



UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

**INSTITUTO DE CIENCIAS
SOCIALES Y HUMANIDADES**

**ÁREA ACADÉMICA DE CIENCIAS
POLÍTICAS Y ADMINISTRACIÓN PÚBLICA**

**“PERSPECTIVA DE LA POLÍTICA DE SALUD
EN EL ESTADO DE HIDALGO: EL CASO DEL
VALLE DE TULANCINGO”.**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LIC. EN CIENCIAS POLÍTICAS
Y ADMINISTRACIÓN PÚBLICA**

PRESENTA

GEORGINA LORENA FERNÁNDEZ FDEZ.

ASESOR. DR. RAÚL RODARTE GARCÍA

PACHUCA DE SOTO, HGO. 2008

Índice

Introducción.....	3
Objetivo General.....	4
Objetivos Particulares.....	4
Hipótesis.....	5
Capítulo 1. Políticas públicas y Administración.....	6
A. Diferencia entre política pública y gubernamental.....	7
B. Las políticas públicas como resultado de un sistema político.....	8
C. Retroalimentación de un sistema político.....	9
D. Análisis de políticas públicas.....	11
E. Sociedad y políticas públicas.....	15
Capítulo II. Salud.....	18
A. Concepto de salud.....	18
B. Concepto de enfermedad.....	19
C. Salud pública.....	20
D. Funciones esenciales de la salud pública.....	23
E. Administración y salud pública.....	24
F. Evolución de la salud pública en México.....	25
Capítulo III. El derecho a la salud.....	34
A. Antecedentes jurídicos del derecho a la salud.....	34
B. Organización y legislación de la salud en México.....	37
C. Ley general de salud.....	37
D. Reforma a la ley general de salud.....	40
E. Reformas de la salud en México.....	41
Capítulo IV. Descentralización.....	43
A. Antecedentes de la descentralización.....	43
B. Instituciones asignadas a los servicios de salud en la década de 1980...	47
C. Descentralización de salud.....	48
D. Una nueva descentralización.....	52
E. Fundamentos legales de la descentralización.....	54
F. Municipios saludables.....	59

Capítulo V. Población y servicios de salud en Hidalgo.....	61
A. La seguridad social en el Valle de Tulancingo.....	66
B. Población derechohabiente.....	69
C. Población usuaria.....	79
D. Población usuaria del Valle de Tulancingo.....	81
E. Recursos humanos.....	97
F. Personal médico.....	108
G. Personal médico en el Valle de Tulancingo.....	110
H. Unidades médicas.....	123
I. Casas y auxiliares de salud.....	134
J. Recursos materiales.....	140
K. Consultas externas.....	146
L. Enfermedad y Mortalidad.....	159
Conclusiones.....	169
Bibliografía.....	172

INTRODUCCIÓN

En Hidalgo, las Políticas Públicas en materia de salud, forman parte de un desarrollo integral en el Estado. Sin embargo, la realidad sanitaria del Estado nos muestra serias deficiencias cuyos resultados no favorecen a la población, por el contrario, la perjudican.

Resulta imposible otorgar un servicio eficiente y adecuado a las necesidades poblacionales, cuando no se cuenta con la infraestructura y el equipamiento necesarios, así como la escasa variedad de medicamentos, o bien, la falta de ellos para dar un servicio de calidad.

Todos estos signos muestran lo poco funcional que resulta una política cuando no ha sido diseñada conforme a las necesidades de la ciudadanía, a su crecimiento y sobre todo, con una presupuestación apegada a la realidad, además de no estar respaldada por los suficientes recursos económicos.

El Valle de Tulancingo, es el objeto de análisis del presente trabajo, está comprendido por los municipios de Acatlán, Agua Blanca, Cuauhtepac de Hinojosa, Huasca de Ocampo, Metepec, Santiago Tulantepec y Tulancingo de Bravo.

Después de esta discusión nos urge cuestionarnos lo siguiente:

¿Existen los recursos materiales, humanos, económicos y de infraestructura que contribuyan a mejorar la salud en el Estado de Hidalgo y principalmente en el Valle de Tulancingo?

¿El Estado está dispuesto o tiene una política pública clara para mejorar la salud en el Estado de Hidalgo y en el Valle de Tulancingo?

Esta tesis trata de analizar los puntos más importantes que nos ayuden a trazar una política de salud en el Valle de Tulancingo y que nos de la pauta para considerarla en todo el Estado.

OBJETIVO GENERAL

Analizar la complejidad y el impacto social de la Política de Salud en instituciones de salud como el IMSS, ISSSTE, IMSS-OPOR, SSAH, DIF y CRM, dentro del Valle de Tulancingo en el período de 1995-2005.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- a) Analizar las políticas públicas en materia de salud del Valle de Tulancingo, específicamente de municipios como Acatlán, Agua Blanca, Cuauhtepic, Huasca, Metepec, Santiago Tulantepec, Singuilucan y Tulancingo, como resultado de un proceso político y económico.
- b) Analizar todas las áreas médicas de instituciones de salud como IMSS, ISSSTE, SSAH, IMSS-OPOR, DIF y CRM, que forman parte de la relación salud-habitante, para así conocer las ineficiencias que muestran las instituciones públicas de salud que se encuentran dentro del Valle de Tulancingo, específicamente de los municipios de Acatlán, Agua Blanca, Cuauhtepic, Huasca, Metepec, Santiago Tulantepec, Singuilucan y Tulancingo.

HIPÓTESIS

Si la inversión económica en materia de salud es la adecuada y se aplica lo más eficientemente posible y además se cambia la formulación tradicional de las políticas de salud, considerando que no sólo trabaje el sector sanitario, sino también la población en general, entonces, la calidad de vida de los pobladores y su nivel de vida mejoraría, brindando mejores posibilidades de desarrollo.

Pero para ello, es necesario, darle prioridad política a la salud. Esta no sólo le corresponde a los médicos y a los pacientes, también les atañe a los políticos quienes en su momento se convierten en los principales tomadores de decisiones.

La realidad sanitaria del Valle de Tulancingo nos lleva a decir que las Políticas Públicas en materia de salud no son las adecuadas debido a que el gobierno no ha adquirido un compromiso explícito para invertir en materia de salud como parte integral del desarrollo social, así como también, no se han establecido mecanismos claros para la SSAH para rendir cuentas y para coordinar la formulación de las políticas en el sector salud.

CAPÍTULO 1. POLÍTICAS PÚBLICAS Y ADMINISTRACIÓN.

El gobierno es el encargado de brindar las acciones y los apoyos para que se puedan resolver las acciones sociales.

R. Dye Thomas dice que las Políticas Públicas son sencillamente “Aquello que el gobierno escoge hacer o no hacer”¹

Dye cita a los autores Eulau y Prewitt que definen a la política pública como “Una decisión permanente caracterizada por una conducta consistente y la repetición por parte de aquellos que la elaboran como aquellos que se atienen a ellos”²

González Ortiz considera varias definiciones de política pública pero sólo tomaré una y en ella expresa que la política pública “Es la ciencia social aplicada en varios sentidos; primero, en la identificación de la necesidad hacia la cual la política pública es dirigida, segundo, en la investigación y en los resultados de las ciencias gubernamentales y tercero, en la evaluación de los programas públicos”³

Por tanto podemos concluir que las políticas públicas son aquellas normas y programas gubernamentales de las cuales surgen decisiones como resultado de un sistema político.

¹ R. Dye Thomas, “Understanding Public Policy”, Prentice Hall, 1995, en Ruíz Sánchez Carlos, “Manual para la elaboración de Políticas Públicas”, Editorial UIA- Plaza y Valdéz, México, 1996, pp.13.

² Ruíz Sánchez Carlos (1996), pp. 13 Ob. Cit..

³ Ruíz Sánchez Carlos (1996), pp. 14 Ob. Cit.

A. DIFERENCIA ENTRE POLÍTICA PÚBLICA Y POLÍTICA GUBERNAMENTAL.

De acuerdo a Fernando Bazúa y Giovanna Valenti, la expresión política pública tiene dos sentidos. En el primero, se estudian los problemas que se consideran como públicos, así como todos aquellos procesos donde las autoridades jurídicamente públicas toman decisiones, ya sea para indagar la complejidad del problema al que se enfrentan, o bien, para tomar la mejor decisión y acción frente a un problema público o de gobierno.

En el segundo sentido, la política pública designa la o las políticas gubernamentales, estatales o de alguna organización que no es precisamente gubernamental, ya sea en un país y cuando reúnen ciertas características o condiciones.

En este sentido, las políticas públicas son las estrategias de acción, que le son imputables a los gobiernos, o a ciertas organizaciones, en su diario quehacer, frente a una gran diversidad de problemas y situaciones que enfrentan en cada coyuntura, cuando estas estrategias tienen sentido público, sirven al interés público y son el resultado de la agregación de voluntades individuales del público ciudadano.⁴

⁴ Bazúa, Fernando y Valenti, Giovanna, "Política Pública y Desarrollo", en Massé Narváez, Carlos y Sandoval Forero, Eduardo Andrés (Coordinadores), "Políticas Públicas y Desarrollo Municipal", Colegio Mexiquense, México, D. F., pp. 51-52.

B. LAS POLÍTICAS PÚBLICAS COMO RESULTADO DE UN SISTEMA POLÍTICO.

Para poder dar una explicación de lo que son las Políticas Públicas es necesario partir de la idea de que éstas son el producto de un Sistema Político.

Según Gramsci un Sistema Político es “Un conjunto de instituciones y procesos políticos, gubernamentales y no gubernamentales, desempeñados por actores sociales dotados de cierta capacidad de poder”⁵

David Easton define al Sistema Político como “Aquellas interacciones por medio de las cuales se asignan autoritariamente valores en una sociedad”⁶; esto es lo que lo distingue de otros sistemas de su medio.

Según Easton el Sistema Político nace y se desenvuelve en un ambiente determinado. Este se puede dividir en dos partes, el intra y el extrasocial. El primero, abarca todos aquellos aspectos del medio físico; los comportamientos y variaciones en las personalidades de cada uno de los miembros de un sistema político, así como todos los sistemas culturales, económicos y sociales.

“La segunda parte del ambiente, la extrasocial, comprende todos los sistemas que están fuera de la sociedad dada. Son componentes funcionales de una sociedad internacional, suprasistema del que forma parte toda sociedad individual. El sistema cultural internacional es una muestra de

⁵Portantiero: Sociedad Civil, Estado y Sistema Político, 2002, Análisis Sociopolítico”, <http://www.altillo.com/EXAMENES/uces/publicidad/analiscopol/analissocpol2002portan.asp>

⁶ G. Almond et. Al “Diez Textos Básicos de Ciencia Política”, Ariel Ciencias Políticas, 1992, pp. 224.

sistema extrasocial"⁷. Ambos medios forman el ambiente total de un Sistema Político.

Un sistema Político está constituido por un grupo de conductas que permiten enfrentar de modo positivo las influencias que actúan sobre él. Aunque se crean perturbaciones que pueden afectar al Sistema, sus miembros tienen la oportunidad de responder a dichas tensiones mediante el cumplimiento de ciertas decisiones obligatorias que permitan seguir manteniendo algún tipo de sistema. Es posible que las perturbaciones positivas o neutrales provoquen tensión. Estas tensiones son todas aquellas situaciones que ponen a prueba la capacidad de un sistema político para poder sobrevivir, es decir, si los miembros de cualquier sistema enfrentan de manera positiva y adecuada la tensión, el sistema podrá perpetuarse.

C. RETROALIMENTACIÓN DE UN SISTEMA POLÍTICO.

Según Easton, el Sistema Político mediante sus estructuras trabaja sobre lo que se denomina inputs o insumos. Dichos inputs se convierten en outputs o productos que son perceptibles a través de las decisiones y ejecuciones que lleva a cabo determinada autoridad. Los productos vuelven a los sistemas del ambiente de manera directa y esto permite observar un círculo de retroalimentación.

Dentro del Sistema Político, son dos tipos de insumos que podemos considerar, las demandas y los apoyos. Las demandas se originan en la necesidad o deseos que tiene la sociedad y que son manifestadas a las

⁷ G. Almond ob. Ob. Cit, (1992), pp. 225.

autoridades a través de propuestas para que decidan o actúen sobre cualquier bien o servicio. Los segundos, como su nombre lo indica, son apoyos brindados a varios aspectos del sistema político.

Al hablar de los productos nos referimos específicamente a todas aquellas asignaciones autoritarias de valores, decisiones obligatorias, así como todas aquellas acciones que se relacionan con ellas.

Por último, es necesario mencionar al ciclo de la retroalimentación que es la secuencia que se da desde el inicio del producto hasta el momento en que retorna a las autoridades, es decir, el output debe volver a los mandos si se desea que sea eficaz para enfrentar tensiones en caso de no recibir apoyos.

El proceso de retroalimentación proporciona los datos e información que permita conocer las condiciones en las que se encuentra el ambiente de un sistema político, así como los resultados que dieron los productos.⁸

En esta última parte del ciclo donde la información es constante y donde vuelven a emerger las demandas, los apoyos y las respuestas que pueden darse o no, surgen las Políticas Públicas como productos del Sistema Político.

Como bien lo dice Beauregard González Ortiz las Políticas públicas son “Las normas y programas gubernamentales, esto es, las decisiones que surgen como resultado del Sistema Político”⁹

⁸ G. Almond Ob. Cit. (1992), pp. 226-229.

⁹ Ruiz Sánchez Carlos (1996), pp. 14 Ob. Cit.

D. ANÁLISIS DE POLÍTICAS PÚBLICAS.

En las diversas definiciones de políticas públicas que aquí he manejado, es posible identificar algunos elementos que son comunes entre ellas, por ejemplo, puedo mencionar que existe una necesaria acción gubernamental, así como la participación de entidades estatales; existe una clara intervención de la sociedad¹⁰; son perceptibles una serie de problemáticas sociales, así como el proceso para definir objetivos, priorizar y como resultado de ello, dar una respuesta estatal.

Las políticas públicas tienen un principio, no así, un fin. Siempre están en un proceso de retroalimentación en el cual no se consideran las decisiones como algo definitivo, sino que a lo largo del programa se llevan a cabo las transformaciones que sean necesarias para que surja el resultado esperado.

Esta circularidad según Pallares (1988), pretende examinar los factores que incurren en el desarrollo de una política a través de los diferentes momentos de su proceso vital, es decir, desde que se elaboran hasta que se terminan o transforman.

Una vez que he mencionado lo anterior es necesario hablar de las fases de las Políticas Públicas. Autores como Charles Jones (1984) mencionan cinco etapas, Pallares (1988), nos habla de sólo tres y las sintetiza de la siguiente manera:

¹⁰ De acuerdo al Doctor Uriel Vite, en el sector salud la participación social se realiza a través de los foros de salud.

“Formulación de las políticas, Implementación o su proceso de aplicación práctica y la Evaluación de su rendimiento:”¹¹

A) La Formulación de las Políticas a su vez está integrada por cinco pasos que son los siguientes:

1. Formación de la Agenda Pública.
2. La Definición de los Problemas.
3. La Previsión.
4. Establecimiento de Objetivos.
5. Selección de Opciones.

La Formación de la Agenda Pública permite no sólo la identificación de ciertos inconvenientes sociales, sino también la posibilidad de descubrir las oportunidades que admiten la intervención pública y que sugieren la posibilidad para actuar.

Pallares (1988), menciona que la Agenda Pública es “Más el resultado de la movilización de demandas y presiones que de un proceso racional de necesidades, valores y objetivos”¹²

Por un lado y a modo de conclusión puedo decir que la agenda pública es pues, el resultado de demandas y presiones por lo que cada actor tendrá sus propios intereses y sus prioridades, y por otro lado, se dará una interacción entre todos los actores que están implicados dentro de este proceso.

¹¹ Pallares Porta Francés, “Las Políticas Públicas: El Sistema Político en Acción”, Revista de Estudios Políticos No. 62, 1988, pp. 141-162.

¹² Pallares Porta Francés, pp. 150, Ob. Cit.

El siguiente paso es reconocer un problema social, es importante tratarlo profundamente, por lo tanto, es necesario conocer la forma en que se conforma, sus causas y los probables efectos que pueden resultar de ellos.

Al definir un problema social los actores que crean las Políticas Públicas, van a tener las opciones necesarias, conocimiento e información que de una respuesta apropiada a la población.

La primera información surge con los actores y establece las perspectivas, los enfoques y los objetivos a nivel institucional y poblacional, además de que permite la sustitución de una decisión por otra que pudiera resultar equivocada, la nueva opción puede dar un mejor resultado.

En cuanto a la previsión podemos decir que se va a encargarse de medir el impacto que una Política Pública puede causar en el lugar en el que se va a aplicar, los resultados y todas las alternativas posibles, lo anterior dará certidumbre y más posibilidades de éxito.

Un tema básico para la creación de las Políticas Públicas, es el establecimiento de objetivos que dependerán en una mayor medida de todos aquellos factores que los rodean. Existen diversos caminos para poder conseguir objetivos y así dar resolución a un problema público; es por eso que debe establecerse todas las consecuencias positivas y negativas, apoyos e información que se obtendrán con los mismos. Una vez que se ha realizado este análisis se trata de seleccionar la opción que resulte más concreta y adecuada para así poder implementarla.

B) Implementación o Proceso de Aplicación Práctica:

Donald Van Meter y Carl Van Horn (1993), definen a la implementación de las políticas como “aquellas acciones efectuadas por individuos (o grupos) públicos y privados, con miras a la realización de objetivos previamente decididos. A estas acciones pertenecen tanto los esfuerzos momentáneos por traducir las decisiones en propuestas operativas, como los esfuerzos prolongados para realizar los cambios grandes y pequeños, ordenados por las decisiones políticas.”¹³

A partir de esta definición se pueden identificar tres componentes que son necesarios para la implementación de las Políticas Públicas.

La primer parte hace hincapié en que los objetivos y fines que deben plantearse los decidores políticos, por un lado, sean establecidos por autoridades políticas y por otro lado, sean establecidos por la sociedad, lo que legitimará la actuación de los gobiernos.

De la segunda parte es importante mencionar que los objetivos deben estar fundamentados dentro de un marco legal permisible lo que va a permitir la implementación de la Política Pública.

Y por último, los recursos que van a permitir que los objetivos se lleven a cabo sin ningún inconveniente.

c) Evaluación de su Rendimiento:

¹³ Van Meter Donald y Van Horne Carl, “El Proceso de Implementación de las Políticas. Un Marco Conceptual” en Hernández E. Virgilio, “Dimensiones Teóricas sobre las Políticas Públicas”, 1993.

<http://www.puceedu.ec/Postgrados/MscPoliticasyBiblioteca/papel1.htm> 11/Mayo/06.

Según Pallares (1988), la evaluación debe llevarse a cabo en “Referencia a los objetivos establecidos, pero sobre la base fundamental de los resultados alcanzados, tanto en los aspectos previstos como en los no previstos. Consiste la evaluación, en el proceso necesario para medir el grado en el que están alcanzando las finalidades deseadas y sugerir los cambios que puedan situar las realizaciones de la política más en la línea de espera”.¹⁴

Realizar una evaluación depende específicamente de los efectos que se esperan y de un buen diseño de ellos, de tal forma que puedan existir uno o más métodos de evaluación, sin lo anterior, es difícil determinar si el programa está funcionando tal como se esperaba. La evaluación permite observar si la Política Pública debe ser aumentada, reducida o terminada.

E. SOCIEDAD Y POLÍTICAS PÚBLICAS.

Una Política Pública adquiere una mayor importancia si ésta se enfoca adecuadamente a la sociedad. Aunque es posible que sea la misma ciudadanía quien la modifique y la considere deficiente. Es por eso que los decisores políticos invitan a la población para que participe y se integre en los proyectos que le favorecen o afectan directamente.

De acuerdo a Campero Núñez del Prado, existen las siguientes etapas en el comportamiento ciudadano:

1) Información: En esta etapa se aclaran todas las posibles dudas que se pudieran tener, se explican fines, resultados y se atienden los incidentes que pudieran surgir de ciertas diferencias entre autoridades y población.

¹⁴ Pallarés Porta, Francés, 1988, pp. 160, Ob. Cit.

Es muy probable que en esta etapa a la ciudadanía se le considere indiferente y temerosa de todo aquello que pueda suceder debido en parte al apoyo que va a ofrecer, así que el gobierno tendrá la labor de promover la información necesaria con el fin de que la sociedad esté bien comunicada y esto permita una mejor integración.¹⁵

2) Consulta: En este proceso el actor político que toma las decisiones pone a consideración de la sociedad una Política Pública determinada. Una vez que se le ha dado a la ciudadanía la información necesaria, se le otorga poder con el único objetivo que decida si es conveniente esa política o no lo es, de esta manera se actúa con rapidez y más eficacia.

3) Control Ciudadano: La población actuará como un vigilante, así gobierno cumplirá con las metas establecidas y las políticas públicas se llevarán a cabo adecuadamente.

4) Co-Gestión: Hay una participación compartida en la toma de decisiones por parte de gobierno y la población; la sociedad está integrada, su actuación es activa, puede llevar a cabo observaciones y también es posible que rechace una serie de propuestas que considera inconvenientes o poco prioritarias.

5) Autogestión: En este proceso la población realiza sus proyectos, los administra y los lleva a cabo.

¹⁵ Tamayo Sáez, Manuel, "El análisis de las políticas públicas", Universidad Complutense de Madrid-Instituto Universitario Ortega y Gasset, Madrid, pp. 281-311.

Como ya lo dije anteriormente es posible generar el bienestar en la sociedad y esto se logra a través de la interacción de la población y el gobierno, así como por las políticas públicas que surgen como resultado de lo anterior.

Las políticas públicas pueden desarrollar o impedir ese bienestar social, es decir, una política de salud puede llegar a mejorar o afectar a comunidades enteras, así como también permitir el avance o el retroceso de una mejor calidad de vida de dicha población.

Las políticas públicas presentan una serie de ventajas y desventajas que es preciso mencionar, por ejemplo, podemos decir que éstas tienen el fin de resolver problemas que son concretos, así como la integración de los actores que participan en ellas de manera adecuada.¹⁶

La desventaja radica en que no todas las políticas públicas son siempre públicas y tampoco llegan a satisfacer las demandas sociales.¹⁷

Cuando surgen políticas públicas que son resultado de las decisiones únicamente de gobierno, entonces, no representan los intereses y necesidades de los diferentes sectores de la población. Lo que sucede es que uno de los actores que participa tiene mayor poder sobre los demás, así que se encarga de proteger sus intereses y provoca un fracaso en la implementación de la política.

¹⁶ Campero Núñez del Prado José Carlos, "Participación, Políticas Públicas y Democracia" <http://www.clad.org.ve/fulltext/0038105.html> 16/Mayo/06.

¹⁷ Ziccardi Alicia, "Los Actores de la Participación Ciudadana", Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM. <http://www.iglom.iteso.mx/PDF/aziccardi.PDF>

CAPÍTULO II. SALUD.

A. CONCEPTO DE SALUD.

Los conceptos de salud sirven para orientar las acciones sanitarias no sólo a nivel individual, sino también a nivel colectivo.

La realidad social nos ha llevado a relacionar el concepto de salud con el de enfermedad y ambos se perciben de manera más tangible a través del individuo.

Considerando el aspecto biológico, la salud significa equilibrio y armonía entre las diversas funciones orgánicas, adaptación al medio y resistencia a factores de cambio.

La Organización Mundial de la Salud definió a la Salud como “El estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad”.¹⁸

En 1956, René Dubos expresó que la salud “Es un estado físico y mental razonablemente libre de incomodidad y dolor, que permite por el más largo tiempo posible en el ambiente donde por elección está ubicado”.

Alessandro Seppilli en 1971 define a la salud como “Una condición de equilibrio funcional, tanto mental como físico, conducente a una integración dinámica del individuo en su ambiente natural y social”.¹⁹

¹⁸ Vargas Domínguez Armando, “Educación para la Salud”, editorial McGraw-Hill: Interamericana, 1993, México, pp. 23-24.

¹⁹ Lopategui Edgar, saludmed@abac.com 31/Jul/06.

Estas definiciones coinciden en señalar que la salud es un estado de equilibrio, libre de disfunciones lo que permite que el individuo se desenvuelva plenamente en la esfera orgánica y social.

B. CONCEPTO DE ENFERMEDAD.

En su aspecto histórico los estudios de la enfermedad señalan tres etapas bien definidas:

1. Etapa religiosa, las deidades podían ser tangibles y se asociaban con la vida diaria, o bien, espíritus invisibles que enfermaban al individuo. Hay una separación del bien y el mal. Las plagas y las epidemias que sufrían nuestros antepasados se atribuían especialmente a espíritus malignos. Cuando la forma de razonar de esas tribus evolucionó, la enfermedad se le achacó a un espíritu bueno; se concebía a la enfermedad como un castigo por parte de la deidad ofendida.
2. Etapa de las fuerzas físicas, consistió principalmente en que las fuerzas de la naturaleza contribuían a la aparición y a la propagación de las enfermedades. Estas últimas se asociaron con fenómenos físicos, atmosféricos o de cualquier otro tipo, estableciéndose la relación entre las enfermedades infecciosas y el medio ambiente.
3. Etapa bacteriológica, se inicia con Pasteur; en un principio se vio atacado por los dirigentes de la salud, quienes negaban la contagiosidad. Pasteur realizó trabajos con el ántrax y la rabia y adoptó el término de vacuna derivado de "vaccinia", relacionado con

las vacas que los granjeros ordeñaban y también en memoria de Eduardo Jenner.

Al igual que la salud, la enfermedad se puede apreciar desde diversos puntos de vista como el biológico, social y clínico.

De acuerdo con el Diccionario Larousse la enfermedad es “La alteración del estado de la salud normal de un individuo”.

C. SALUD PÚBLICA.

El concepto actual de salud, rebasa lo personal, lo individual y lo aislado. La salud pública siempre ha cobrado gran importancia; es por eso necesario conocer y comprender los alcances de esta disciplina, resaltando muy especialmente la responsabilidad de los actores políticos, la sociedad y los médicos para resolver los problemas de salud colectiva.

Según C. E. Winslow, la Salud Pública “Es el arte y la ciencia de prevenir enfermedades, prolongar la vida , y fomentar la salud y la eficiencia, mediante el esfuerzo organizado de la comunidad para el saneamiento del medio, el control de los padecimientos transmisibles, la educación de los individuos en higiene personal, la organización de los servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico temprano y el tratamiento preventivo de las enfermedades, y el desarrollo de un mecanismo social que asegure a cada uno un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud, organizando

estos beneficios de tal modo que cada ciudadano se encuentre en condiciones de gozar de su derecho natural a la salud”.²⁰

J. H. Hanlon, formula la siguiente definición: “La Salud Pública se dedica al más alto nivel físico, mental y social de bienestar y longevidad, compatible con los conocimientos y recursos disponibles en un tiempo y lugar determinados. Busca este propósito como una contribución al efectivo y total desarrollo y vida del individuo y de su sociedad”.

La Asociación Médica Estadounidense define a la Salud Pública como “El arte y la ciencia de mantener, proteger y mejorar la salud de la población, mediante esfuerzos organizados de la comunidad. Incluye aquellas medidas por medio de las cuales la comunidad provee servicios médicos para grupos especiales de personas. Se relaciona con la prevención y control de las enfermedades, con quienes requieren hospitalización para la protección de la comunidad y con los médicamente indigentes”.²¹

La salud no vale por sí misma si no permite el bienestar, la eficiencia y la capacidad de desarrollar acciones que sean útiles para el individuo y la población. Dichas acciones van a lograrse mediante la organización de la comunidad.

Sucede frecuentemente que cuando se habla de comunidad, llega a nuestra mente un grupo vulnerable que no sólo tiene una escasa cultura general,

²⁰ Wislow C. E, “The Evolution And Significance Of The Modern Public Health Campaign” en Álvarez Alva Rafael, “Salud Pública y Medicina Preventiva”, editorial El Manual Moderno, Segunda Edición, 1998, México, pp. 31-32.

²¹ Álvarez Alva Rafael, pp. 140, Ob. Cit.

sino también un ineficiente conocimiento médico. Pero sucede que lo anterior no es así, a la comunidad la formamos todos, es decir, autoridades, pacientes, personal que atiende las instituciones públicas y los médicos. Con la interrelación adecuada de todos los anteriores actores, se pueden obtener resultados positivos para la salud.

Son cuatro las principales actividades de la Salud Pública:

1. Protección a la salud, sus actividades van dirigidas específicamente al control sanitario del medio ambiente, control de la contaminación en el suelo, aire y alimentos, y además se incluye la seguridad en el trabajo y el transporte.
2. Promoción de la Salud, las actividades que se llevan a cabo tienen como objetivo fomentar la salud en los individuos y las colectividades, promoviendo estilos de vida más saludables, mediante una educación sanitaria a través de los medios de comunicación y las escuelas.
3. Prevención de enfermedades, se refiere básicamente a la atención primaria que abarca las vacunas y a la atención secundaria cuyo objetivo es la detección de enfermedades.
4. Restauración de la Salud, son aquellas acciones que se llevan a cabo para recuperar la salud en caso de pérdida, lo anterior es responsabilidad de los servicios que otorga la asistencia sanitaria en dos niveles, la atención primaria y hospitalaria.

Existen algunas actividades que organiza la población y que influyen directamente en la salud y son: La educación, que es la enseñanza básica y

gratuita para la población; La Política Económica que se encarga de la producción de alimentos, de bienes y servicios, así como la generación de empleos; La Política de Vivienda, desarrollo urbano y obras públicas; Justicia Social en cuanto a seguridad social y acciones de bienestar y recreativos.²²

D. FUNCIONES ESENCIALES DE LA SALUD PÚBLICA.

Las funciones esenciales de salud pública, son procesos y actividades del sector salud, constituyen las condiciones básicas para el desarrollo integral de la salud, así como el logro del bienestar, orientando la organización y el comportamiento de los actores que participan. Las funciones esenciales deben ser identificadas por un lado, como funciones que son el resultado de las políticas públicas y por otro lado, como una práctica social saludable.

Son once funciones que las autoridades sanitarias consideran como esenciales y son las siguientes.

Se identificaron once funciones que las Autoridades Sanitarias consideran como las principales y son las siguientes:

1. Monitoreo y análisis de la situación de la salud de la población.
2. Vigilancia de la Salud Pública, investigación y control de riesgos y daños en Salud Pública.
3. Promoción de la Salud.
4. Participación social y refuerzo del poder de los ciudadanos en Salud.

²² Salud Pública, http://es.wikipedia.org/wiki/Salud_p%C3%BAblica 17/Mayo/06.

5. Desarrollo de políticas y planes que apoyen los esfuerzos individuales y colectivos en Salud Pública y contribuyan a la rectoría sanitaria nacional.²³
6. Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en materia de Salud Pública.
7. Evaluación y promoción del acceso equitativo de la población a los servicios de salud necesarios.
8. Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública.
9. Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos.
10. Investigación, desarrollo e implementación de soluciones innovadoras en Salud Pública.
11. Reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud, esta incluye la prevención, mitigación, preparación, respuesta y rehabilitación ante desastres.²⁴

E. ADMINISTRACIÓN Y SALUD PÚBLICA.

La función que realiza el administrador público no es cosa sencilla; es necesario que conozca no solo los problemas de salud que afectan a la comunidad en la que se desempeña, sino también los medios que le

²³Mazarrosa Alvear L., Germán Bes C., Sánchez Moreno A., "Salud Pública y Enfermería Comunitaria", Madrid, Segunda Impresión, McGraw-Hill Interamericana, 2000, pp. 72-74.

²⁴Loo Palomino Luz, "Dirección General De Salud de las Personas", Boletín informativo No. 30, 2005, pp. 02.

ayudarán a atacarlos. Es conveniente que sepa los principios básicos de la ciencia administrativa y que actúe con inteligencia, comprensión y sensibilidad para organizar, coordinar y evaluar las funciones y acciones de todo el personal que colabora con él, esto con el objetivo de alcanzar los más y mejores resultados en cuanto a salud y bienestar de la población.

La administración es una guía, dirección y control de todo el esfuerzo que realiza un grupo humano, para alcanzar un objetivo. Para la Salud Pública su fin primordial es la promoción de la salud, así como la disminución de la morbilidad en la población. El administrador en la salud, en cualquiera de los niveles en que se desarrolle, debe conocer y aplicar los principios administrativos para el logro de sus planes y programas.

F. EVOLUCIÓN DE LA SALUD PÚBLICA EN MÉXICO.

A partir de una serie de autores, que cito a continuación, es que realizo en los párrafos siguientes, un breve resumen de la evolución de la salud pública en México, empezando por la medicina precolombina, hasta llegar al año de 1983, que es cuando se considera como una garantía social, el derecho a la protección de la salud.

1. MEDICINA PRECOLOMBINA. En México, la medicina primitiva se consideró empírica y también mágica. Entre los Aztecas el conocimiento de la medicina se heredó de padres a hijos a través de la tradición oral a la que tiempo después se le llegó a considerar como un oficio; además, esta cultura se ocupó de las causas y la esencia de la enfermedad por lo que fue

necesario conocer profundamente el uso de las plantas, los animales y la fisioterapia.²⁵

Los Aztecas consideraban a la enfermedad como un fenómeno antiguo que era padecible hasta por los mismos dioses y se manifestaba por medio de males que se traducían en contagios, epidemias y problemas sexuales.

Los médicos indígenas eran personas higiénicas cuya observación minuciosa de lo que sucedía a su alrededor los llevó a concluir que el clima influía de forma severa sobre los pobladores y les desencadenaba males como el catarro y las reumas; de este mismo modo descubrieron que las bebidas embriagantes eran nocivas para los individuos.

Lograron distinguir la sintomatología de algunas enfermedades propias del aparato digestivo tales como la sialorrea, los vómitos que presentaban una serie de variantes como la flema, el moco y la sangre, y la disentería.

Les fue posible distinguir el dolor precordial, las modificaciones que sufría el pulso, la hemoptisis, la ozena, el catarro, la neumonía, el bronquitis, la tuberculosis, el labio leporino y enfermedades de los pies como las úlceras, la sarna y la tiña.

En cuanto a enfermedades nerviosas diagnosticaron la locura furiosa y la apacible, así como la hemiplejía, la paraplejía, el temblor y la epilepsia.²⁶

²⁵ Pérez Tamayo, Ruy, "De la magia primitiva a la medicina moderna", Fondo de Cultura Económica, México, 1997.

²⁶ Ocaranza, Fernando, "Historia de la Medicina en México", CONACULTA, México D. F., 1995.

El médico internista curaba con medicinas que eran ingeridas o aplicadas sobre los tegumentos o a través de medios físicos. Había cirujanos y médicos que se dedicaban específicamente a componer huesos debido a esguinces, luxaciones y fracturas. También había médicos que se dedicaban al cuidado de los ojos y de los dientes, así como médicos que interpretaban los sueños y los que devolvían las almas a los cuerpos.

En el área de obstetricia la partera vigilaba periódicamente el embarazo, así como el acomodo adecuado del producto mediante acciones externas e internas en el momento del parto, además era lo bastante hábil como para llevar a cabo una embriotomía en caso de que el producto falleciera.

El cuidado del embarazo tenía matices mágicos, pues ciertas fórmulas, normas higiénicas y dietéticas personales y de la casa, permitían ahuyentar los malos espíritus.

El trabajo pesado era prohibido y se hacía una especial mención a la higiene sexual por lo que antes y después del embarazo se utilizaba el temascal.

En algunos palacios se construía una casa especial para dar asilo a los enfermos incurables y anexos al templo mayor se crearon hospicios para recoger albinos y leprosos. El Estado también edificó un hospital que daba servicio a militares y civiles.

Se hace mención de que las condiciones higiénicas de los aztecas favorecían la práctica del baño en sus dos formas, es decir, por ritual o por hábito, además sus calles permanecían limpias gracias a que las barrían y en caso de que se acumulara demasiada basura, ésta era incinerada.

Los aztecas utilizaban ampliamente la valeriana, el ricino, la zarzaparrilla, el árnica que en nuestros días son de uso popular. Cuando algún poblador se enfermaba de infecciones en la piel los médicos precortesianos le aplicaban emplastos de tortilla de maíz y en caso de padecer enfermedades del corazón la magnolia americana cobraba gran efectividad.

Los indígenas tenían remedios para la caspa, las úlceras, los abscesos y tumores. Para la diarrea era utilizado el hueso del aguacate que era pulverizado y a la vez mezclado con agua de plátano o bien, con la corteza de guayabo. Para evitar la parasitosis era utilizado el epazote, así como la papaya.

Para las cirugías eran utilizadas navajas de obsidiana y el hule para llevar a cabo las curaciones y la protección de superficies quemadas, así mismo, el toloache era usado como anestésico y el peyote y los hongos alucinógenos cumplían la función de narcotizar a los pacientes.

Las fracturas después de ser reducidas se inmovilizaban con tejamanil y cojinetes de algodón. En las heridas aplicaban polvo de obsidiana para que se llevara a cabo la cicatrización e hicieron circuncisiones mediante rituales, amputaciones, extirpación de cataratas y carnosidades. Se colocaban fomentos en las partes donde pudieran existir infecciones y se saturaba con cabellos e ixtle.

La sífilis transmitida a los indígenas por los conquistadores españoles se curaba a través de baños de vapor, así como con sales de mercurio.

Cuando Hernán Cortés llega en 1524, funda el Hospital de la Pura y Limpia Concepción de Nuestra Señora y posteriormente se le llega a conocer como el Hospital de Jesús convirtiéndose en un centro de mucha importancia debido a las labores médicas que ahí se realizaban.

2. EL PROTOMEDICATO. Era el cuerpo formado por disposición de los conquistadores. Sus integrantes fueron los primeros médicos a quienes se les autorizó su ejercicio y también los más antiguos, sabios y competentes; por lo tanto, eran la máxima autoridad en materia de medicina y salud.

3. ÉPOCA VIRREINAL. Para el 5 de agosto de 1777, se gira un decreto, mediante el cual los médicos extranjeros debían presentarse ante el protomedicato a fin de ejercer la medicina en el país.

En el año de 1780, se presenta un brote de viruela muy grave. El Doctor Bartolache, cuyo origen era guanajuatense, publicó un libro sobre la curación de esta enfermedad. En 1785, salió la Gaceta de México con las primeras estadísticas hospitalarias.

El 3 de abril de 1804, llega una expedición científica que es dirigida por el Doctor Francisco Javier Balmis, quien por mandato de Carlos V, organizó la introducción de la vacuna antivariolosa en México y Filipinas. La difusión de la linfa antivariolosa en México es citada como un hito en la historia de la Salud Pública.

4. SIGLO XIX. Al iniciar este siglo, Montaña realizó una revisión exhaustiva de la enseñanza de la medicina; tomó como base la orientación del modelo francés.²⁷

En el año de 1883, publicó en español la revista llamada Higia. En el mismo año, el Dr. José Ma. Luis Mora, liberal connotado, consejero del Dr. Valentín Gómez Farías, a la sazón vicepresidente de la república, concibió la orientación del derecho a la salud. No incluía aspectos de tipo social.

En enero de 1841, se cita la creación del Consejo Superior de Salubridad del Departamento de México. Esta asociación vino a tomar el lugar de una facultad médica que se creó a raíz de la extinción del promedicato colonial, en 1831.

La novedad en los objetivos y atribuciones del Consejo Superior de Salubridad tuvo su ingerencia en asuntos de higiene pública y se ocupó de la certificación de títulos y de la autorización para el ejercicio de su profesión de médicos, cirujanos y dentistas, así como la supervisión de la venta de medicinas y el funcionamiento de boticas.

Desde aquellos años la Secretaría de Salud se perfiló como el organismo rector en esta materia en el país; más adelante dio pie a que se dictaran medidas de tipo legal con el primer código sanitario que se creó en 1891.

Es en el año de 1934 durante el período Cardenista, que se dan las bases para dar surgimiento al sistema de salud que impera en la actualidad.

²⁷E. Sigerist, Henry, "Hitos en la historia de la Salud Pública en México", Siglo XXI, México, 1998.

Durante este tiempo se establecieron organismos como la Secretaría de la Asistencia Pública, así como una serie de servicios médicos rurales que eran cooperativos, también se formaron los primeros proyectos para darle vida a la Ley de Seguridad Social y por último se aprobó un presupuesto mayor para darle mayor énfasis a la Salubridad Pública.

