

Actualización del Programa
**Institucional de los Servicios
de Salud de Hidalgo
2011 - 2016**



DIRECTORIO

Lic. José Francisco Olvera Ruíz
Gobernador Constitucional del Estado de Hidalgo

Secretaría de Salud y Servicios de Salud de Hidalgo

Lic. Pedro Luis Noble Monterrubio
Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud de Hidalgo

Mtra. Ma. Dolores Osorio Piña
Subdirectora General de Servicios de Salud Pública

Dr. José Antonio Copca García
Subdirector General de Prestación de Servicios

Lic. Carlos Alberto García Sánchez
Subdirector General de Finanzas y Administración

Mtro. Ignacio Valdez Benítez
Director de Planeación, Presupuesto y Evaluación

Biol. Rosa Gabriela Ceballos Orozco
Directora de Coordinación de Regulación Sanitaria

Mtro. Isaías Parra Islas
Director del Régimen Estatal de Protección Social en Salud

M. en C. Miroslava Sánchez Mendoza
Directora del Laboratorio Estatal de Salud Pública

Dr. Antonio Eduardo Gutiérrez Rodríguez
Director del Centro Estatal de Transfusión Sanguínea

L.C. Víctor Hugo Lechuga Hernández
Titular de la Administración del Patrimonio Social

L.C. Moisés Torres Ocampo
Director de la Coordinación de Investigación

Dra. Norma Emilia Pérez Martínez
Directora de Coordinación de Vinculación Interinstitucional

Lic. Marco Antonio Heras Jiménez
Director de la Coordinación Técnica

L.M. María del Carmen Paniagua Alcántara
Directora de Contraloría Interna

L.D. María Teresita Juárez Téllez
Directora Jurídica y de Derechos Humanos

1. ESTRUCTURA Y CONTENIDO DE LA ACTUALIZACIÓN DEL PROGRAMA INSTITUCIONAL DE SALUD

1.	Estructura y contenido del Programa	3
2.	Presentación.....	4
3.	Introducción y Fundamentación.....	6
4.	Diagnóstico General.....	16
5.	Alineación a las Políticas Públicas Estatales.....	78
6.	Alineación a los Programas Sectoriales de Orden Federal.....	85
7.	Estrategias y Líneas de Acción Transversales por Sector	86
8.	Indicadores Estratégicos.....	91
9.	Referencias Generales.....	99

2. PRESENTACIÓN

La salud es una condicionante del desarrollo y del bienestar colectivo. Como gobierno tenemos la obligación de garantizar una mayor cobertura y accesibilidad a servicios con altos niveles de calidad y oportunidad para responder de forma eficaz a la atención preventiva y curativa de los padecimientos que afectan a la población, mediante un trato humano y digno.

Nuestro Estado atraviesa por un periodo de transición epidemiológica avanzada, enfrentando simultáneamente el desafío de la carga de enfermedades crónicas degenerativas y los rezagos de patologías infecciosas características de etapas pretransicionales, esto en función del ritmo de los cambios demográficos y de los procesos de urbanización e industrialización, el cambio en el perfil de la población usuaria se debe acompañar de un cambio a la misma velocidad en la organización de los servicios de salud.

Al tener la salud un efecto directo sobre la productividad y el ingreso, y un efecto indirecto sobre el crecimiento a través del proceso de acumulación de capital humano, la desigualdad en salud entre grupos y regiones afecta de manera importante la productividad agregada y puede generar trampas de pobreza a nivel local.

Estas condiciones obligan a enfocarse en intervenciones costo-efectivas y en el fortalecimiento de las acciones de prevención y promoción como las alternativas más viables para enfrentar los padecimientos. La protección de la salud de los hidalguenses requiere de estrategias integrales, diferenciadas, que fortalezcan y amplíen la lucha contra los riesgos sanitarios y favorezcan la cultura de la salud y el desarrollo de oportunidades para elegir estilos de vida saludables.

Por lo que es fundamental asegurarse que los servicios de atención de primer y segundo nivel de la institución responden adecuadamente a las necesidades y expectativas de la población hidalguense.

Como resultado de la *Actualización del Plan Estatal de Desarrollo 2011-2016* que define el rumbo a seguir para avanzar con paso firme hacia la configuración del Hidalgo que todos anhelamos, emana el documento “*Actualización del Programa Institucional de Salud 2011-2016*” donde se establecen los retos y responsabilidades de un gobierno comprometido de continuar brindando servicios de salud de calidad a los hidalguenses.

El gobierno del Lic. José Francisco Olvera Ruiz a partir del *Eje 1. Desarrollo Social para el Bienestar de Nuestra Gente*, ha asumido el compromiso de conseguir la ampliación de las capacidades de todos y el mejoramiento de las condiciones de vida de quienes más lo requieren.

Las directrices de la acción política son claras y congruentes con el consenso internacional expresado en los Objetivos del Desarrollo del Milenio “erradicar el hambre y la pobreza extrema, hacer llegar a toda nuestra gente, sin importar los obstáculos que haya que sortear, los servicios básicos de salud, poniendo especial énfasis en la salud materna y la reducción de la mortalidad infantil”, por lo cual la salud es un tema prioritario de la agenda pública, así como la lucha contra la pobreza y los esfuerzos por aumentar la equidad consideradas como tareas básicas.

