentes irreductibles tales como (Fondo de Aportaciones a los Servicios de Salud, Cuota Social y Aportación Solidaria Federal y Estatal, Prospera, y convenios federales) en el entendido que aun cuando exista variación en los montos anuales, no se provee, que se eliminen.



Como puede apreciarse en la siguiente tabla, el mayor porcentaje de los recursos asignados corresponde al pago de servicios personales (capítulo 1000), por lo que aun a pesar de que “en apariencia es mucho recurso” no es precisamente para la operación, dado que aun a pesar de contar con el personal, si no existen condiciones de operación tales como insumos (medicamento y material de curación) así como papelería y servicios básicos, no será posible otorgar una atención de calidad, tal como la merece al usuario.

**Tabla 56**  
**Gasto en Salud según distribución de Fuente de Financiamiento**  
**2017**

Fuente de financiamiento	Servicios personales	Materiales y suministros	Servicios generales	Subsidios y subvenciones	Bienes muebles, inmuebles e intangibles	TOTAL
AFASPE	34,118,678	15,649,012	13,325,906	417,000	2,721,276	66,231,872
Aportación solidaria estatal	19,502,639	17,499,979	150,000,021	0	47,500,000	234,502,639
Cuota social y aportación solidaria federal	523,016,593	333,702,067	116,864,967	0	0	973,583,627
COEPRIS	1,300,000	373,492	426,508	0	0	2,100,000
Cuotas de recuperación	11,972,046	1,500,000	27,954	4,500,000	0	18,000,000
PROSPERA	36,734,862	29,914,888	12,179,988	11,900,000	1,956,432	92,686,170
Convenios Federales	59,806,741	19,379,795	3,466,272	261,506	663,542	83,577,856
FASSA	1,438,984,238	159,033,521	177,048,765	32,179,782	0	1,807,246,306
Aportación municipal	1,800,000			1,349,959	210,000	3,359,959
<b>TOTALES</b>	<b>2,127,235,797</b>	<b>577,052,754</b>	<b>473,340,381</b>	<b>50,608,247</b>	<b>53,051,250</b>	<b>3,281,288,429</b>
%	64.83%	17.59%	14.43%	1.54%	1.62%	100%
Costo por afiliado	1,412	370	325	30	3	2,140
Costo exclusivo para afiliados al S.P.	355.39	226.75	83.45	-	-	665.60

Fuente: SACP, Dirección de Planeación, Evaluación y Proyectos Especiales

Como puede observarse la cantidad anual que gastan los Servicios de Salud, para atender las necesidades médicas, tanto en el primer nivel como en la atención hospitalaria, cubriendo la cartera de servicios del seguro popular es de 2 mil 140 pesos, cifra insuficiente, dado que es sobre el total de recursos. Sin embargo solamente la fuente de financiamiento Aportación Solidaria es solamente el 31 por ciento del gasto, lo que dificulta enormemente cumplir con los lineamientos de protección social en salud.

**Tabla 57**  
**Gasto en Salud según distribución de Fuente de Financiamiento**  
**2016**

Entidad	Gasto total en salud en dólares (18.00)	Gasto total en salud en pesos
Gasto per cápita OMS	1,059	19,062
América Latina y el Caribe	713	12,834
Estados Unidos de América	9403	169,254
México	677	12,182
San Luis Potosí	119	2,142
Nigeria	118	2,124

Fuente: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.PCAP>

Como puede observarse el gasto en salud, en el estado, es comparable al país africano de Nigeria, si bien San Luis Potosí tiene un gasto mayor en salud que algunos países africanos o asiáticos, no es un recurso suficiente para la demanda de atención e insumos que requieren los potosinos, ya que como se observa en las tablas de morbilidad y mortalidad, las causas son predominantemente enfermedades crónicas no transmisibles cuyo costo es alto con un impacto bajo, dado que mucho de ello requiere de un cambio de estilo de vida de la población.

Por otro lado este gasto en salud, es extremadamente sensible al cambio de la divisa, ya que la gran mayoría de las sales y materia prima para producir insumos en salud son de importación por lo que se adquieren en dólares, lo que significa que entre más caro el dólar, la capacidad de respuesta en medicamento para la población es menor.