Durante 1943 y 1946 con el Presidente Manuel Ávila Camacho se fundan varias instituciones, entre ellas, el Hospital Infantil de México, el Instituto Nacional de Cardiología, así como el Hospital de las Enfermedades de Nutrición que tuvieron autonomía, apoyo legal y también financiero. De igual manera se crearon Centros de Investigación en materia de Salud. A pesar de lo anterior, los organismos más importantes durante el período del Presidente Ávila Camacho fueron la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), ambos serían dos modelos de atención a la salud, por un lado, la SSA estaría determinada para atender a la población y el IMSS se encargaría de brindar atención a los trabajadores formales. Con ambas formas de atención el Estado se encargó de brindar los servicios básicos a la mayoría de la población, aunque paralelamente se formaron grupos organizados a los que se les brindó servicios médicos con la única idea de tener apoyo político.

Ya para fines de 1950 y principios de 1960 surgen campañas para atacar la viruela y la fiebre amarilla. Se construyeron a través de la Secretaría de

Salubridad y Asistencia 17 Centros de Salud Urbanos y 339 rurales.²⁸ Además se transformó la Dirección de Pensiones Civiles y Retiros en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores (ISSSTE), así se les pudo otorgar mayor atención a los trabajadores estatales.

5. 1959-1964. En el período del Presidente Ruíz Cortinez se tuvo interés por los niños que eran víctimas del abandono y la desnutrición, por lo tanto, se creó lo que se denominaron Jornadas en Pro de la niñez, así como el Congreso Nacional de Protección a la Infancia.²⁹

Durante este tiempo se continuó con la idea de mejorar las condiciones de vida de todos los habitantes.

Los nuevos edificios de la Secretaría incorporan a su organización áreas hospitalarias y centros de salud.

Prosperan los programas para la eliminación de malaria, tifo, mal del pinto y poliomielitis. También se instauran los centros de salud tipo "A", oficinas aplicativas de mayor categoría para la prevención y dominio de la enfermedad; los tipo "B" con sanatorios en poblaciones de mayor densidad demográfica, en el medio rural se construyen los de clase "C".

En 1956, se realizó una campaña nacional contra la poliomielitis, diarrea, tos ferina, difteria, tétanos, tuberculosis, fiebre reumática, mal del pinto, oncocercosis, lepra y otras enfermedades de la piel, bocio y accidentes.

También, se creó un servicio nacional, antimosquitos *Aedes aegypti*.

²⁸ Méndez, Francisco, "Atención de la Salud en áreas rurales", Porrúa, México, D. F., 1975.

²⁹ Zorrilla Arena Santiago, "50 Años de Política Social en México", Talleres Gráficos de México, México, 1988, pp. 105.

En 1959, comienza el servicio del Instituto de Seguridad y Servicio Social para los Trabajadores del Estado (ISSSTE); su objetivo es brindar atención médica y préstamos a los empleados de las dependencias federales y organismos paraestatales. En el renglón de la seguridad social, se crea el IMSS.

6. 1965-1970. La filosofía de la salud pública será promoción de la salud, prevención de las enfermedades, curación y rehabilitación de las mismas.

Por decreto presidencial, el 6 de agosto de 1965 se funda la comisión mixta, coordinadora de actividades en salud pública, asistencia y seguridad social, para el mejor aprovechamiento de los recursos.

Durante la Presidencia de Gustavo Díaz Ordaz no se otorgó un lugar central a las políticas de salud, simplemente se siguieron los mismos lineamientos que en sexenios anteriores, además de que se redujo el presupuesto federal destinado a este sector.

7. 1971-1983. En el Diario Oficial de la Nación se emiten disposiciones sanitarias; por ejemplo, el requisito del certificado prenupcial.³⁰

El IMSS amplía la cobertura e instituye el programa de Solidaridad Social; por otra parte, la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) amplía la red hospitalaria.

Para el año de 1973, se estableció el programa de planeación familiar con base en la Ley General de Población. Se dio a conocer el Plan Nacional de

³⁰ Secretaría de Salud, "Historia de la Salud: Reseña Histórica, 1982-1988", Secretaría de Salud, México, 1998.

Salud, documento que asienta que la salud individual es indispensable para el logro de la salud colectiva.³¹

Para 1975, es efectuado el primer ciclo de vacunación simultánea en todas las localidades de más de 500 habitantes. En 1979, dando cumplimiento al decreto del Diario Oficial de la Federación, se instituye la Cartilla Nacional de Vacunación. En 1980, se incrementaron los programas de salud rural y de vacunación contra la tuberculosis. En 1983, se elevó a categoría constitucional el derecho a la protección de la salud para todos, vinculándolo con las garantías sociales.³²

CAPÍTULO III. EL DERECHO A LA SALUD.

A. ANTECEDENTES JURÍDICOS DE EL DERECHO A LA SALUD. Por la necesidad que se tenía de desarrollar acciones en materia de salud en todo el país, en el año de 1908 el Ejecutivo Federal envía una iniciativa de ley en la que se realiza una reforma a la fracción XXI del artículo 72 de la Carta Magna. En esta iniciativa se le dan facultades al Congreso de la Unión para dictar leyes en materia de salubridad, esta ley se aprueba y se publica el 12 de Noviembre de 1908.³³

En 1917 la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos constituye el primer cuerpo de la doctrina jurídica que menciona los derechos

³¹ Ley General de Salud
[http:// www.cameintram.org.mx/disc.htm](http://www.cameintram.org.mx/disc.htm)

³² López Luna María Concepción, "Salud Pública", Nueva Editorial Interamericana, México, 1993, pp. 1-4.

³³ Delma, "Legislación Sanitaria", México, 2000.

colectivos. En el artículo 73, fracción XVI, se le otorga al Congreso de la Unión la facultad de legislar en materia de salubridad general; tuvo cuatro bases y en ellas destaca el surgimiento del Consejo de Salubridad General, así como algunas medidas que prevengan el alcoholismo.

De 1926 hasta el 13 de Marzo de 1973 se expiden ocho Códigos Sanitarios y una gran cantidad de disposiciones jurídicas.

Mediante un acuerdo presidencial, el 24 de Agosto de 1981, se funda la Coordinación de los Servicios de Salud de la Presidencia de la República, su tarea consistió en determinar todas aquellas normatividades, cuestiones técnicas, financieras y administrativas, con el fin de cubrir a toda la población con los servicios públicos de salud, estos servicios se integraron a un Sistema Nacional de Salud.

En Octubre de 1982, Miguel de la Madrid, ordena comparar propuestas entre la Coordinación de los Servicios de Salud y la Población, lo anterior dio como resultado un decreto presidencial que consolidó al Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia al que se le otorgaban las facultades necesarias para operar la asistencia social.

Dos meses después, se modifican los artículos 37 y 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, su objetivo era darle mayor coherencia a todas las acciones de las dependencias del Ejecutivo Federal, saliendo del ámbito de la secretaría de Salubridad y Asistencia, la Subsecretaría de Mejoramiento del Ambiente que desde ese momento formó parte de la Secretaría de Desarrollo Urbano y Ecología.

En esta reforma se establecen claramente los lineamientos que la Secretaría de Salubridad y Asistencia debe llevar a cabo, es decir, le corresponde la coordinación, programación y presupuestación de los servicios de salud de todas las instituciones del gobierno federal.

Por otro lado, por decreto del ejecutivo en Diciembre de 1982 se reforma el Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos, así como la Ley del IMSS y el ISSTE.

Lo más importante que se llevó a cabo en cuestión de salud fue la propuesta del Ejecutivo para adicionar el artículo 4 en su párrafo III de la Ley Suprema, con el objetivo de poner a consideración una garantía social que diera protección sanitaria a todos los mexicanos.³⁴

Esta reforma se publicó en el año de 1983 en el Diario de la Federación y se estipuló que “Toda persona tenía derecho a la protección de la salud”.

La Ley definió perfectamente los lineamientos que se seguirían para lograr el acceso a los servicios de salud, conforme a la fracción XVI del artículo 73.³⁵

Estos lineamientos tuvieron tres tesis básicas, el primero, se refiere a que serán atendidos los mexicanos sin distinción alguna; la segunda, menciona que la Ley General de Salud establecerá las bases para acceder a la red de

³⁴ López Acuña, Miguel, “La salud desigual en México”, Siglo XXI, México, D. F., 1989.

³⁵ Ley General de Salud
<http://www.cameintram.org.mx>

salud; por último, la salubridad general sería aplicada por la federación y los estados en función de una descentralización y el pacto federal.³⁶

B. ORGANIZACIÓN Y LEGISLACIÓN DE LA SALUD EN MÉXICO.

En México el lugar que se le asigna a la salud dentro del marco de las necesidades, es del primer orden, garantizándose así la relación entre salud y desarrollo.

En el campo de atención a la salud, las prioridades se definen según criterios éticos, políticos y técnicos. La mayor parte de los recursos que se invierten, sirven para alcanzar una mayor cobertura en atención preventiva.³⁷

C. LEY GENERAL DE SALUD.

En Diciembre de 1984, el Congreso de la Unión aprobó la Ley General de Salud, publicada el 1° de Julio de ese año. Este documento constituye un instrumento jurídico, que sirve como marco de referencia legal a todas las decisiones que se llevan a cabo en relación con la salud.³⁸

Sus reglamentos se pueden sintetizar en los siguientes:

1. Sanidad internacional.
2. Disposición de órganos, tejidos y cadáveres humanos.
3. Atención médica.
4. Control sanitario de la publicidad.
5. Investigación en salud.

³⁶ González de la Vega René, "El Nuevo Marco Jurídico de la Salud. Un Nuevo Enfoque de la Modernización, Revista de Administración Pública No. 69, México, 1987, pp. 61-64.

³⁷ Fundación Mexicana para la Salud, "Economía y salud: propuestas para el avance del sistema de salud en México", Fundación Mexicana para la Salud, México, D. F., 1995

³⁸ Instituto Nacional de Salud Pública, "Planes de estudio, 1993", INSP, México, D. F., 1993.

6. Control sanitario de actividades, locales, establecimientos, productos y servicios.³⁹

La Ley General de Salud le otorga poder a la Secretaría de Salud para que dicte las normas técnicas, en materia de salubridad general a que quedan sujetas las prestaciones de servicios en todo el país, así como la verificación de su cumplimiento.

El Estado ha establecido diversos programas para la conformación del Sistema Nacional de Salud. Este pretende armonizar los programas del gobierno federal con los estatales, apoyado por los sectores social y privado con el fin de dar cumplimiento al derecho a la salud.⁴⁰

Los propósitos del Sistema Nacional de Salud son:

- a) Ampliación de la cobertura de los servicios de salud a toda la población, dando prioridad a las zonas rurales y urbanas más desprotegidos.
- b) Aumento en la calidad de los servicios que se prestan.

De acuerdo con la legislación vigente, la Secretaría de Salud promueve la participación a través de convenios y contratos con los prestadores de servicios de salud en los sectores públicos, sociales y privados, así como con los trabajadores de la salud y los usuarios de esos servicios.

Las estrategias de consolidación se dividen en cinco:

³⁹ Organización Mundial de la Salud, "Promoción de la Salud: Una antología", OMS, 1996.

⁴⁰ Bustamante, Miguel Ángel, "La salud pública en México, 1979-1989", Secretaria de Salubridad y Asistencia, México, D. F., 1979.

1. Sectorización: Se agrupan determinadas entidades paraestatales que son coordinadas por una dependencia del ejecutivo federal. En el sector salud se incluyen instituciones para la población abierta, y programas descentralizados como los que ofrece el IMSS, ISSTE y algunos de establecimiento social.
2. Descentralización: Forma parte de la descentralización de la vida nacional. En el caso de los servicios de salud, data de 1982. Implica la participación de distintos organismos a nivel federal, además de la Secretaría de Salud, y la Secretaría de la Contraloría General de la Federación.⁴¹
3. Modernización administrativa: Se basa en un ajuste dinámico de la organización; comprende cuatro áreas de trabajo:
 - a) Servicios de salud.
 - b) Regulación sanitaria.
 - c) Investigación y desarrollo.
 - d) Planeación y administración.
4. Coordinación intersectorial: Debido a la complejidad de los problemas, este tipo de coordinación resulta necesaria; las ⁴²acciones se han visto impulsadas por el Gabinete de Salud y el Consejo de Salubridad General.

⁴¹ Porrúa, Miguel Ángel, "Descentralización de los servicios de Salud en México", Porrúa, México, D. F., 1986.

⁴² López Luna María Concepción, pp. 20-21 Ob. Cit.

5. En la última estrategia, se toma en cuenta la participación de la comunidad, traducida como la colaboración activa de la población.⁴³

D. REFORMA A LA LEY GENERAL DE SALUD.

El 27 de Mayo de 1987 en el Diario de la Federación se publicó un decreto en el que se Reforma y adiciona la Ley General de Salud. Estas mejoras fueron la consecuencia de aplicar con anterioridad la ley en materia de salud, además surgen de la necesidad de contar con instrumentos jurídicos que ayudaran a sacar adelante las eventualidades que podían surgir en ese momento.

Algunas de las innovaciones que se llevaron a cabo, son las relativas a la vigilancia epidemiológica del Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida, considerado como el “ Mal del Siglo “; la Ley por tanto estableció la prohibición de comercializar con la sangre humana, se comprendió así, que únicamente era competencia reservada para el Estado.⁴⁴

Otra reforma importante tiene que ver directamente con la Planificación Familiar, enfocándose primordialmente a los menores de edad y los jóvenes. Los trasplantes de tejidos humanos son manejados en esta innovación, su fin es modernizar a la medicina y sobre todo, que los trasplantes sean llevados a cabo con mayor facilidad en bien de quien los requiere y en la medida en que sea una decisión personal o bien, una necesidad social.

⁴³ González de la Vega René, pp. 67-68, Ob. Cit.

⁴⁴ Soberón Acevedo Guillermo, “El Sistema Nacional de Salud”, Revista de Administración Pública No. 69, México, 1987, pp. 18, 23 y 24.

También se lleva a cabo una importante contribución con la creación del Consejo Nacional contra las Adicciones, el cual tiene por objetivo implementar los programas contra el Alcoholismo, el Tabaquismo y la Fármaco dependencia.

Estas nuevas reformas permitieron consolidar las bases del Sistema Nacional de Salud⁴⁵ que elevó no sólo la calidad en la salud de los mexicanos, sino también su calidad de vida.⁴⁶

E. REFORMAS DE LA SALUD EN MÉXICO.

Han sido tres las reformas que ha sufrido el Sistema de Salud en México. La primera de ellas se da en 1943 cuando se crea la Secretaría de Salubridad. De igual modo nace el IMSS y posteriormente se establecen el Hospital Infantil de México, así como el de Cardiología y el de Nutrición. Los anteriores organismos sientan las bases de una nueva institucionalización para dar atención médica, pues es el Estado el encargado de dar atención sanitaria a la población.⁴⁷

La segunda reforma se consideró como el cambio estructural de la salud y ocurrió entre 1983 y 1988, en ella se llevó a cabo una reforma legislativa y administrativa que consideró a todos los servicios encargados de atender a la población abierta, es decir, la población que no es derechohabiente.⁴⁸

⁴⁵ González de la Vega René, pp.68-69, Ob. Cit.

⁴⁶ Soberón Acevedo Guillermo, pp. 20-21, Ob. Cit.

⁴⁷ Soberón Acevedo Guillermo, "La Reforma de la Salud en México. L. Introducción.", Gaceta Médica de México, Sep-Oct 2001, Volumen 137, No. 5.

⁴⁸ Bustos Castro, Daniel, "La administración en la Salud", Edit. Francisco Méndez Oteo, 2da. Edición, México, D. F., 1983.

La parte legislativa inicia con la incorporación en la Constitución del derecho a la protección de la salud, posteriormente se promulga La Ley General de salud, así como las leyes estatales de Salud y 6 reglamentos que sustituyeron a 84 ordenamientos.

Administrativamente se proyectan 10 estrategias, cinco macro y cinco micro. Las primeras tuvieron que ver directamente con la descentralización que sólo se llevó a cabo en 14 entidades por cuestiones económicas; Sectorización Institucional; La Modernización de la SSA; Coordinación Intersectorial, así como la participación social.

Las estrategias que se consideraron a nivel micro fueron la investigación, desarrollo de recursos humanos, información, financiamiento e insumos en materia de salud.

La última etapa surge en 1995 y comprende dos instituciones. Por un lado, la SSA y la descentralización que abarcó a todas las entidades federativas, así como la creación de un paquete básico de 13 intervenciones que se destinó a la población rural, la certificación de hospitales y escuelas de medicina, lo mismo que la Comisión Nacional de Arbitraje Médico y la Regulación de las Instituciones de Seguros.

Por otro lado, el IMSS que implantó dos programas: Las administradoras de Fondos de Retiro (AFORE) y las Sociedades de Inversión Especializadas en Fondo de Retiro (SIEFORE). Se crea una nueva Ley del Seguro Social en la que se establece un seguro familiar, se diseñó un nuevo modelo de atención

integral a la salud y se llevó a cabo la capacitación de 4 mil funcionarios sobre la reforma en curso.

Cada día las reformas en materia de salud cobran un mayor auge y comprende no sólo a las instituciones públicas, sino también la participación de la población, con el único objetivo de aumentar la calidad de vida y de salud de la población.

CAPÍTULO IV. DESCENTRALIZACIÓN.

A. ANTECEDENTES DE LA DESCENTRALIZACIÓN.

Uno de los objetivos principales que el Presidente Miguel De la Madrid manejó durante y después de su campaña fue la descentralización de la vida nacional.⁴⁹

Al concluir la Revolución Mexicana se observaron algunas muestras de los servicios de salud que podían ser tangibles en los diferentes niveles de gobierno, es decir, estatales, municipales y territoriales. Uno de los inconvenientes que presentaban era que su funcionamiento no mostraba cohesión alguna, por lo que fue necesario que surgieran estructuras administrativas cuyo objetivo era crear un funcionamiento más armónico.

En el período Presidencial de Lázaro Cárdenas que fue de 1934- 1940 se inició la política de atención a la salud en el medio rural y se crearon los Servicios Coordinados de Salud Pública como órganos Desconcentrados.

⁴⁹Organización Mundial de la salud, "Descentralización de los Sistemas de salud en México: Conceptos, aspectos y experiencias a nivel nacional", OMS, México D. F, 1990.

En 1934 entró en vigor la Ley de Coordinación y Cooperación de Servicios de Salubridad que favoreció la celebración de convenios entre el Departamento de Salubridad Pública y los gobiernos de los Estados.⁵⁰

Es en 1935 cuando nace un organismo que en la década de los setentas se denominaría Servicios Coordinados de Salud Pública en los Estados que dependió directamente de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), institución federal encargada de la salud pública.

Estos organismos se encargaban de la planeación, organización, administración y evaluación de la atención de la salud en las entidades federativas lo cual daba como resultado que se duplicaran o absorbieran funciones que sólo les correspondía atender a los organismos estatales.

En 1937 se creó la Secretaría de Asistencia, que en 1943 se fusionó con el Departamento de Salubridad para conformar la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

En 1942 se promulgó, finalmente, La Ley del Seguro Social como servicio público nacional obligatorio, cuyos beneficiarios serían los trabajadores urbanos y el proletariado industrial. Su administración estaría a cargo del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), organismo descentralizado financiado por contribución tripartita, es decir, Estado, Empleadores y Trabajadores con personalidad jurídica y patrimonio propio.⁵¹

⁵⁰ Cabrero Mendoza Enrique et. al, "Las Políticas Descentralizadoras en México", 1983-1993, Logros y Desencantos", Centro de Investigación y Docencia Económicas, México, 1998, pp. 192.

⁵¹ Enrique Cabrero Mendoza, pp.192, Ob. Cit.

En 1959 se crea un programa que cubriría las necesidades de salud de los trabajadores al servicio del Estado, así es como surge el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los trabajadores del Estado (ISSSTE), como el anterior organismo se crearon otros más para atender necesidades de grupos específicos como PEMEX, Ferrocarriles Nacionales de México, Comisión Federal de Electricidad, Secretaría de Marina, SEDENA, etc., A pesar de la creación de las instituciones anteriores, éste fue un período de centralización de las decisiones de salud en el ámbito federal, y se limitó en gran medida la participación de estados y municipios.

En la década de los setentas se crea en Instituto Nacional de Protección a la Infancia y la Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez y la unión de éstos conforma el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF).⁵²

Durante los gobiernos de Luis Echeverría (1970-1976) y José López Portillo (1976-1982), La preocupación por desconcentrar y descentralizar la administración pública se presentó sin confusiones conceptuales entre los dos términos, en planes y programas como el Programa de Reforma Administrativa y la Ley del Distrito Federal. Si embargo, las acciones fueron insuficientes para revertir el proceso de centralización del poder político y de las funciones administrativas. En cambio, se avanzó en materia de desconcentración geográfica de oficinas de públicas dependientes de las

⁵² Porrúa, Miguel Ángel, "Política de salud, descentralización en México", Porrúa, México, D. F., 1998.

Secretarías de Obras Públicas, Hacienda y Crédito Público, Educación Pública, Recursos Hidráulicos y Presidencia.⁵³

En este mismo período, la Secretaría de Salubridad y Asistencia comunicaba, que la totalidad de sus prestaciones médico-asistenciales estaban desconcentradas en los estados en el marco de Convenios Únicos de Coordinación suscritos en 1976 y en el Código Sanitario de 1973. El ISSSTE, dio autonomía suficiente para tomar decisiones descentralizadamente a los jefes estatales y regionales en 11 áreas. El IMSS, se enfocó en un proceso de desconcentración de sus servicios que concluyó con la creación de centros médicos en los estados de Monterrey, Guadalajara, Puebla y Veracruz.

En el período de Miguel de la Madrid se intensificó el trabajo de descentralización. En 1983, se eleva a rango constitucional el derecho a la protección de la salud; en ese mismo año, se aprueba el Plan Nacional de Desarrollo, en el que se estableció que se descentralizaría a los estados los servicios de salud.⁵⁴

En 1984 se promulga la Ley General de Salud, entrando en vigor en Julio de ese mismo año, conforme a lo que se dispuso en el artículo 4° de la Constitución Pública de los Estados Unidos Mexicanos.

⁵³ Cardoza Brum Myriam, "El ámbito Sectorial. Análisis de la Descentralización en el Sector Salud (1983-1993).

⁵⁴ De la Madrid, Miguel, "Descentralización de los servicios de salud: El caso de México", Porrúa, México, D. F., 1986, pp. 5-28.

Entre los años 1985-1987, se procede a la descentralización de los servicios de salud hacia 14 entidades federativas y se inicia un programa en el que consideran 65 de los 75 municipios de Guerrero.

Durante el Gobierno de Salinas de Gortari (1988-1994), la estrategia descentralizadora continuó vigente como parte del Plan Nacional de Desarrollo y el Plan Nacional de Salud, de la misma manera se incluyó en el Plan Nacional de Desarrollo de 1995- 2000.

B. INSTITUCIONES ASIGNADAS A LOS SERVICIOS DE SALUD EN LA DÉCADA DE LOS OCHENTA.

En ese lapso de tiempo existieron tres grupos que se encargaban de los servicios de salud en México; el primero, se componía de organismos cuyo objetivo principal era darle atención a la clase marginada que estaba formada por el 60% de la población. Dentro de este grupo podemos mencionar a La Secretaría de Salubridad y Asistencia, el Programa de Solidaridad del Instituto Mexicano del Seguro Social que era el COPLAMAR (Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados), así como los servicios estatales y los del Distrito Federal.⁵⁵

El segundo grupo, estaba conformado por organismos que se encargaban de la seguridad social; el Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS) cuya atención era otorgada a los trabajadores del sector formal de la economía y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado (ISSSTE), que atendía a los empleados públicos.

⁵⁵ Revista Médica, "Administración de calidad en la salud en México: 1980-1990", Revista Médica (IMSS), No.458, México, 1997.

El tercer grupo era pequeño, médicos y hospitales no estaban articulados por lo que no formaban ninguna red.

Es importante mencionar que en la década de los setentas, los Servicios Coordinados de Salud, eran los principales que se dedican a la atención de la población en materia de salud.

Es en 1979 cuando el gobierno federal amplió la prestación de los servicios de salud a 10 millones de campesinos marginados, por lo que fue necesario crear un convenio entre la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR) y el IMSS para manejar un plan de cooperación voluntaria y los costos los asumió gobierno federal. A la primera institución le correspondía obtener los recursos y el IMSS debía no sólo administrarlos, sino también otorgar los servicios de salud.

Para 1979 el IMSS se responsabilizó totalmente de dicho programa y lo siguió financiado gobierno federal; ya para el año 1990 se denominó IMSS - Solidaridad apartándose un poco del modelo de seguridad social para adoptar el modelo de la Secretaria de Salubridad y Asistencia, que era la de dar servicio a toda la población no asegurada.

C. DESCENTRALIZACIÓN DE LA SALUD.

Para Francisco Ruiz Massieu la Descentralización consiste en “La transferencia a la administración pública local de facultades y con ellas programas y recursos, que son ejercidos bajo la tutela del órgano que las traspa. El órgano que recibe las facultades (Estado, Municipio) posee su propia personalidad y patrimonio, así como autonomía política, y no se halla

bajo el control jerárquico del transmisor. Formas menos avanzadas son la desconcentración y la delegación de funciones, en las cuales los actos emitidos podrán ser anulados, modificados o sustituidos por el superior”.⁵⁶

El proceso de la descentralización tuvo algunas referencias, podemos mencionar el apoyo a la política democrática, la crisis económica de México, así como la racionalización y calidad de la prestación de los servicios de salud.

La descentralización abarcó no sólo a centros de salud, también se encargó de hospitales y clínicas. La excepción surge con los hospitales de especialidades y clínicas privadas.

La descentralización se entendió como el proceso en el que el nivel central transfería a los estados no sólo autoridad, sino también recursos y toma de decisiones. El objetivo principal fue conformar los sistemas estatales de salud.

Este proceso se llevó a cabo en dos etapas; la primera, a través de la desconcentración de los Servicios Coordinados de Salud Pública de la Secretaría de Salud y cuando se llevó a cabo la descentralización propiamente dicha.

La desconcentración consistió en trasladar facultades y planes, así como recursos de la Secretaría de Salubridad y Asistencia a las instituciones

⁵⁶ Ruiz Massieu Juan Francisco, “La descentralización de los Servicios de Salud: Obstáculos y Soluciones” en De la Madrid Hurtado Miguel, Soberón Acevedo Guillermo, Ruiz Massieu Juan Francisco, Kumate, Set al, “Descentralización de los Servicios de Salud: El Caso de México”, Miguel Ángel Porrúa, México, 1986, pp.61-84.

estatales; no se les dio personalidad jurídica y tampoco patrimonio propio, dependieron directamente de un control central.⁵⁷

Con respecto a la segunda etapa, ésta se situó en la transferencia de planes, recursos y facultades, es decir, se hizo todo lo contrario de la desconcentración, lo anterior con un doble propósito. Por un lado, evitar duplicidad u omisión de funciones, así como buscar articulaciones con el objetivo de aprovechar mejor los recursos, rediseñar sistemas de referencia y expedir leyes estatales de salud. Y por otro lado, la idea era unificar los servicios que la Secretaría de Salubridad y Asistencia daba con los del Programa IMSS- COPLAMAR y los servicios que otorgaban los gobiernos estatales, en un solo organismo que dependiera directamente de los gobiernos estatales.⁵⁸

La unión se dio dentro de recortes financieros en materia de salud; también hubo poco liderazgo para unificar adecuadamente los servicios de salud lo que provocó diversos problemas entre estos organismos.

El programa IMSS-COPLAMAR se organizó mayormente, estaba considerado como el más completo, contaba con personal más capacitado, tenía más recursos, los usuarios participaban con trabajo comunitario y la calidad de la atención era mejor. Con respecto a los servicios de la SSA y los que daban los estados, los usuarios pagaban una cuota de recuperación.

⁵⁷ Secretaría de Salud en México

[http://es.wikipedia.org/wiki/Secretar%C3%ADa_de_salud_\(M%C3%A9xico\)](http://es.wikipedia.org/wiki/Secretar%C3%ADa_de_salud_(M%C3%A9xico)).

⁵⁸ Soberón G., Kumate J. L., Laguna J: (Compiladores), "La Salud en México: Testimonios de 1988. Fundamentos del Cambio Estructural", Secretaria de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. El Colegio Nacional, Fondo de Cultura Económica, Tomo I, México, 1988, pp. 103-111.

Debido a todo lo anterior estados como Hidalgo y Oaxaca se opusieron a que el programa IMSS- COPLAMAR dejara de funcionar; Guerrero mostró acciones favorables pues el gobernador participó en el diseño de la descentralización. Posteriormente se presentó un problema, los trabajadores del IMSS-COPLAMAR no desearon integrarse a ningún organismo estatal debido a que los salarios y las prestaciones eran menores.

Es hasta mayo de 1986 cuando el D. F se integró a la Secretaría de Salud a través de un organismo desconcentrado que se denominó Servicios de Salud Pública del Distrito Federal cuya actividad principal fue la atención a la población abierta. Una década después, se formó con los recursos de la Dirección de Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal instituyendo a la Secretaría de Salud del D. F.

Algunos gobiernos estatales como Michoacán se opusieron a la descentralización debido a las nuevas obligaciones a que se les había atorgado, además de no contar ya con los recursos financieros y técnicos suficientes lo cual condujo al deterioro de la atención a la salud.

Para el año de 1985 nueve Estados de la República se habían descentralizado como Tlaxcala, Nuevo León, Guerrero, Baja California Sur, Jalisco, Morelos, Tabasco, Querétaro y Sonora.

Al año siguiente se incorporaron los Estados de Colima, Guanajuato y México; en 1987 lo hicieron Aguascalientes y Quintana Roo.

Únicamente 14 Estados se descentralizaron, tuvieron la inconveniencia de una deficiente asignación de recursos y de programas de salud.

Desaparecieron los Servicios Coordinados de Salud Pública, así como el programa IMSS-COPLAMAR y surgieron organismos estatales que se encargaron de dar atención a la población abierta y los cuales se disputaban el manejo de los servicios de salud.

A pesar de los esfuerzos que se hicieron con la descentralización de la década de los ochenta no fue exitosa y se consideró incompleta debido a que hubo inequidad, ineficiencia y poca calidad en los servicios, sin embargo, dio la pauta para manejar los servicios.

D. UNA NUEVA DESCENTRALIZACIÓN.

Durante el sexenio que gobernó el Presidente Zedillo se retomó a la descentralización de los servicios de salud para la población abierta y ésta fue incluida dentro del marco del Plan Nacional de Desarrollo.

En 1996 se inicia el nuevo proceso de la descentralización total de los servicios de salud a la población abierta donde actores como el gobierno federal, los gobiernos de 31 estados, el jefe del departamento del Distrito Federal, la Federación de Sindicatos de Trabajadores al Servicio del Estado, el Sindicato Nacional de Trabajadores al Servicio del Estado, el Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud, firmaron un Acuerdo Nacional con Ernesto Zedillo para descentralizar los servicios de Salud.⁵⁹

Este programa obtuvo recursos muy importantes como el hecho de que 121 100 trabajadores que eran considerados federales, se convirtieron a

⁵⁹ Melgar Adalid M., "Descentralización y la Salud en México" en Secretaría de Salubridad y Asistencia, Programa Nacional de Salud, Poder Ejecutivo Federal, "Por la Salud de México", Miguel Ángel Porrúa, México, 2000, pp. 177-203.

colaboradores estatales; los salarios de ser estimados como estatales se elevaron a los rangos que se manejaban para un trabajador federal; bienes muebles e inmuebles tales como los establecimientos médicos fueron enviados a los estados.⁶⁰

Ya para 1997, cada estado formó lo que se llamó un Organismo Público Descentralizado, esta institución administrativa contaba con personalidad jurídica y recursos propios, se ocupaba de administrar los recursos que se les asignaba, así como también se encargaba de vigilar a todos los establecimientos de servicios de salud que fueron transferidos por parte de la Secretaría de Salubridad y Asistencia a los estados; dicho organismo también tenía la facultad de administrar las cuotas de recuperación, así como recopilar información que diera oportunidad a que instituciones de investigación y autoridades pudieran hacer un análisis adecuado de la salud.⁶¹

En esta descentralización se tomaron en consideración no sólo el antecedente que sucedió en 1985, también se consideró a la cultura, tomando en cuenta la diversidad de actores que participaron en ella, así como los aspectos económicos, políticos y sociales que imperaban en ese momento. Se le dio prioridad al consenso y la normatividad proporcionó un mejor clima legal en el que se pudiera desarrollar la descentralización de las

⁶⁰ De la Fuente Ramón, López Barcenás J., "Federalismo y Salud en México. Primeros alcances de la Reforma de 1995, Editorial Diana, México, 2001, pp.16-23.

⁶¹ El Doctor Vite Torres, nos refiere que actualmente la SSAH, ha iniciado el programa de separación de funciones de la O. P. A y la Secretaría.

autoridades de salud de la planeación, asignación de recursos y prestación de servicios. En 1998 se integraron a este programa los estados de Baja California del Norte y Chihuahua.

E. FUNDAMENTOS LEGALES DE LA DESCENTRALIZACIÓN.

Un fundamento legal que fue utilizado durante el proceso de descentralizador fue la adición del artículo 4° Constitucional en su penúltimo párrafo que expresa el derecho que se tiene a la protección de la salud.⁶²

La adición estableció esencialmente que:

“Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general “.

Aparte de esta importante adición y como ya lo mencioné antes, la Ley General de Salud fue otro de los fundamentos legales que se utilizaron.

Esta ley entró en vigor en 1984 conforme a lo que estableció el artículo 4° Constitucional y sus objetivos son los siguientes:

“En el primero y segundo título se establece que se debe impulsar la descentralización a través de la distribución de competencias en materia de salubridad general entre la federación y las entidades federativas.

Respecto a estos títulos, en el artículo 3° se definen las materias de salubridad general.

⁶² Instituto Federal Electoral, “Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos”, Secretaría Ejecutiva a través de la Dirección Jurídica, México, 2000, pp. 6.

En el artículo 4° encontramos a las autoridades sanitarias, es decir, los gobiernos estatales.

El 7° manifiesta que una de las facultades de la Secretaría, es impulsar la descentralización y la desconcentración de los servicios de salud; el noveno artículo habla del propósito de crear sistemas de salud estatales y que deben ser los gobiernos estatales quienes se encarguen de llevar a cabo la planeación, la organización y el desarrollo de éstos.

En el 13° se definen las competencias entre la Federación y los Estados.

El artículo 18° Plantea la normatividad para ejercer las competencias y la prestación de servicios de salubridad general, conforme a los acuerdos de coordinación dados entre la Secretaría de Salubridad y Asistencia, los gobiernos estatales y el Departamento del Distrito Federal dentro del Convenio Único de Desarrollo.

Los artículos 19° y 20° manifiestan la organización administrativa que tendrá lugar en los servicios de salud.

El 21° habla de las bases que habrán de tener los acuerdos de coordinación

“ 63

Otra de las bases legales para la descentralización de los Servicios de Salubridad de la Secretaría de Salubridad y Asistencia fue mediante el

63

[http://64.233.179.104/search?q=cache:Lsyu/17kbCTgJ:www.ordenjuridico.gob.mx/Federal/PE/APF/APC/SSA/Leyes/07021984\(1\).pdf+ley+general+de+salud&h1=es&g1=mx&ct=clnk&cd=9](http://64.233.179.104/search?q=cache:Lsyu/17kbCTgJ:www.ordenjuridico.gob.mx/Federal/PE/APF/APC/SSA/Leyes/07021984(1).pdf+ley+general+de+salud&h1=es&g1=mx&ct=clnk&cd=9) 01/Junio/06.

establecimiento Presidencial de dos decretos, el primero lo llevaron a cabo en el año de 1983 y el segundo, un año después.

El primer decreto, manifestó una serie de características que a continuación mencionaré. En esta base legal se señalaron las normatividades a seguir, así como las características que debían tener los acuerdos de coordinación que se darían entre la federación y los estados.

Así mismo se señalaron las jurisdicciones, las acciones que permitirían una integración adecuada y un buen funcionamiento de los sistemas estatales de salud.

Se procedió a crear manuales no sólo de organización, sino también de procedimiento, servicios y de plazos lo cual permitiría cumplir sus acciones en el tiempo señalado.⁶⁴

Los Consejos Internos de Administración de los Servicios Coordinados de Salud Pública, se convertirían en instituciones administrativas desconcentradas y serían presididas por los gobernadores estatales.

Se creó también una institución especial a la que le se le otorgó la responsabilidad del Sistema de Salud del Distrito Federal que estuvo sujeto a los lineamientos y a las actividades de coordinación entre la Secretaría de Salud y Asistencia y el Departamento del Distrito Federal.

En 1984 se expidió el segundo decreto y en él se establecía la descentralización de los servicios de salud de la SSA y los del programa IMSS-COPLAMAR a todos los gobiernos estatales.

⁶⁴ En la actualidad se está llevando a cabo la separación de funciones.

Se menciona que la descentralización será un cambio progresivo que busca principalmente deterioros en las actividades que se llevan a cabo en los servicios.

En este decreto es considerada la evaluación de cada una de las acciones realizadas, también se expresa la extensión que tendrán dichas acciones, su calidad y como resultado de lo anterior la efectividad.⁶⁵

Se menciona en este sustento legal que los servicios de salud se descentralizarían a los gobiernos estatales, se sujetarían a un programa con características específicas y a los acuerdos de coordinación.

También menciona que las Secretarías de Programación y Presupuesto, la de Salud y el IMSS crearían un Programa de Descentralización de los Servicios de Salud para la Población Abierta; en dicho programa se habla de los diferentes niveles del proceso de descentralización y de sus características.

Otro elemento necesario para llevar a cabo el proceso de la descentralización fue la colaboración de los Gobiernos Federal y Estatales, por tanto, se firmó un Convenio Único de Desarrollo. En éste se manifiestan las responsabilidades y los recursos con los que cuenta el gobierno federal y estatal para el logro de los objetivos que les son comunes.

El convenio que se firmó en 1984 contó con dos cláusulas. La primera de ellas, habla de que el ejecutivo federal y estatal llevarían a cabo acciones

⁶⁵ San Martín, Hernán, "La descentralización de la salud pública en México", la prensa médica mexicana, México, D. F., 1988.

para integrar de forma programática los servicios de salud en los Estados, así como una integración orgánica de los servicios de salud a la población abierta a cargo de la SSA, del programa IMSS-COPLAMAR y de los propios estados con el único objetivo de desarrollar los Sistemas Estatales de Salud. La segunda cláusula menciona el hecho de que SSA firmaría acuerdos de coordinación para continuar el proceso de descentralización de acuerdo al Programa Nacional de Atención a Población Abierta y al Programa Nacional de Descentralización de los Servicios de Salud.⁶⁶

Entre los objetivos de este convenio podemos señalar los siguientes: “Establecimiento adecuado de las características de los sistemas operativos de los sistemas de salud; funciones bien definidas para la Secretaría de Salud y los gobiernos estatales; determinar el tipo de recursos y la forma en que se encausarán; establecimiento de la estructura administrativa estatal; elaboración de programas y presupuestos mediante manuales de coordinación programática; reglamentos y control por parte de la Secretaría de Salud.

Durante 1984 también se firmó un acuerdo de coordinación con el Gobierno del Distrito Federal para reglamentar, programar, organizar, evaluar y controlar el proceso de descentralización en salud en ese estado.

⁶⁶ De la Fuente, Juan Ramón, “Información sobre la salud”, McGraw-Hill Interamericana, México, D.F., 2002.

F. MUNICIPIOS SALUDABLES.

La descentralización de la salud como ya se vio fue creciendo poco a poco. Cuando surge en la década de 1980 no tuvo elementos específicos que implicaron la municipalidad de los servicios, así como tampoco hubo una autonomía en los establecimientos que proveían los programas de salud y tampoco hubo participación social y los estados se vieron limitados en cuanto al manejo de los recursos, planeación, control y disponibilidad de los recursos federales.⁶⁷

Posteriormente con la única idea de superar la ineficiencia en materia de salud se ampliaron las responsabilidades, la cobertura y también los recursos con el objetivo de cubrir las demandas de una región o localidad cuya población no pudiera obtener un servicio médico privado.