La *Actualización del Programa Institucional de Salud 2011-2016* responde a los retos que enfrentan los Servicios de Salud de Hidalgo poniendo en marcha mecanismos que fortalecerán las actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades, la protección contra riesgos sanitarios y la protección financiera de la población sin seguridad social; además de mejorar la calidad de la atención.

Los problemas insertos en el ámbito de la salud rebasan las competencias de una institución o del sector en su conjunto, porque se trata de un problema multicausal, pero se trabaja arduamente para construir un sistema de salud público que permita garantizar la protección de la salud de todas las personas.

Los Servicios de Salud de Hidalgo operan con 603 unidades de atención primaria, muchas de ellas ubicadas en zonas de alta marginación en las que la existencia de estas unidades de atención representa la única alternativa para hacer frente a los problemas de salud que aquejan a la población de bajos recursos en nuestro Estado.

El presente documento se ha formulado, con la participación de todas las áreas de la institución tras un amplio diagnóstico de la situación estatal, donde se han identificado los ejes rectores que guiarán los esfuerzos para dar cabal respuesta a las demandas más vivas y legítimas de la población, será el documento rector integral que impulsa la suma de recursos, esfuerzos y capacidades, que en su conjunto establecen un rumbo orientado para construir la integración del Sistema Estatal de Salud a través del fortalecimiento de los Servicios de Salud de Hidalgo.

Lic. Pedro Luis Noble Monterrubio
Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud de Hidalgo

3. INTRODUCCIÓN Y FUNDAMENTACIÓN

La salud no solo es una de las principales condiciones para el desarrollo de la población, sino también es uno de los indicadores asociados al crecimiento económico y la pobreza. Se estima que un tercio del crecimiento económico de México en el último cuarto del siglo XX es atribuible al aumento de la esperanza de vida y a la disminución de la tasa de mortalidad entre 1970 y 1995.¹

Este mejoramiento en las condiciones de salud también se ha visto reflejado en los últimos años para el Estado de Hidalgo, existe un incremento en la esperanza de vida al nacimiento de 68.62 años en 1990 a 75.1 en 2013, así como la mejora de indicadores de salud poblacional como el descenso de la mortalidad infantil y la erradicación de enfermedades prevenibles por vacunación.

El mejoramiento de la salud no solo impacta en el crecimiento de las naciones, sino también en la calidad de vida y el nivel de bienestar de las personas. En el año 2000, la Organización de las Naciones Unidas establece ocho ambiciosos Objetivos del Desarrollo del Milenio, que se intentan alcanzar para 2015 y que se basan directamente en las actividades y metas incluidas en la Declaración del Milenio, entre los que destacan: a) reducir a la mitad la proporción de la población que padece hambre; b) reducir en dos tercios la mortalidad de niños menores de cinco años; c) reducir en tres cuartas partes la mortalidad materna; d) detener y reducir la propagación del VIH/SIDA; e) detener y reducir la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves, y f) reducir a la mitad el porcentaje de personas que carecen de acceso sostenible a agua potable y servicios básicos de saneamiento.²

Las principales causas de muerte también se han modificado, las infecciones frecuentes y los problemas relacionados con la desnutrición y la mortalidad materna han sido desplazados por las enfermedades no transmisibles y las lesiones, que hoy concentran más del 85% de las causas de muerte en el país. Estos avances han sido resultado de una mejora en las condiciones generales de vida, así como del permanente esfuerzo de las instituciones de salud en el Estado.

Esta transición en el patrón epidemiológico está íntimamente asociada al envejecimiento de la población y a múltiples riesgos vinculados con estilos de vida poco saludables, dentro de los que sobresale la mala nutrición (que ocasiona sobrepeso y obesidad), el tabaquismo, el sedentarismo, la ingesta excesiva de alcohol y el consumo de drogas.

Panorama de la Salud 2013, (Health at a Glance 2013) menciona que México es el segundo país, después de Estados Unidos, con mayor obesidad. Casi un tercio de los adultos mexicanos (32.4%) sufrían de obesidad en el año 2012, un importante aumento partiendo del 24% que había en el año 2000. Además, casi un tercio de los niños mexicanos tiene sobrepeso o sufre de obesidad. Actualmente, la diabetes, la enfermedad crónica relacionada directamente con la obesidad, afecta aproximadamente al 16% de la población de entre 20-79 años, el porcentaje más alto registrado en la OCDE.³

¹ Mayer-Foulkes (2001), citado por CMMS (200).

² ONU (2000)

³ México debe combatir el aumento de la obesidad, asegura la OCDE

En ese contexto, las enfermedades no transmisibles y las lesiones requieren ahora de tratamientos más complejos y prolongados; por lo mismo, su manejo es más costoso y significan una mayor carga económica para la sociedad.

Hacer frente a este nuevo perfil y a nuevos riesgos a la salud requiere de una respuesta sistémica que considere riesgos emergentes, los aspectos financieros y estructurales del sistema, los recursos esenciales necesarios para la prestación de los servicios, mejorar la eficiencia en la atención médica y avanzar en la rectoría del sistema para hacer crecientemente efectivo el derecho a la protección de la salud de los hidalguenses.