Aun a pesar de contar menos recurso del que debía gastarse en salud, la programación de necesidades se realiza con el ejercicio de programación anual operativo, en donde cada unidad administrativa y programa operativo programa su recurso, el cual es siempre mayor al autorizado, dado que los lineamientos establecidos por cada uno de los programas en función de sus criterios e indicadores a cumplir, requieren de un gasto por persona, lo que en la realidad, tiene la mayoría de las veces “aparentemente duplicado” ejemplo de esto son los programas de atención hospitalaria y atención materna y perinatal, en donde la atención de madre y recién nacido se realiza en el hospital en un 99 por ciento de los casos y algunos insumos se programan en ambos.

Otro caso es laboratorios clínicos en donde los programas operativos, programas sus acciones de control de los pacientes crónicos para su manejo metabólico y en laboratorios clínicos también programas, estas acciones.

Por lo que en el ejercicio de programación se trata de evitar la duplicidad y el dispendio del gasto, por otro lado, se aplican medidas restrictivas para optimizar y efficientizar dicho recurso.

## **VII EVALUACIÓN**

La evaluación es considerada parte esencial del proceso de análisis de políticas públicas. En primer lugar, provee información sobre el desempeño de la política y ofrece información acerca del cumplimiento de sus objetivos y metas. En segundo lugar, contribuye a la clarificación y crítica de los valores en la selección de metas y objetivos en la medida en que, como resultado de la evaluación, se observa que algunos objetivos y metas de acuerdo con determinadas acciones que pretenden influir sobre los factores asociados del problema no generan los resultados esperados. En tercer lugar, permite la aplicación de otros métodos del análisis de políticas y se convierte en un insumo para la reestructuración del problema y la recomendación de políticas. La información sobre el inadecuado desempeño de la política induce a la redefinición y reestructuración del problema de política, o a la revisión de políticas alternativas para la solución del problema (Dunn, 1994)

Básicamente la evaluación en esta dependencia esta orientada a conocer la efectividad de la política o programa, medir el cumplimiento de las metas de desempeño, relacionado con el proceso de implementación, y las de resultado, relacionadas con el impacto y modificación del problema público.

Cada programa cuenta con sus metas y su evaluación anual donde la metodología básica es meta programada / logro realizado.

**Tabla 58**  
**Programa de Gasto en Salud según distribución Según**  
**Fuente de Financiamiento y Programa Operativo**  
**2017**

PROGRAMA	Fuente de Financiamiento Prioritaria para Operar				Convenios Federales y municipales	Cuotas de recuperación
	FASSA	Aportación Solidaria Federal	Aportación Solidaria Estatal	Prospera		
ADCE - Administración Central	x					x
Administración Hospitalaria Central	x					
ADHO - Administración Hospitalaria	x	x	x			
ATHO - Atención Hospitalaria	x	x	x			
Clínica Psiquiátrica	x	x	x		x	
Hospital Central	x	x				
ADIC - Adicciones	x	x			x	
ADJU - Administración Jurisdiccional	x					
Gasto En Unidades Medicas		x		x		
APAV - Arranque Parejo en la Vida	x	x	x	x	x	
AXSA - Auxiliares de Salud	x			x		
CACU - Cáncer Cérvico Uterino	x	x		x	x	
CAMA - Cáncer De Mama	x	x	x	x	x	
ASMA - Asma	x					
CAME - Arbitraje Medico	x					
CAPS - Capacitación	x					
CARA - Caravanas	x	x		x	x	
CETO - Trasplante de Órganos	x					
CETS - Transfusión Sanguínea	x	x	x			
CIAM - Cirugía Ambulatoria	x	x	x			
CIEX - Cirugía Extramuros	x	x				
CLCO - Clínica de Colposcopias	x	x	x			
COEX - Consulta Externa	x	x		x		
COLE - Cólera	x	x	x	x	x	
COMX - Comisión Mixta	x					
COSA - Comunidades Saludables	x				x	
DIAS - Dictamen y Autorización Sanitaria	x					x
DISC - Discapacidad	x	x	x		x	
EDSA - Educación en Salud	x					
EQGE - Equidad y Genero	x	x			x	
EVMR - Evidencia y Manejo de Riesgos	x					x
FOSA - Fomento Sanitario	x					x
LESP - Laboratorio Estatal	x	x			x	x