Del mismo modo el IMSS pone en marcha el programa de Solidaridad, cuya propuesta principal era corregir la pobreza de la población, así como ampliar la cobertura de la seguridad social.

En México de acuerdo a la Constitución toda persona tiene derecho a la atención médica, pero tomando en consideración el principio universal de acceso a la protección de la salud existen dos tipos de vertientes que son consideradas dentro del Sistema de Salud, por un lado, encontramos a una población asegurada por la seguridad social y por otro, la población que

⁶⁷ García Del Castillo, Rodolfo, Pérez Cabrera, Armando, Santín del Río, Leticia, "La Acción de los Gobiernos Municipales en la Política de Salud Pública: en Búsqueda de una Primera Explicación", en Enrique Cabrero Mendoza, "Políticas Públicas Municipales, Una Agenda en Construcción", 2003, México, pp.321-327.

carece de asistencia pública. Bajo esta forma de atención se pretende abarcar gran parte de la población.

La descentralización también se relacionó estrechamente con los Sistemas Locales de Salud (SILOS). La idea de crearlos recayó principalmente en la posibilidad de darle un cuidado más eficiente a la atención primaria y con esto sentar la posibilidad de otorgar atención a otros niveles de salud.

El hecho de que muchas políticas de salud provengan de programas nacionales hace que resulten poco adaptables a los sistemas regionales de salud de ahí que en muchas ocasiones se necesite reestructurarlos.

A pesar de lo anterior los sistemas locales de salud han fortalecido al municipio en materia de salud a través del proyecto de las Comunidades Saludables que se presentó en la VII Reunión de la Red Mexicana de municipios por la Salud y que pretende no sólo mejorar, fortalecer y ampliar los niveles de salud en general, sino también relacionar adecuadamente la salud con el desarrollo económico y social para reducir los rezagos en salud que afectan a los sectores más necesitados de la población.⁶⁸

Este proyecto ofrece diversas acciones par alcanzar objetivos como: educación para la salud, participación social, comunicación educativa, instrucción, coordinación y concertación, así como investigación y evaluación de resultados. Además cuenta con la participación de las 32 entidades federativas con la idea de que tanto la población como el medio social se

⁶⁸ De la Fuente, Juan Ramón, "Diez problemas relevantes de la Salud Pública en México", Mac-Graw-Hill Interamericana, México, D. F, 1989.

vinculen con el proceso de salud. Con lo anterior es posible decir por un lado, que este proyecto permite la organización de la comunidad para definir prioridades, crear programas de salud locales, así como la evaluación de dichos programas. Por otro lado, se da el ambiente propicio para que las autoridades de los gobiernos municipales trabajen de manera coordinada con los gobiernos estatales y federales en materia de desarrollo municipal. A pesar de que los municipios han logrado prosperar en materia de salud no significa que se haya logrado un buen avance; siempre es posible mejorar al municipio y sus comunidades, por lo que es conveniente considerar siempre una política o un proyecto de salud.⁶⁹

CAPÍTULO V. POBLACIÓN Y SERVICIOS DE SALUD EN HIDALGO.

Uno de los principales objetivos del Sistema de Salud es brindar las acciones y los apoyos para que se puedan llevar a cabo Políticas Públicas en materia de salud, así como contar con un sistema de atención para la población que resulte efectivo. Aunque en teoría es lo que más se desea, en muchas ocasiones la atención resulta ineficaz y sobre todo, desproporcionada. De acuerdo a lo anterior, el sistema de salud debería de ser equitativo y al mismo tiempo, proporcionar un trato adecuado y digno a quien necesite de dichos servicios.

⁶⁹(.....” Actualmente se formó la red de municipios por la salud que ha permitido incorporar de manera adecuada los planes municipales en el área de salud”), Uriel Vite Torres.

El Estado de Hidalgo específicamente, ha tenido cambios en materia de salud, pero éstos son mínimos comparados con la enorme demanda de servicios y este problema se engrandece por la inequidad que hay entre la población urbana y la rural.

El Valle de Tulancingo, que es el objeto de análisis del presente trabajo, está comprendido por los municipios de Acatlán, Agua Blanca, Cuauhtepac de Hinojosa, Huasca de Ocampo, Metepec, Santiago Tulantepec, Singuilucan y Tulancingo de Bravo.

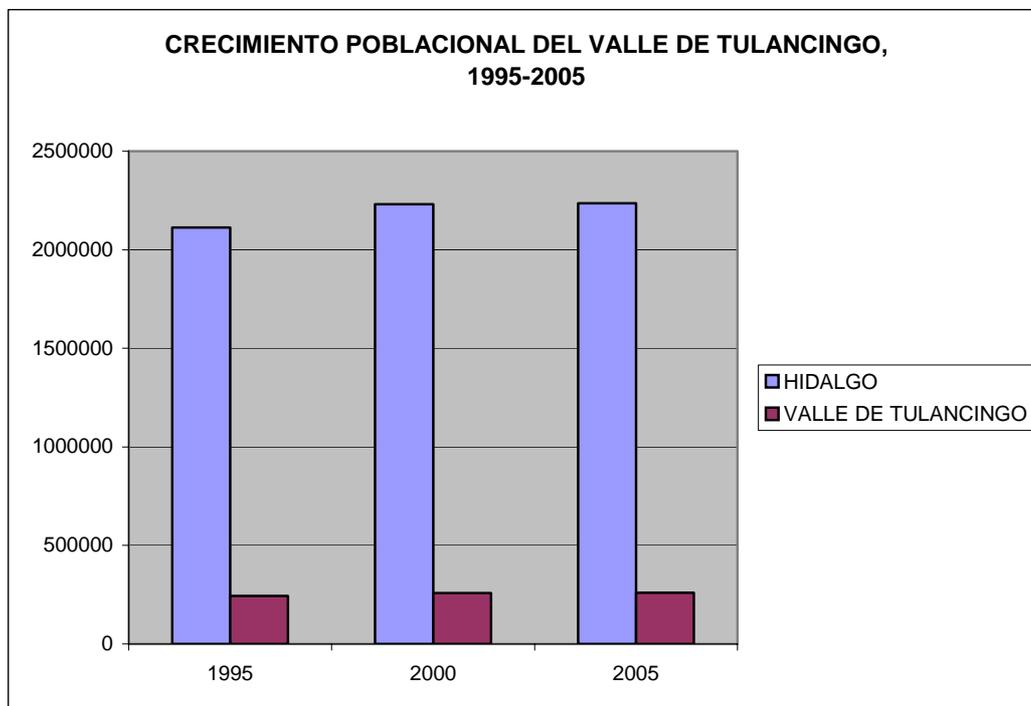
A continuación mostramos el crecimiento que ha tenido el Valle de Tulancingo, en relación al que muestra todo el Estado de Hidalgo.

Cuadro 1. Crecimiento Poblacional del Valle de Tulancingo, con respecto a todo el Estado de Hidalgo, 1995-2005

ENTIDAD Y MUNICIPIO	1995	2000	2005
HIDALGO	2,112,473	2,231,392	2,235,591
VALLE DE TULANCINGO	243,286	258,937	259,549
PORCENTAJE	11.52%	11.60%	11.61%

*FUENTE: CENSOS GENERALES DE POBLACIÓN Y VIVIENDA, 1995-2005.

Figura 1. Crecimiento Poblacional del Valle de Tulancingo, con respecto a todo el Estado de Hidalgo, 1995-2005



*FUENTE: CENSOS GENERALES DE POBLACIÓN Y VIVIENDA, 1995-2005.

El cuadro 1 y la figura 1 nos permiten decir que el Valle de Tulancingo en quince años ha tenido un crecimiento lento en relación al resto del Estado. Hidalgo tuvo una evolución significativa en el año 2000, es decir, en 1995 tenía una población de 2,112,473 habitantes, después de cinco años esa población creció a 2,231,392 personas, tuvo un aumento de 118,919 habitantes, no así para el año 2005 que solo creció por 4,199 personas (2,235,591 habitantes).

Al igual que el Estado de Hidalgo, el Valle de Tulancingo presentó del año de 1995 al año 2000 un crecimiento en su población; en el primer período habían 243,286 habitantes y en el segundo lapso de tiempo, podemos ver que creció a 258,937 habitantes, es decir aumentó por 15,651 personas. Ya

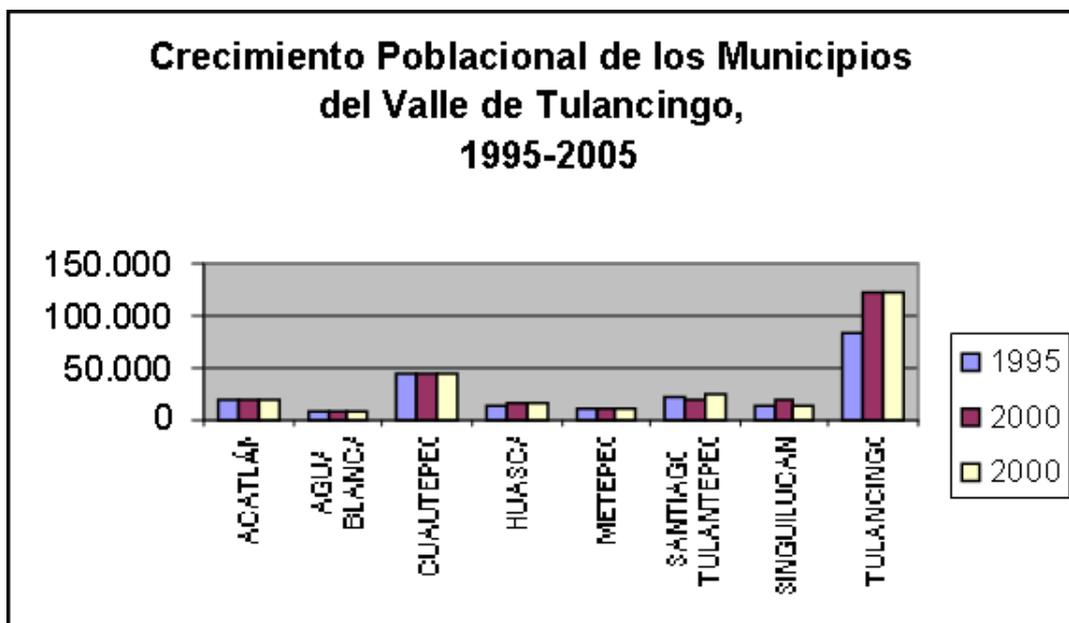
para el año 2005 el número de habitantes creció por 612 personas (259,549 habitantes). Las tasas de crecimiento poblacional en el Valle de Tulancingo con respecto a todo el Estado, se mantuvieron relativamente estable del año 2000 al 2005 (11.60% y 11.61% respectivamente).

Cuadro 2. Crecimiento Poblacional en los Municipios del Valle de Tulancingo, 1995-2005

MUNICIPIO	1995	2000	2005
ACATLÁN	19,547	18,595	18,599
AGUA BLANCA	8,959	8,388	8,515
CUAUTEPEC	43,906	45,059	45,110
HUASCA	15,024	15,286	15,308
METEPEC	10,107	10,187	10,200
SANTIAGO TULANTEPEC	22,738	19,418	26,254
SINGUILUCAN	12,865	20,310	13,269
TULANCINGO	82,333	121,946	122,274
TOTAL	215,479	259,189	259,529

*FUENTE: CENSOS GENERALES DE POBLACIÓN Y VIVIENDA, 1995-2005.

Figura 2. Crecimiento Poblacional en los Municipios del Valle de Tulancingo, 1995-2005



*FUENTE: CENSOS GENERALES DE POBLACIÓN Y VIVIENDA, 1995-2005

El cuadro 2 y la figura 2 hacen referencia al crecimiento poblacional que han tendido los municipios que conforman el Valle de Tulancingo, en él podemos observar que dichas poblaciones muestran variaciones significativas a partir del año 2000 que es cuando se observa un cambio en la población más importante

Los municipios que presentan una mayor concentración de habitantes son Cuautepec y Tulancingo. El primero, en el año 2000 tuvo una población de 45,059 habitantes (17.38%), en los siguientes cinco años dicha cantidad aumentó a 45,110 habitantes (17.39%), es decir hubo un crecimiento de sólo 51 personas. Con respecto a Tulancingo, en el año 2000 había 121,946 personas (47.05%) y ya para el año 2005 encontramos que tuvo un crecimiento poblacional de 122,274 habitantes (47.11%), o sea, 328 personas más.

De Santiago Tulantepec podemos decir que en quince años, este municipio presentó las siguientes variaciones, en 1995 hubo 22,738 habitantes, la cantidad anterior decreció y ya para el año 2000, según el Censo General de Población y Vivienda, sólo se contabilizaron a 19,418 personas, es decir, hubo 3320 habitantes menos que los anteriores cinco años. Los resultados del año 2000 al 2005 presentan un aumento de 26,254 habitantes (6836 habitantes más). Singuilucan, presentó un ascenso en su población de 1995 al año 2000 (12,865 habitantes y 20,310 habitantes respectivamente), a partir del último año, hubo un descenso significativo pues de 20,310 habitantes que se encontraban en dicho municipio, ya para el año 2005 únicamente se

contabilizaron 13,269 habitantes (7041 personas menos que en los años anteriores). Lo anterior, nos permite decir que debido al crecimiento negativo que presenta este municipio, algunas de sus localidades desaparecieron, no así para Cuautepec y Tulancingo, que por ser municipios en los que la industria manufacturera está presente, sus localidades tendieron a aumentar. En cuanto a los municipios de Acatlán, Agua Blanca, Huasca y Metepec podemos expresar que su crecimiento no ha mostrado variaciones trascendentales, al contrario, su aumento poblacional ha sido negativo del año 2000 al 2005, pues el crecimiento muestra un ascenso que oscila de entre 127 a sólo 3 habitantes, es preciso recordar que el mayor ascenso poblacional se da del año 1995 al año 2000, en ese punto llega a su cúspide y desciende para los siguientes cinco años.

A. LA SEGURIDAD SOCIAL EN EL VALLE DE TULANCINGO.

La seguridad social tiene el deber de dar protección no sólo a los trabajadores, sino a sus familiares más cercanos. Según la Organización Internacional del Trabajo la Seguridad Social “Es la protección que la sociedad proporciona a sus miembros mediante una serie de medidas públicas, contra las privaciones económicas y sociales, que de no ser así, ocasionarían la desaparición o una fuerte reducción de los ingresos por causa de enfermedad, maternidad, accidente de trabajo o enfermedad, desempleo, invalidez, vejez y muerte y también la protección en forma de

asistencia médica y de ayuda a las familias con hijos”⁷⁰ y su fundamento constitucional está previsto en el artículo 123 Constitucional, en el apartado “A” , en la fracción XXIX y en el “B” en la fracción XI.

De acuerdo a la Ley del Seguro Social, el artículo 5A en la Fracción XI considera al asegurado como “al trabajador o sujeto de aseguramiento inscrito ante el Instituto, en términos de la Ley”. La Fracción XII de la misma Ley manifiesta que los beneficiarios son “el cónyuge del asegurado o pensionado y a falta de éste, la concubina o el concubinario, en su caso, así como los ascendientes y descendientes del asegurado o pensionado señalados en la Ley ” y por último, la Fracción XIII que considera como Derechohabientes a “el pensionado, el asegurado, y los beneficiarios de ambos, que en los términos de la Ley tengan vigente su derecho de a recibir las prestaciones del instituto público”.⁷¹

Con respecto a la Ley del ISSSTE y de acuerdo al artículo 5, fracción V, considera como Derechohabiente a los siguientes: “a) El cónyuge, o a falta de este, el varón o la mujer, con quien la Trabajadora o la pensionada con relación a la segunda, ha vivido como si fuera su cónyuge durante los cinco años anteriores o quien tuviese uno o más hijos (as), siempre que ambos permanezcan en matrimonio. Si el Trabajador o el Pensionado, tiene varias concubinas o concubinarios, según sea el caso, ninguno de estos dos últimos sujetos tendrá derecho a los seguros, prestaciones y servicios

⁷⁰ [www.monografias.com/trabajos13/segsocdf/segsocdf.shtml](http://www.monografias.com/trabajos13/segsofdf/segsocdf.shtml) 29/Mayo/07.

⁷¹ <http://info4.juridicas.unam.mx/ijure/fed/96/7.htm?s=> 29/Mayo/07.

previstos por esta Ley; b) Los hijos del Trabajador menores de dieciocho años; c) Los hijos del Trabajador o Pensionado mayores de dieciocho años, cuando no puedan mantenerse por su propio trabajo debido a una enfermedad crónica, defecto físico o psíquico, hasta en tanto no desaparezca la incapacidad que padecen, lo que se comprobará mediante certificado médico expedido por el Instituto y por los medios legales procedentes; o hasta la edad de veinticinco años, previa comprobación de que están realizando estudios del nivel medio superior o superior, de cualquier rama del conocimiento en planteles especiales o reconocidos, y que no tengan un trabajo, y d) Los ascendientes que dependan económicamente del Trabajador o Pensionado.⁷²

Como la seguridad social tiene su origen en el trabajo, existe una relación directa entre éste y la derechohabencia, por tanto, el desempleo y el subempleo se ve reflejado en la afiliación a cualquiera de las instituciones públicas que ofrecen servicios médicos.

De acuerdo al IMSS⁷³, en el Estado de Hidalgo se han creado 501 empresas, de las cuales sólo 42 pertenecen al ramo de la transformación y son ellas las que contratan alrededor de 20 personas que trabajan permanentemente, el resto son pequeños negocios que en su gran mayoría son temporales.⁷⁴

⁷² <http://www.issste.gob.mx/nuevaley/leydelissste.pdf> 29/Mayo/07.

⁷³ Cruz Minerva, "El IMSS no es indicador", en Milenio Hidalgo, 11 de Junio del 07, pp. 16.

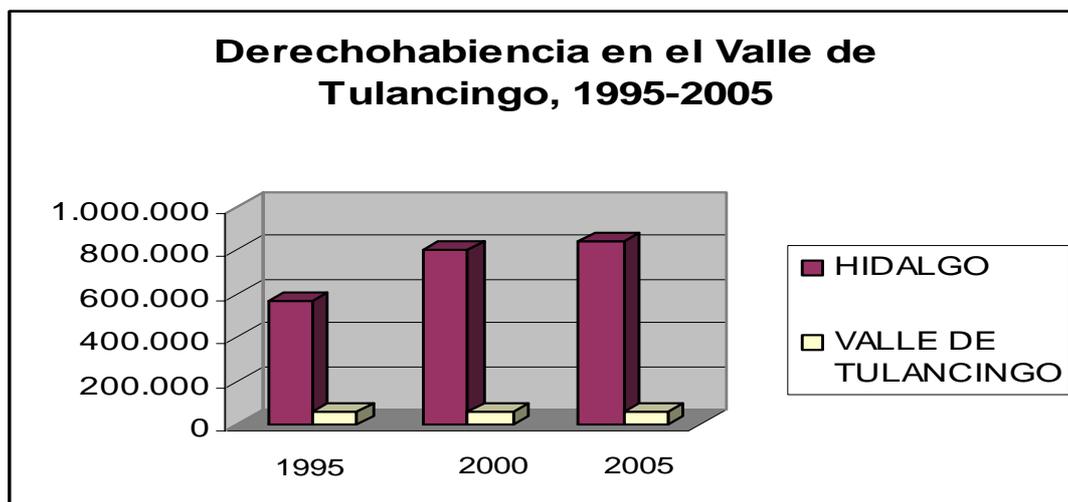
⁷⁴ Cruz Minerva, "¿Dónde está el empleo?" en Milenio Hidalgo, 15 de Junio del 07, pp.18.

Cuadro 3. Crecimiento de la derechohabiencia en el Valle de Tulancingo, con respecto a todo el Estado de Hidalgo, 1995-2005

ENTIDAD Y MUNICIPIO	1995	2000	2005
HIDALGO	571,367	805,614	845,355
VALLE DE TULANCINGO	59,681	62,404	64,125
PORCENTAJE	10.45%	7.75%	7.59%

*FUENTE: CENSOS GENERALES DE POBLACIÓN Y VIVIENDA, 1995-2005

Figura 3. Crecimiento de la derechohabiencia en el Valle de Tulancingo, con respecto a todo el Estado de Hidalgo, 1995-2000



*FUENTE: CENSOS GENERALES DE POBLACIÓN Y VIVIENDA, 1995-2005.

El cuadro 3 y la figura 3, nos permiten decir que la derechohabiencia se ha visto restringida por el lento ascenso que ha tenido la tasa de empleo en el Estado. En Hidalgo y de acuerdo al Instituto Nacional de Geografía e Informática (INEGI), en el año 2007, sólo un 55 por ciento de la población

tiene acceso a servicios médicos y el resto de la población, es decir, un 45 por ciento carece totalmente de ella.⁷⁵

A nivel estatal y en el año de 1995 había 571,367 derechohabientes que se incrementaron para el año 2000 a 805,614 personas, es decir, hubo un aumento de 234,247 derechohabientes. En los siguientes cinco años se contabilizaron únicamente a 845,355 derechohabientes, lo que significa que entre el año 2000 y 2005 hubo un descenso en la admisión a los servicios de salud, pues sólo se incrementaron 39,741 inscripciones. Respecto al Valle de Tulancingo podemos decir que al igual que el Estado, tuvo un aumento significativo de derechohabiencia de 1995 al año 2000, en ese lapso de tiempo, se incrementaron 2,723 afiliaciones, no así para el año 2005 que hubo un descenso de 1,721 derechohabientes.

Para cubrir las necesidades de la población derechohabiente en el Valle de Tulancingo, se cuenta con los siguientes organismos públicos, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad Social para el Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). El primer organismo, cubre la gran mayoría de las atenciones médicas, mientras que el segundo, satisface a una población mínima. Por otro lado, la población no asegurada es atendida principalmente por la secretaría de Salubridad y Asistencia de Hidalgo⁷⁶ y a través de la anterior, la población recibe atención por parte de

⁷⁵ Árechiga, Osvaldo, "Sin seguridad Social, un 45% de los Hidalguenses: SSH" en Milenio, 27 de Junio del 2007, pp.16.

⁷⁶ Porque de forma comparativa este organismo cuenta con menor presupuesto que instituciones como el IMSS o ISSSTE.

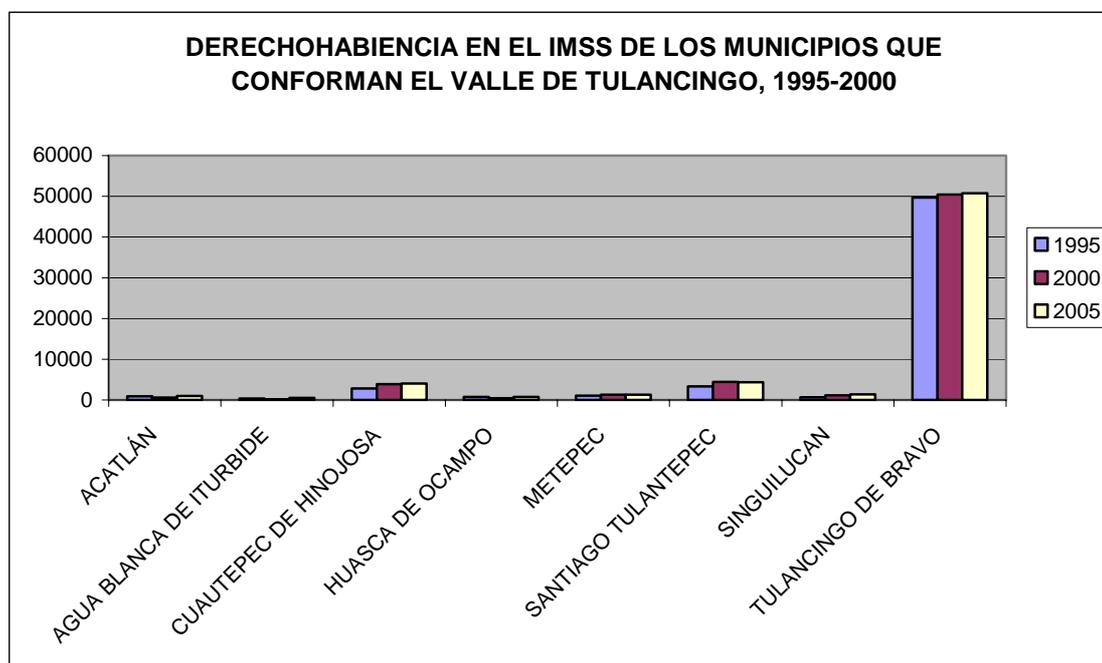
programas como el Seguro Popular y el IMSS-OPOR, así como por instituciones privadas.

Cuadro 4. Derechohabiencia del IMSS, en los municipios del Valle de Tulancingo, 1995-2005

MUNICIPIO	1995	2000	2005
ACATLÁN	932	615	956
AGUA BLANCA DE ITURBIDE	386	133	522
CUAUTEPEC DE HINOJOSA	2,812	3,902	4,059
HUASCA DE OCAMPO	727	427	736
METEPEC	1,079	1,313	1,317
SANTIAGO TULANTEPEC	3,377	4,402	4,362
SINGUILUCAN	687	1,137	1,401
TULANCINGO DE BRAVO	49,681	50,475	50,772
TOTAL	59,681	62,404	64,125

*FUENTE: CENSOS GENERALES DE POBLACIÓN Y VIVIENDA, 1995-2005

Figura 4. Derechohabiencia del IMSS, en los municipios del Valle de Tulancingo, 1995-2005



*FUENTE: CENSOS GENERALES DE POBLACIÓN Y VIVIENDA, 1995-2005

El cuadro y la figura 4 nos muestran que del año 1995 al año 2005, Tulancingo, es el municipio que presenta una mayor concentración de derechohabiencia. Su población derechohabiente es atendida tanto en el ISSSTE, como en el IMSS. En el primer Instituto y en el año 2005 se atendió a una población de 14,490 derechohabientes; el segundo Instituto presentó una afiliación de 50,772 derechohabientes en el mismo año, siendo éste el organismo que más inscritos tenga para recibir atención médica.

Santiago Tulantepec es atendido principalmente por el IMSS y es otro de los municipios con un mayor número de derechohabientes. En 1995 este municipio tuvo 3,377 derechohabientes (5.66%) inscritos en este instituto, en el año 2000 ese número ascendió a 4,402 derechohabientes (7.05%) y en cinco años dicho número descendió a sólo 4,362 derechohabientes, 40 personas menos que en los cinco años anteriores.

En Cuautepec, los resultados nos permiten decir que este municipio en quince años ha mostrado un crecimiento sin que sea negativo; en el año de 1995 este municipio contó con 2,812 derechohabientes (4.71%), en el año 2000 tuvo 3,902 derechohabientes (6.25%) y finalmente, en el año 2005 se consideraron a 4,059 derechohabientes (6.33%).

Singuilucan presenta un ascenso considerable en su derechohabiencia, pues en 1995 tuvo en su haber 687 inscritos (1.15%) como derechohabientes, esa cifra aumentó para el año 2000 ya que en ese lapso se contaron a 1,137 derechohabientes (1.82%) y en el año 2005 hubo 1,401 derechohabientes (2.18%).

Huasca tuvo un descenso en su derechohabiencia de 300 personas entre el año 1995 y 2000 (727 y 427 derechohabientes respectivamente), posteriormente, esa cantidad aumentó nuevamente en el año 2005 para dar como resultado final 309 personas inscritas en este instituto (736 derechohabientes).

Acatlán al igual que Huasca muestra una variación de descenso de 1995 al año 2000, en el primer lapso de tiempo los resultados arrojan 932 derechohabientes (1.56%), el segundo año, esa cantidad descendió a 615 derechohabientes (0.99%) y en los siguientes cinco años, es decir para el año 2005 se contabilizó un aumento de 956 derechohabientes (1.49%).

Agua Blanca es el municipio que presenta el menor número de derechohabiencia y muestra el mismo caso que los municipios anteriores. En 1995 tuvo sólo 386 derechohabientes (0.65%), en el año 2000 ese resultado descendió a 133 derechohabientes (0.21%) y ya para el año 2005 aumentó a 522 derechohabientes (0.81%).

Es importante mencionar algunos aspectos que se relacionan directamente con la derechohabiencia y que es necesario resaltar. Como ya dijimos antes, el deber de la seguridad social no sólo es proteger, sino también proporcionar a la población servicio médico, prestaciones económicas durante el tiempo en que el trabajador cumple con su vida laboral y también dar protección económica y social para su retiro. Pero no toda la población cuenta con todo lo que se ha mencionado en los párrafos anteriores, por lo que existe un mayor índice de mortalidad y pobreza. Uno de los objetivos

más importantes y que no se cumple, es precisamente el de proporcionar servicio médico a la población.

En el caso del Valle de Tulancingo, el régimen de seguridad social se ve restringido debido a que existe un número considerable de personas desempleadas que se dedican a la economía informal, o bien, forman parte de empresas que abren empleos sólo temporalmente.

Por otro lado, existe la población que ya ha rebasado los 65 años de edad, dichas personas han dejado de ser parte de la población económicamente activa, lo que da como resultado que sus condiciones económicas se tornen más vulnerables y por ende, no pueden acceder a los servicios de salud que ofrecen el IMSS e ISSSTE.

El ingreso para estas personas, así como las que están próximas a retirarse, descende, no sucede así con los gastos médicos que tienden a incrementarse. Para la mayoría de esta población, la familia se transforma en una especie de seguridad social, ya que son los propios parientes quienes solventan los gastos que implica acudir al médico por diversas enfermedades.

Pues bien, al no formar parte de la derechohabencia de instituciones de régimen de seguridad social, la población acude a instituciones de asistencia social como la Secretaría de Salud de Hidalgo (SSH), quien capta a un gran número de personas que carecen de servicio médico; Por una parte, lo hace como unidad médica y por otro lado, lo hace a través de programas sociales como el Seguro Popular, el Seguro Médico para una Nueva Generación y el

IMSS-OPOR que no sólo ofrece servicios de salud, sino también de educación y alimentación. Estos tres programas atienden a la población más vulnerable que habitan en zonas urbanas y rurales que se encuentran marginadas, lo anterior, con el objetivo de que reciban atención médica de primer y segundo nivel a través de las casas y auxiliares de salud con las que cuentan cada cabecera municipal y localidades aledañas.

En el año 2001 surge el Seguro Popular, en teoría dicho proyecto pretende afiliarse al mayor número de personas que carecen de dicho beneficio, aunque la realidad difiere en gran medida con la meta inicial.

En el Valle de Tulancingo los beneficiarios de este programa (Seguro Popular), reciben atención médica a través de los centros y casas de salud, en un principio se programaron a 453 sedes, aunque con el paso del tiempo y la demanda existente se han incorporado 141 más, es decir, 594 sedes; es importante decir que sus infraestructuras resultan insuficientes para dar atención a 197 mil familias que se han agregado.⁷⁷

Por si no fuera suficiente con la demanda que ha generado el Seguro popular⁷⁸, los centros y casas de salud han tenido que soportar el peso que implica afiliarse a más familias a través del Seguro Médico para una Nueva Generación que entró en vigor en Enero del 2007⁷⁹. Este programa está

⁷⁷ Lenoyr Sergio, "Sólo cinco de cada cien pagan cuota al Seguro popular", Milenio, 16 de Agosto del 2007, pp. 5

⁷⁸ Redacción, "Jacala, Huichapan, Tula y Tulancingo, son cuatro de las regiones que la Secretaría de Salubridad de Hidalgo, pretende afiliarse al Seguro Popular, teniendo como objetivo una meta de 206 mil familias para el 14 de Julio del 2007", Milenio, 27/Jun/07.

⁷⁹ Redacción, "Afiliarán 206 mil familias al Seguro Popular: SSH", en Milenio, 27/Jun/ 2007, pp.16.

enfocado principalmente a la población infantil que no pertenece ni al IMSS y tampoco al ISSSTE. Este esquema social ofrece a los infantes consultas gratuitas, medicamentos, estudios de laboratorio, radiografías, una ampliación en el Catalogo de enfermedades, así como un seguro de cobertura catastrófica que incluye implantes para sorderas congénitas y operaciones de labio leporino.⁸⁰

En entrevista, Juan Cruz de la Cruz, Subdirector de Afiliación y operación, mencionó “que cada cinco de cien familias que están afiliadas a estos dos programas, pagan una cuota de recuperación; las cuotas son fijadas de acuerdo al nivel socioeconómico de las familias que va a incorporarse, aunque se les da prioridad a todas aquellas que carecen de recursos económicos. Las cuotas varían y van desde los 660 pesos hasta los 10,400 pesos por año y este cobro se invierte en la compra de medicamentos, así como para el mantenimiento de centros de salud y hospitales. Estos programas reciben ayuda a nivel federal y estatal, por cada familia, gobierno federal otorga 3,900 pesos, a nivel estatal se da 1,200 pesos, para hacer un total de 5,100 pesos para atender a quienes necesiten de estos programas”.⁸¹

A pesar de lo dicho en los párrafos anteriores, en algunos casos, las familias deberán de pagar una cantidad mínima por alguno de los servicios que no están contemplados dentro del Catalogo Universal de Servicios de Salud, en

⁸⁰ <http://www.salud.gob-mx/unidades/dqps/contenido.php?nteid=39> 17/Agosto/07.

⁸¹ Lenoyr Sergio, “Sólo cinco de cada cien pagan cuota al Seguro popular”, Milenio, 16 de Agosto del 2007, pp. 5.

él, se manejan únicamente 249 intervenciones médicas y 307 claves para medicamentos.

EL objetivo del IMSS-OPOR⁸² es proporcionar a las familias del Valle de Tulancingo un esquema de salud, educación y alimentación. Aunque es el IMSS quien administra directamente el programa, es la Secretaria de Salud en Hidalgo quien soporta, a través de sus recursos humanos, materiales y económicos, la demanda de todos sus afiliados. Aunque se ha formado una relación entre la población incorporada a este programa social y los médicos, que ha permitido la prevención y la promoción de la salud a través de la línea de vida o prevenimss, de acuerdo a la edad, sexo y necesidad de cada uno de los integrantes de la familia, no ha sido suficiente.

Tanto para el Seguro Popular, El Seguro Médico para una Nueva Generación, así como para el IMSS-OPOR., nada ha cambiado. El personal que labora en los centros de salud, así como en los hospitales y las unidades de especialización que están incorporadas a estos programas, sigue siendo el mismo, lo anterior, provoca una importante disparidad entre la población afiliada a estos programas -que cada vez es mayor- y los médicos cuyo número es menor. Siguen careciendo de camas censables que satisfagan las necesidades de hospitalización de los afiliados por procedimientos quirúrgicos menores o mayores. Hay un desabasto significativo de material

⁸² El programa IMSS-OPOR tiene como sustento La Ley General de Salud del 7 de Febrero de 1984, que reglamenta el derecho constitucional a la protección de la salud, así como la Nueva Ley del Seguro Social de 1997.

de curación y medicamentos. Y por último, se carece de salas de espera, farmacias y sanitarios apropiados.⁸³

Estas deficiencias han provocado que otra parte de la población del Valle de Tulancingo acuda a los servicios médicos privados. Muchas instituciones privadas han creado paquetes de servicios médicos con el objetivo de que los habitantes que no son derechohabientes y tampoco afiliados puedan obtenerlos, ya que los costos que implica asistir a este tipo de instituciones son elevados.

Estos hospitales cobran por cada uno de los servicios que prestan, en caso de que el paciente requiera de una intervención quirúrgica, se cobrará el tipo de operación a realizar, el personal médico que intervendrá en ella, la estancia hospitalaria, alimentos, cuidados post operatorios y medicamentos que sólo se adquirieren en las farmacias de dichos hospitales, esto nos permite decir que es imposible que un trabajador⁸⁴ que gana un salario mínimo⁸⁵ o aquel que es trabajador informal y que vive al día, pueda pagar los servicios de hospitales privados en los que llegan a desembolsarse hasta 18 mil pesos por día.⁸⁶

Como lo anterior es poco viable debido a que la población no puede pagar dichas cantidades, se han realizado convenios entre diversas instituciones de

⁸³ <http://www.imss.gob.mx> 29/Mayo/07

⁸⁴ De acuerdo a la Comisión Nacional de Salarios Mínimos, el Estado está clasificado dentro de la zona geográfica "C" y el salario mínimo que le corresponde a los trabajadores es de 47 pesos por día.

⁸⁵ Rodríguez, Luis Alberto, "Hidalgo, pobre en índices de desarrollo", síntesis, 12/Sep/07, pp. 03.

⁸⁶ Velásquez, Sara "Hospitales privados sólo para ricos", en Plaza Juárez, Martes 22 de Marzo del 2006, pp. 15.

seguridad social como el IMSS e ISSSTE, que aunque también están sobre poblados, están dispuestos a ofrecer atención médica a los derechohabientes.⁸⁷

Esta sobrepoblación ha provocado que organismos públicos como la Presidencia Municipal de Pachuca Hidalgo⁸⁸, haya prescindido de los servicios médicos del ISSSTE, posteriormente, contrató los servicios de una empresa denominada Medi-life, sólo que el incumplimiento de los servicios que en su momento fueron ofrecidos obligó a reconsiderar la permanencia en ellos.⁸⁹

B. POBLACIÓN USUARIA.

Desde hace algunos sexenios, los tres niveles de gobierno han trabajado en una serie de programas sociales que cubren no sólo acciones en materia de educación, alimentación, sino también salud.

Las acciones de estos programas tienen como finalidad atender a la población que tiene un mayor riesgo de contraer enfermedades debido a que presenta menores ingresos para combatirlas, para ello se han llevado a cabo reformas en el sistema de salud, así como también se ha incrementado el presupuesto asignado a este rubro para que la atención médica sea más aceptable. Sólo que lo anterior no es suficiente, la cobertura y la asistencia por parte de los usuarios a las instituciones médicas depende de factores

⁸⁷ Valadez, Blanca, "Unificarán Servicios de Hospitales de IMSS, ISSSTE y Salud", en Milenio, 26 de Julio del 2006, pp. 32.

⁸⁸ Alburquerque, Miguel, "Prescinde Ayuntamiento de los servicios del ISSSTE: Omar Fayad", en Milenio, Domingo 17 de Septiembre del 2006, p. p 19.

⁸⁹ Peralta, Florentino, "Trabajadores acusan a Medi-life de no cumplir servicios médicos", en Milenio, Miércoles 11 de Abril del 2007, pp. 38.

que surgen de la relación que hay entre los actores administrativos, los médicos y los pacientes. Son estos últimos, los que se han considerado vitales, pues a través de ellos es como se conoce el tipo de atención que dan los prestadores de los servicios de salud.

Los artículos 50, 51 y 52 de la Ley General de Salud consideran al usuario como “Toda persona que requiera y obtenga los que presten los sectores público, social y privado, en las condiciones y conforme a las bases que para cada modalidad se establezcan en esta Ley y demás disposiciones aplicables”, “Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos u auxiliares”, “ Los usuarios deberán ajustarse a las reglamentaciones internas de las instituciones prestadoras de servicios de salud, y dispensar cuidado y diligencia en el uso y conservación de los materiales y equipos médicos que se pongan a su disposición”.⁹⁰

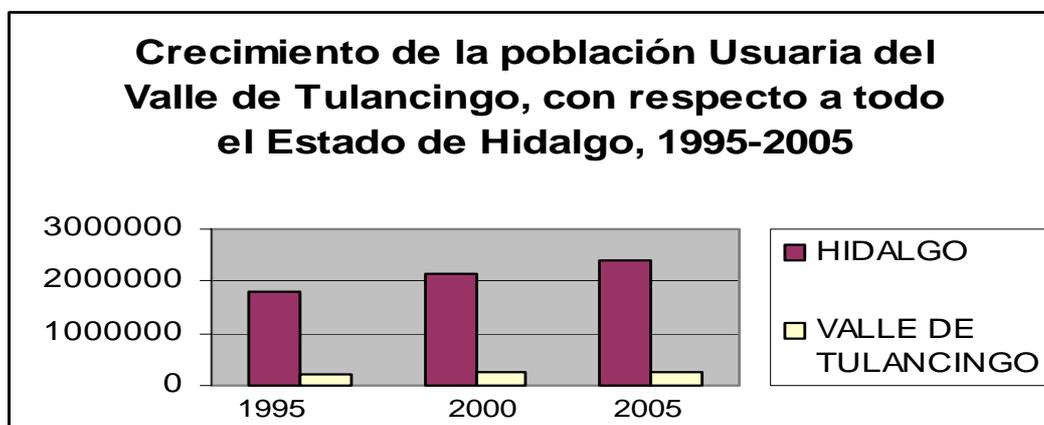
Cuadro 5. Crecimiento de la Población Usuaria del Valle de Tulancingo, con respecto a todo el Estado de Hidalgo, 1995-2005

ENTIDAD Y MUNICIPIO	1995	2000	2005
HIDALGO	1,787,024	2,151,474	2,385,850
VALLE DE TULANCINGO	193,552	261,112	248,445
PORCENTAJE	10.83%	12.14%	10.41%

*FUENTE: CENSOS GENERALES DE POBLACIÓN Y VIVIENDA, 1995-2005

⁹⁰ Véase en: www.seguropopular.com.mx

Figura 5. Crecimiento de la Población Usuaria del Valle de Tulancingo, con respecto a todo el Estado de Hidalgo, 1995-2005.



* FUENTE: CENSOS GENERALES DE POBLACIÓN Y VIVIENDA, 1995-2005

El cuadro 5 y la figura 5 nos muestra el crecimiento de la población usuaria del Valle de Tulancingo con respecto al total de usuarios estatales. En 1995 la población usuaria estaba conformada por 193,552 personas, es decir 10.83% de un total de 1,787,024 usuarios que había en todo el Estado. En el año 2000 dicha cantidad aumentó a 261,112 usuarios (12.14%) de 2,151,474 usuarios que se contabilizaron en todo el Estado. Después de cinco años esa cifra se modificó, hay un descenso de usuarios pues sólo se consideraron 248,445 personas (10.41%) de 2,385,850 usuarios estatales.

C. POBLACIÓN USUARIA DEL VALLE DE TULANCINGO.

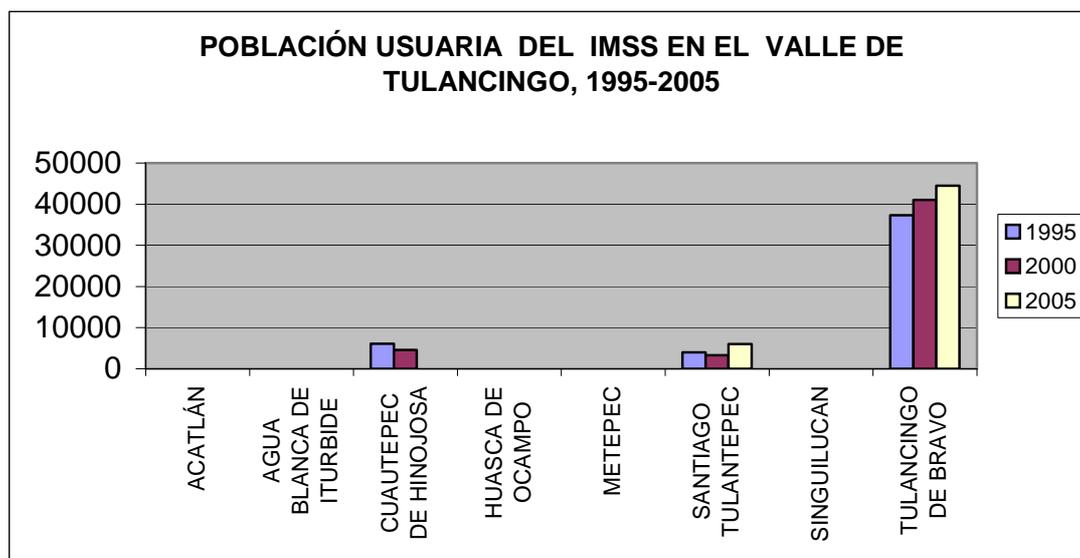
Las tablas que encontramos en la parte inferior, nos permiten hacer referencia al total de usuarios de cada uno de los municipios que conforman el Valle de Tulancingo, en el período de 1995-2005, así como cada una de las Instituciones Públicas que dieron atención a dichos usuarios.

Cuadro 6. Población Usuaria del IMSS en el Valle de Tulancingo, 1995-2005

MUNICIPIO	1995	2000	2005
ACATLÁN	0	0	0
AGUA BLANCA DE ITURBIDE	0	0	0
CUAUTEPEC DE HINOJOSA	6,137	4,609	0
HUASCA DE OCAMPO	0	0	0
METEPEC	0	0	0
SANTIAGO TULANTEPEC	4,002	3,302	6,035
SINGUILUCAN	0	0	0
TULANCINGO DE BRAVO	37,321	41,017	44,475
TOTAL	47,460	48,928	50,510

*FUENTE: CENSOS GENERALES DE POBLACIÓN Y VIVIENDA, 1995-2005

Figura 6. Población Usuaria del IMSS en el Valle de Tulancingo, 1995-2005



*FUENTE: CENSOS GENERALES DE POBLACIÓN Y VIVIENDA, 2005

En el cuadro y la figura 6 podemos observar que los municipios de Acatlán, Agua Blanca, Huasca de Ocampo, Metepec y Singuilucan no presentaron población usuaria en 15 años en el Instituto Mexicano del Seguro Social

(IMSS); Cuauhtepc, Santiago Tulantepec y Tulancingo son tres de los municipios que muestran cifras que permiten constatar que fue otorgado el servicio de atención médica en el IMSS. En el primero de estos municipios y en el año de 1995 se contabilizaron 6,137 usuarios (12.93%), en el año 2000 la cifra anterior mostró un descenso a 4, 609 usuarios (9.42%), es decir, 1528 usuarios menos que en los cinco años anteriores. Definitivamente en el año 2005 Cuauhtepc no presentó ningún usuario.

En 1995, Santiago Tulantepec tuvo 4,002 usuarios (8.43%), al igual que Cuauhtepc presenta un mayor número de usuarios en ese año, en los siguientes cinco años, tuvo un descenso de 3,302 usuarios (6.75%) y para el año 2005 presenta una variación que aumenta el número de usuarios a 6,035 personas (11.96%). Del año 2000 al 2005 en este municipio aumentaron 2,733 usuarios que se beneficiaron con la atención brindada por este instituto de salud pública. Y por último, Tulancingo de Bravo, que en el IMSS y en el año de 1995 este municipio, tenía considerados a 37,321 usuarios (78.64%); en el año 2000 la cifra aumentó a 41,017 usuarios (83.83%); en el año 2005 se atendieron a 44,475 personas (88.05%).

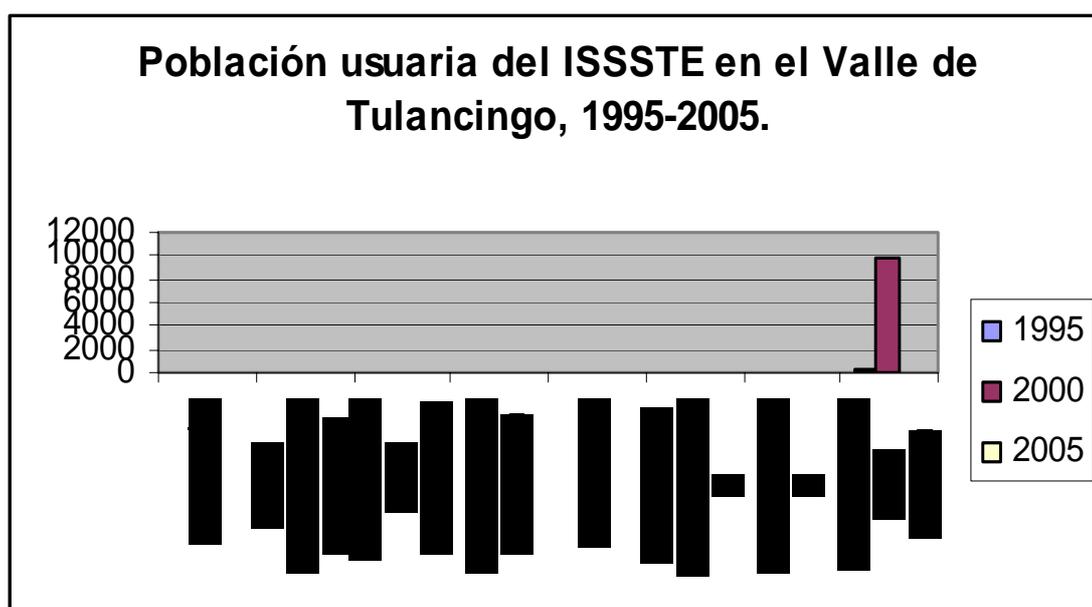
Cuadro 7. Población Usuaría del ISSSTE en el Valle de Tulancingo, 1995-2005

MUNICIPIO	1995	2000	2005
ACATLÁN	0	0	0
AGUA BLANCA DE ITURBIDE	0	0	0
CUAUHTEPEC DE HINOJOSA	0	0	0
HUASCA DE OCAMPO	0	0	0
METEPEC	0	0	0
SANTIAGO TULANTEPEC	0	0	0

SINGUILUCAN	0	0	0
TULANCINGO DE BRAVO	314	9846	0
TOTAL	314	9846	0

*FUENTE: CENSOS GENERALES DE POBLACIÓN Y VIVIENDA, 2005

Figura 7. Población Usuaria del ISSSTE en el Valle de Tulancingo, 1995-2005



*FUENTE: CENSOS GENERALES DE POBLACIÓN Y VIVIENDA, 2005

Tal como lo podemos ver también en el cuadro y la figura 7, Tulancingo de Bravo, no sólo presenta usuarios atendidos en el IMSS, sino también en el ISSSTE y en ambos hay una clara muestra de que hay un ascenso en sus niveles de usuarios.

En cuanto al ISSSTE podemos ver que en 1995 atendió a un total de 314 usuarios, esa cifra asciende considerablemente para el año 2000 pues dio atención a 9,846 usuarios, no así para el año 2005 que no contabilizó a

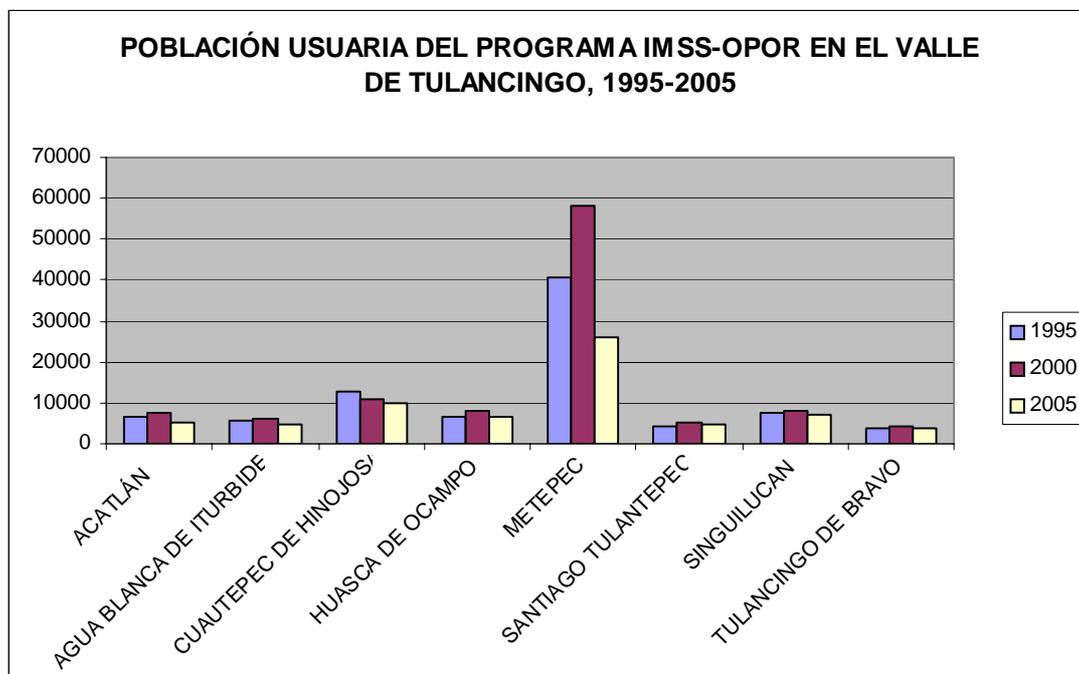
ningún usuario, debido a que sólo se atendió a los pacientes y familiares con derechohabiencia.

Cuadro 8. Población Usuaria del Programa IMSS-OPOR en el Valle de Tulancingo, 1995-2005

MUNICIPIO	1995	2000	2005
ACATLÁN	6,843	7,601	5,273
AGUA BLANCA DE ITURBIDE	5,655	6,242	4,941
CUAUTEPEC DE HINOJOSA	12,582	10,983	9,980
HUASCA DE OCAMPO	6,564	7,859	6,485
METEPEC	40,478	58,027	26,179
SANTIAGO TULANTEPEC	4,296	5,170	4,919
SINGUILUCAN	7,560	8,231	6,996
TULANCINGO DE BRAVO	3,713	4,101	3,953
TOTAL	87,691	108,214	68,726

*FUENTE: CENSOS GENERALES DE POBLACIÓN Y VIVIENDA, 2005

Figura 8. Población Usuaria del Programa IMSS-OPOR en el Valle de Tulancingo, 1995-2005



* FUENTE: CENSOS GENERALES DE POBLACIÓN Y VIVIENDA, 2005

De acuerdo a lo que expresan el cuadro y la figura 8, podemos decir, que el municipio de Metepec es el municipio que presenta un mayor número de usuarios en el programa IMSS-OPOR. En los primeros diez años hay un aumento importante en el número de personas atendidas, después hay un descenso de usuarios. En 1995 este municipio tuvo un total de 40,478 personas atendidas (46.16%), en el año 2000 se incrementa dicha cantidad a 58,027 usuarios (53.62%) y de ese año al año 2005 hay una variación significativa, pues sólo se contabilizaron 26,179 usuarios (38.09%).

Otro de los municipios es Cuatepec de Hinojosa que en el año de 1995 contó con 12,582 usuarios (14.35%); en el año 2000 muestra un descenso y son considerados sólo 10,983 personas atendidas (10.15%), es decir 1,599 usuarios menos. En el año 2005 hicieron uso de los servicios de salud únicamente 9,980 personas y al igual que en el año 2000, hubo un descenso de 1,003 usuarios de este programa.

Singuilucan, tuvo 7,560 usuarios en el año de 1995. En el año 2000 hay un ascenso de 671 personas, pues se contemplaron 8,231 usuarios (7.61%). En los siguientes cinco años hay una disminución a 6,996 personas, es decir 1,235 usuarios menos que en los cinco años anteriores.

Huasca presenta 6,664 usuarios (7.49%) en 1995; en el año 2000 hay un incremento a 7,859 personas usuarias y en el año 2005 hay una disminución de 6,485 personas a las que les fueron otorgados servicios médicos.

Respecto al municipio de Acatlán podemos decir, que en el año de 1995 hicieron uso de los servicios de salud 6,843 usuarios (7.80%), para los

siguientes cinco años dicha cantidad asciende a 7,601 usuarios (7.02%), es decir, 758 usuarios menos. El año 2005 contabilizó a 5,273 usuarios (7.67%), con un total de 2,328 usuarios menos que en año 2000.

Agua Blanca es uno de los tres municipios que presenta un menor número de usuarios. En 1995 sólo existían 5,655 usuarios (6.45%); en el 2000 se contabilizaron 6,242 usuarios (5.77%) y ya para el año 2005 sólo se registraron a 4,941 usuarios (7.19%).

En 1995, Santiago Tulantepec tenía considerados a 4,296 usuarios (4.90%); en el 2000 hay un aumento en su nivel de usuarios, en ese año se registraron 5,170 personas (4.78%) y por último en el año 2005 sólo se consideraron a 4,919 usuarios (7.16%).

Al igual que los dos municipios anteriores, Tulancingo de Bravo presenta cifras menores en su número de usuarios con respecto a este programa, lo anterior se debe a que la mayor parte de la población es atendida por el IMSS, así como por el ISSSTE.

En 1995 registró únicamente a 3,713 usuarios (4.23%); en el año 2000 tuvo 388 usuarios más (4,101 usuarios) y en el 2005 sólo se consideraron a 3,953 personas.

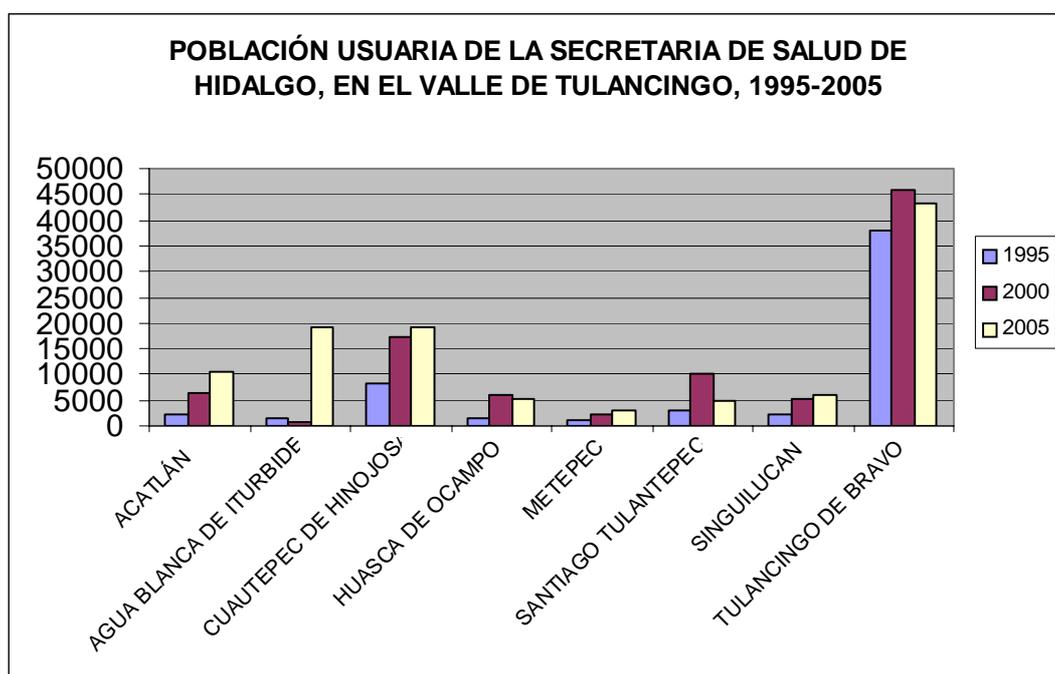
Cuadro 9. Población Usuaria de la Secretaría de Salud de Hidalgo en el Valle de Tulancingo, 1995-2005

MUNICIPIO	1995	2000	2005
ACATLÁN	2,348	6,232	10,363
AGUA BLANCA DE ITURBIDE	1,598	616	19,329
CUAUTEPEC DE HINOJOSA	8,325	17,449	19,111
HUASCA DE OCAMPO	1,585	5,974	5,349

METEPEC	990	2168	3094
SANTIAGO TULANTEPEC	3,114	10,312	4,885
SINGUILUCAN	2,177	5,352	6,020
TULANCINGO DE BRAVO	37,950	46,021	43,186
TOTAL	58,087	94,124	111,337

* FUENTE: CENSOS GENERALES DE POBLACIÓN Y VIVIENDA, 2005

Figura 9. Población Usuaria de la Secretaria de Salud de Hidalgo en el Valle de Tulancingo, 1995-2005



*FUENTE: CENSOS GENERALES DE POBLACIÓN Y VIVIENDA, 1995-2005

El cuadro y la figura 9 representan a los usuarios que son atendidos por esta institución de salud pública. Tulancingo es el municipio que presenta un mayor índice de usuarios. Para 1995 el municipio contabilizó a 37,950 personas (65.33%), en el año 2000 esta institución atendió a 46,021 usuarios (48.89%) y para los siguientes cinco años se registraron 43,186 usuarios (38.79%). Otros municipios que cobran importancia por el número de usuarios que atienden es Agua Blanca de Iturbide y Cuatepec de Hinojosa.

El primero, en el año de 1995, tuvo una asistencia de 1,598 usuarios (2.75%); en el año 2000 la población usuaria disminuyó, pues en ese año sólo se consideraron 616 usuarios (0.65%), pero en los siguientes cinco años el número de asistentes a los servicios médico creció de manera considerable, ya que en el año 2005 se registraron 19,329 personas, lo que equivale a un 17.36%. Con respecto al segundo y de acuerdo a la figura 9, podemos observar que al igual que el anterior municipio hay un mayor número de atendidos, además de que a partir del año 2000 aumentan considerablemente. En 1995 se consideraron 8,325 usuarios (14.33%), en el año 2000 se consideraron 17,449 usuarios (18.54%) y por último, en el año 2005 hubo 19,111 personas atendidas (17.17%), es decir, los usuarios aumentaron por 1,662 personas.

Acatlán presenta el mismo fenómeno que el municipio anterior, las cifras que se muestra en el cuadro 9 nos permite decir que este municipio también muestra una evolución significativa en el ascenso de sus usuarios. Tan sólo podemos ver que en 1995 este municipio tenía únicamente 2,348 usuarios, esa cantidad casi se triplica en los siguientes cinco años, ya que para el año 2000 se consideraron 6,232 personas que recibieron atención médica. En el año 2005 esta institución atendió a 10,363 personas.

En cuanto al municipio de Singuilucan podemos expresar que del año de 1995 al año 2000 creció el número de atendidos en esta institución, en ese lapso de tiempo se atendieron a 5,352 usuarios (5.69%) y ya para el año

2005 había 668 personas más que en los cinco años anteriores (6,020 nuevos usuarios).

Durante 1995, el municipio de Metepec atendió únicamente a 990 personas (1.07%); en el año 2000 recibieron atención médica 2,168 personas (2.30%) y finalmente en el año 2005 se les brindó servicios médicos a 3,094 usuarios (2.78%).

Huasca de Ocampo y Santiago Tulantepec han sufrido un ascenso en su nivel de usuarios de 1995 al año 2000 y a partir de esa fecha muestran un descenso considerable en su número de usuarios.

Huasca en el período de 1995 al año 2000 atendió a 5,974 personas y ya para los siguientes cinco años esa cifra disminuyó a sólo 5,349 personas, es decir, 625 usuarios menos que no acudieron a recibir atención médica.

Santiago Tulantepec en el año de 1995 atendió a 3,114 usuarios (5.36%). En el año 2000 la cantidad anterior se incrementó notablemente a 10,312 personas (10.96%), pero en el período del año 2005 ese número de usuarios se redujo a 4,885 usuarios (4.39%).

Cabe resaltar que en el año 2005, la Cruz Roja brindó atención médica a 17,872 usuarios pertenecientes al municipio de Tulancingo de Bravo.

Con respecto a Instituciones de salud como PEMEX y DIF, es importante decir que dentro del Valle de Tulancingo, la primera institución no presenta ningún número de usuarios, lo anterior debido en gran parte a que dentro de los municipios de estudio no hay ninguna casa de salud que dependa directamente de esta institución.

PEMEX ofrece servicios de salud a trabajadores, jubilados y familiares de derechohabientes que se desempeñan laboralmente en el municipio de Tula Hidalgo. La atención la ofrece de acuerdo al Capítulo XIV del contrato colectivo de trabajo, así como el Capítulo X, artículo 62 del Reglamento de Trabajo del Personal de Confianza de Petróleos Mexicanos. A través del programa Hospital Seguro y dentro del programa Hospital Seguro y teniendo como institución el Hospital General de Tula, se ofrece a los trabajadores las siguientes áreas de atención, consulta Externa, Hospitalización, Urgencias, Transfusiones Sanguíneas, Electrocardiogramas, Laboratorio de Análisis Clínicos, Radiología e Imagen, Farmacia y Transporte.

La segunda institución que es el DIF, mantiene una relación directa con la población del Valle de Tulancingo y lo hace a través de diversos programas sociales que ha implementado, algunos de ellos son el Cendi, Copusi, Pamar y Casa de la tercera edad con los mismos beneficios para todos los municipios, es decir, los hijos de trabajadores que se desempeñan dentro de áreas urbano-marginales reciben servicios educativo-asistenciales. El niño tendrá un historial médico y alimentación con el objetivo de que éste tenga la talla y el peso adecuado. Otro de los programas sociales satisface la necesidad de alimentación de grupos vulnerables y también aquél que previene problemas Biosicosociales. En referencia a la salud los pobladores del Valle de Tulancingo cuentan con una Unidad Básica de Rehabilitación que atiende desde la población infantil, hasta la de tercera edad. Aunque es importante decir que no sólo beneficia a la población de los municipios que

conforman el Valle, sino también a estados como Veracruz y Puebla. Hasta el 27 de Septiembre del año 2006 se atendía en esta unidad a 277 pacientes que recibían terapias dos veces por semana, además de darse servicios como consultas médicas, terapia física y ocupacional, así como de lenguaje y psicología; bajo este esquema se atienden entre 40 y 50 pacientes diarios. De manera general el DIF satisface las necesidades de la población en consultas generales y dentales, en ambas se atiende a un promedio de 20 pacientes, así como consultas oftalmológicas, de Psicología y Asesoría Jurídica.⁹¹

De acuerdo a las visitas realizadas a cada uno de los municipios que conforman el Valle de Tulancingo, la calidad en la atención médica, los medicamentos y el trato que reciben en general los usuarios, son temas que les preocupan directamente a los pobladores que hacen uso de los servicios médicos que ofrecen cada una de las instituciones que hemos mencionado anteriormente.

La atención que reciben los pacientes es deficiente,⁹² por lo que resulta inquietante dicha situación y lo es aún más, porque en los municipios de Acatlán, Agua Blanca, Cuauhtémoc de Hinojosa, Huasca de Ocampo, Metepec, Santiago Tulantepec, Singuilucan y Tulancingo de Bravo no se

⁹¹ Véase en:

http://www.diftulancingo.gob.mx/index.php?option=com_content&task=view&id=23&Itemid=03/Sep/07

⁹² Es importante decir que dicho comentario se sustenta en el trabajo de campo que se realizó en cada uno de los municipios estudiados, así como en los centros y casas de salud en donde los pacientes reciben atención médica, además en dichos lugares se llevó a cabo una entrevista informal con los pacientes que en ese momento iban o recibieron atención médica.

cuenta en las casas de salud con espacios adecuados para hacer valer los derechos de quienes reciben atención por parte de los servicios de salud. Para los administrativos de estas casas, es suficiente un buzón de quejas y sugerencias para mejorar el servicio, pero por lo que se pudo observar, los buzones de quejas rara vez son utilizados por los usuarios y en caso de suceder lo contrario, pocas veces son atendidas las demandas.

Tomemos en cuenta que un número considerable de personas que acuden a recibir atención a las casas de salud, carecen de instrucción básica, además de que otro gran número de habitantes habla la lengua indígena, de acuerdo a lo anterior, éstos no consideran a los buzones como un medio para que los actores políticos midan los niveles de eficiencia que están ofreciendo sus médicos. Es importante mencionar que en los centros de salud se cuenta con programas como el Seguro Popular y el IMSS-OPOR., en ambos programas se maneja un formato especial para quejas y sugerencias. El primero de ellos da cobertura a los municipios de Acatlán y atiende a 2,072 familias, Cuauhtepic de Hinojosa que satisface las necesidades médicas de 4,009 familias, Huasca de Ocampo que atiende únicamente a 815 familias, Santiago Tulantepec ofrece atención médica a 1,562 familias, Singuilucan proporciona este programa a 1,198 familias y por último a Tulancingo de Bravo que tiene registradas 8,184 familias. La forma en que estos usuarios pueden manifestar sus quejas o sugerencias es a través de un formato foliado que lo entrega y recibe directamente la subdirección de afiliación y operación en la Dirección del Régimen de Protección Social en Salud que se

encuentra en el municipio de Pachuca, pues es allí donde se encuentran las instalaciones administrativas de este programa.⁹³

De acuerdo al inicio del ejercicio fiscal del 2007, el programa IMSS-OPOR otorga sus beneficios a todos los municipios que conforman el Valle de Tulancingo, es decir, en Acatlán se tienen registradas a 2,450 de 56 localidades, Agua Blanca considera a 1,415 de 30 localidades, Cuauhtepic proporciona este programa a 4,082 familias de 83 localidades, en Huasca hay 1,720 familias de 62 localidades, Metepec tiene consideradas a 1,369 familias en 37 localidades, Santiago Tulantepec tiene en sus registros a 1,961 familias de 23 localidades, Singuilucan le proporciona este programa a 1,674 familias de 97 localidades y por último Tulancingo, atiende a 5,051 familias repartidas en 56 localidades.

Pues bien, para todas estas familias que se han beneficiado con este programa, existe el Sistema de Atención a la Población operado por órganos estatales de control, así como la participación de las contralorías internas de la SSA, IMSS, SEP, CONAFE y SEDESOL a nivel estatal y federal. La forma en que la población puede manifestar su desacuerdo es a través de forma escrita, considerando un buzón fijo y uno móvil, así como de manera telefónica y a través de la red de Internet.⁹⁴

Debemos señalar que en estos municipios el concepto de atención difiere en gran medida entre los prestadores del servicio y quienes lo reciben. En estos

⁹³Véase en: <http://www.seguro-popular.gob.mx> 29/May/07

⁹⁴Véase en: <http://www.oportunidades.gob.mx/tp/listado.php> 29/Mayo/07

lugares la atención que ofrecen las instituciones médicas refleja insatisfacción y no sólo es manifestada por los usuarios, sino también por los médicos que los atienden. Los primeros se sienten insatisfechos por el servicio debido a que los médicos que les atienden muestran desinterés con respecto a sus enfermedades y los segundos, muestran un trabajo deficiente por la sobrecarga de trabajo que les es impuesta.

Esta sobrecarga está motivada principalmente por la falta de recursos humanos y la sobredemanda de atención médica, lo anterior, provoca que los tiempos de consulta de los usuarios se vean reducidos a sólo quince minutos por paciente.

En ese lapso de tiempo, el médico o en la mayoría de los casos, el pasante de medicina, hará las preguntas que considere más importantes para conocer el estado físico y de enfermedad de los pacientes y sólo de ser necesario llevará a cabo una revisión, de no ser así, recetará al paciente y otorgará una cita posterior.

Existen pacientes que llegan a sus unidades de salud con citas programadas, tal es el caso de los que se benefician con el programa IMSS-OPOR. En el Valle de Tulancingo las familias beneficiadas con este programa acudirán con citas previamente establecidas pues estas le permitirán tanto al titular como a sus beneficiarios consultas regulares, además de sesiones educativas sobre alimentación y cuidado dental. En caso de que los beneficiarios incumplan con las responsabilidades que conlleva este programa, se les da de baja temporalmente y deberán esperar

un lapso de tiempo en el que se verifican las causas de la baja, posteriormente y si es posible, serán nuevamente recertificados.

Como los temas que he mencionado anteriormente, los medicamentos⁹⁵ son otro de los rubros que preocupa a los usuarios de las casas de salud en el Valle de Tulancingo. Las farmacias tienen en su haber únicamente las medicinas básicas y su disponibilidad está sujeta a existencia.

Los usuarios que padecen enfermedades crónicas, carecen de los medicamentos adecuados para tratarlos, por lo tanto, deberán acudir a farmacias privadas para adquirirlas y así mantener controlada la enfermedad.

La distancia tan grande que hay entre la casa de salud y el domicilio del usuario, es otro inconveniente que da como resultado que en muchas ocasiones, él deba permanecer tres horas o más para ser atendido y en el peor de los casos, esperar hasta el siguiente día para obtener una ficha y recibir atención médica.

En un intento por subsanar este problema, se utilizan los servicios de las caravanas de salud que permiten el acercamiento de localidades cuyas características demográficas impiden un correcto acceso a los servicios de

⁹⁵ De acuerdo al Artículo 28 del Capítulo I de las Disposiciones Comunes de la Ley de Salud Pública para el Estado de Hidalgo, el Gobierno del Estado en conformidad con las disposiciones legales aplicables, vigilará que las instituciones que presten servicios de salud en la entidad, aplique el cuadro básico de insumos del sector salud. La lista de medicamentos básicos considera el Ácido Acetilsalicílico, Abendazol, Amoxicilina, Cefalamina, Eritromicina, Glibenclamida, Metronidazol, Ambroxol, Ampicilina, Captropil, Ketokonazol y Metamizol; algunos fármacos como la Carbamazepina, que es administrada en pacientes con enfermedad crónica, presenta déficit

salud en el estado.⁹⁶ Su esquema hace todo lo posible porque los usuarios de estas caravanas emprendan acciones de promoción y prevención de la salud bajo un esquema de gratuidad, accesibilidad y equidad. Esta última es muy importante, ya que muchos usuarios se enfrentan al problema de la inequidad en la relación que hay entre el médico y el paciente, además de considerar que este cambia con respecto a las instituciones que forman parte de la seguridad social y las que son de asistencia social. Si consideramos que el trato de los médicos a los pacientes en instituciones como IMSS o ISSSTE es indiferente, en instituciones como la SSH el trato es mucho más desatento e inhumano; en muchas ocasiones, el Médico le informa al paciente sobre su enfermedad de manera muy técnica, lo que desencadena enojo y frustración en el enfermo creando una relación tensa y tirante.

D. RECURSOS HUMANOS.

En los Estados que se encuentran en Centro y Sur del País, la marginación se encuentra sumamente acentuada y puede ser perceptible porque hay una carencia de servicios públicos que no permiten que las comunidades más pobres puedan subsistir.

La pobreza se concentra en las zonas rurales que están más apartadas y con una mínima aproximación a las concentraciones urbanas.

⁹⁶ Una unidad móvil cuenta con un médico general, una enfermera, un técnico y un chofer polivalente.

El Estado de Hidalgo es la sexta entidad más pobre del país⁹⁷, su índice de marginación es de 12.1, es decir, muy severa⁹⁸. Dentro de nuestro estado, aún existen comunidades en extrema pobreza, donde la población de estos lugares muere por falta de servicios médicos y donde también debe recorrer grandes distancias para llegar a un centro de salud y ser atendida.

Dentro del Estado los recursos humanos están comprendidos dentro de dos regímenes médicos, la seguridad social y la asistencia social. El primer régimen comprende al IMSS, ISSSTE y PEMEX. En el segundo, están contemplados el programa IMSS-OPOR, la SSAH, DIF y la CRM. Y en ambos, la falta de médicos, enfermeras y personal especializado, es crítica.

Cuadro 10. Recursos Humanos por Especialidades en las Instituciones Públicas del Sector Salud en Hidalgo, 2005

TIPO	IMSS	ISSSTE	PEMEX	IMSS-OPOR	SSH	DIF	CRM	TOTAL
PERSONAL MÉDICO	657	283	73	341	1883	131	43	3411
EN CONTACTO DIRECTO CON EL PACIENTE	640	245	71	341	1742	120	43	3202
MÉDICOS GENERALES	255	82	30	167	702	1	25	1262
MÉDICOS ESPECIALISTAS	364	150	37	7	356	92	13	1019
RESIDENTES	0	0	0	58	154	19	0	231
PASANTES	0	4	0	101	404	0	0	509
ODONTOLOGOS	21	9	4	8	126	8	5	181
EN OTRAS LABORES	17	38	2	0	141	11	0	209
PERSONAL PARAMÉDICO	1486	363	95	451	2262	249	237	5143
ENFERMERAS	1131	350	59	451	2104	164	232	4491

⁹⁷ Son seis Estados que presentan un índice severo de marginación, Guerrero con 20.9, Chiapas 19.2, Oaxaca 18.3, Veracruz 15.1, Tabasco 12.4, San Luis Potosí 12.1, Puebla 12.1 e Hidalgo 12.1.

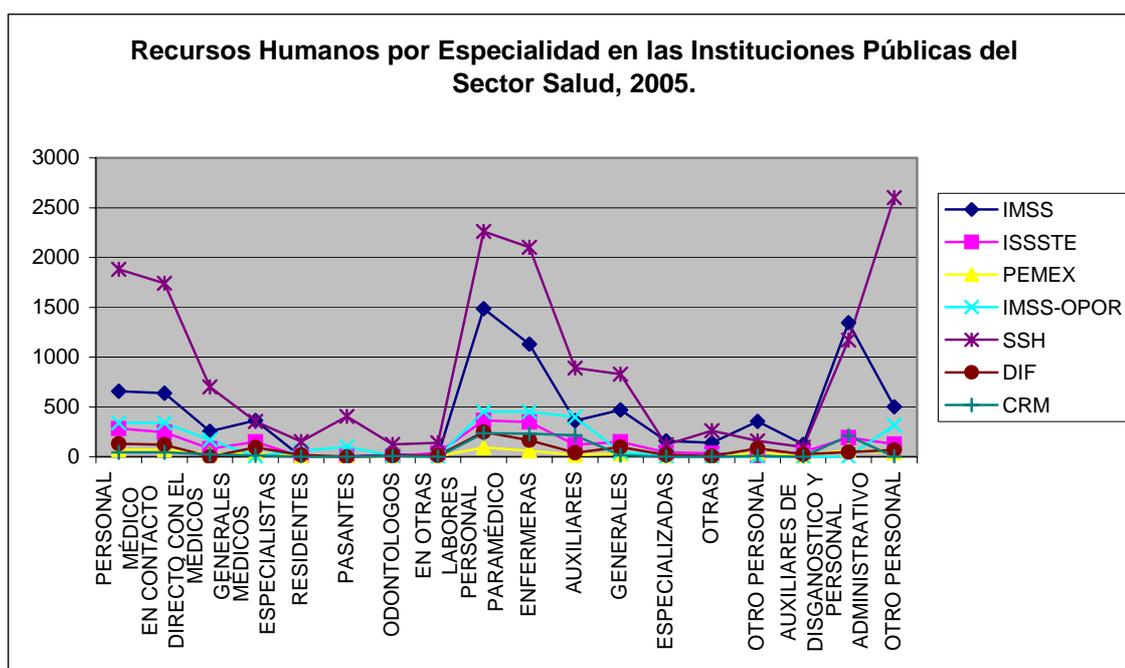
⁹⁸ Véase en: Informe de Desarrollo Humano, México, 2002.

<http://www.rolandocordera.org.mx/pobreza/cuadros.pdf>. 12/Septiembre/07

AUXILIARES	360	121	20	398	891	42	216	2048
GENERALES	471	150	32	48	829	96	16	1642
ESPECIALIZADAS	160	44	7	5	121	20	0	357
OTRAS	140	35	0	0	263	6	0	444
OTRO PERSONAL	355	13	36	0	158	85	5	652
AUXILIARES DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO	125	47	12	0	97	24	0	305
PERSONAL ADMINISTRATIVO	1345	193	70	0	1172	47	210	3037
OTRO PERSONAL	503	127	42	317	2601	67	0	3657

* FUENTE: CENSOS GENERALES DE POBLACIÓN Y VIVIENDA, 1995-2005.

Figura 10. Recursos Humanos por Especialidades en las Instituciones Públicas del Sector Salud en Hidalgo, 2005



* FUENTE: CENSOS GENERALES DE POBLACIÓN Y VIVIENDA, 1995-2005.

De acuerdo al Sistema Nacional de Información en Salud, los recursos humanos, son el personal calificado que se desempeña dentro del Sector salud y que se clasifican en profesionales, técnicos, administrativos y otros.⁹⁹

El personal médico que se desempeña en Hidalgo, comprende aquellos profesionales que están dentro de las Unidades, Centros y Casas auxiliares de salud. Su nivel de operación se ubica dentro de la consulta externa, hospitalización general y también en la especializada.