PROGRAMA	Fuente de Financiamiento Prioritaria para Operar				Convenios Federales y municipales	Cuotas de recuperación
	FASSA	Aportación Solidaria Federal	Aportación Solidaria Estatal	Prospera		
LIVI - Línea de Vida	x	x		x		
MICO - Micobacteriosis	x	x			x	
NVCU - Nueva Cultura	x	x			x	
ADCO.- Administración COEPRIS	x					x
OPSA - Operación Sanitaria	x					x
PATR - Parteras Tradicionales	x	x		x		
PEBP - Beneficencia Pública	x					x
PLFA - Planificación Familiar	x	x	x	x	x	
PRAC - Prevención de Accidentes	x				x	
PRSA - Promoción para la Salud	x				x	
PRSB - Promoción para la Salud Bucal	x	x			x	
PVOB - Prevención contra la Obesidad	x	x		x	x	
SABU - Salud Bucal	x	x		x	x	
SADI - Prevención y Control de la Diabetes Mellitus	x	x		x	x	
SAEN - Prevención y Atención de Enfermedades del Envejecimiento	x	x		x	x	
SAHA - Prevención y Control de Riesgo Cardiovascular	x	x		x	x	
SAIA - Salud de la Infancia y de la Adolescencia	x	x		x	x	
SAME - Salud Mental	x	x		x	x	
SICA - SI Calidad	x				x	
SIDA - Sida	x	x			x	
GRSO - Grupos Sociales	x				x	x
UREP - Urgencias Epidemiológicas	x				x	
VAIA - Salud de la Infancia y de la Adolescencia	x	x		x	x	
VECT - Vectores	x	x			x	
VIEP - Vigilancia Epidemiológica	x				x	
VIIN - Violencia Interfamiliar	x				x	
VSRS - Vete Sano Regresa Sano	x				x	
ZOON - Zoonosis	x	x			x	
ENIN - Enseñanza e Investigación	x					
CULT - Interculturalidad	x					
PB- Paquete Básico	x			x		
SSRA - Salud Sexual y Reproductiva de los Adolescentes	x	x		x	x	

Fuente: Departamento de Planeación y Evaluación, programa operativo anual y reglas de operación de los convenios.

Por otro lado se cuenta con indicadores federales que se basa principalmente en la Matriz de Indicadores para resultados, misma que podemos definir como: la herramienta de planeación, estratégica que establece los objetivos del programa presupuestario y su alineación con aquellos contenidos en los instrumentos de planeación, que correspondan; incorpora los indicadores que miden

los objetivos y resultados esperados, identifica los medios para obtener y verificar la información de los indicadores, describe los bienes y servicios de la sociedad, tales como:

El método de cálculo se muestra a continuación:

**Tabla 59**  
**Indicadores de Impacto en Salud**  
**2017**

Método de Cálculo	Frecuencia de Medición
1. Razón de mortalidad materna de mujeres sin seguridad social. (FIN)	Numero de muertes maternas sin seguridad social/ numero de nacidos vivos de madres sin seguridad social*100000 por entidad de residencia, en un año determinado.
2. Porcentaje de nacidos vivos de madres sin seguridad social atendidas por personal médico. (PROPOSITO)	Numero de nacidos vivos de madres sin seguridad atendidas por personal medico/ numero total de nacidos vivos de madres sin seguridad social*100
3. Médicos Generales y especialistas por cada mil habitantes (población no derechohabiente) (COMPONENTE)	Numero total de médicos generales y especialistas en contacto con el paciente entre la poblacion total por 1000 para un año y area geografica determinada.
4. Porcentaje de estructura programática homologada, con acciones de salud materna, sexual y reproductiva. (COMPONENTE)	Estructura Programatica Homologada con acciones de salud materna, sexual reproductiva programada/ total de estructura homologada con acciones de salud materna sexual y reproductiva)*100
5. Porcentaje del gasto total del FASSA destinado a la prestación de Servicios de salud a la Comunidad. (ACTIVIDAD)	Gasto Ejercido destinado a los bienes y servicios de proteccion social en salud/ el gasto total del FASSA *100
6. Porcentaje del gasto total del FASSA destinado a los bienes y servicios de Protección Social en Salud. (ACTIVIDAD)	Gasto Ejercido en la subfuncion de prestacion de servicios de salud a la comunidad/gasto total del fassa *100

Es importante mencionar que para estos indicadores y su cumplimiento aportan todas las fuentes de financiamiento, dado que con una sola, sería imposible su cumplimiento.

Por otro lado se cuenta con la evaluación de metas de los programas, los cuales regularmente cuentan con variaciones en su cumplimiento, las cuales son derivadas de cambios en su programa de trabajo, dadas por contingencias administrativas y apoyos en otras actividades de igual importancia.