El cuadro y figura 10 nos permiten observar que la institución que presenta un mayor número en su personal médico, es la Secretaria de Salubridad y Asistencia de Hidalgo, tiene consideradas 1,883 plazas, lo que equivale a 55.20%, lo que quiere decir que el 45% restante está contratado dentro de instituciones como el IMSS, ISSSTE, PEMEX, IMSS-OPOR, DIF y CRM. Y es precisamente esta última, quien presenta un menor número en su planta laboral. De acuerdo al INEGI, esta institución considera a sólo 43 personas (1.26%), entre estos se contabilizan socorristas en efectivo, personal en General, así como voluntarios.¹⁰⁰

El personal médico, está dividido en tres áreas principales, en contacto directo con el paciente, médicos generales y médicos especialistas, su labor se ve complementada tanto por los residentes, los pasantes y los odontólogos.

⁹⁹ Sistema Nacional de Información en Salud.

<http://sinais.salud.gob.mx/glosario/rechum2.htm> 12/Septiembre/2007

¹⁰⁰ Márquez Yuliana, "La Cruz Roja no recibirá más basura de hospitales", Milenio, 24 de Abril, 2006, pp. 08

Los primeros, aquellos médicos que están en contacto directo con el paciente, atienden a pacientes ambulatorios¹⁰¹ y a todos aquellos que están hospitalizados dentro de las instituciones públicas de salud en el Estado de Hidalgo. De estos recursos, tres instituciones de salud presentan un alto índice en sus plazas, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) con 640 médicos (19.99%), el programa IMSS-OPOR con 341 médicos (10.65%) y por último, la Secretaría de Salubridad y Asistencia del Estado de Hidalgo con 1,742 personas (54.20%).

Los médicos generales en el Estado de Hidalgo, ejercen una medicina de diagnóstico y tratamiento para enfermedades con mayor frecuencia, la función principal de estos servidores en materia de salud es la de proporcionar consulta externa a todos los pacientes que así lo soliciten; la SSAH tiene 702 médicos (55.63%), el IMSS contrató hasta el año 2005 a 255 médicos generales (20.21%); el programa IMSS-OPOR de acuerdo al INEGI, tiene una plantilla de 167 médicos (13.23%), el ISSSTE tiene contratados únicamente a 82 médicos (6.50%), PEMEX tiene en su plantilla laboral a 30 médicos (2.38%), la CRM tiene 25 médicos (1.98%) y por último el DIF que tiene contratado según el Anuario Estadístico del 2005, a un solo médico general, es decir, 0.08%.

¹⁰¹ Paciente Ambulatorio, "Persona que visita un establecimiento de atención de salud por razones de diagnóstico o tratamiento sin pasar la noche en el mismo. A veces, se llama paciente de día o paciente diurno.
Véase en: http://www.cancer.gov/Templates/db_alpha.aspx?CdrID=44520&long=spanish
12/Sep/07

La falta de médicos especialistas es muy tangible y esto puede verse claramente en el descenso de médicos que se muestra en el cuadro 10. Estos médicos, tienen una especialidad en alguna rama de la medicina, su estudio se ubica de manera particular en padecimientos que se relacionan directamente con un solo órgano o sistema. Además de especializarse a estos médicos los podemos encontrar en consulta externa y en hospitalización en contacto directo con el paciente. El IMSS es la institución que tiene más médicos especialistas registrados en su plantilla laboral, considera a 364 médicos (35.72%), le sigue la SSAH con 356 especialistas (34.94%), el ISSSTE con 150 especialistas (14.72%) y el programa que menos plazas tiene es el IMSS-OPOR con únicamente 7 médicos (0.69%).

Los médicos residentes que están realizando estudios de especialización, o bien, subespecialización, es posible considerarlos dentro de tres instituciones públicas, la primera de ellas y quien más residentes tiene en su plantilla laboral es la SSAH, que tiene 154 médicos residentes (66.67%); el segundo de ellos, es el programa IMSS-OPOR que tiene únicamente 58 residentes (25.11%) y el tercero, es el DIF con sólo 19 médicos residentes en su plantilla laboral (8.23%).

Los pasantes de medicina realizan sus servicios sociales ya sea en el ISSSTE, que registró hasta el 2005 a sólo 4 pasantes, lo que equivale a un 0.79%. El programa IMSS-OPOR que tiene 101 pasantes de medicina (19.84%) y la SSAH que absorbe a un gran número de estudiantes, en el 2005 registró a 404 pasantes (79.37%).

De los médicos especialistas, los Odontólogos presentan resultados poco favorables para la población que acude a ellos con el objetivo de que éstos los diagnostiquen y puedan recibir tratamiento contra enfermedades estomatológicas. La SSAH es la institución que tiene más odontólogos registrados para apoyar a la población que requiere de sus servicios, tiene 126 médicos especialistas en esta rama y el que menos tiene es PEMEX, pues para atender a toda su población derechohabiente tiene únicamente 4 odontólogos.

Hay médicos que están considerados en las instituciones para áreas administrativas, técnicas o para impartir cátedra, lo anterior, hace que el médico no tenga un contacto directo con el paciente. Tanto el ISSSTE como la SSAH son las dos instituciones que presentan un mayor número de médicos que se desempeñan administrativamente. En el primero hay 38 médicos (18.18%) y en el segundo, tiene 141 administrativos (67.46%).

En Hidalgo, el personal paramédico es toda aquella persona que apoya los servicios médicos y es posible clasificarlos en profesionales, técnicos y auxiliares; encontramos enfermeras, químicos, trabajo social, archivo clínico y toda persona que realice diagnósticos y tratamiento de salud.

La mayoría de las instituciones presentan un número considerable de personal paramédico. En el régimen de seguridad social el IMSS tiene 1,486 personas (28.89%), el ISSSTE tiene 363 paramédicos (7.06%), PEMEX presenta 95 paramédicos (1.85%). Con referencia al régimen de asistencia social, el programa IMSS-OPOR tiene considerados a 451 paramédicos

(8.77%), la siguiente institución que es la SSAH tiene registrados a 2,262 paramédicos (43.98%), al observar el cuadro y la figura 9, es quien presenta un número más alto es su personal. El DIF tiene en su haber a 249 paramédicos (4.84%) y por último la CRM que tiene 237 paramédicos (4.61%).

Un apoyo importante para el personal médico, son las enfermeras. Se clasifican en Auxiliares, Generales y especializadas. Las primeras, pueden ejecutar bajo supervisión de una enfermera general el cuidado de un enfermo. Las dos instituciones que presentan un mayor número de éstas son el IMSS con 1,131 personas (17.58%) y la SSAH con 2,104 (43.51%).

Las enfermeras Generales están capacitadas para asistir a enfermos y prevenir enfermedades, el IMSS tiene en su plantilla laboral a 471 enfermeras (28.68%), el ISSSTE que tiene en sus registros a 150 enfermeras (9.14%) y la SSAH que presenta un total de 829 personas que se desempeñan en su plantilla laboral y por último la CRM, institución que presenta el menor número de enfermeras, pues sólo tiene 16 para atender a toda su población usuaria.

En el Estado podemos ubicar a la enfermera especializada en áreas como cardiología o bien, en cuidados intensivos. El número de este apoyo médico es muy reducido, hasta el 2005 la SSAH tiene registradas únicamente 121, el IMSS tiene 160 enfermeras con especialización y el ISSSTE tiene 44 enfermeras únicamente.

En otras, así como otro personal, podemos hablar de aquellas enfermeras que bajo supervisión de una enfermera general, o bien, de estudiantes de pregrado, pueden cuidar y atender a los pacientes que así lo requieran.

Los auxiliares de diagnóstico y tratamiento es aquel personal que labora en estudios de análisis clínicos, en radiología, fisioterapia y rehabilitación. El instituto que más cuenta con este tipo de auxiliares es el IMSS que tiene en su plantilla laboral a 125 personas, el ISSSTE tiene 47 auxiliares, PEMEX tiene sólo 12 personas que contribuyen a diagnosticar las enfermedades de los enfermos, la SSAH tiene 97 personas y por último el DIF que tiene sólo 24 auxiliares.

El personal administrativo y otro personal, se desempeñan en áreas administrativas, contables y de limpieza.

Por las cifras que cada institución tiene consideradas en cuanto a recursos humanos, podemos ver que éstos resultan deficientes para satisfacer las necesidades de la población hidalguense.

De acuerdo a las cifras que se han manejado hasta este momento, la situación que resulta de la falta de recursos humanos no sólo es crítica y deficiente, sino también nos habla de la falta de especialización que se necesita en cualquiera de los dos regímenes de salud que existen en el Estado.

En todo el Estado solamente en los hospitales generales de Pachuca y Tulancingo pueden realizar trasplantes de órganos¹⁰²; en Pachuca se realizan trasplantes de riñón y se cuenta con toda la infraestructura para llevarlas a cabo, sin embargo, los especialistas son de otras instituciones de salud y en Tulancingo se trasplantan¹⁰³ únicamente córneas¹⁰⁴.

En instituciones de asistencia social como el DIF la falta de médicos especialistas es tangible en áreas como la de trasplantes¹⁰⁵ y corazón. En la primera área se carece de un médico que se encargue no sólo de realizar los trasplantes, sino también de realizar los estudios de compatibilidad¹⁰⁶ que permiten verificar la capacidad que un tejido tiene de ser aceptado por el paciente.¹⁰⁷ En la segunda área, Sólo hay dos médicos cardiólogos pediátricos y estos no pueden realizar ninguna operación debido a que se carece de la infraestructura hospitalaria para hacerla.¹⁰⁸

¹⁰² Árechiga, Osvaldo, "En Enero ocurrió la primera intervención de este tipo", Milenio, 26/Septiembre/07, pp.26.

¹⁰³ De acuerdo al Centro Nacional de Trasplantes, en México existen 10,135 pacientes que están en la lista de espera para recibir un órgano, de ese número un 20% son niños. De esos 10,135 pacientes, 5,416 necesitan una córnea (53%) y 4,182 personas requieren de un riñón (42%).

¹⁰⁴ Valadez Blanca, Mercado Angélica, "Esperan un trasplante más de diez mil personas", milenio, 25/Septiembre/07, pp. 27.

¹⁰⁵ Árechiga, Osvaldo, "Sólo un riñón y córneas se trasplantan en Hidalgo", Milenio, 26/Septiembre/07, pp.26.

¹⁰⁶ Árechiga, Osvaldo, "Hospital del Niño DIF sin cirujano para trasplantes", Milenio, 20/Junio/06, pp. 22.

¹⁰⁷ Para llevar a cabo estudios de compatibilidad el DIF recibe apoyos de los institutos nacionales de Nutrición y Pediatría, así mismo, estas tres instituciones han creado convenios para realizar el pago de dichos estudios.

¹⁰⁸ Árechiga, Osvaldo, "La entidad carece de cardiólogos pediátricos", Milenio, 18/Noviembre/06, pp. 25.

A pesar de que no hay médicos, enfermeras¹⁰⁹ y de que los sueldos¹¹⁰ de ambos son muy bajos, el Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS), la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSAH) y El Sistema de Desarrollo Integral para la familia (DIF), ofrecen capacitación, profesionalización y fortalecimiento de valores a los recursos humanos que tienen dentro de su plantilla laboral con el objetivo de que estén mejor preparados para hacer su trabajo.

Por ejemplo, el IMSS¹¹¹ ofrece no sólo capacitación a las mil enfermeras¹¹² que tiene para cubrir toda la delegación de Hidalgo, sino también pretende que estas entren al sistema interno de profesionalización. Novecientas enfermeras tienen nivel técnico¹¹³ y carecen de las habilidades, conocimientos y destrezas que sólo cien de ellas tienen, debido a que su nivel académico es la licenciatura.

En el caso de la SSAH¹¹⁴, se editó una revista para capacitar al personal médico y administrativo de las 13 jefaturas jurisdiccionales, así como a los 84 coordinadores municipales en materia de salud. En dicha revista, se tratan

¹⁰⁹ Árechiga, Osvaldo, "Enfermeras con bajos salarios", Milenio, 22/Marzo/07, pp. 27.

¹¹⁰ Dentro del DIF, el área de enfermería está desfasado respecto a sus honorarios, para ello se está elaborando un catalogo de puestos para que reciban remuneraciones de acuerdo al nivel que desempeñan.

¹¹¹ Árechiga, Osvaldo, "Pretenden profesionalizar a enfermeras", Milenio, 12/Agosto/06, pp.12.

¹¹² Ángeles, Edna, "Ahora en enfermería, Icaithi demuestra su labor", Síntesis, 26/Septiembre/07, pp. 12.

¹¹³ Los cursos que son desarrollados por las enfermeras a nivel técnico, consideran únicamente los siguientes temas, fundamentos de enfermería, soporte básico de vida y atención, pre-hospitalaria básica, enfermería materno infantil, geriátrica, médico-quirúrgica y prácticas hospitalarias., de ahí que se desee profesionalizar a este recurso humano con el objetivo de que acudan en apoyo de las zonas marginadas.

¹¹⁴ Ávila, Jorge, "SSAH edita revista médica para capacitación de personal", Milenio, 14/Junio/06, pp. 22.

temas de salud para la población juvenil como son métodos de planificación familiar y detección de víctimas de violencia familiar, entre otros temas.

Y por último el DIF, a través de un convenio entre esta institución de asistencia pública y la Fundación México Unido y sus Valores Culturales, se han creado 22 comités con los que se fortalecen los valores de los recursos humanos con los que cuenta este organismo de salud.

E. PERSONAL MÉDICO.

Muchas de las debilidades que se presentan en los servicios de salud se ven reflejadas en la falta de médicos, así como también en el hecho de que se carece de una infraestructura adecuada para atender a la población.

De acuerdo a los datos proporcionados por el Instituto Nacional de Geografía e Informática, en el año 2000, un 30% de médicos titulados no trabajaban dentro del sector salud, en algunos casos porque formaban parte del índice de desempleo, o bien desempeñaban un trabajo que difería del suyo.

Durante muchos años, la carrera de medicina cobró gran importancia dentro del Estado de Hidalgo, la matrícula aumentó considerablemente y esto hizo que los recursos médicos mostraran un desequilibrio importante.

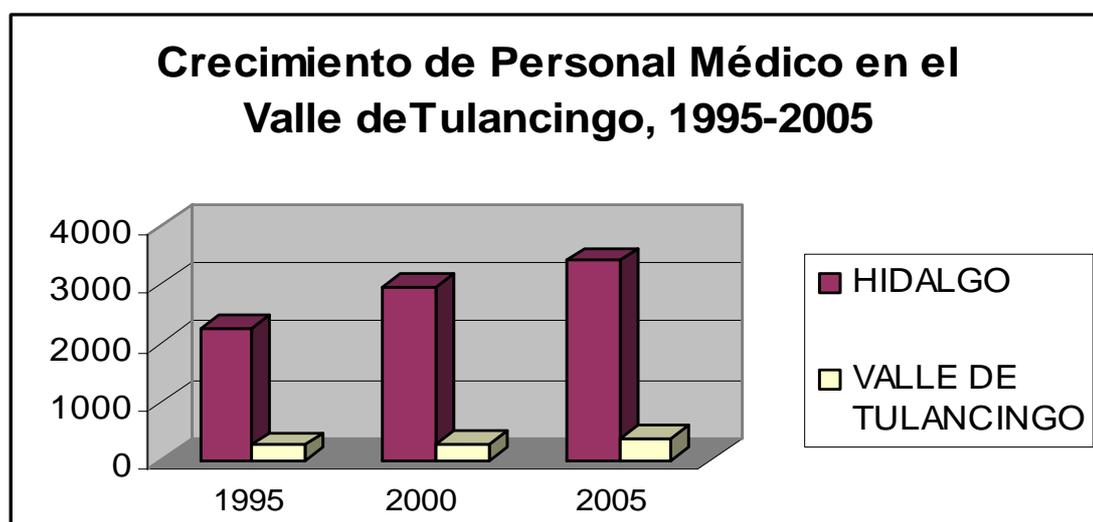
A pesar de los ajustes que instituciones educativas hicieron con respecto a la regulación de matrícula, los médicos y enfermeras fueron distribuidos de manera desigual, la mayoría se concentró en zonas urbanas, esto provocó que municipios con alta y muy alta marginación tuvieran un número muy escaso de estos prestadores de servicios, incrementando así el número de enfermos.

Cuadro 11. Crecimiento de Personal Médico en el Valle de Tulancingo, con respecto a todo el Estado de Hidalgo, 1995-2005

ENTIDAD Y MUNICIPIO	1995	2000	2005
HIDALGO	2,252	2,967	3,411
VALLE DE TULANCINGO	256	295	368
PORCENTAJE	11.37%	9.94%	10.79%

*FUENTE: CENSOS GENERALES DE POBLACIÓN Y VIVIENDA, 2005

Figura 11. Crecimiento de Personal Médico en el Valle de Tulancingo, con respecto a todo el Estado de Hidalgo, 1995-2005



*FUENTE: CENSOS GENERALES DE POBLACIÓN Y VIVIENDA, 2005

El cuadro y la figura 11 nos permiten ver que el crecimiento de médicos en el Valle de Tulancingo ha sido desequilibrado con respecto al resto del Estado. En 1995 en todo el Estado habían 2,252 médicos para una población total de 2,112,473 personas. En ese mismo año el Valle de Tulancingo sólo contaba con 256 médicos (11.37%) para atender una población de 243,286 personas. Para el año 2000 la población del Estado de Hidalgo se incrementó a

2,231,392 personas, al mismo tiempo aumentó el número de médicos a 2,967, pero también resultan insuficientes para atender a toda la población antes mencionada. En el año 2000 en el Valle de Tulancingo, había una población de 258,937 habitantes que eran atendidos únicamente por 295 médicos (9.94%).

En el año 2005 en el Estado de Hidalgo la población no había crecido de una manera significativa, pues se contabilizaron a 2,235,591 personas, es decir, en cinco años había aumentado únicamente por 4,199 habitantes, éstos eran atendidos por 3,411 médicos que como en los años anteriores, eran insuficientes. Con respecto al Valle de Tulancingo en ese año había 368 médicos (10.79%) para brindar atención a una población de 259,549 habitantes.

F. PERSONAL MÉDICO EN EL VALLE DE TULANCINGO.

Los servicios médicos que se ofrecen dentro de los municipios que conforman el Valle de Tulancingo se caracterizan por la insuficiencia de médicos capacitados que atiendan a la población más vulnerable que habita en dichos lugares.

La desigualdad de médicos que surge entre la zona urbana y rural ha provocado que instituciones educativas ayuden a corregir las deficiencias con las que cuentan los servicios de salud a través de sus estudiantes.¹¹⁵

¹¹⁵ Ley del Ejercicio Profesional en Hidalgo, Capítulo IV, Del servicio Social Estudiantil, artículos 8-13.

La gran mayoría de los médicos que se han titulado no están dispuestos a trasladarse a comunidades que están alejadas de las cabeceras municipales, por lo que los pasantes de medicina cubren en un 70% las zonas rurales y un 30% las urbanas, convirtiéndose así en un recurso fundamental para el sector salud.¹¹⁶

La Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, a través de diversos programas sociales, permite que sus pasantes de carreras como medicina, enfermería, odontología, nutrición, psicología y farmacia, ofrezcan sus servicios y realicen sus prácticas profesionales en instituciones como la Secretaría de Salud en el Estado de Hidalgo (SSH), Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad Social y Servicios para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), y el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF). Otras dos instituciones que fortalecen los servicios de salud en el estado son El Colegio de Estudios Científicos y Tecnológicos del Estado de Hidalgo y El Colegio de Enfermeras y Parteras Hidalguenses que a través de sus técnicos de enfermería, permiten subsanar la falta de personal médico en el Estado.¹¹⁷

<http://72.14.253.104/search?q=cache:4OUjjKuSUb8J:www.ordenjuridico.gob.mx/Estatal/HIDALGO/Leyes/HGOLEY31.pdf+LEY+DEL+EJERCICIO+PROFESIONAL+EN+HIDALGO&hl=es&ct=clnk&cd=1&gl=mx>

¹¹⁶ Martínez José Manuel, "Servicio Social Subsana las Carencias de Salud", Milenio, 16 Octubre del 2006, pp.16.

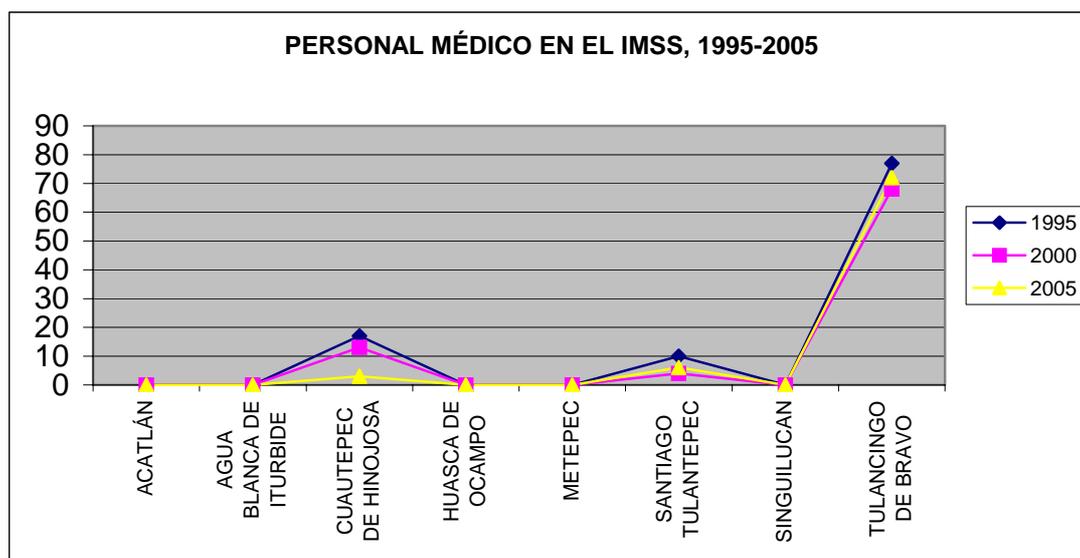
¹¹⁷ Elizondo Sara, "Jonguitud Reconoce Necesidad de más Trabajadores en la Secretaría de Salud", Síntesis, 29 de Junio 2006, pp. 25.

Cuadro 12. Personal Médico en el IMSS, en el Valle de Tulancingo, 1995-2005

MUNICIPIO	1995	2000	2005
ACATLÁN	0	0	0
AGUA BLANCA DE ITURBIDE	0	0	0
CUAUTEPEC DE HINOJOSA	17	13	3
HUASCA DE OCAMPO	0	0	0
METEPEC	0	0	0
SANTIAGO TULANTEPEC	10	4	6
SINGUILUCAN	0	0	0
TULANCINGO DE BRAVO	77	68	72
TOTAL	104	85	81

*FUENTE: CENSOS GENERALES DE POBLACIÓN Y VIVIENDA, 2005

Figura 12. Personal Médico en el IMSS, en el Valle de Tulancingo, 1995-2005



*FUENTE: CENSOS GENERALES DE POBLACIÓN Y VIVIENDA, 2005

El cuadro y la figura 12 nos permiten afirmar lo que en los párrafos anteriores se menciona. La falta de médicos en estos municipios es tangible. Tulancingo es el municipio que presenta un mayor número de médicos en el

IMSS. En 1995 en este municipio habían 77 médicos lo que representaba un 74.04%. En el año 2000 se consideraron únicamente 68 médicos y por último en el año 2005, se contabilizaron a 72 médicos para atender a una población usuaria de 44,475 pacientes.

En 1995, el municipio de Cuauhtepec de Hinojosa tenía en su haber 17 médicos (16.35%). En los siguientes cinco años, únicamente se consideraron 13 profesionales de la salud (15.29%), pero para el año 2005 dicho número tuvo un descenso significativo, pues sólo se contó con 3 médicos (3.70%).

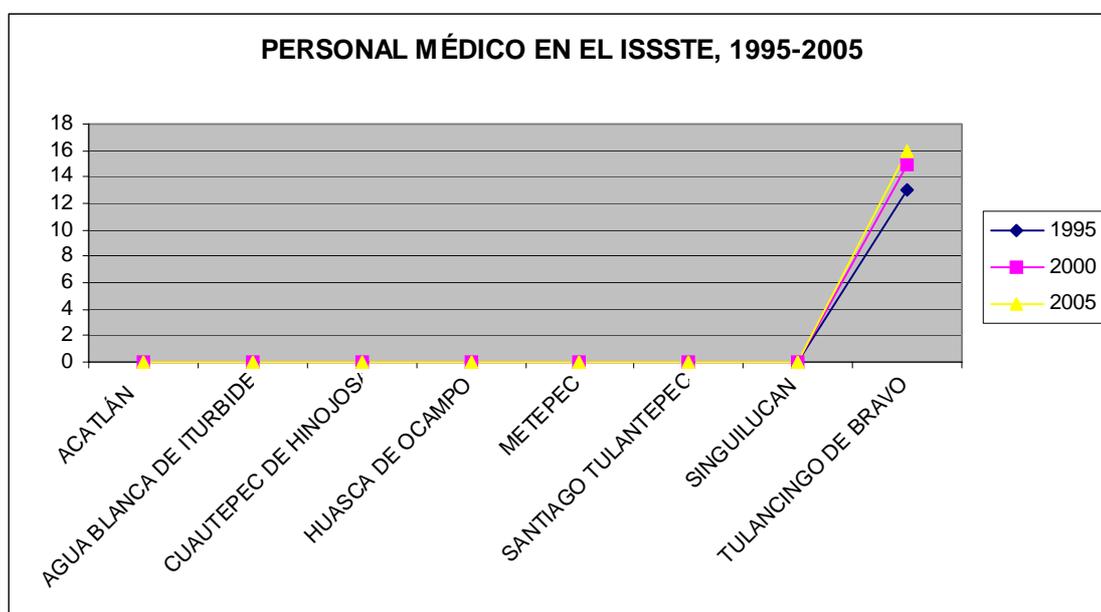
Santiago Tulantepec es otro de los municipios que no tiene los suficientes médicos para atender a una población usuaria de 6,035 personas; en 1995 tenía únicamente 10 médicos, en el año 2000 solamente 4 y en el 2005 se contabilizaron sólo 6 profesionales de la salud.

Cuadro 13. Personal Médico en el ISSSTE, en el Valle de Tulancingo, 1995-2005

MUNICIPIO	1995	2000	2005
ACATLÁN	0	0	0
AGUA BLANCA DE ITURBIDE	0	0	0
CUAUTEPEC DE HINOJOSA	0	0	0
HUASCA DE OCAMPO	0	0	0
METEPEC	0	0	0
SANTIAGO TULANTEPEC	0	0	0
SINGUILUCAN	0	0	0
TULANCINGO DE BRAVO	13	15	16
TOTAL	13	15	16

*FUENTE: CENSOS GENERALES DE POBLACIÓN Y VIVIENDA, 2005

Figura 13. Personal Médico en el ISSSTE, en el Valle de Tulancingo, 1995-2005



*FUENTE: CENSOS GENERALES DE POBLACIÓN Y VIVIENDA, 2005

Con respecto al ISSSTE, podemos ver a través del cuadro y la figura 13, que Tulancingo presenta en el año de 1995 13 médicos y son contratados dos más para el año 2000; en el año 2005 había únicamente un médico más, es decir, 16 profesionales de la salud para atender a toda su población usuaria.

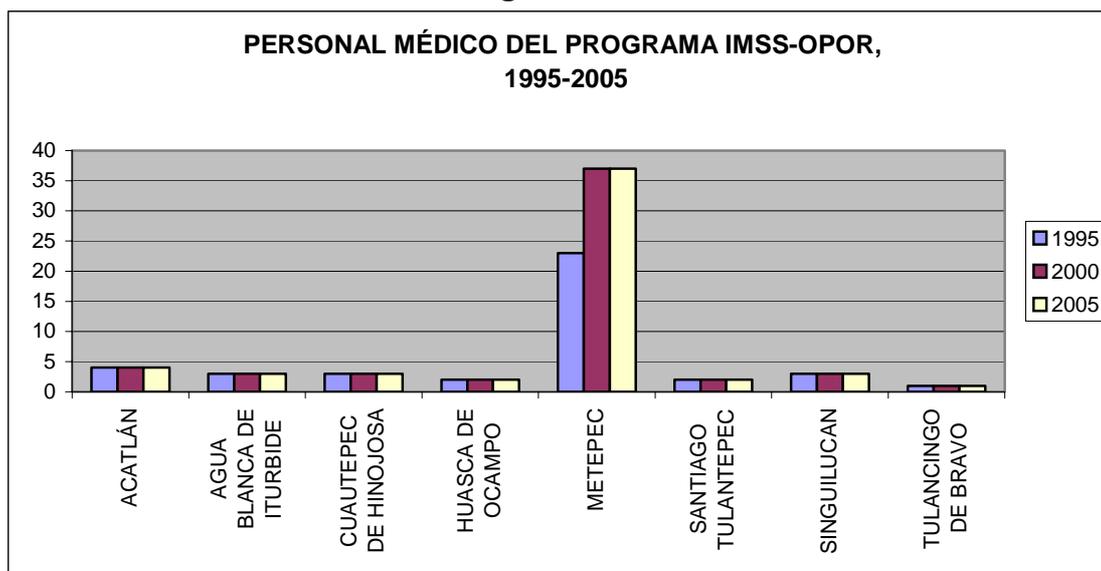
Cuadro 14. Personal Médico del Programa IMSS-OPOR, en el Valle de Tulancingo, 1995-2005

MUNICIPIO	1995	2000	2005
ACATLÁN	4	4	4
AGUA BLANCA DE ITURBIDE	3	3	3
CUAUTEPEC DE HINOJOSA	3	3	3
HUASCA DE OCAMPO	2	2	2
METEPEC	23	37	37
SANTIAGO TULANTEPEC	2	2	2

SINGUILUCAN	3	3	3
TULANCINGO DE BRAVO	1	1	1
TOTAL	41	55	55

*FUENTE: CENSOS GENERALES DE POBLACIÓN Y VIVIENDA, 2005

Figura 14. Personal Médico del Programa IMSS-OPOR en el Valle de Tulancingo, 1995-2005



*FUENTE: CENSOS GENERALES DE POBLACIÓN Y VIVIENDA, 2005.

De acuerdo al cuadro 14 y la figura 14 podemos darnos cuenta de que el municipio de Metepec es quien presenta un mayor número de médicos que atienden a una población usuaria de 26,179 personas. En el año de 1995 tuvo 23 médicos, para el año 2000 se consideraron 37 profesionales médicos, es decir, 14 médicos más que en los cinco años anteriores, para el año 2005 podemos ver que los 37 médicos conservaron sus plazas.

Durante los quince años que se están estudiando, es decir, de 1995 al año 2005, podemos decir que Acatlán ha tenido permanentemente a sólo cuatro médicos, éstos resultan insuficientes para darles servicios médicos de calidad a 5,273 usuarios.

Agua Blanca de Iturbide, Cuauhtepec de Hinojosa y Singuilucan, son tres de los municipios del Valle de Tulancingo que tienen en su plantilla laboral a sólo tres médicos que otorgan servicio a 21,917 usuarios.

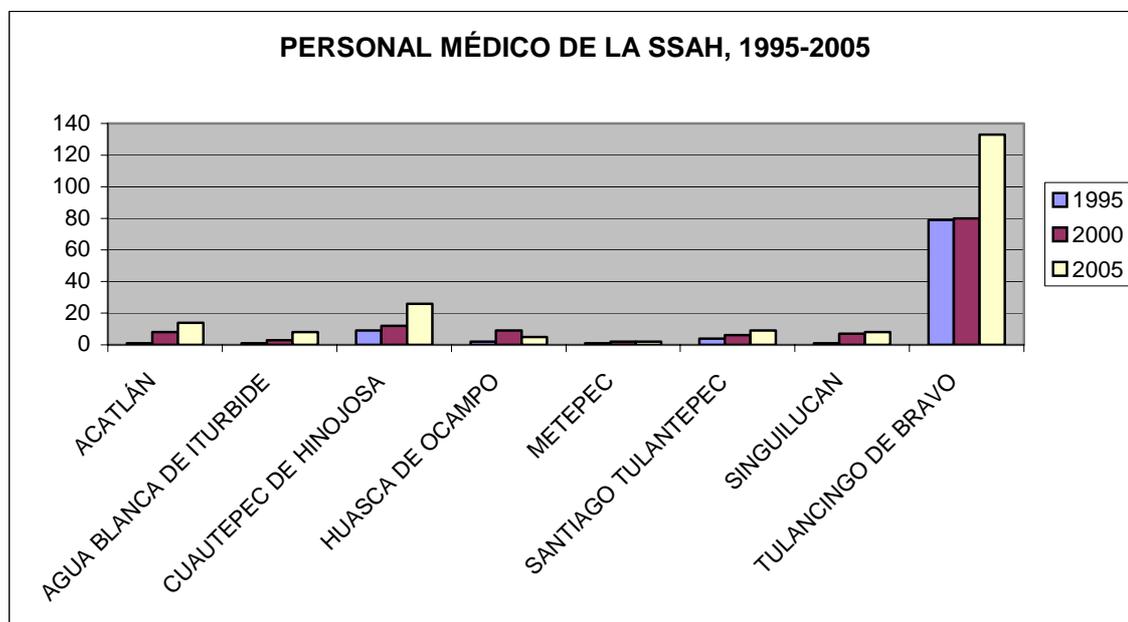
Huasca de Ocampo y Tulancingo de Bravo tienen 2 y 1 médicos para dar atención a 6,485 y 3,953 usuarios respectivamente.

Cuadro 15. Personal Médico de la Secretaría de Salud de Hidalgo, en el Valle de Tulancingo, 1995-2005

MUNICIPIO	1995	2000	2005
ACATLÁN	1	8	14
AGUA BLANCA DE ITURBIDE	1	3	8
CUAUTEPEC DE HINOJOSA	9	12	26
HUASCA DE OCAMPO	2	9	5
METEPEC	1	2	2
SANTIAGO TULANTEPEC	4	6	9
SINGUILUCAN	1	7	8
TULANCINGO DE BRAVO	79	80	133
TOTAL	98	127	205

*FUENTE: CENSOS GENERALES DE POBLACIÓN Y VIVIENDA, 2005.

Figura 15. Personal Médico de la Secretaria de Salud de Hidalgo, en el Valle de Tulancingo, 1995-2005



*FUENTE: CENSOS GENERALES DE POBLACIÓN Y VIVIENDA, 2005.

Respecto al cuadro y la figura 15 podemos observar que Tulancingo presenta un mayor número de médicos para atender a la población usuaria de la Secretaria de Salud. En 1995 dentro de sus plazas de trabajo se consideraron a 79 médicos; en el año 2000 se contrató a un médico más para tener un total de 80 trabajadores de la salud, y para el año 2005, la Secretaria se vio fortalecida con el trabajo de 133 profesionales de la salud (64.68%) para atender un total de 43,186 usuarios.

El siguiente municipio es Cuautepec de Hinojosa, en 1995 contaba con 79 médicos, en el año 2000 tuvo únicamente 12 profesionales médicos y para el año 2005 esa cantidad se duplicó, pues se consideraron a 26 médicos (12.68%) para atender a una población usuaria de 19,111 personas.

Acatlán, es uno de los municipios que presenta una variación importante en su número de médicos del año de 1995 al año 2000, en el primer año, encontramos que sólo tuvo 1 médico y en el siguiente año, tuvo 8 trabajadores de la salud; para el año 2005 se contabilizaron a 14 profesionales médicos (6.83%) para darles servicio a 10,363 usuarios.

En cuanto a Santiago Tulantepec podemos decir que al igual que los otros municipios ha mostrado un aumento en su número de médicos, aunque es preciso decir, que resultan insuficientes. En 1995 tenía sólo 4 profesionales de la salud; en el año 2000 se contrataron a 6 médicos y por último en el año 2005 se contabilizaron 9 médicos (4.39%) para dar atención a 4,885 usuarios.

Agua Blanca de Iturbide, presenta en 1995 1 médico, esta cantidad aumenta a 3 en el año 2000 y se contabilizan 8 en el año 2005, estos médicos atienden a una población usuaria de 19,329 personas.

Singuilucan también tiene un solo médico en el año de 1995, en los siguientes cinco años se consideran 7 médicos y para el año 2005 se contabilizan a 8 médicos (3.90%) para dar servicio a 6,020 usuarios.

Huasca de Ocampo es uno de los municipios del Valle de Tulancingo que muestra un descenso en su número de médicos a partir del año 2000. En los primeros cinco años, es decir, en 1995 este municipio contaba con 2 médicos, en el año 2000 se consideraron 9 médicos y el descenso se da a partir de los siguientes cinco años, pues en el año 2005 sólo se desempeñaron 5 médicos (2.44%) que atendieron 5,349 usuarios.

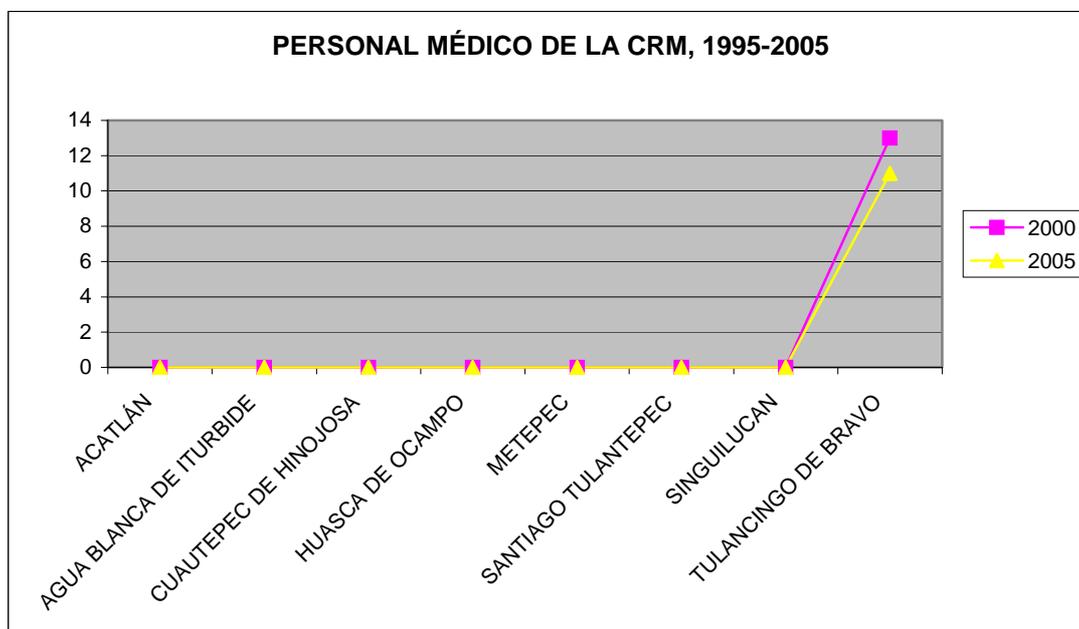
Por último Metepec, este municipio presenta el menor número de médicos. En 1995 se consideró un solo médico, para los siguientes cinco años, es decir, en el año 2000 se registraron únicamente 2 y este número se mantuvo hasta el año 2005. Dos médicos atendieron a una población usuaria de 3,094 personas.

Cuadro 16. Personal Médico de la Cruz Roja Mexicana, en el Valle de Tulancingo, 1995-2005

MUNICIPIO	1995	2000	2005
ACATLÁN	0	0	0
AGUA BLANCA DE ITURBIDE	0	0	0
CUAUTEPEC DE HINOJOSA	0	0	0
HUASCA DE OCAMPO	0	0	0
METEPEC	0	0	0
SANTIAGO TULANTEPEC	0	0	0
SINGUILUCAN	0	0	0
TULANCINGO DE BRAVO	0	13	11
TOTAL	0	13	11

*FUENTE: CENSOS GENERALES DE POBLACIÓN Y VIVIENDA, 2005

Figura 16. Personal Médico de la Cruz Roja Mexicana, en el Valle de Tulancingo, 1995-2005



*FUENTE: CENSOS GENERALES DE POBLACIÓN Y VIVIENDA, 2005

Tulancingo es el único municipio del Valle de Tulancingo que cuenta con el apoyo médico de la Cruz Roja Mexicana (Cuadro y figura 16), durante los primeros cinco años que se están considerando para este estudio, es decir en 1995, no se habían contratado médicos, es hasta el año 2000 que la institución contó con 13 profesionales de la salud; en el año 2005 se consideraron 11 médicos. Actualmente esta institución cuenta con una plantilla laboral de 50 socorristas en efectivo, 30 personas para actividades generales en los que se incluyen 6 médicos y voluntarios¹¹⁸. Los socorristas cuentan con una formación profesional que avala la SEP y que los convierte

¹¹⁸ Márquez, Yuliana, "La Cruz Roja no recibirá más basura de hospitales", Milenio, 24/Abril/07, pp.08.

en técnicos en urgencias médicas, lo anterior es un requisito necesario para poder trabajar dentro de este organismo.

Como ya lo mencioné en los párrafos introductorios, las instituciones educativas a través de sus estudiantes ayudan a subsanar la falta de médicos a nivel estatal y dentro de los municipios que conforman el Valle de Tulancingo, pero es importante mencionar, que existen las llamadas caravanas médicas a través de las cuales los pacientes reciben atención por parte de médicos generales y especialistas que forman parte de organizaciones civiles y religiosas.¹¹⁹ Estas organizaciones en muchos de los casos, provienen de otros países y son avaladas por la Secretaría de Salubridad y Asistencia en el Estado de Hidalgo. Cada año visitan los municipios que presentan un mayor índice de marginación, ofrecen gratuitamente consultas generales y de especialidad, consultas ginecológicas y odontológicas, así como medicamentos, lentes y en algunos casos, aparatos ortopédicos.

A pesar del apoyo que estas organizaciones ofrecen, los médicos titulados que radican dentro del Estado, son insuficientes para satisfacer la atención que demandan los usuarios y derechohabientes de las instituciones tanto de seguridad social, como las de asistencia pública.

No sólo dentro de los municipios que conforman el Valle de Tulancingo, sino en todo el Estado, se requieren más médicos y enfermeras competentes que

¹¹⁹ Márquez, Yuliana, "Inicia Caravana Médica Cristiana en Santiago Tulantepec", Milenio, 16/Julio/07, pp. 06.

ayuden a disminuir los índices de enfermedad que existen y aunque la SSAH¹²⁰ está consiente de esta necesidad, también es cierto que resulta imposible llevar a cabo contratos masivos de recursos humanos en materia de salud, ya que este organismo no cuenta con el presupuesto adecuado para absorber a todos los egresados.¹²¹

Cuando se llevan a cabo contrataciones, la SSAH se apoya de instituciones educativas que ofrecen recursos humanos con licenciatura y especialización¹²² con el objeto de que presten sus servicios en aquellos municipios donde se están abriendo nuevos hospitales y centros de salud. Particularmente en el caso de los hospitales, se necesitan primordialmente médicos especializados que no es posible contratar a nivel regional. Además de lo anterior, esta misma institución ha creado foros de consulta y el análisis de los programas que fomentan no sólo un mejor nivel de salud, sino también permiten replantear mecanismos y estrategias de salud para los municipios.

Es necesario replantear los mecanismos ya existentes ya que eso permitirá que entre médicos, enfermeras y población se forme una relación más estrecha, lo anterior va a permitir que los pacientes reciban una atención digna y con tiempos de consulta adecuados; los médicos tendrán una mejor capacitación para ofrecer sus servicios y no tendrán el exceso de trabajo que

¹²⁰ Elizondo, Sara, "Jonguitud reconoce la necesidad de más trabajadores en la Secretaría de Salud", Síntesis, 29/Junio/06, pp. 25.

¹²¹ Vargas, Adriana Beatriz, "Ronda el recorte presupuestal en la SS: Jonguitud", Plaza Juárez, 24/Diciembre/06, pp.12.

¹²² Vargas, Adriana Beatriz, "Hidalgo carece de médicos especialistas", Plaza Juárez, 24/Abril/07, pp.16.

paradójicamente crea en ellos el estrés que les produce enfermedades¹²³, lo que da como resultado que otros tengan más pacientes que revisar y médicos indispuestos.¹²⁴

G. UNIDADES MÉDICAS.

Se considera a la Unidad médica como “el establecimiento físico que cuenta con recursos materiales, humanos, tecnológicos y económicos, cuya complejidad es equivalente al nivel de operación destinado a proporcionar atención médica integral a la población”.¹²⁵ La unidad médica proporciona 3 niveles de operación que son Consulta Externa, de Hospitalización y por último, Hospitalización General. El primer nivel, tiene un establecimiento en el que personal médico y paramédico atienden a pacientes ambulatorios, no ofrece servicios de hospitalización. La hospitalización especializada, permite el diagnóstico, tratamiento y la rehabilitación de pacientes con enfermedades específicas y por último, la unidad de medicina general, brinda atención a pacientes en las ramas troncales de la medicina como es la medicina interna, cirugía, pediatría, así como las especialidades que se derivan de ellas.¹²⁶

¹²³ Dentro de las enfermedades más comunes por estrés entre el personal médico se presentan la úlcera gástrica, gastritis, ansiedad, angustia y urticaria.

¹²⁴ Árechiga, Osvaldo, “Médicos sufren males de salud por exceso de trabajo”, Milenio, 24/Abril/07, pp. 13.

¹²⁵ Sistema Nacional de Salud, “Boletín de Información Estadística”, Número 15, 1995, Vol. I Recursos y Servicios, México D. F., 1996.

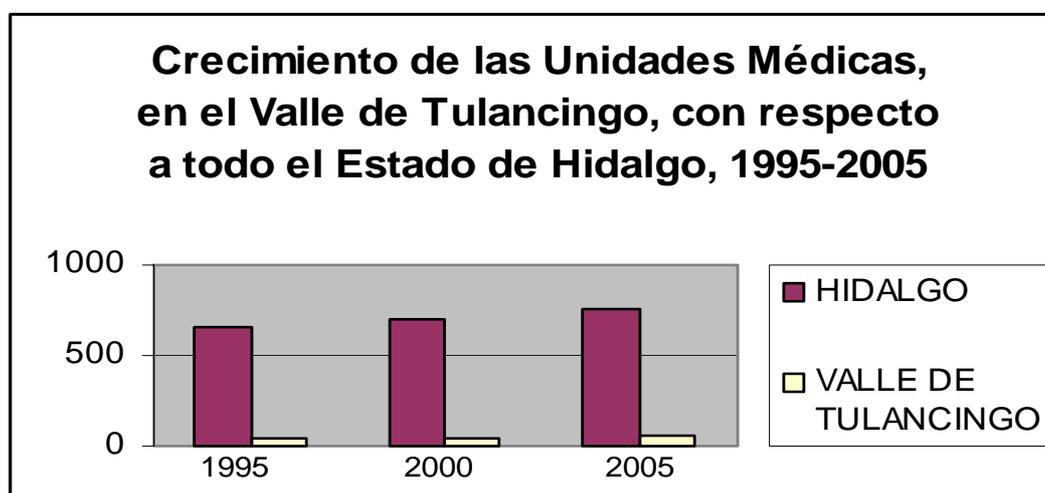
¹²⁶ Sistema Nacional de Información en Salud, <http://sinais.salud.gob.mx>. 18/Sep/07

Cuadro 17. Crecimiento de las Unidades Médicas en el Valle de Tulancingo, con respecto a todo el Estado de Hidalgo, 1995-2005

ENTIDAD Y MUNICIPIO	1995	2000	2005
HIDALGO	651	695	761
VALLE DE TULANCINGO	46	48	58
PORCENTAJE	7,07%	6,91%	7,62%

*FUENTE: CENSOS GENERALES DE POBLACIÓN Y VIVIENDA, 2005

Figura 17. Crecimiento de las Unidades Médicas, en el Valle de Tulancingo, con respecto a todo el Estado de Hidalgo, 1995-2005



*FUENTE: CENSOS GENERALES DE POBLACIÓN Y VIVIENDA, 2005

Durante quince años, el Estado de Hidalgo, ha mostrado un crecimiento muy lento de sus unidades en sus dos regímenes de salud.¹²⁷ En 1995 a nivel estatal se tenían 651 unidades y para el año 2000, aumentaron 47 unidades más y así se tuvo un total de 698 unidades. En el año 2005 se habían construido 63 unidades más, lo que dio como resultado 761 unidades de

¹²⁷ El Dr. Uriel Vite Torres, nos refiere amablemente que a partir del año 2005, se ha incrementado la consideración de hospitales, se remodeló el hospital de Tulancingo y se tiene proyectado la construcción de un nuevo hospital para el año 2009. En el municipio de Pachuca, está la construcción del Hospital del Niño DIF, con más de 45 especialidades, además de tener proyectado la construcción de un nuevo Hospital General.

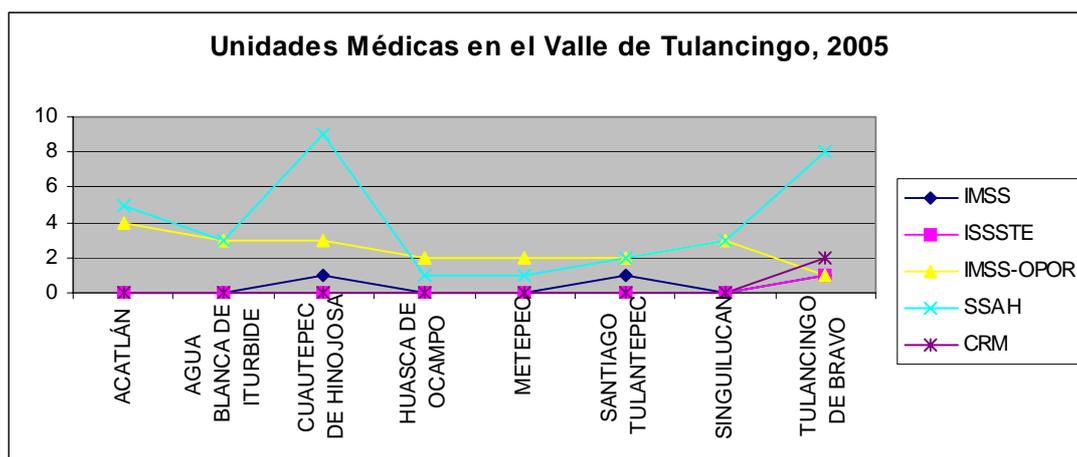
salud. Con respecto al Valle de Tulancingo, en este mismo lapso de tiempo, únicamente se abrieron 12 unidades de salud. En el año de 1995 había 46 unidades y sólo se abrieron dos más para el año 2000, en los siguientes cinco años y de acuerdo al INEGI, hubo 58 unidades de salud.

Cuadro 18. Unidades Médicas en el Valle de Tulancingo, 2005

MUNICIPIO	IMSS	ISSSTE	IMSS-OPOR	SSH	CRM
ACATLÁN	0	0	4	5	0
AGUA BLANCA DE ITURBIDE	0	0	3	3	0
CUAUTEPEC DE HINOJOSA	1	0	3	9	0
HUASCA DE OCAMPO	0	0	2	1	0
METEPEC	0	0	2	1	0
SANTIAGO TULANTEPEC	1	0	2	2	0
SINGUILUCAN	0	0	3	3	0
TULANCINGO DE BRAVO	1	1	1	8	2
TOTAL	3	1	20	32	2

*FUENTE: CENSOS GENERALES DE POBLACIÓN Y VIVIENDA, 2005

Figura 18. Unidades Médicas en el Valle de Tulancingo, 2005



*FUENTE: CENSOS GENERALES DE POBLACIÓN Y VIVIENDA, 2005

Tanto en el cuadro como en la figura 18, podemos observar, que el municipio de Acatlán tiene 9 unidades médicas y su nivel de operación es de consulta externa. En el régimen de asistencia social, tiene 4 unidades médicas para el programa IMSS-OPOR y 5 en la SSAH.

Agua Blanca de Iturbide, tiene 6 unidades médicas y su nivel de operación es de consulta externa. En el régimen de asistencia social tiene 3 unidades para el programa IMSS-OPOR y 3 para la SSAH.

Otro de los municipios que conforman el Valle de Tulancingo es, Cuauhtepéc de Hinojosa, tiene 13 unidades médicas y su nivel de operación es de consulta externa, en el régimen de seguridad social, hay una unidad para atender a los pacientes del IMSS y en el régimen de asistencia social, hay 3 unidades para el programa IMSS-OPOR y 9 para la SSAH.

El siguiente municipio que es Huasca de Ocampo, tiene en su haber 3 unidades médicas, su nivel de operación es de consulta externa. Dentro del régimen de asistencia social, el programa IMSS-OPOR tiene 2 unidades y en la SSAH, una unidad.

Metepec, tiene abiertas 3 unidades médicas, con dos niveles de operación, consulta externa y de hospitalización general. En el primer nivel de operación y dentro del régimen de asistencia social, hay 2 unidades médicas para el programa IMSS-OPOR y 1 para la SSAH. En el segundo nivel de operación, hay 1 sola unidad médica para el programa IMSS-OPOR.

Santiago Tulantepec, tiene 5 unidades en su totalidad, su nivel de operación es de consulta externa, en el régimen de seguridad social hay 1 unidad para

el IMSS; en el régimen de asistencia social hay 2 unidades para el programa IMSS-OPOR y 2 para la SSAH.

El siguiente municipio es Singuilucan, que tiene 6 unidades médicas, su nivel de operación es de consulta externa. En el régimen de asistencia social hay 3 unidades médicas para el programa IMSS-OPOR y 3 para la SSAH.

Y por último, Tulancingo de Bravo que tiene 13 unidades médicas, con dos niveles de operación, consulta externa y de hospitalización general. Para el primer nivel de operación y dentro del régimen de seguridad social, hay 1 unidad médica para el ISSSTE; en el régimen de asistencia social ya 1 unidad para el programa IMSS-OPOR, 7 para la SSAH y 1 para la CRM. Para el segundo nivel de operación y dentro del régimen de seguridad social, hay 1 unidad para el IMSS, 1 para la SSAH y 1 para la CRM.

A través de los datos anteriores, hemos podido observar, que el número de unidades¹²⁸ de salud con los que cuentan los regímenes de salud, tanto de seguridad social, como el de asistencia social, son claramente insuficientes,¹²⁹ para cubrir la cantidad de derechohabientes y usuarios que acuden a solicitar atención médica a las respectivas instituciones con las que se cuentan dentro del Estado y específicamente en el Valle de Tulancingo.

Unidades médicas pertenecientes al régimen de seguridad social como lo son el IMSS e ISSSTE, han ampliado sus instalaciones, sin embargo, los

¹²⁸ Velásquez, Ana Luisa, "No le ha ido bien a los Hidalguenses en materia de salud: Jonguitud", Plaza Juárez, 28/Marzo/06, pp. 12.

¹²⁹ La infraestructura es limitada a pesar de que dentro del Estado se están construyendo hospitales nuevos en los municipios de Tula, Tlanchinol y Apan, así como en Huejutla, Ixmiquilpan y el Hospital Infantil en Pachuca.

cambios son insignificantes en relación a la población que cada día demanda una mayor y mejor atención médica.

En el caso del IMSS, se extendieron las instalaciones en el Hospital No. 1¹³⁰ y Clínica No. 32 del municipio de Pachuca Hidalgo, así como en los municipios de Actopan y en uno de los municipios que estamos estudiando es decir, en Tulancingo.

El hospital No.1 del municipio de Pachuca fue creado desde hace 33 años y desde que fue inaugurado presenta el mismo número de camas para atender a los derechohabientes por lo que se ha propuesto crear un hospital de tercer nivel, así como una torre anexa para el área de gineco obstetricia y 2 quirófanos más. En el municipio de Actopan se construyeron 25 consultorios para consulta externa.

En cuanto a Tulancingo, se aumentaron los consultorios para el nivel de operación de consulta externa, pero aún con este cambio, la infraestructura no es suficiente ¹³¹para la demanda actual de la población. En este hospital se necesita un mayor número de camas, así como un oportuno abasto de medicamentos, pues algunos medicamentos como gotas o pastillas para controlar la presión arterial o la diabetes, presentan un faltante considerable.

¹³⁰ Vargas, Beatriz Adriana, "Se amplían instalaciones del Seguro Social", Milenio, 09/Julio/06, pp. 12.

¹³¹ Lenoyr, Sergio, "Hospital del IMSS, deficiente espacio", Milenio, 07/Agosto/07, pp.34.

Con respecto al ISSSTE¹³², podemos decir que tanto en el municipio de Pachuca, como en el de Tulancingo, se llevaron a cabo remodelaciones en sus hospitales y no sólo se modificaron los espacios para los derechohabientes, sino también para los trabajadores que carecían del espacio suficiente para desempeñar apropiadamente su trabajo.

En ambas instituciones se ampliaron las áreas de urgencias. En Pachuca, se agrandó el espacio para el libre tránsito de médicos y enfermeras, se instaló iluminación y ventilación, así como el mobiliario que se adquirió, monitores, ventiladores, desfibriladores y carros rojos, que contienen todo el material de curación que se necesita para atender a los pacientes que así lo requieran.

En el municipio de Tulancingo, también se instaló tecnología de punta, por lo que fue necesario capacitar tanto a médicos como enfermeras en el manejo de los aparatos y se colocaron pantallas en las que se registrarán los signos vitales del paciente, además de un mayor número de cubículos para una mejor circulación del personal. Sin embargo, y a pesar de estas modificaciones, la demanda sobrepasará en unos cuantos meses estas nuevas instalaciones, por lo que es necesario construir nuevas unidades de salud, con todo lo necesario y que si bien no igualarán el número de derechohabientes, tendrán una mejor cobertura y ofrecerán un mejor servicio a nivel administrativo y médico.

¹³² Lenoyr, Sergio, "Alistan áreas en hospitales del ISSSTE", Milenio, 05/Septiembre/07, pp.06.

En cuanto a la Secretaría de Salubridad y Asistencia¹³³, podemos decir que muestra un déficit¹³⁴ considerable en su infraestructura¹³⁵ y también en sus recursos materiales y no sólo porque ha crecido el número de usuarios en esta institución, sino porque ha tenido que soportar el peso de la afiliación de familias enteras a programas como el Seguro Popular y el Seguro para una nueva Generación con las mismas instalaciones y presupuesto.

Las clínicas de asistencia social de los municipios que conforman el Valle de Tulancingo, se ubican dentro de las cabeceras municipales, generalmente están constituidas por cuatro consultorios para dar consulta general, por lo anterior, una gran cantidad de pacientes son atendidos en el área de sala de espera, también son atendidas dos personas en un mismo cubículo, o bien son utilizados los consultorios para atención dental. Aunque estas instalaciones son inauguradas¹³⁶ y entregadas a la población como si fueran nuevas, carecen absolutamente de todo lo necesario para atender hasta las necesidades más primordiales. Tienen un promedio de 30 años, por lo que instrumentos y muebles resultan obsoletos y los tiempos de espera son mucho más amplios que en otras clínicas que presentan un mayor número de consultorios, pero sobre todo de médicos.

Como estas unidades de salud carecen de recursos materiales y humanos para ofrecer atención de urgencias y especialización, los pacientes que así lo

¹³³ Quintana, Alberto, "Módulo de salud, inoperable", Milenio, 18/Abril/07, pp. 7.

¹³⁴ Quintana, Alberto, "Piden atención en centro de salud", Milenio, 28/Septiembre/07, pp. 06.

¹³⁵ Ávila, Jorge, "Infraestructura de salud más importante que la atención?", Milenio, 29/Marzo/06, pp.15.

¹³⁶ Quintana, Alberto, "Revisa contraloría edificio que inauguró Osorio Chong", Milenio, 14/Mayo/07, pp. 13.

requieran, son enviados al Hospital General del municipio de Pachuca Hidalgo, lo anterior, da como resultado una incapacidad de esta institución¹³⁷ para atender a la población usuaria¹³⁸ que no sólo pertenece al Estado de Hidalgo o de manera específica al Valle de Tulancingo¹³⁹, sino también acuden pacientes que provienen del Estado de México, Puebla y Veracruz.

Debido a que la población seguirá creciendo en los próximos años y la demanda será mucho más considerable, es necesario construir otro hospital de especialidades y para que éste resulte suficiente y aligere el trabajo del Hospital General de Pachuca, deberá tener por lo menos 100 camas censables¹⁴⁰, un área de quirófanos más grande, un mayor número de consultorios para ofrecer consulta externa, un área para pacientes con quemaduras, así como la zona de terapia intensiva intermedia.

Es importante mencionar que ninguno de los Hospitales que se han construido y puesto en marcha, o bien que se están proyectando en el Estado de Hidalgo y que pertenecen al régimen de asistencia social, presentan una infraestructura adecuada¹⁴¹ para dar atención a personas seropositivas que se ven afectadas por enfermedades como la tuberculosis o

¹³⁷ Lenoyr, Sergio, "Insuficiencias en el Hospital General de Pachuca", Milenio, 29/Agosto/07, pp. 05.

¹³⁸ Se tienen registradas 86 mil familias que acuden a este hospital anualmente para recibir medicina especializada a través del Seguro Popular y 40 mil que provienen de poblaciones como Zumpango, San Juan Teotihuacan, Heypoxtla, Huauchinango, Zacatlán, Villa Flores y Poza Rica.

¹³⁹ Árechiga, Osvaldo, "Infraestructura del hospital General de Pachuca, insuficiente para atender a usuarios de Tulancingo", Tendencias, Milenio, 11/Julio/06, PP.17.

¹⁴⁰ Lenoyr, Sergio, "El Hospital de especialidades será insuficiente para Hidalgo", Milenio, 25/Septiembre/07, pp. 03.

¹⁴¹ Redacción, "Hospitales sin infraestructura para atender a la población seropositiva" Plaza Juárez, 02/Febrero/07, pp. 05.

la neumonía¹⁴², únicamente el IMSS e ISSSTE otorgan tratamientos especiales que estas mismas instituciones crearon para atender a pacientes con este tipo de enfermedad.

Hasta este momento hemos visto que no sólo el Valle de Tulancingo, sino todo el Estado de Hidalgo, carecen de Unidades de salud apropiadas para atender a la población. Esta insuficiencia ha llevado a instituciones de asistencia social como el DIF, ha tratar de subsanar esa sobre demanda. En todo el Estado existen en promedio 47 mil 176 habitantes con alguna discapacidad¹⁴³, por lo que se crearon cuatro centros regionales de rehabilitación¹⁴⁴, uno está ubicado en Tulancingo. Aunque este municipio ya contaba anteriormente con otro centro de rehabilitación, ya no era suficiente para atender a los pacientes que acuden a recibir atención física y mental desde municipios como Acatlán, Acaxochitlán, Agua Blanca, Cuauhtepac, Huasca y de Estados como Puebla y Veracruz. Por el momento, este nuevo centro de rehabilitación cuenta con programas apropiados para ofrecer terapias de estimulación temprana, desarrollo psicomotriz y todas aquellas secuelas provocadas por algún accidente. La plantilla de trabajo está constituida por médicos rehabilitadores¹⁴⁵, médicos generales, sicólogos, enfermeras, terapeutas físicos, ocupacionales, de lenguaje y radiólogos. Y su

¹⁴² Vargas, Beatriz Adriana, "Incrementa la tuberculosis en enfermos de VIH-Sida", Plaza Juárez, 05/Diciembre/07, pp. 06.

¹⁴³ Los otros tres centros de rehabilitación, están ubicados en los municipios de Huejutla, Ixmiquilpan y Tula.

¹⁴⁴ Vargas, Beatriz Adriana, "Se construye centro de rehabilitación integral regionales Huejutla", Plaza Juárez, pp.08.

¹⁴⁵ López, Saúl, "Construirán cuatro centros regionales de rehabilitación", Síntesis, 25/Abril/06, pp. 15.

ubicación permite que la población del Valle de Tulancingo¹⁴⁶, ya no tenga que trasladarse hasta el municipio de Pachuca, para que sus pacientes reciban terapias, por lo que ahora, ya no gastan en viáticos, alimentación y hospedaje.¹⁴⁷

Los edificios de las delegaciones de Pachuca y Tulancingo de la Cruz Roja Mexicana¹⁴⁸, al igual que las demás instituciones, tienen muchas exigencias debido a que hay un crecimiento poblacional enorme y un desigual número de edificios de salud y de recursos humanos y materiales.

Como esta institución tiene un presupuesto limitado¹⁴⁹, siempre ha pedido la colaboración de la sociedad con el objetivo no de crear una nueva institución, pues resulta imposible poder concretar un proyecto como ese, pero sí el de cubrir los gastos para rehabilitar las ambulancias con las que ya se cuenta, para apoyar a todas las delegaciones locales y regionales¹⁵⁰, para comprar equipo y material administrativo y por último, para capacitar a técnicos en urgencias médicas en escuelas ubicadas en Pachuca, Tula y Tulancingo¹⁵¹.

¹⁴⁶ López, Saúl, "Centros regionales del DIF ahorrarán traslados", Síntesis, 17/Julio/06, pp. 12.

¹⁴⁷ López, Saúl, "Aumenta padrón de niños y jóvenes atendidos en la unidad de rehabilitación de Tulancingo", síntesis, 09/Mayo/06, pp.12

¹⁴⁸ Ávila, Jorge, "Rebasada la Cruz Roja", Milenio, 17/Agosto/06, pp.07.

¹⁴⁹ Serrano, Diana "Cruz Roja, semillero de técnicos en urgencias médicas: delegado", Síntesis, 22/Marzo/07, pp. 15.

¹⁵⁰ Frías, Luís, "Flojo apoyo de la iniciativa privada a la Colecta de la CRM", Milenio, 11/Abril/07, pp.13

¹⁵¹ Árechiga, Osvaldo, "Se cumplirá meta de la colecta anua de la CRM", 21/Mayo/07, pp.27.

H. CASAS Y AUXILIARES DE SALUD.

La participación de las personas que integran un municipio, es indispensable para la prevención de enfermedades que de no tratarse a tiempo, resultan complicadas y en algunos casos causan la muerte.

Las casas y auxiliares de salud, promueven la formación de grupos comunitarios, para recibir información y tratamiento de las principales enfermedades y problemas de salud. En estos espacios físicos, se busca que la población participe el auto cuidado de la salud y así prevenir enfermedades como la diabetes y la obesidad.

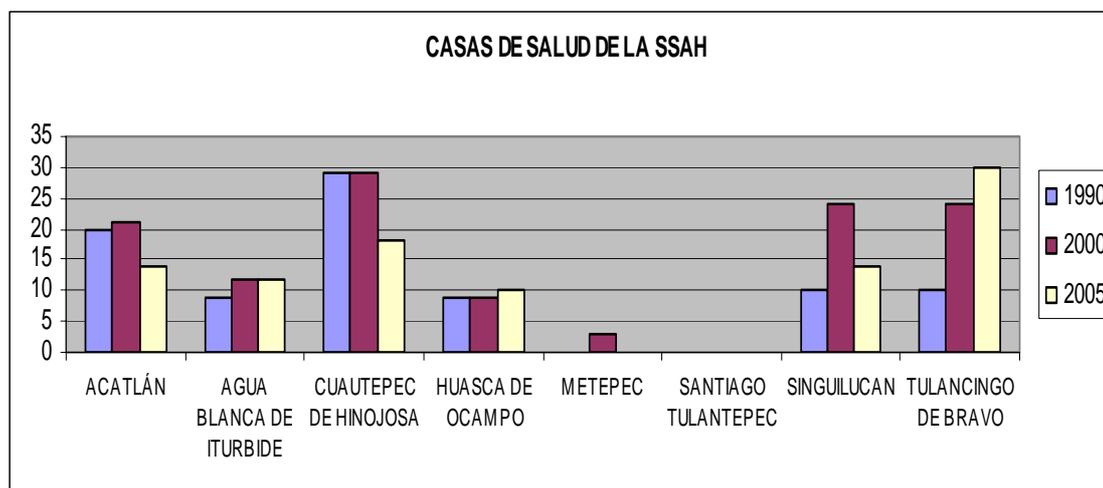
En el cuadro y la figura 19, así como en el cuadro y la figura 20, observaremos el número de casas y auxiliares de salud, que hay en los municipios que integran el Valle de Tulancingo.

Cuadro 19. Casas de salud en el Valle de Tulancingo, 1995-2005

MUNICIPIO	1995	2000	2005
ACATLÁN	20	21	14
AGUA BLANCA DE ITURBIDE	9	12	12
CUAUTEPEC DE HINOJOSA	29	29	18
HUASCA DE OCAMPO	9	9	10
METEPEC	0	3	0
SANTIAGO TULANTEPEC	0	0	0
SINGUILUCAN	10	24	14
TULANCINGO DE BRAVO	10	24	30
TOTAL	87	122	98

*FUENTE: CENSOS GENERALES DE POBLACIÓN Y VIVIENDA, 2005

Figura 19. Crecimiento de las Unidades Médicas, en el Valle de Tulancingo, 1995-2005



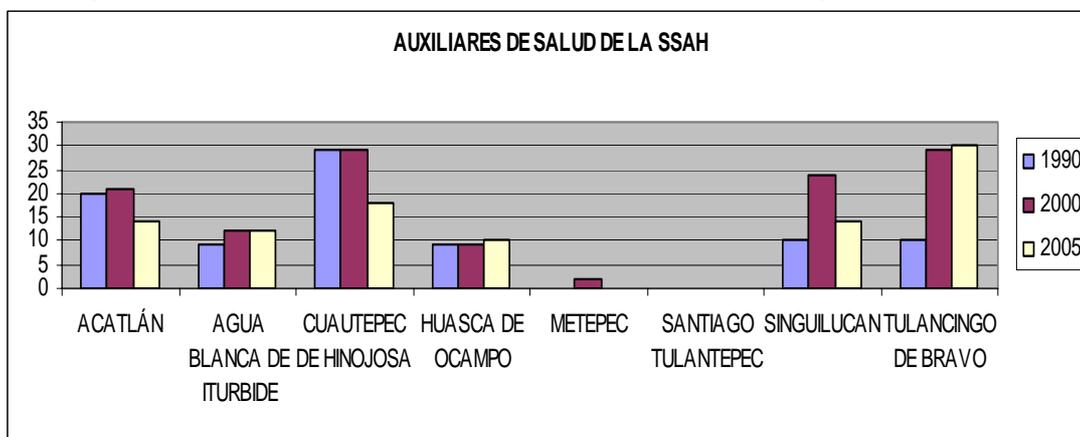
*FUENTE: CENSOS GENERALES DE POBLACIÓN Y VIVIENDA, 2005

Cuadro 20. Auxiliares de salud, en el Valle de Tulancingo, 1995-2005

MUNICIPIO	1995	2000	2005
ACATLÁN	20	21	14
AGUA BLANCA DE ITURBIDE	9	12	12
CUAUTEPEC DE HINOJOSA	29	29	18
HUASCA DE OCAMPO	9	9	10
METEPEC	0	2	0
SANTIAGO TULANTEPEC	0	0	0
SINGUILUCAN	10	24	14
TULANCINGO DE BRAVO	10	29	30
TOTAL	87	126	98

*FUENTE: CENSOS GENERALES DE POBLACIÓN Y VIVIENDA, 2005

Figura 20. Auxiliares de salud, en el Valle de Tulancingo, 1995-2005



*FUENTE: CENSOS GENERALES DE POBLACIÓN Y VIVIENDA, 2005

Acatlán, presenta en el primer año de estudio que es 1995, 20 casas y 20 auxiliares de salud; en el año 2000 se ve fortalecida la población, únicamente con una casa y un auxiliar más de salud, es decir, tuvo 21 establecimientos. En el año 2005, tanto las casas, como las auxiliares, se ven reducidos a 14 establecimientos respectivamente, para atender a una población que de acuerdo al INEGI, el crecimiento de la población era en el año 2005 de 18,599.

Agua Blanca, tiene para 1995 9 casas y 9 auxiliares de salud. En los años 2000 y 2005, tanto las casas, como las auxiliares, tuvieron 12 establecimientos donde prestaron apoyo médico a la población de este municipio que se constituía por 8,515 habitantes.

Cuautepec, en 1995 y año 2000 se consideraron 29 casas y 29 auxiliares de salud, este número se ve reducido a 18 establecimientos para el año 2005, cuya población era de 45,110 habitantes.

Huasca, tanto en sus casas, como en sus auxiliares de salud en los años de 1995 y en el 2000, tuvieron 9 establecimientos y 10 para el año 2005. En ese mismo lapso de tiempo, la población era de 151, 308 habitantes.

Metepec, en este municipio, en los años de 1995 y 2005 no se contó con ninguna casa o auxiliar de salud, es en el año 2000 que tuvo 3 casas y 2 auxiliares de salud para atender a una población total de 10,200 habitantes.

Santiago Tulantepec, tiene una población de 26,254 habitantes y en los quince años que se están considerando para este estudio, no presenta ni casas ni auxiliares de salud, por lo que los habitantes deben recurrir a las unidades de salud que hay en el municipio para recibir atención médica.

Singuilucan, en el año de 1995, tenía 10 casas y 10 auxiliares de salud, este número presenta un aumento de 24 casas y 24 auxiliares de salud en el año 2000 y tanto para casas, como para auxiliares de salud, los establecimientos se ven reducidos a 14 para el año 2005, cuya población total era de 13, 269 habitantes.

Por último, Tulancingo de Bravo. Este municipio tenía en el año de 1995, 10 casas y 10 auxiliares de salud; en el año 2000, se consideraron 24 casas y 29 auxiliares de salud y en el año 2005, tanto en casas como en auxiliares de salud, tuvieron 30 establecimientos, para atender una población de 10,200 habitantes.¹⁵²

¹⁵² Anaya, Martín, "Centros de Salud abren puertas con carencias", Milenio, 27/Febrero/07, pp15.

La realidad que viven estas casas y auxiliares de salud¹⁵³, son de total deterioro y abandono y esto puede constatarse con la que está ubicada en el municipio de Cuautepec de Hinojosa.¹⁵⁴

De acuerdo a la Secretaría de Salubridad y Asistencia, son los ayuntamientos los que deben de dar mantenimiento a las infraestructuras de estas casas, ya que esta institución carece del presupuesto adecuado para hacerlo, además de que no forman parte de la infraestructura oficial del sector salud. Así que, como los presidentes municipales no destinan presupuesto para este objetivo, o para reparar los desperfectos que causan los meteoros climatológicos, las casas y auxiliares de salud a nivel regional¹⁵⁵ y en todo el estado presentan desperfectos y deficiencias muy tangibles.¹⁵⁶

Podemos empezar por decir que estas casas y auxiliares de salud, no se proyectan en lugares apropiados, las primeras, son estructuras improvisadas de difícil acceso y que carecen de luz, agua y alcantarillado, por lo que los inodoros resultan un foco de infección que paradójicamente, contamina un espacio de asistencia médica. Las segundas, son casas-habitación, que no tienen el mobiliario ni los recursos humanos más elementales para ofrecer atención de primer nivel.

¹⁵³ Manzano, Anabel, "Secretaría de Salud carece de Oficinas", Plaza Juárez, 07/Marzo/07, pp13.

¹⁵⁴ Árechiga, Osvaldo, "SSH con pocas áreas para oficinas", Milenio, 17/Marzo/07, pp. 12.

¹⁵⁵ Vargas, Beatriz Adriana, "Dañados 34 Centros de salud por Dean", Plaza Juárez, 25/Septiembre/07, pp. 05.

¹⁵⁶ López, Saúl, "Intensifican Jornadas médicas", Síntesis, 25/Septiembre/07, pp.02.

El actuar de ambas, se basa en ofrecer acciones preventivas de planificación familiar, acciones para combatir la desnutrición en menores de cinco años, también son consideradas como centro de reunión comunitaria y de vacunación, realizan el control de enfermedades crónicas como la diabetes y la presión arterial, así como el control de enfermedades respiratorias y diarreicas que son las que más prevalecen en los municipios que conforman el Valle de Tulancingo.¹⁵⁷

Las casas de salud no atienden ningún tipo de emergencia, por lo tanto, los pacientes que así lo requieran son enviados a los centros de salud y hospitales regionales. En el caso del Valle de Tulancingo, en el hospital regional¹⁵⁸, existe una sobrecapacidad de pacientes, tan sólo el área de gineco-obstetricia tiene una ocupación de 141%. Se cuenta únicamente con 60 camas para atender a una población de 800 mil habitantes, ya que capta pacientes de Acaxochitlán, Acatlán, Agua Blanca, Cuauhtémoc de Hinojosa, Metepec, Santiago Tulantepec, Singuilucan, Tulancingo y localidades de la Sierra norte de Puebla y Veracruz.¹⁵⁹

Es importante decir, que algunos hospitales del Estado de Hidalgo, aunque no específicamente en el Valle de Tulancingo, están funcionando como centro de especialidades, centros de salud y también como clínicas para

¹⁵⁷ Márquez, Yuliana, "Reconoce la SSAH, carencias en el casas de salud", Milenio, 12/Junio/07, pp.06.

¹⁵⁸ Islas, María Antonieta, "Prometen un nuevo hospital para Tulancingo", Milenio, 22/Marzo/07, pp10.

¹⁵⁹ Vargas, Beatriz Adriana, "Se compromete funcionario a que haya 10 hospitales al finalizar el presente sexenio", Plaza Juárez, 12/Julio/07, pp.13.

tratar problemas de salud mental que únicamente son atendidos en el hospital de Villa Ocaranza.

De acuerdo a la Secretaria de Salud¹⁶⁰, los problemas mentales no estaban considerados dentro de estos establecimientos de salud, pero como han aumentado considerablemente dichos padecimientos, así como los habitantes que no cuentan con ninguna derechohabiencia, algunos hospitales como el regional de Tula, trata la depresión, la ansiedad y la esquizofrenia¹⁶¹, además de contar con un módulo de vasectomía y salpingoclasia para la planificación familiar.¹⁶²

En cuanto a las auxiliares de salud, podemos decir existen en todo el Valle de Tulancingo debido al crecimiento de la población y también de la mancha urbana. Los pasantes de medicina que ofrecen sus servicios en estos lugares, hacen visitas personales una vez por semana, sus acciones como ya lo mencionamos antes, son sólo preventivas, también capacitan a personas de la misma comunidad para que puedan atender de manera segura a pacientes que no presenten casos de urgencia.

I. RECURSOS MATERIALES.

No sólo el crecimiento acelerado de la población, sino también la inequidad, han contribuido a que el servicio médico se torne complejo e insuficiente. El suministro de recursos materiales en instituciones de salud que pertenecen

¹⁶⁰ Reyes, Gabriela, "Antigua edificación será el nuevo Centro de Salud", Milenio, 21/Febrero/07, pp.12.

¹⁶¹ Árechiga, Osvaldo, "Faltan Centros de salud al sur de Mineral de la Reforma", 07/Mayo/07, pp.12.

¹⁶² Reyes, Gabriela, "En Marzo cirugías gratuitas en el Hospital Regional de Tula", Milenio, 21/Febrero/07, pp. 15.

al régimen de seguridad social, así como el de asistencia social, son de gran importancia.

El hecho de que los recursos materiales no sean eficientes en dichas instituciones, generalmente provoca que la atención médica a los derechohabientes y los usuarios sea muy limitada.

Las instituciones de salud comprenden diferentes áreas y cada una de ellas ofrece un servicio específico, en conjunto, permiten que el paciente reciba una atención integral.

En teoría, el departamento de recursos materiales, satisface a las demás áreas de atención de servicios como camas, incubadoras, consultorios, ambulancias, materiales para urgencias, equipo de laboratorio y medicamentos en farmacias. La práctica difiere mucho de la realidad que se percibe dentro de las instituciones públicas de salud.

El cuadro y la figura que vemos en la parte inferior, nos permiten conocer los principales recursos materiales de las unidades de salud a nivel estatal.

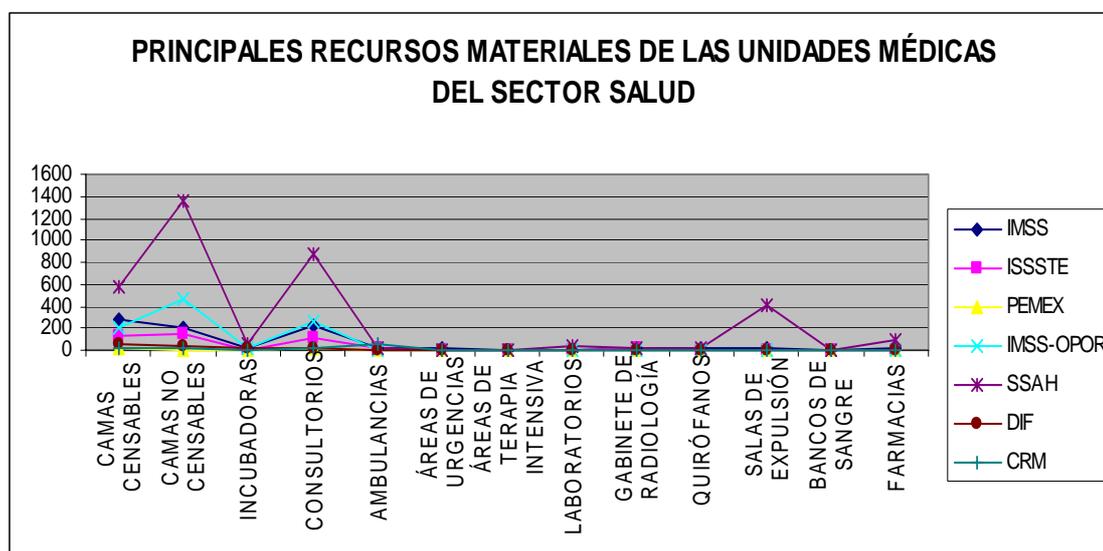
Cuadro 21. Principales Recursos Materiales de las Unidades Médicas que conforman el Sector Salud

CONCEPTO	IMSS	ISSSTE	PEMEX	IMSS-OPOR	SSAH	DIF	CRM
CAMAS CENSABLES	288	122	12	201	575	59	26
CAMAS NO CENSABLES	210	147	9	468	1365	31	10
INCUBADORAS	27	5	3	22	65	20	2
CONSULTORIOS	226	117	17	257	883	21	13
AMBULANCIAS	25	27	8	4	18	3	57
ÁREAS DE URGENCIAS	21	9	1	4	9	1	6
ÁREAS DE TERAPIA INTENSIVA	1	3	0	0	3	2	0
LABORATORIOS	6	4	1	8	30	1	0

GABINETE DE RADIOLOGÍA	18	14	1	4	12	1	2
QUIRÓFANOS	11	5	1	5	16	2	3
SALAS DE EXPULSIÓN	10	5	1	5	409	0	2
BANCOS DE SANGRE	2	1	0	0	1	0	0
FARMACIAS	19	5	1	4	94	1	2
TOTAL	864	464	55	982	3480	142	123

*FUENTE: CENSOS GENERALES DE POBLACIÓN Y VIVIENDA, 2005

Figura 21. Principales recursos materiales de las Unidades Médicas que conforman el Sector Salud



*FUENTE: CENSOS GENERALES DE POBLACIÓN Y VIVIENDA, 2005

Dentro del régimen de Seguridad social, el IMSS, cuenta con 288 camas censables, que están principalmente en el área de hospitalización y permiten atender de forma regular al paciente que así lo requiera. El ISSSTE cuenta con 122 camas y PEMEX, sólo tiene 12 camas. En el régimen de asistencia social, el programa IMSS-OPOR, cuenta con 201 camas censables, la SSAH es la institución de este régimen que presenta un mayor número de camas, pues tiene consideradas 575 camas. El DIF, tiene únicamente 59 y la Cruz Roja Mexicana, sólo 28. Es importante mencionar, que las camas censables

deben de contar con recursos de espacio, material y recursos humanos apropiados para ofrecer la atención médica y es el departamento de admisión hospitalaria, quien se encarga de controlar y asignar cada cama al enfermo.

Con respecto a las camas no censables, podemos decir que son todos aquellos recursos físicos que permiten la atención provisional del paciente, con el objetivo de diagnosticar, observar o bien, iniciarlo en el tratamiento otorgado. En estas camas de tránsito se incluyen las que se hallan en urgencias, terapia intensiva, corta estancia o cunas de recién nacido.

El IMSS cuenta con 210 camas no censables, el ISSSTE cuenta con 147 y PEMEX únicamente tiene 9 camas no censables, lo anterior, dentro del régimen de seguridad social.

Las incubadoras, son receptáculos acondicionados para facilitar el desarrollo de un recién nacido que ha nacido con anticipación o bien, cuando presentan una patología sistémica. Es censable, cuando admisión hospitalaria la asigna a un recién nacido, y no es censable, cuando sólo se usa para dar apoyo en tratamiento.

El IMSS tiene contabilizadas 27 incubadoras; 5 tiene el ISSSTE y PEMEX sólo 3. Las instituciones de asistencia social presentan programas como el IMSS-OPOR y este tiene 22 incubadoras para atender a los recién nacidos. La SSAH, tiene 65 incubadoras y el DIF y CRM, tienen 20 y 2 incubadoras respectivamente.

Los consultorios son cubículos ligados directamente con la clínica, en ellos, los pacientes ambulatorios, son atendidos por el personal médico y para médico. Pueden ser consultorios generales, de especialidades y odontológicos. Dentro del régimen de seguridad social, es el IMSS quien presenta un mayor número establecimientos físicos, pues tiene en su haber 226. El ISSSTE, tiene 117 consultorios y PEMEX cuenta con 17. En cuanto al régimen de asistencia social, es la SSAH, quien tiene el mayor número de cubículos, pues tiene 883. El programa IMSS-OPOR cuenta con 257 consultorios. El DIF, tiene contabilizados 21 cubículos y por último, la CRM que tiene 13.

Respecto a las ambulancias, en el régimen de seguridad social, el IMSS cuenta con 25 unidades, el ISSSTE tiene 27 y únicamente en PEMEX hay 8. En el régimen de asistencia social, el programa IMSS-OPOR tiene sólo 4 unidades, la SSAH cuenta con 18. El DIF, tiene sólo 3 ambulancias y la CRM 57 unidades.

En el IMSS, hay 21 áreas de urgencia a nivel estatal, el ISSSTE cuenta con 9 y PEMEX sólo tiene 1 área para atender las urgencias que presente la población.

El IMSS-OPOR, tiene 4 áreas de urgencia; 9 la SSAH, 1 sala de urgencias para el DIF y por último, la CRM que presenta 6 áreas para atender emergencias.

Para el área de terapia intensiva, el IMSS cuenta con 1 sala. En el ISSSTE se han contabilizado 3 salas para terapia intensiva. PEMEX, el programa

IMSS-OPOR, así como la CRM, no cuentan con el área de terapia intensiva.

Por último, la SSAH tiene 3 salas dedicadas a la terapia intensiva.

Los laboratorios son las áreas con las que cuenta la institución de salud, para realizar muestras biológicas de personas o desechos y el IMSS tiene 6 laboratorios, el ISSSTE tiene 4 y PEMEX sólo 1. La SSAH tiene considerados 30 locales para llevar a cabo análisis, tiene 8 el programa IMSS-OPOR y 1 el DIF, la CRM no tiene ningún laboratorio.

Los Gabinetes de Radiología, permiten que se realicen estudios de rayos x, como un servicio auxiliar de diagnóstico. El IMSS tiene 18 gabinetes, 14 el ISSSTE y 1 para PEMEX. Dentro del programa IMSS-OPOR, se utilizan 4 gabinetes de radiología, 12 para la SSAH, 1 para el DIF y para la CRM 2.

Los quirófanos, son áreas, que cuentan con mobiliario y personal adecuado, y permiten que se lleven a cabo operaciones quirúrgicas, puede haber una o más salas. Dentro del régimen de seguridad social, el IMSS. Tiene 11 quirófanos, el ISSSTE 5 y PEMEX, sólo 1. Para el régimen de asistencia social, hay 5 quirófanos disponibles para atender a la población del programa IMSS-OPOR, 16 para la SSAH, 2 para el DIF y 3 para la CRM.

Las salas de expulsión o unidades tóco quirúrgicas, cuentan con instalaciones, personal, mobiliario y equipo que se destinan a la atención obstétrica y quirúrgica. El IMSS tiene consideradas 10 salas de expulsión, 5 el ISSSTE y 1 PEMEX. Hay 5 para el programa IMSS-OPOR, la CRM tiene 2 y la institución que presenta un número considerable de salas de expulsión es la SSAH, pues tiene consideradas 409 y quien no presenta ninguna sala

es el DIF debido a que dicha institución se encarga de la población infantil, no así de la población adulta.

Los bancos de sangre tienen el objetivo de obtener, procesar, conservar y distribuir sangre y el IMSS, cuenta con 2, el ISSSTE 1 y PEMEX carece de este servicio. Dentro del régimen de asistencia social, sólo la SSAH tiene un banco de sangre, tanto el programa IMSS-OPOR, como el DIF y la CRM, no tienen bancos de sangre.

Por último, las farmacias, el IMSS cuenta con 19 farmacias, 5 están consideradas dentro del ISSSTE y sólo 1 para PEMEX. Al igual que el banco de sangre la SSAH tiene el mayor número de farmacias, pues tiene contabilizadas 94, el programa IMSS-OPOR tiene 4, la CRM tiene 2 y el DIF, sólo 1.

Tanto derechohabientes como usuarios, son remitidos a cada una de estas áreas, como resultado de una previa exploración realizada por el médico general.

J. CONSULTAS EXTERNAS.

El área de consulta externa, permite que el derechohabiente y su familia, así como el usuario, reciban atención médica de primer nivel y de manera integral. Dentro de esta área se forma un expediente clínico, cuyo contenido está conformado por diagnósticos que previamente han sido realizados por el médico. En el consultorio, el médico se encarga de llevar a cabo

interrogatorios, auscultación y estudios clínicos para detener y detectar enfermedades oportunamente.¹⁶³

La consulta externa, está dividida en cuatro tipos de atención que son: General, Especializada, De urgencia y por último la Odontológica.¹⁶⁴

En la primera de ellas, el médico general o familiar, así como el pasante que realiza servicio social, da atención y diagnósticos preventivos, la consulta puede ser por primera vez o puede haber dentro del expediente clínico un número considerable de ellas.

La consulta especializada, que puede ser por primera vez o subsecuentes, la ofrece un médico especialista, cuyos estudios se enfocan en cuatro ramas básicas y otras especialidades. Las primordiales son, gineco-obstetricia, pediatría, cirugía y medicina interna.

En cuanto a la consulta de Urgencia, podemos decir que esta se lleva a cabo de forma inmediata, debido alguna enfermedad que pone en riesgo la vida del enfermo y la atención se lleva a cabo en el área de urgencias.

Por último, la consulta odontológica, cuyo médico va a proporcionarle al paciente la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación dental.¹⁶⁵

¹⁶³ Véase en:

Casas de Salud

<http://www.tlalpan.gob.mx/centros/otros/salud.html#2> 15/Agosto/07

¹⁶⁴ INEGI, "Anuario Estadístico del Estado de Hidalgo", INEGI, Desarrollo Social de Hidalgo, 2000, pp. 668.

<http://www.salud.gob.mx/apps/htdocs/estadisticas/glosario/servmed2.htm>

15/Agosto/07

¹⁶⁵ Sistema Nacional de Salud, Boletín de Información Estadística, Núm. 15, 1995, Vol. I, Recursos y Servicios, México, D. F., 1996.

A continuación, veremos en el cuadro y la figura tal, el crecimiento de las consultas externas en el Valle de Tulancingo. Como podemos observar la atención médica ha crecido considerablemente del año 1995 al 2000 y aunque el aumento no es tan significativo del año 2000 al 2005 sí es perceptible tanto a nivel estatal como en el Valle de Tulancingo que es nuestro objeto de estudio. El incremento de las consultas médicas en cualquiera de sus ámbitos, nos permite decir que se debe a dos situaciones, por un lado, la demanda por atención médica ha crecido de manera significativa y por otro, han surgido nuevas enfermedades que hacen que tanto los derechohabientes, como los usuarios, acudan un mayor número de veces a recibir tratamientos para combatirlas.

A nivel estatal en el año de 1995, las unidades de salud del Estado, dieron consulta a 3,521,981 habitantes, mientras que en el Valle de Tulancingo, se atendieron a 440, 681 personas, lo que equivale un 12.51% en relación al total estatal. A los cinco años siguientes, en el año 2000, Hidalgo aumentó su nivel de atención a 2,080,899. El Valle de Tulancingo, tuvo el mismo efecto, creció su demanda en sólo cinco años a 213,759 pacientes; y por último, el año 2005. en este lapso de tiempo, al igual que en los años anteriores, la necesidad de servicios médicos por parte de la población, se manifiesta en las siguientes cifras. En todo el Estado de Hidalgo, se atendieron a 6,594,367 habitantes de los 84 municipios. Respecto al Valle de Tulancingo, los médicos generales, de especialidad, de urgencia y de odontología, ofrecieron

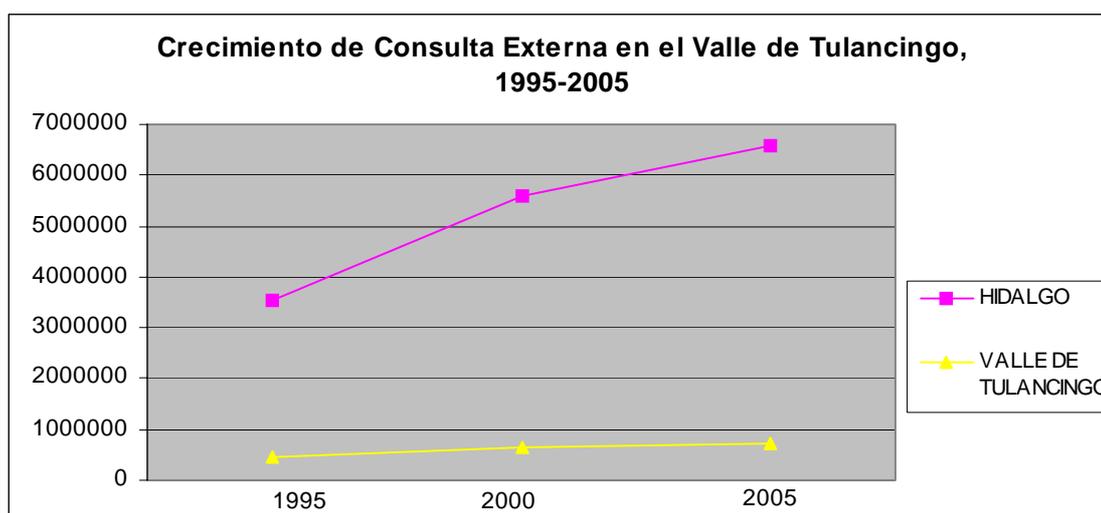
sus servicios a un total de 741,548 personas, lo que equivale a un 11.25% con respecto al total de Hidalgo.

Cuadro 22. Crecimiento de las Consultas Externas en el Valle de Tulancingo, con respecto a todo el Estado de Hidalgo, 1995-2005

ENTIDAD Y MUNICIPIO	1995	2000	2005
HIDALGO	3,521,981	5,602,880	6,594,367
VALLE DE TULANCINGO	440,681	654,440	741,548
PORCENTAJE	12.51%	11.68%	11.25%

* FUENTE: CENSOS GENERALES DE POBLACIÓN Y VIVIENDA, 2005

Figura 22. Crecimiento de las Consultas Externas en el Valle de Tulancingo, con respecto a todo el Estado de Hidalgo, 1995-2005



*FUENTE: CENSOS GENERALES DE POBLACIÓN Y VIVIENDA, 2005

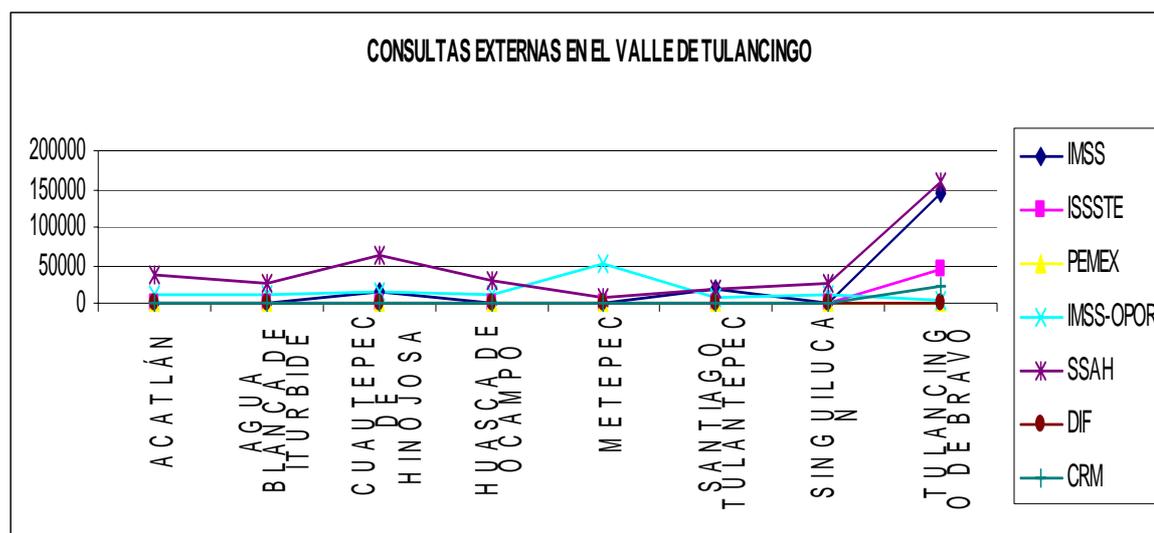
Cuadro 23. Consultas Externas que ofrecen las Unidades Médicas en el Valle de Tulancingo

MUNICIPIO	IMSS	ISSSTE	PEMEX	IMSS-OPOR	SSAH	DIF	CRM
ACATLÁN	0	0	0	11398	38437	0	0
AGUA BLANCA DE ITURBIDE	0	0	0	10957	26279	0	0
CUAUTEPEC DE HINOJOSA	16218	0	0	16079	61808	0	0

HUASCA DE OCAMPO	0	0	0	11410	30514	0	0
METEPEC	0	0	0	53454	7661	0	0
SANTIAGO TULANTEPEC	18864	0	0	8182	17413	0	0
SINGUILUCAN	0	0	0	11936	27623	0	0
TULANCINGO DE BRAVO	144986	42648	0	4971	157970	0	22739
TOTAL	180068	42648	0	128387	367705	0	22739

*FUENTE: CENSOS GENERALES DE POBLACIÓN Y VIVIENDA, 2005

Figura 23. . Consultas Externas que ofrecen las Unidades Médicas en el Valle de Tulancingo



*FUENTE: CENSOS GENERALES DE POBLACIÓN Y VIVIENDA, 2005

Las consultas externas en el Valle de Tulancingo, están de la siguiente manera. Acatlán, ofreció sólo consultas externas dentro del régimen de asistencia social. El programa IMSS-OPOR y en los centros y casas de salud dependientes de la SSAH. En el primero, se atendieron a 11,398 habitantes y las consultas fueron generales. En las casas y centros de salud de la SSAH,

se les otorgó consulta a 38,437 personas y fueron generales (36,245) y Odontológicas (2,192).

Al igual que el anterior municipio, Agua Blanca de Iturbide, sólo dio consultas en el régimen de asistencia social. El programa IMSS-OPOR, ofreció servicios a 10,957 personas y el tipo de consultas fue general. En las casas de salud, las consultas fueron generales (24,018 personas) y odontológicas (2,261 habitantes), para un total 26,279 pacientes atendidos. En este municipio dio más atención la SSAH y el programa IMSS-OPOR, que ofrecieron consultas generales en mayor proporción.

Cuautepec de Hinojosa, dio consultas en los dos regímenes, es decir, seguridad social y asistencia social. En el primero, la atención la brindó el IMSS, en dos de los tipos de consulta, general y odontológica y se atendió a 16,218 pacientes. Respecto a la asistencia social, se consideraron IMSS-OPOR y la SSAH. La primera institución médica, atendió a 16,079 habitantes, en consulta general hubo 16,079 habitantes. La SSAH, consultó a 61,808 pacientes, de los cuales, 59,504 fueron consultas generales, 18 en especialidad y 2,286 a nivel odontológico. En este municipio la SSAH, es quien dio más atención en consultas generales, después el programa IMSS-OPOR y por último, el IMSS.

Las consultas para el Municipio de Huasca de Ocampo se dieron en el régimen de asistencia social. El IMSS-OPOR dio consultas generales a 11,410 habitantes; la SSAH, atendió a 30,514 personas, las consultas

generales 28,829 y las odontológicas 1,685. En este municipio quien dio más consultas fue la SSAH, a nivel general.

Metepec, al igual que los anteriores municipios, atendió bajo el régimen de asistencia social, en el IMSS-OPOR, las consultas fueron generales, especializadas, de urgencia y odontológicas, y en total se les brindó asistencia médica a 53,4554 habitantes del municipio. La SSAH, sólo dio 7,661 consultas generales. En el régimen de asistencia social, es la SSAH quien proporcionó más consultas, después el programa IMSS-OPOR y se dieron mayormente las generales.

En el municipio de Santiago Tulantepec, el régimen de seguridad social, el IMSS consultó a 18,864 pacientes, de los cuales, fueron 14,526 en consulta general y 4,338 para especialidades. En la asistencia social, el programa IMSS-OPOR, sólo otorgó consultas generales (8,182) y la SSAH, en consultas generales hubo 15,387 pacientes, en especialidades se canalizaron 10 pacientes y por último, las consultas odontológicas que fueron 2,016. En este municipio se dieron más consultas en el IMSS, en el régimen de seguridad social y en el de asistencia social, la SSAH y por último, el programa IMSS-OPOR. Las consultas que más se otorgaron fueron generales y odontológicas.

El régimen de asistencia social, en el municipio de Singuilucan, dio consultas mediante el programa IMSS-OPOR, en el que las consultas fueron generales (11,936) y la SSAH atendió a 27,623 habitantes, en tres tipos de consultas,

generales, especializadas y odontológicas. Las consultas que se ofrecieron fueron generales y odontológicas.

Por último, Tulancingo de Bravo, que ofreció atención médica en los dos regímenes, seguridad y asistencia social. El IMSS dio servicio 144,986 pacientes, en los cuatro tipos de consulta y que son, general, especialidades, de urgencia y odontológicas. El ISSSTE, no atendió casos de urgencia y en total consultó a 42, 648 pacientes. El programa IMSS-OPOR, recibió a 4,971 habitantes en consulta general. La SSAH, consultó a 157,970 habitantes, a nivel general, especialidades, de urgencia y odontológicas. En este municipio, se cuenta con una delegación de la Cruz Roja Mexicana, por lo que esta institución realizó 22,739 consultas en los cuatro tipos. En este municipio, la institución que más consultas ofreció fue la SSAH,¹⁶⁶ después el IMSS, el ISSSTE y por último, la Cruz Roja. Se ofreció un mayor número en consultas generales y con respecto a las de especialidades, podemos decir, que dentro del régimen de seguridad social, los pacientes que requirieron de atención especializada, se les consultó dentro de las mismas instituciones, es decir, IMSS e ISSSTE. Para el régimen de asistencia social, fue distinto, es decir si el paciente requirió de atención del área de especialidades, se canalizó tanto al Hospital General de Tulancingo, como al centro de salud que ofrece este tipo de asistencia.

¹⁶⁶ Esto demuestra que la SSAH, es una institución pública que necesita de un mayor presupuesto federal que permita otorgar un mejor servicio de salud.

En las distintas instituciones, que se concentran en todos los municipios del Valle de Tulancingo, el área de consulta externa, es primordial para llevar a cabo la prevención, diagnóstico, control, y tratamiento de las enfermedades que tanto derechohabientes, como usuarios, padecen.

Es en esta área donde el médico familiar, lleva a cabo consultas generales y de acuerdo al padecimiento, será tratado y recetado. De requerir consulta con el especialista, será remitido a dicha área. Una de las mayores demandas de la población en cuanto a consultas, es la atención dental, así que abordaré primero ese punto.

Cada año, se realiza a nivel nacional La Semana Nacional de Salud, este programa es promovido por la Secretaría de Salud y Asistencia con la intención de satisfacer las necesidades de cuatro rubros, odontología, vacunación, desparasitación y control familiar, aunque se le da prioridad a la salud dental.

A nivel Estatal se atienden a 323 mil 806 pacientes de las distintas dependencias de salud y para que esta Jornada de salud pueda llevarse a cabo, la Secretaría de Salud y Asistencia de Hidalgo, cuenta con aproximadamente 47 mil 844 participantes, integrados por médicos generales, cirujanos dentistas, enfermeras, pasantes de odontología, promotores de la salud, trabajadores sociales, docentes y padres de familia. Las instituciones que participan son, el IMSS, ISSSTE, SSAH, Seguro Popular, DIF y Cruz Roja Mexicana.

Municipios como Santiago Tulantepec, Singuilucan y Tulancingo, son quienes presentan un mayor número de consultas odontológicas. De la población total de esos municipios, un 50% padece caries y gingivitis dental en edades de entre 6 y 14 años, debido a un mal cepillado, descuido y mala alimentación por parte de los menores de edad. En cuanto a los adultos mayores¹⁶⁷, un 87% de esta población padece los mismos problemas y son resultado no sólo del descuido, sino de padecer enfermedades crónico-degenerativas, como la hipertensión arterial y la diabetes mellitus.¹⁶⁸

Otro programa que forma parte de la Semana de Salud, es la de la Vacunación. En este programa, se vacuna a los menores de edad o bien, se completan los esquemas de los diferentes biológicos de acuerdo a la edad.

En todas las instituciones médicas del Estado, se aplican en promedio 183 mil vacunas, se reparten 227 mil sobres del Suero Vida Oral, además se aplican micros nutrientes y Albendazol como tratamientos adicionales.¹⁶⁹

En cuanto a los municipios que conforman el Valle de Tulancingo, podemos decir lo siguiente, los puestos de vacunación se encuentran dentro del IMSS, ISSSTE, Centros de Salud, casas auxiliares y puestos móviles. Allí se aplican vacunas como el Sabin, para erradicar la Poliomiélitis; contra la influenza y esta es aplicada únicamente, en la población de entre 6 y 35 meses de edad, para los que tiene entre 3 y 9 años, para los adultos que tienen más de 60 años de edad, así como para quienes padecen problemas

¹⁶⁷ Redacción, "50% de la Población Padece Caries", Plaza Juárez, 10/Agosto/06, pp. 10.

¹⁶⁸ Árechiga, Osvaldo, "Mala Salud Bucal en la Tercera Edad", Milenio, 03/Sep/06, pp.12.

¹⁶⁹ Manzano, Anabel, "75% de los Niños, Vacunados", Plaza Juárez, 25/Feb/06, pp. 10.

pulmonares, anemia, VIH y padecimientos renales¹⁷⁰, pues una de las deficiencias que presenta este esquema de vacunación, es que debido a su costo, no se aplica a toda la población, por lo que, una minoría acude al servicio médico privado para su aplicación, pero el costo oscila de 500 a 800 pesos.¹⁷¹

Otra vacuna que es dotada por la SSAH, es la del neumococo. A nivel Estatal sólo se ofrece a un 50% de la población, a nivel municipal, sólo se aplican 426 vacunas a menores de un año, en las comunidades indígenas más marginadas. En Tulancingo, se otorga a las localidades de Los Reyes y Chimalapa; para Acatlán, Agua Blanca, Cuauteppec, Metepec, Santiago Tulantepec y Singuilucan, la vacuna es privada. Cada dosis tiene un costo de 1200 pesos, a un niño se le deben aplicar tres dosis, lo que da un total de 3600 pesos.¹⁷²

En los todos los municipios que conforman el Valle de Tulancingo se aplica vitamina A para los niños de 6 meses a 4 años y vacunas contra el tétanos y la difteria.

Otra de las vacunas que es deficiente, no sólo en los municipios que conforman el Valle de Tulancingo, sino en todo el Estado, es la que previene la infección del Virus del Papiloma Humano. Este tratamiento consta de tres dosis y cada una de ellas tiene un valor de 800 pesos, para dar un total de

¹⁷⁰ Elizondo, Sara, "Vacunan a Niños y Adultos Mayores Contra la Influenza", Síntesis, 10/Nov/06, pp.12.

¹⁷¹ Árechiga Osvaldo, Martínez José Manuel, "Vacunas para prevenir males", Milenio, 23/Nov/06, pp. 12.

¹⁷² Márquez, Yuliana, "Pocas Vacunas contra el Neumococo", Milenio, 08/Oct/07, pp. 12.

2400 pesos¹⁷³, dicha cantidad rebasa a la SSAH y al presupuesto familiar, lo que ha desencadenado, que 522 mujeres tengan esta enfermedad y hasta este momento, hayan muerto 94 personas.¹⁷⁴

Y el último rubro a tratar, es el de la planificación familiar, se otorgan condones, así como pláticas informativas con el objetivo de evitar embarazos en mujeres en etapa adolescente¹⁷⁵. En Cuautepec de Hinojosa¹⁷⁶, se lleva a cabo en sus centros de salud, el IMSS y en la Presidencia Municipal, una semana de protección a la salud y se denomina “Tu Salud es la Neta”, este programa le da prioridad a la planificación familiar, pues de acuerdo a las estadísticas del Hospital Obstétrico del municipio de Pachuca, 769 adolescentes, provenientes de municipios como el anterior, Actopan, Acaxochitlán, Agua Blanca, Metepec y Zacualtipán, cuyas edades van de los 15 a los 19 años, han sido madres en el año 2007, dicha cantidad rebasó los 312 casos que hubo en el 2005.¹⁷⁷ Este mismo programa proporciona ácido fólico no sólo a las futuras madres, para evitar defectos neuronales en el feto, sino también a mujeres de 12 a 49 años para prevenir cáncer de mama.¹⁷⁸

¹⁷³Lenoyr, Sergio, “Sin acceso a Vacuna contra el VIH: SSAH”, Milenio, 14/Agost/07, pp. 27.

¹⁷⁴ Leyva, Oscar, “Inició Semana de Salud en la Esfuerzo Campesino”, Sol de Hidalgo, 30/May/06, pp. 2 y 10.

¹⁷⁵ Velásquez, Sara, “Lanzan Campaña a favor de la Salud Reproductiva”, Milenio, 24/May/06, pp. 12.

¹⁷⁶ Ruiz Miriam, Lagunas Lucía, “Reitera Secretario de Salud, Educación Sexual Abierta”, Plaza Juárez, 12/08/06, pp. 101.

¹⁷⁷ Lenoyr, Sergio, “Alertan por embarazos en Adolescentes”, Milenio, 30/Agosto/07, pp. 27.

¹⁷⁸ Márquez; Yuliana, “Mantienen Campaña para Evitar Malformaciones en Embarazos”, Milenio, 26/Abril/07, pp. 09.

Pero no sólo se dan los condones, para evitar la concepción, pues hasta el año 2005, cuatro mujeres portadoras del VIH, fueron madres, sino también para evitar contagios, pues en Hidalgo, existen 400 personas con VIH, de las cuales 198 reciben medicamentos por parte de la Secretaría de Salud. Las instituciones de salud en todo el Estado¹⁷⁹, carecen de un sistema integral que permita atender adecuadamente a los pacientes que tienen esta enfermedad, los medicamentos son excesivamente caros y no se cuenta con vitamínicos que contrarresten los efectos de los antirretrovirales, y en promedio, el tratamiento anual por paciente es de 180 mil pesos, el 60% es aportado por la federación.¹⁸⁰

Por otro lado, es en el área de consulta externa, que se llevan a cabo la vasectomía sin bisturí. A nivel Estatal, sólo se han practicado 944 intervenciones quirúrgicas y en los municipios de Tulancingo, Cuautepec, Huasca y Metepec, se han realizado 65 hasta principios del año 2006.¹⁸¹

Algunas enfermedades suelen agravarse en determinadas estaciones del año y por lógica, las consultas suelen aumentar considerablemente¹⁸². En época de calor, enfermedades diarreicas, hacen que haya 3000 mil consultas a la semana (2006), los municipios que presentan este fenómeno son, Acatlán, Cuautepec, Tulancingo, Santiago Tulantepec, Zimapán, Apan y

¹⁷⁹ Ávila, Jorge, "Costoso el Tratamiento para Pacientes con VIH", Milenio, 22/Jun/06, pp. 15.

¹⁸⁰ Velásquez, Sara, "4 Mujeres portadoras del VIH, fueron Madres", Plaza Juárez, 10/May/06, pp. 10.

¹⁸¹ Lenoyr, Sergio, "Menos de Mil Vasectomías se han practicado", Milenio, 05/Oct/07, pp.27.

¹⁸² Elizondo, Sara, "Casos de Rotavirus en Hidalgo", Síntesis, 17/Mar0/06, pp. 10.

Tezontepec de Aldama.¹⁸³ Aunque es importante decir, que en el municipio de Tulancingo, en el año 2005 no se registraron casos de Cólera.¹⁸⁴

En época de frío¹⁸⁵, se atienden a 2000 diarias, en municipios como Acatlán, Huasca, Metepec, Singuilucan, y Tulancingo.¹⁸⁶

Por último, es importante decir, que muchos de los médicos, que se desempeñan en instituciones de salud pública, como el IMSS, ISSSTE y la SSAH, también atienden consultorios privados, esto permitió crear un proyecto, en el que estos servidores en materia de salud, reportan a la SSAH, los tipos de consultas que se atienden. En el 2005, se realizaron sólo 100 mil reportes, un número que no es significativo, considerando el número de pobladores en el Estado, lo anterior, dificulta una vigilancia epidemiológica adecuada, además de que no es posible llevar a cabo cercos sanitarios tanto en el Estado, como en los municipios que conforman el Valle de Tulancingo.

K. ENFERMEDAD Y MORTALIDAD.

A la salud, la Organización Mundial de la Salud, la define como “El estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad”.¹⁸⁷ Y a la enfermedad se le define como, “La alteración del estado de la salud normal del individuo”.¹⁸⁸ Pues bien, en este apartado,

¹⁸³ Elizondo, Sara, “Cuidado con los Niños en Vacaciones”, Síntesis, 06/Abril/06, pp. 06.

¹⁸⁴ Islas, María Antonieta, “Cero casos de Cólera en Tulancingo”, Síntesis, 25/Sep/06, pp. 10.

¹⁸⁵ Frías, Luís, “Se incrementan Consultas Médicas”, Milenio, 23/Nov/06, pp. 12.

¹⁸⁶ Elizondo, Sara, “Incrementa demanda en Hospitales de Hidalgo”, Síntesis, 12/Enero/07, pp.09.

¹⁸⁷ Vargas Domínguez Armando, “Educación para la Salud”, editorial McGraw-Hill: Interamericana, 1993, México, pp. 23-24.

¹⁸⁸ García Ramón y Gross, “Diccionario Larousse, de la lengua española”, Ediciones Larousse, México, D. F., 1982, pp. 208.

hablaremos del número de enfermos que habitan el Valle de Tulancingo y que tienen un padecimiento específico (Enfermedad prevenible por medio de la vacunación o la desparasitación), o bien aquellos que son notificados al médico por medio de consulta externa.

Los cuadros que encontramos a continuación, nos permiten ver, el tipo de enfermedad, el régimen por el cual son tratadas y la institución pública que la diagnosticó.

Cuadro 24. Enfermedades diagnosticadas en el régimen de Seguridad Social en el IMSS

DIAGNOSTICO	IMSS
FARINGITIS, AMIGDALITIS Y LARINGITIS AGUDA	12029
RINOFARINGITIS AGUDA	0
INFECCIONES DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS	31192
INFECCIONES INTESTINALES	19525
TOTAL	62746

*FUENTE: CENSOS GENERALES DE POBLACIÓN Y VIVIENDA, 2005

Cuadro 25. Enfermedades diagnosticadas en el régimen de Seguridad Social en el ISSSTE

DIAGNOSTICO	ISSSTE
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	64564
INFECCIONES INTESTINALES	12084
VARICELA	1245
TOTAL	76648

*FUENTE: CENSOS GENERALES DE POBLACIÓN Y VIVIENDA, 2005

Cuadro 26. Enfermedades diagnosticadas en el régimen de Asistencia social en el Programa IMSS-OPOR

DIAGNOSTICO	IMSS-OPOR
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	108229
INFECCIONES INTESTINALES	6330
ASCARIASIS	1460
TOTAL	116019

*FUENTE: CENSOS GENERALES DE POBLACIÓN Y VIVIENDA, 2005

Cuadro 27. Enfermedades diagnosticadas en el régimen de Asistencia social en la SSAH

DIAGNOSTICO	SSAH
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	704666
INFECCIONES INTESTINALES	33411
NEUMONÍAS	21512
TOTAL	759589

*FUENTE: CENSOS GENERALES DE POBLACIÓN Y VIVIENDA, 2005

Cuadro 28. Enfermedades diagnosticadas en el régimen de Asistencia social en el DIF

DIAGNOSTICO	DIF
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	20868
INFECCIONES INTESTINALES	4688
NEUMONÍAS	1735
TOTAL	27291

*FUENTE: CENSOS GENERALES DE POBLACIÓN Y VIVIENDA, 2005

Como podemos observar, en el IMSS, ISSSTE, Programa IMSS-OPOR, SSAH y DIF y tanto en el régimen de seguridad social, como en el de asistencia social, imperan las enfermedades en vías respiratorias y las intestinales, así como algunas otras.

En época de frío, las infecciones respiratorias aumentan, por lo que existe un mayor número de pacientes con estas enfermedades. Cuando alguna de esas patologías se agrava en los habitantes, como es el asma y la neumonía, las instituciones de salud, carecen de un número adecuado de máquinas para inhalación de oxígeno, lo que agrava la enfermedad de los pacientes. Aunque se aplican vacunas en esa temporada, contra la influenza y la neumonía, no son suficientes, pues sólo se aplican a un número reducido de pacientes.¹⁸⁹ Por lo anterior, un 2% de niños menores de cinco años, son hospitalizados por las enfermedades antes mencionadas.¹⁹⁰

En tiempos de calor, las infecciones gastrointestinales, aumentan. Tan sólo por enfermedades diarreicas, se atendió en el 2006 a un total de 37,187 pacientes adultos, en relación a los 37,172 enfermos que se atendieron en el 2005, es decir, aumentaron 1.1%. Los municipios que presentaron este tipo de enfermedad son Huejutla, Tula, Molango, Actopan y Valle de Tulancingo.

¹⁹¹

En menores de edad, el rotavirus¹⁹², afectó a 60 niños, de los municipios de Tulancingo, Acaxochitlán, Acatlán, Cuautepec, Metepec, Santiago Tulantepec, y Singuilucan de la jurisdicción sanitaria II. Las instituciones de salud, repartieron en el año 2005, 12,768 dosis de Suero Vida Oral en 17

¹⁸⁹ Frías, Luís, "Infecciones Respiratorias en Aumento", Milenio, 23/Nov/07, pp. 12.

¹⁹⁰ Elizondo, Sara, "Incrementa la demanda de atención en los hospitales", Síntesis, 12/Enero/07, pp. 12.

¹⁹¹ Martínez, José Manuel, "Aumentan Diarreas por Altas Temperaturas", Milenio, 16/Mayo/05, pp.10.

¹⁹² Márquez, Yuliana, "SSAH: En la Región, la mitad con Rotavirus", Milenio, 22/Marzo/06, pp.17.

municipios con altos índices de marginación. En cuanto a la vacuna contra el rotavirus¹⁹³, fue insuficiente, pues sólo se aplicaron 8,550 vacunas a menores de 2 a 6 meses de edad.¹⁹⁴

Otra de las enfermedades que surgen en esta temporada, es la varicela, que en el año 2006 hubo 1245 menores de 10 años de edad y en el 2005 se registraron 1086 enfermos. Los brotes de contagio, surgieron en 11 escuelas de los municipios de Agua Blanca, Acatlán, Tula y Tulancingo.¹⁹⁵

Tomando en cuenta, que la falta de médicos provoca una atención deficiente y que con cualquier enfermedad, los menores de edad son los más afectados, médicos de todo el Estado de Hidalgo, ofrecen consultas pediátricas mediante jornadas médicas, en municipios cuyas localidades tienen un alto índice de marginación, entre ellos están Tulancingo, acatlán, Tula y actopan.¹⁹⁶

Algunas otras enfermedades, desencadenan patologías que conducen a la muerte, a continuación mostraremos una tabla con el número de pacientes que fallecieron en alguna de las unidades públicas de salud.

¹⁹³ Árechiga, Osvaldo, "Aumentan los casos de Rotavirus en cinco Días", Milenio, 22/Marzo/06, pp. 22.

¹⁹⁴ López, Saúl, "Medidas para Evitar enfermedades por el calor", Síntesis, 28/Marzo/06, pp.12.

¹⁹⁵ Velásquez, Sara, "1245 Casos de Varicela en Hidalgo", Milenio, 14/Marzo/06, pp.17.

¹⁹⁶ Elizondo, Sara, "Médicos darán Consultas Pediátricas en Municipios Hidalguenses", Síntesis, 6/Abril/06, pp. 12.

Cuadro 29. Defunciones Hospitalarias en los dos regimenes de atención

MORBILIDAD	2005
SEGURIDAD SOCIAL	1258
ASISTENCIA SOCIAL	1275
TOTAL	2533

*FUENTE: CENSOS GENERALES DE POBLACIÓN Y VIVIENDA, 2005

De acuerdo al Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE), estas defunciones son causadas por una variedad de enfermedades, entre ellas, la obesidad que no sólo la padecen adultos, sino que cada vez con mayor frecuencia la presentan los menores de edad, desencadena Diabetes mellitus e hipertensión arterial. Estas enfermedades, junto con las del corazón, los pulmones y las renales, son las cuatro principales causas de muerte en el Estado de Hidalgo y en el Valle de Tulancingo.

En la zona urbana, éstas enfermedades¹⁹⁷, son detectadas con mayor rapidez y se atacan con medicamentos en cuanto el médico, mediante pruebas de laboratorio, lo confirma. Lo anterior, no sucede así en las zonas rurales¹⁹⁸, pues no existen los aparatos y tampoco el personal adecuado para hacer los estudios y tratar las enfermedades, por tanto, el índice de estas enfermedades aumenta. Los hábitos alimenticios, así como la herencia, son algunos de los factores que también la determinan. En Hidalgo un 37% de la población padece Diabetes¹⁹⁹, de 2,345,514 habitantes, 774 mil

¹⁹⁷ Árechiga, Osvaldo, "Con diabetes 3 de cada 10", Milenio, 14/Nov/06, pp. 12.

¹⁹⁸ Árechiga, Osvaldo, "Diabéticos, cuidado con la proteína albúmina", Milenio, 3/Sep/06, pp. 12.

¹⁹⁹ Saldaña Rodríguez, Joel, " Diabetes en el primer nivel de atención: Un Modelo Alternativo de Atención ", Salud Pública en México, Año 1, Vol. 40, Número Especial, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, México, pp.96-98.

padecen esta enfermedad.²⁰⁰ En cuanto a la Hipertensión el IMSS²⁰¹ tiene registrados de Enero a Mayo 41 muertes por este padecimiento (2007), 22 hombres y 19 mujeres de más de 66 años de edad.²⁰²

Según el reporte epidemiológico del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, actualizado hasta el 2003, son 644 Hidalguenses con enfermedades del corazón.²⁰³

Otra enfermedad que no ha sido erradicada en el Estado, es la tuberculosis. Al año se presentan 225 casos de esta enfermedad, 115 hombres y 110 mujeres. Su incremento ha llevado a las instituciones de salud (IMSS, ISSSTE y SSAH en coordinación), a crear un programa denominado "Tuberculosis", para ofrecer estudios de laboratorio y medicamentos gratuitos, pues de otra forma, el paciente desembolsaría entre 1000 y 2000 pesos para el tratamiento.²⁰⁴ Es importante decir, que en el IMSS en el Estado de Hidalgo, existe un 50% de consultas que están relacionadas con enfermedades en los pulmones.²⁰⁵

Hidalgo, es uno de los Estados que presentan más muertes por cirrosis hepática. Según el informe de salud 2001-2005, Hidalgo, es el segundo

²⁰⁰ Martínez, José Manuel, "Hipertensión y Diabetes, males de salud Pública", Milenio, 18/Jul/07, pp.27.

²⁰¹ Vargas, Beatriz Adriana, "Hipertensión en Hidalgo", Plaza Juárez, 12/Oct/07, pp.12.

²⁰² Velásquez, Sara, "Imperan los Males crónico degenerativos, sobre los infecciosos", Plaza Juárez, 10/Mar/07, pp. 17.

²⁰³ Vargas, Beatriz Adriana, "Males cardiacos y tumores, causas de muerte", Plaza Juárez, 12/Nov/06, pp.12.

²⁰⁴ Redacción, "225 Casos de Tuberculosis en tierras Hidalguenses", Plaza Juárez, 23/Marzo/06, pp. 10.

²⁰⁵ Elizondo, Sara, "Enfermedad Pulmonar Crónica cuarto lugar en Morbilidad", Síntesis, 16/Nov/06, pp.12.

Estado de mayor mortalidad causada por esa enfermedad, superando a Puebla. De cada 100 mil varones, 80 morirán de Cirrosis. Respecto a las mujeres, Yucatán, Puebla y Oaxaca, están por encima de Hidalgo, que de cada 100 mil, van a fallecer, 22 personas.²⁰⁶

El VIH, es otro de los padecimientos que provocan la muerte de un gran número de Hidalguenses. Hasta Diciembre del 2006, se tenían registrados 68 casos, de los cuales, el mayor número se localiza en la zona urbana y 33 son seropositivos. Los municipios más afectados son Tepehuacán, Huejutla, Ixmiquilpan, Pachuca y Tulancingo. El mayor número de casos, se presenta en edades de 20 a 44 años con 58 registros de 68 que son en total. Hablamos de que tiene esta enfermedad 52 hombres y 16 mujeres. 12 de los 68 son menores de edad.²⁰⁷

Hasta aquí hemos visto una gran variedad de enfermedades que padecen los adultos Hidalguenses, a continuación hablaremos de las que padecen los menores de edad.

Hidalgo, es una entidad, en la que hay menor esperanza de vida al nacer, existe una mayor mortandad neonatal y en menores de un año. De acuerdo al informe nacional de Salud (2001-2005), 17 de cada mil niños fallecerán antes de cumplir un mes de nacido, Hidalgo supera a Puebla, Guerrero y Chiapas. Y de los niños que morirán antes de cumplir un año, de cada mil, morirán 24 varones y 19 niñas. Lo anterior, nos habla de que las instituciones

²⁰⁶ Ávila, Jorge, "Mortandad por Cirrosis, Elevada", Milenio, 05/Sep/06, pp. 12.

²⁰⁷ Jurado, Carlos, "Pachuca, concentra el mayor número de infectados de Sida en Hidalgo", Milenio, 16/Marzo/07, pp.12.

sanitarias, las educativas y los padres de familia, no están cumpliendo con el cometido de informar abiertamente sobre sexualidad a los jóvenes, pues la muerte de estos niños, se debe entre otras causas a que la madre es menor de edad, o bien, que entre un hijo y otro, sólo existe un intervalo de tiempo de menos de un año. Por otro lado, los hijos de madres cuyo nivel educativo es menor, tiene un 50% más de probabilidades de morir, que aquellos cuyos padres tienen una mejor educación.²⁰⁸

Con respecto a la desnutrición, podemos decir que de los 400 mil habitantes que viven en pobreza alimentaria, el 50% de ellos son niños y están desnutridos. Este problema es observable en la zona urbana, rural e indígena. En el Estado de Hidalgo, existe un banco de alimentos que no satisface las demandas de la población, sólo atiende a 32,745 personas, está en 41 de los 84 que hay en el Estado, entre ellos, podemos mencionar a Pachuca, Zimapán, Huasca, Actopan, Yahualica, Ixmiquilpan, Huejutla, El Cardonal, Singuilucan y Agua Blanca. Una medida para tratar de aminorar este problema, ha sido por un lado, que el DIF Hidalgo, ha diseñado junto con los DIF municipales, cocinas y desayunadores populares, reparto de leche y papillas con un alto índice de de proteínas, con el objetivo de incrementar el nivel nutricional de la población infantil, pero a pesar de esto, no es suficiente y no cubre a todas las comunidades que forman parte de los 84 municipios, aunado lo anterior a la falta de médicos, medicamentos e ignorancia, la muerte de los menores de edad es irremediable. Por otro lado,

²⁰⁸ Ávila, Jorge, "Persisten Indicadores de Marginación en Salud", 27/Agos/06, pp.11

también el DIF²⁰⁹, en coordinación con la SSAH y con la SEPH²¹⁰, introducirá alimentos a las escuelas con altos índices proteínicos, para evitar el consumo de productos que sólo provocan obesidades los niños y que les desencadena enfermedades más críticas como la diabetes.²¹¹

Respecto a los linfomas, esta enfermedad, ocupa el segundo lugar en consulta externa en la mayoría de los hospitales en el Estado de Hidalgo y uno de los problemas que se presentan con esta enfermedad, son los diagnósticos equivocados que realizan los médicos, lo que provoca que la enfermedad se complique. En el IMSS, ISSSTE, Hospital del Niño DIF, tan sólo en el año 2002, murieron 200 niños.²¹²

²⁰⁹ Rodríguez, Rosario, "Desnutrición afecta a infantes Hidalguenses", Síntesis, 03/Oct/07, pp.5.

²¹⁰ Márquez, Yuliana, "Investigan desnutrición en Singuilucan", Milenio, 01/Oct/07, pp.12.

²¹¹ Ávila, Jorge, "DIFH introducirá productos sanos en tiendas escolares", Milenio, 17/Agost/06/ pp.18.

²¹² Martínez, José Manuel, "Linfomas, segunda causa de atención", Milenio, 18/Jun/07, pp.12.

CONCLUSIONES

A lo largo del presente trabajo, hemos podido observar, que tanto el Estado de Hidalgo y específicamente, en el Valle de Tulancingo, la población ha crecido considerablemente, así como las enfermedades, lo que ha dado como resultado, que la demanda de salud aumente y por tanto, a la población se le otorgue una atención médica deficiente y de mala calidad.

Lo anterior es así, debido a lo siguiente:

a) Los recursos para satisfacer las necesidades de las instituciones de salud, siguen siendo en su mayoría, aportaciones federales y aunque se complementan con fondos que se originan a nivel estatal, siguen siendo insuficientes para la conservación y para la construcción de unidades de primer y segundo nivel, así como para la contratación de personal médico y la adquisición de insumos médicos.

b) Debido a que en el Estado de Hidalgo y en el Valle de Tulancingo, la tasa de desempleo es muy alta, pocos son los habitantes, que junto con sus familias, pueden acceder al régimen de seguridad social. Aquellos que no tienen esa posibilidad y junto con los que también forman parte de alguno de los programas sociales que se han creado o se han seguido trabajando, sexenio tras sexenio, se ven en la necesidad de acudir al régimen de asistencia social, que debido a la sobredemanda, presenta serias dificultades como falta de personal médico y de enfermeras, lo anterior, ha tratado de

subsanarse por medio del servicio social que presentan estudiantes de medicina, pero no es suficiente, por lo que los usuarios deben esperar para ser atendidos una hora en promedio.

c) Las enfermedades existentes, así como el surgimiento²¹³ de algunas de ellas en grupos de menor edad, tanto en el Estado de Hidalgo, como en el Valle de Tulancingo, hacen que el índice de los niveles de consulta externa aumente considerablemente. Resulta un problema, debido a la falta de cubículos, para que la población reciba atención médica general y también de especialización.

Por todo lo que menciono en los párrafos anteriores, los actores políticos, deben crear políticas conforme a la realidad sanitaria que impera en el Estado de Hidalgo y en el Valle de Tulancingo.

En lugar de crear más programas que sólo socavan a los que ya existen, se deben fortalecer estos últimos, que si bien, el servicio que otorguen no será en un 100%, si será más eficiente en cuanto a recursos humanos y de infraestructura

Es importante una buena rendición de cuentas, esto va a permitir que dentro del presupuesto haya una partida destinada a contratar más médicos y enfermeras que quieran no sólo trabajar en áreas urbanas, sino también en

²¹³ Muchas de las nuevas enfermedades han surgido debido a la inequidad, al cambio climático, a la resistencia microbiana a los medicamentos, a las nuevas técnicas agrícolas y ganaderas, los malos hábitos, así como a los desplazamientos y movimientos migratorios.

las rurales. También permitirá incentivarles con un mejor salario, además de una capacitación adecuada para la atención de los pacientes.

Es necesario crear indicadores de salud nivel local y regional, así como la construcción con ayuda de médicos y de población, de cercos sanitarios, lo que daría como resultado, una más rápida y eficiente atención de las enfermedades que existan en cada zona estudiada.

Y por último, la población debe estar debidamente informada con todo aquello que tiene que ver directamente con su salud, por ello, es necesario que participe junto con los sectores políticos y de seguridad médica, para la preservación y conservación de su salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bustamante, Miguel Ángel, “La salud pública en México, 1979-1989”, Secretaria de Salubridad y Asistencia, México, D. F, 1979.
2. Bustos Castro, Daniel, “La administración en la Salud”, Edit. Francisco Méndez Oteo, 2da. Edición, México, D. F., 1983.
3. Cabrero Mendoza Enrique, “Las Políticas Descentralizadoras en México”, 1983-1993, Logros y Desencantos”, Centro de Investigación y Docencia Económicas, México, 1998, pp. 192.
4. Cardoza Brum Myriam, “El ámbito Sectorial. Análisis de la Descentralización en el Sector Salud (1983-1993).
5. Delma, “Legislación Sanitaria”, México, 2000.
6. De la Fuente Ramón, López Barcenas J., “Federalismo y Salud en México. Primeros alcances de la Reforma de 1995, Editorial Diana, México, 2001, pp.16-23.
7. De la Fuente, Juan Ramón, “Información sobre la salud”, McGraw-Hill Interamericana, México, D. F, 2002.
8. De la Fuente, Juan Ramón, “Diez problemas relevantes de la Salud Pública en México”, MacGraw-Hill Interamericana, México, D. F, 1989.
9. De la Madrid, Miguel, “Descentralización de los servicios de salud: El caso de México”, Porrúa, México, D. F, 1986, pp. 5-28.
10. E. Sigerist, Henry, “Hitos en la historia de la Salud Pública en México”, Siglo XXI, México, 1998.
11. Fundación Mexicana para la Salud, “Economía y salud: propuestas para el avance del sistema de salud en México”, Fundación Mexicana para la Salud, México, D. F, 1995
12. García Del Castillo, Rodolfo, Pérez Cabrera, Armando, Santín del Río, Leticia, “La Acción de los Gobiernos Municipales en la Política de Salud Pública: en Búsqueda de una Primera Explicación”, en Enrique Cabrero Mendoza, “Políticas Públicas Municipales, Una Agenda en Construcción”, 2003, México, pp.321-327.
13. García Ramón y Gross, “Diccionario Larousse, de la lengua española”, Ediciones Larousse, México, D. F., 1982, pp. 208.
14. González de la Vega René, “El Nuevo Marco Jurídico de la Salud. Un Nuevo Enfoque de la Modernización, Revista de Administración Pública No. 69, México, 1987, pp. 61-64.
15. Instituto Nacional de Salud Pública, “Planes de estudio, 1993”, INSP, México, D. F, 1993.
16. Instituto Federal Electoral, “Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos”, Secretaria Ejecutiva a través de la Dirección Jurídica, México, 2000, pp. 6.

17. Loo Palomino Luz, "Dirección General De Salud de las Personas", Boletín informativo No. 30, 2005, pp. 02.
18. López Acuña, Miguel, "La salud desigual en México", Siglo XXI, México, D. F, 1989.
19. López Luna María Concepción, "Salud Pública", Nueva Editorial Interamericana, México, 1993, pp. 1-4.
20. Mazarrosa Alvear L., Germán Bes C., Sánchez Moreno A., "Salud Pública y Enfermería Comunitaria", Madrid, Segunda Impresión, McGraw-Hill Interamericana, 2000, pp. 72-74.
21. Melgar Adalid M., "Descentralización y la Salud en México" en Secretaria de Salubridad y Asistencia, Programa Nacional de Salud, Poder Ejecutivo Federal, "Por la Salud de México", Miguel Ángel Porrúa, México, 2000, pp. 177-203.
22. Méndez, Francisco, "Atención de la Salud en áreas rurales", Porrúa, México, D. F, 1975.
23. Ocaranza, Fernando, "Historia de la Medicina en México", CONACULTA, México D. F, 1995.
24. Organización Mundial de la Salud, "Promoción de la Salud: Una antología", OMS, 1996.
25. Organización Mundial de la salud, "Descentralización de los Sistemas de salud en México: Conceptos, aspectos y experiencias a nivel nacional", OMS, México D. F, 1990.
26. Pallares Porta Francés, "Las Políticas Públicas: El Sistema Político en Acción", Revista de Estudios Políticos No. 62, 1988, pp. 141-162.
27. Pérez Tamayo, Ruy, "De la magia primitiva a la medicina moderna", Fondo de Cultura Económica, México, 1997.
28. Porrúa, Miguel Ángel, "Descentralización de los servicios de Salud en México", Porrúa, México, D. F, 1986.
29. Porrúa, Miguel Ángel, "Política de salud, descentralización en México", Porrúa, México, D. F, 1998.
30. R. Dye Thomas, "Understanding Public Policy", Prentice Hall, 1995, en Ruíz Sánchez Carlos, "Manual para la elaboración de Políticas Públicas", Editorial UIA- Plaza y Valdéz, México, 1996, pp.13.
31. Revista Médica, "Administración de calidad en la salud en México: 1980-1990", Revista Médica (IMSS), No.458, México, 1997.
32. Ruiz Massieu Juan Francisco, "La descentralización de los Servicios de Salud: Obstáculos y Soluciones" en De la Madrid Hurtado Miguel, Soberón Acevedo Guillermo, Ruiz Massieu Juan Francisco, Kumate, Set al, "Descentralización de los Servicios de Salud: El Caso de México", Miguel Ángel Porrúa, México, 1986, pp.61-84.
33. Saldaña Rodríguez, Joel, "Diabetes en el primer nivel de atención: Un Modelo Alternativo de Atención ", Salud Pública en México,

- Año 1, Vol. 40, Número Especial, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, México, pp.96-98.
34. Secretaría de Salud, "Historia de la Salud: Reseña Histórica, 1982-1988", Secretaría de Salud, México, 1998.
 35. San Martín, Hernán, "La descentralización de la salud pública en México", la prensa médica mexicana, México, D. F, 1988.
 36. Sistema Nacional de Salud, Boletín de Información Estadística, Núm. 15, 1995, Vol. I, Recursos y Servicios, México, D. F., 1996.
 37. Soberón G., Kumate J. L., Laguna J: (Compiladores), "La Salud en México: Testimonios de 1988. Fundamentos del Cambio Estructural", Secretaria de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. El Colegio Nacional, Fondo de Cultura Económica, Tomo I, México, 1988, pp. 103-111.
 38. Soberón Acevedo Guillermo, "La Reforma de la Salud en México. L. Introducción.", Gaceta Médica de México, Sep-Oct 2001, Volumen 137, No. 5.
 39. Soberón Acevedo Guillermo, "El Sistema Nacional de Salud", Revista de Administración Pública No. 69, México, 1987, pp. 18, 23 y 24.
 40. Tamayo Sáez, Manuel, "El análisis de las políticas públicas", Universidad Complutense de Madrid-Instituto Universitario Ortega y Gasset, Madrid, pp. 281-311.
 41. Vargas Domínguez Armando, "Educación para la Salud", editorial McGraw-Hill: Interamericana, 1993, México, pp. 23-24.
 42. Vargas Domínguez Armando, "Educación para la Salud", editorial McGraw-Hill: Interamericana, 1993, México, pp. 23-24.
 43. Wislow C. E, "The Evolution And Significance Of The Modern Public Health Campaign" en Álvarez Alva Rafael, "Salud Pública y Medicina Preventiva", editorial El Manual Moderno, Segunda Edición, 1998, México, pp. 31-32.
 44. Zorrilla Arena Santiago, "50 Años de Política Social en México", Talleres Gráficos de México, México, 1988, pp. 105.

INTERNET

1. Campero Núñez del Prado José Carlos, "Participación, Políticas Públicas y Democracia"
2. <http://www.clad.org.ve/fulltext/0038105.html> 16/Mayo/06.
3. Véase en:
4. Casas de Salud
5. <http://www.tlalpan.gob.mx/centros/otros/salud.html#2> 15/Agosto/07.
6. INEGI, "Anuario Estadístico del Estado de Hidalgo", INEGI, Desarrollo Social de Hidalgo, 2000, pp. 668.

7. <http://www.salud.gob.mx/apps/htdocs/estadisticas/glosario/servmed2.htm> 15/Agosto/07
8. Informe de Desarrollo Humano, México, 2002.
9. <http://www.rolandocordera.org.mx/pobreza/cuadros.pdf>. 12/Septiembre/07.
10. Ley del Ejercicio Profesional en Hidalgo, Capítulo IV, Del servicio Social Estudiantil, artículos 8-13.
11. <http://72.14.253.104/search?q=cache:4OUjjKuSUb8J:www.ordenjuridico.gob.mx/Estatal/HIDALGO/Leyes/HGOLEY31.pdf+LEY+DEL+EJERCICIO+PROFESIONAL+EN+HIDALGO&hl=es&ct=clnk&cd=1&gl=mx>
12. Ley General de Salud
13. <http://www.cameintram.org.mx/disc.htm>
14. Lopategui Edgar, saludmed@abac.com 31/Jul/06
15. Portantiero: Sociedad Civil, Estado y Sistema Político, 2002, Análisis Sociopolítico”, <http://www.aitillo.com/EXAMENES/uces/publicidad/analissocpol/analisisocpol2002portan.asp>
16. Secretaría de Salud en México
17. [http://es.wikipedia.org/wiki/Secretar%C3%ADa_de_salud_\(M%C3%A9xico\)](http://es.wikipedia.org/wiki/Secretar%C3%ADa_de_salud_(M%C3%A9xico))
18. Sistema Nacional de Información en Salud.
19. <http://sinais.salud.gob.mx/glosario/rechum2.htm> 12/Septiembre/2007
20. Sistema Nacional de Información en Salud, 18/Sep/07 <http://sinais.salud.gob.mx>.
21. Van Meter Donald y Van Horne Carl, “El Proceso de Implementación de las Políticas. Un Marco Conceptual” en Hernández E. Virgilio, “Dimensiones Teóricas sobre las Políticas Públicas”.
22. <http://www.puceedu.ec/Postgrados/MscPolitic/Biblioteca/papel1.htm> 11/Mayo/06
23. Ziccardi Alicia, “Los Actores de la Participación Ciudadana”, Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM.
24. <http://www.iglom.iteso.mx/PDF/aziccardi.PDF>
25. Véase en: www.monografias.com/trabajos13/segsocdf/segsocdf.shtml 29/Mayo/07.
26. Véase en: <http://info4.juridicas.unam.mx/ijure/fed/96/7.htm?s=29/Mayo/07>.
27. Véase en: <http://www.issste.gob.mx/nuevaley/leydelissste.pdf> 29/Mayo/07
28. Véase en: <http://www.imss.gob.mx> 29/Mayo/07
29. Véase en: <http://www.seguro-popular.gob.mx> 29/Mayo/07

30. Véase en: <http://www.oportunidades.gob.mx/tp/listado.php>
29/Mayo/07
31. Véase en:
[http://64.233.179.104/search?q=cache:Lsyu/17kbCTgJ:www.ordenjuridico.gob.mx/Federal/PE/APF/APC/SSA/Leyes/07021984\(1\).pdf+ley+general+de+salud&h1=es&q1=mx&ct=clnk&cd=9](http://64.233.179.104/search?q=cache:Lsyu/17kbCTgJ:www.ordenjuridico.gob.mx/Federal/PE/APF/APC/SSA/Leyes/07021984(1).pdf+ley+general+de+salud&h1=es&q1=mx&ct=clnk&cd=9) 01/Junio/06.
32. Véase en: [http://www.salud.gob-mx/unidades/dqpfcs/contenido.php?nteid=39](http://www.salud.gob.mx/unidades/dqpfcs/contenido.php?nteid=39) 17/Agosto/07.
33. Véase en: www.seguropopular.com.mx
34. Véase en:
http://www.diftulancingo.gob.mx/index.php?option=com_content&task=view&id=23&Itemid= 03/Sep/07
35. Véase en:
http://www.cancer.gov/Templates/db_dalpha.aspx?CdrID=44520&loq=spanish 12/SEP/07

HEMEROTECA

MILENIO

1. Anaya, Martín, “Centros de Salud abren puertas con carencias”, Milenio, 27/Febrero/07, pp15.
2. Árechiga, Osvaldo, “Aumentan los casos de Rotavirus en cinco Días”, Milenio, 22/Marzo/06, pp. 22.
3. Árechiga, Osvaldo, “Hospital del Niño DIF sin cirujano para trasplantes”, Milenio, 20/Junio/06, pp. 22
4. Árechiga, Osvaldo, “Infraestructura del hospital General de Pachuca, insuficiente para atender a usuarios de Tulancingo”, Tendencias, Milenio, 11/Julio/06, PP.17.
5. Árechiga, Osvaldo, “Pretenden profesionalizar a enfermeras”, Milenio, 12/Agosto/06, pp.12.
6. Árechiga, Osvaldo, “Mala Salud Bucal en la Tercera Edad”, Milenio, 03/Sep/06, pp.12
7. Árechiga, Osvaldo, “Diabéticos, cuidado con la proteína albúmina”, Milenio, 3/Sep/06, pp. 12.
8. Árechiga, Osvaldo, “Con diabetes 3 de cada 10”, Milenio, 14/Nov/06, pp. 12.
9. Árechiga, Osvaldo, “La entidad carece de cardiólogos pediátricos”, Milenio, 18/Noviembre/06, pp. 25
10. Árechiga Osvaldo, Martínez José Manuel, “Vacunas para prevenir males”, Milenio, 23/Nov/06, pp. 12.
11. Árechiga, Osvaldo, “SSH con pocas áreas para oficinas”, Milenio, 17/Marzo/07, pp. 12.
1. Árechiga, Osvaldo, “Enfermeras con bajos salarios”, Milenio, 22/Marzo/07, pp. 27

2. 13.Árechiga, Osvaldo, “Médicos sufren males de salud por exceso de trabajo”, Milenio, 24/Abril/07, pp. 13
3. Árechiga, Osvaldo, “Faltan Centros de salud al sur de Mineral de la Reforma”, 07/Mayo/07, pp.12.
4. 15.Árechiga, Osvaldo, “Se cumplirá meta de la colecta anua de la CRM”, 21/Mayo/07, pp.27.
5. Árechiga, Osvaldo, “Sin seguridad Social, un 45% de los Hidalguenses: SSH” en Milenio, 27 de Junio del 2007, pp.16.
6. Árechiga, Osvaldo, “En Enero ocurrió la primera intervención de este tipo”, Milenio, 26/Septiembre/07, pp.26.
7. Árechiga, Osvaldo, “Sólo un riñón y córneas se trasplantan en Hidalgo”, Milenio, 26/Septiembre/07, pp26.
8. Ávila, Jorge, “Infraestructura de salud más importante que la atención?”, Milenio, 29/Marzo/06, pp.15
9. Ávila, Jorge, “SSAH edita revista médica para capacitación de personal”, Milenio, 14/Junio/06, pp. 22.
- 10.Ávila, Jorge,” Costoso el Tratamiento para Pacientes con VIH”, Milenio, 22/Jun/06, pp. 15
- 11.Ávila, Jorge,” Costoso el Tratamiento para Pacientes con VIH”, Milenio, 22/Jun/06, pp. 15.
- 12.23.Ávila, Jorge, “DIFH introducirá productos sanos en tiendas escolares”, Milenio, 17/Agost/06/ pp.18.
- 13.Ávila, Jorge, “Rebasada la Cruz Roja”, Milenio, 17/Agosto/06, pp.07.
- 14.Ávila, Jorge, “Persisten Indicadores de Marginación en Salud”, 27/Agos/06, pp.11
- 15.Ávila, Jorge, “Mortandad por Cirrosis, Elevada”, Milenio, 05/Sep/06, pp. 12.
- 16.Cruz Minerva, “El IMSS no es indicador”, en Milenio Hidalgo, 11 de Junio del 07, pp. 16.
- 17.Cruz Minerva, “¿Dónde está el empleo?” en Milenio Hidalgo, 15 de Junio del 07, pp.18.
- 18.Frías, Luís, “Flojo apoyo de la iniciativa privada a la Colecta de la CRM”, Milenio, 11/Abril/07, pp.13
- 19.Frías, Luís, “Se incrementan Consultas Médicas”, Milenio, 23/Nov/06, pp. 12
- 20.Frías, Luís, “Se incrementan Consultas Médicas”, Milenio, 23/Nov/06, pp. 12.
- 21.Frías, Luís, “Infecciones Respiratorias en Aumento”, Milenio, 23/Nov/07, pp. 12.
- 22.Jurado, Carlos, “Pachuca, concentra el mayor número de infectados de Sida en Hidalgo”, 16/Marzo/07, pp.12.
- 23.Lenoyr, Sergio, “Hospital del IMSS, deficiente espacio”, Milenio, 07/Agosto/07, pp.34.

24. Lenoyr, Sergio, "Sin acceso a Vacuna contra el VIH: SSAH", Milenio, 14/Agost/07, pp. 27
36. Lenoyr Sergio, "Sólo cinco de cada cien pagan cuota al Seguro popular", Milenio, 16 de Agosto del 2007, pp. 5
37. Lenoyr Sergio, "Sólo cinco de cada cien pagan cuota al Seguro popular", Milenio, 16 de Agosto del 2007, pp. 5
38. Lenoyr, Sergio, "Insuficiencias en el Hospital General de Pachuca", Milenio, 29/Agosto/07, pp. 05.
39. Lenoyr, Sergio, "Alertan por embarazos en Adolescentes", Milenio, 30/Agosto/07, pp. 27.
40. Lenoyr, Sergio, "Alistan áreas en hospitales del ISSSTE", Milenio, 05/Septiembre/07, pp.06.
41. Lenoyr, Sergio, "El Hospital de especialidades será insuficiente para Hidalgo", Milenio, 25/Septiembre/07, pp. 03.
42. Lenoyr, Sergio, "Menos de Mil Vasectomías se han practicado", Milenio, 05/Oct/07, pp.27
43. Lenoyr, Sergio, "Menos de Mil Vasectomías se han practicado", Milenio, 05/Oct/07, pp.27.
44. Peralta, Florentino, "Trabajadores acusan a Medi-life de no cumplir servicios médicos", en Milenio, Miércoles 11 de Abril del 2007, pp. 38.
45. Quintana, Alberto, "Módulo de salud, inoperable", Milenio, 18/Abril/07, pp. 7
46. Quintana, Alberto, "Revisa contraloría edificio que inauguró Osorio Chong", Milenio, 14/Mayo/07, pp. 13.
47. Quintana, Alberto, "Piden atención en centro de salud", Milenio, 28/Septiembre/07, pp. 06
48. Márquez Yuliana, "La Cruz Roja no recibirá más basura de hospitales", Milenio, 24 de Abril, 2006, pp. 08
49. Márquez, Yuliana, "SSAH: En la Región, la mitad con Rotavirus", Milenio, 22/Marzo/06, pp.17.
50. Márquez, Yuliana, "La Cruz Roja no recibirá más basura de hospitales", Milenio, 24/Abril/07, pp.08.
51. Márquez, Yuliana, "Reconoce la SSAH, carencias en el casas de salud", Milenio, 12/Junio/07, pp.06.
52. Márquez, Yuliana, "Inicia Caravana Médica Cristiana en Santiago Tulantepec", Milenio, 16/Julio/07, pp. 06.
53. Márquez; Yuliana, "Mantienen Campaña para Evitar Malformaciones en Embarazos", Milenio, 26/Abril/07, pp. 09.
54. Márquez, Yuliana, "Investigan desnutrición en Singuilucan", Milenio, 01/Oct/07, pp.12.
55. Márquez, Yuliana, "Pocas Vacunas contra el Neumococo", Milenio, 08/Oct/07, pp. 12.
56. Martínez, José Manuel, "Aumentan Diarreas por Altas Temperaturas", Milenio, 16/Mayo/05, pp.10.

57. Martínez José Manuel, "Servicio Social Subsana las Carencias de Salud", Milenio, 16 Octubre del 2006, pp.16.
58. Martínez, José Manuel, "Hipertensión y Diabetes, males de salud Pública", Milenio, 18/Jul/07, pp.27.
59. Martínez, José Manuel, "Linfomas, segunda causa de atención", Milenio, 18/Jun/07, pp.12.
60. Redacción,"Jacala, Huichapan, Tula y Tulancingo, son cuatro de las regiones que la Secretaria de Salubridad de Hidalgo, pretende afiliar al Seguro Popular, teniendo como objetivo una meta de 206 mil familias para el 14 de Julio del 2007", Milenio, 27/Jun/07.
61. Redacción, "Afiliarán 206 mil familias al Seguro Popular: SSH", en Milenio, 27/Jun/ 2007, pp.16
62. Reyes, Gabriela, "Antigua edificación será el nuevo Centro de Salud", Milenio, 21/Febrero/07, pp.12.
63. Reyes, Gabriela, "En Marzo cirugías gratuitas en el Hospital Regional de Tula", 21/Febrero/07, pp. 15.
64. Valadez, Blanca, "Unificarán Servicios de Hospitales de IMSS, ISSSTE y Salud", en Milenio, 26 de Julio del 2006, pp. 32
65. Valadez Blanca, Mercado Angélica, "Esperan un transplante más de diez mil personas", milenio, 25/Septiembre/07, pp. 27
66. Vargas, Beatriz Adriana, "Se amplían instalaciones del Seguro Social", Milenio, 09/Julio/06, pp. 12.

PLAZA JUÁREZ

1. Manzano, Anabel, "75% de los Niños, Vacunados", Plaza Juárez, 25/Feb/06, pp. 10
2. Manzano, Anabel, "Secretaría de Salud carece de Oficinas", Plaza Juárez, 07/Marzo/07, pp.13.
3. Velásquez, Sara, "Imperan los Males crónico degenerativos, sobre los infecciosos", Plaza Juárez, 10/Mar/07, pp. 17.
4. Vargas, Adriana Beatriz, "Hidalgo carece de médicos especialistas", Plaza Juárez, 24/Abril/07, pp.16.
5. Vargas, Beatriz Adriana, "Se construye centro de rehabilitación integral regionales Huejutla", Plaza Juárez, pp.08.
6. Vargas, Beatriz Adriana, "Se compromete funcionario a que haya 10 hospitales al finalizar el presente sexenio", Plaza Juárez, 12/Julio/07, pp.13.
7. Vargas, Beatriz Adriana, "Dañados 34 Centros de salud por Dean", Plaza Juárez, 25/Septiembre/07, pp. 05.
8. Vargas, Beatriz Adriana, "Hipertensión en Hidalgo", Plaza Juárez, 12/Oct/07, pp.12.
9. Vargas, Beatriz Adriana, "Males cardiacos y tumores, causas de muerte", Plaza Juárez, 12/Nov/06, pp.12.

10. Vargas, Beatriz Adriana, "Incrementa la tuberculosis en enfermos de VIH-Sida", Plaza Juárez, 05/Diciembre/07, pp. 06.
11. Velásquez, Sara, "1245 Casos de Varicela en Hidalgo", Milenio, 14/Marzo/06, pp.17.
12. Velásquez, Sara "Hospitales privados sólo para ricos", en Plaza Juárez, Martes 22 de Marzo del 2006, pp. 15.
13. Velásquez, Sara, "4 Mujeres portadoras del VIH, fueron Madres", Plaza Juárez, 10/May/06, pp. 10
14. Velásquez, Sara, "4 Mujeres portadoras del VIH, fueron Madres", Plaza Juárez, 10/May/06, pp. 10.
15. Velásquez, Sara, "Lanzan Campaña a favor de la Salud Reproductiva", Milenio, 24/May/06, pp. 12.
16. Velásquez, Ana Luisa, "No le ha ido bien a los Hidalguenses en materia de salud: Jonguitud", Plaza Juárez, 28/Marzo/06, pp. 12.
17. Redacción, "225 Casos de Tuberculosis en tierras Hidalguenses", Plaza Juárez, 23/Marzo/06, pp. 10.
18. Redacción, "Hospitales sin infraestructura para atender a la población seropositiva" Plaza Juárez, 02/Febrero/07, pp. 05.
19. Redacción, "50% de la Población Padece Caries", Plaza Juárez, 10/Agosto/06, pp. 10
20. Ruiz Miriam, Lagunas Lucía, "Reitera Secretario de Salud, Educación Sexual Abierta", Plaza Juárez, 12/08/06, pp. 101.

SINTESIS

1. Elizondo, Sara, "Casos de Rotavirus en Hidalgo", Síntesis, 17/Mar0/06, pp. 10
2. Elizondo, Sara, "Cuidado con los Niños en Vacaciones", Síntesis, 06/Abril/06, pp. 06
3. Elizondo, Sara, "Médicos darán Consultas Pediátricas en Municipios Hidalguenses", Síntesis, 6/Abril/06, pp. 12.
4. Elizondo, Sara, "Casos de Rotavirus en Hidalgo", Síntesis, 17/Mar0/06, pp. 10.
5. Elizondo, Sara, "Cuidado con los Niños en Vacaciones", Síntesis, 06/Abril/06, pp. 06.
6. Elizondo, Sara, "Jonguitud reconoce la necesidad de más trabajadores en la Secretaría de Salud", Síntesis, 29/Junio/06, pp. 25.
7. Elizondo Sara, "Jonguitud Reconoce Necesidad de más Trabajadores en la Secretaría de Salud", Síntesis, 29 de Junio 2006, pp. 25.

8. Elizondo, Sara, "Jonguitud reconoce la necesidad de más trabajadores en la Secretaría de Salud", Síntesis, 29/Junio/06, pp. 25.
9. Elizondo, Sara, "Vacunan a Niños y Adultos Mayores Contra la Influenza", Síntesis, 10/Nov/06, pp.12.
10. Elizondo, Sara, "Enfermedad Pulmonar Crónica cuarto lugar en Morbilidad", Síntesis, 16/Nov/06, pp.12.
11. Elizondo, Sara, "Incrementa demanda en Hospitales de Hidalgo", Síntesis, 12/Enero/07, pp.09.
12. Elizondo, Sara, "Incrementa la demanda de atención en los hospitales", Síntesis, 12/Enero/07, pp. 12.
13. Elizondo, Sara, "Desarrollan terapia para tratar diabetes tipo II", Síntesis, 09/Abril/07, pp.15.
14. Ángeles, Edna, "Ahora en enfermería, Icahi demuestra su labor", Síntesis, 26/Septiembre/07, pp. 12.
14. Islas, María Antonieta, "Cero casos de Cólera en Tulancingo", Síntesis, 25/Sep/06, pp. 10
15. Islas, María Antonieta, "Cero casos de Cólera en Tulancingo", Síntesis, 25/Sep/06, pp. 10.
16. Islas, María Antonieta, "Prometen un nuevo hospital para Tulancingo", Síntesis, 22/Marzo/07, pp10.
17. López, Saúl, "Medidas para Evitar enfermedades por el calor", Síntesis, 28/Marzo/06, pp.12.
18. López, Saúl, "Construirán cuatro centros regionales de rehabilitación", Síntesis, 25/Abril/06, pp. 15.
19. López, Saúl, "Aumenta padrón de niños y jóvenes atendidos en la unidad de rehabilitación de Tulancingo", síntesis, 09/Mayo/06, pp.12
20. López, Saúl, "Centros regionales del DIF ahorrarán traslados", Síntesis, 17/Julio/06, pp. 12.
21. López, Saúl, "Intensifican Jornadas médicas", Síntesis, 25/Septiembre/07, pp.02
22. Serrano, Diana "Cruz Roja, semillero de técnicos en urgencias médicas: delegado", Síntesis, 22/Marzo/07, pp. 15.
23. Rodríguez, Luis Alberto, "Hidalgo, pobre en índices de desarrollo", síntesis, 12/Sep/07, pp. 03
24. Rodríguez, Rosario, "Desnutrición afecta a infantes Hidalguenses", Síntesis, 03/Oct/07, pp.5.

SOL DE HIDALGO

1. Leyva, Oscar, "Inició Semana de Salud en la Esfuerzo Campesino", Sol de Hidalgo, 30/May/06, pp. 2 y 10.