La *Actualización del Programa Institucional de Salud 2011-2016* responde a los retos que enfrentará, junto con las demás instituciones, el Sistema Estatal de Salud, en este documento se encuentran trazados 6 subprogramas que están orientados al fortalecimiento de la función rectora de los Sistemas Estatales de Salud: Conducción Sectorial, Armonización de la Provisión de Servicios, Garantía del Aseguramiento, Modulación del Financiamiento, Regulación y Funciones Esenciales de Salud Pública; además se encuentran orientados al fortalecimiento de las funciones sustantivas del Sistema Nacional de Salud: la rectoría efectiva, el financiamiento equitativo y sostenible, y la generación de recursos suficientes y oportunos encaminados a prestar servicios de salud de calidad y seguros.

Un sistema descentralizado fortalecerá los sistemas regionales y locales de salud, y promoverá la coordinación entre las instituciones del sector, por lo cual se continúa con el proceso de reorganización del sector salud, el cual permitirá a las instituciones satisfacer y garantizar las necesidades y legítimas aspiraciones en salud de la población.

Los Servicios de Salud de Hidalgo tendrán como una de sus prioridades la promoción de la salud y prevención de enfermedades, ya que a través de estas acciones se aportan los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma, por lo cual se hace necesaria la elaboración de políticas a favor de la salud, la creación de ambientes favorables, el reforzamiento de la acción comunitaria, el desarrollo de las aptitudes personales y la reorientación de los servicios de salud para mejorar las condiciones de salud de la población.

La infraestructura de la institución para atender a la población en las distintas regiones constituye el escenario sobre el cual se actuará para la construcción de las redes de servicio que dan cobertura de forma equitativa, eficiente y de calidad.

De acuerdo a la visión de la Fundación para la Salud (FUNSALUD) la protección de la salud debe comprenderse como una política social de Estado, un derecho social crecientemente efectivo, un instrumento estratégico para el combate a la pobreza, un componente esencial de la democracia, una divisa de participación de la sociedad civil organizada, una estrategia fundamental para el desarrollo económico y una responsabilidad de todos.

La salud tiene además una virtud particular: es un tema que unifica, un anhelo de todas las sociedades, un compromiso de todos los sectores y, en esa medida, un valor que fortalece el entramado social.

Son hondas las brechas entre las condiciones reales de desarrollo social y humano, garantizar la cobertura universal de salud se convierte en un objetivo obligado e inaplazable de las políticas de desarrollo social, ya que la salud tiene una implicación decisiva en el desarrollo humano y social, además de impactar en la calidad de vida de la población.

El capítulo 3 de la Actualización del Programa Institucional de Salud 2011-2016 presenta la Introducción y Fundamentación del documento, donde se expone la posición del sector salud sobre la perspectiva que tiene para entender la forma en que se determinan las políticas de desarrollo y la forma que habrá de operar, éste a su vez contiene el *Marco Normativo*, la *Propuesta General del Programa*, *Objetivos Generales*, *Estrategias Transversales*, la *Composición y Estructura Programática y Misión y Visión*.

El capítulo 4 presenta el Diagnóstico General del Sector, en este capítulo se describen los antecedentes del programa, la situación actual y pautas del desarrollo y el análisis estratégico del sector salud, se describen los riesgos sanitarios, panorama epidemiológico, riesgos y daños a la salud que enfrenta la población, con énfasis en las principales causas de muerte y discapacidad y datos demográficos. Además se hace un recuento de la infraestructura con la que se dispone para atender las necesidades de salud, a fin de que se cuente con los elementos necesarios para identificar las principales problemáticas y potencialidades para encauzar los esfuerzos y así cumplir de mejor manera con los propósitos definidos en los instrumentos de planeación

En el capítulo 5 se presenta la Alineación a las Políticas Públicas Estatales donde se contempla identificar la relación existente entre los objetivos generales del programa con los contemplados en la Actualización del Plan Estatal de Desarrollo 2011-2016, identificando su alineación por eje, objetivo estratégico y objetivo general, también se presentan los Objetivos Generales, Estrategias y Líneas de Acción que contendrán la redacción y relación funcional de cada uno de estos, identificando de forma descriptiva cada una de las acciones estratégicas a seguir.

En el capítulo 6 se presenta la Alineación a los Programas Sectoriales de Orden Federal donde la alineación por objetivos con el programa sectorial contempla identificar la relación existente entre los objetivos generales y específicos institucionales con los contemplados en el instrumento programático de orden federal, identificando su alineación por eje, objetivo estratégico y objetivo general.

En el capítulo 7 se presentan las Estrategias y Líneas Transversales en el cual se identifican las líneas de acción de carácter transversal que lleva el sector salud para cumplir con las estrategias horizontales fijadas en la Actualización del Plan Estatal de Desarrollo 2011-2016.

En el capítulo 8 se describe el indicador estratégico de impacto que se asocia con el cumplimiento de la razón fundamental de cada objetivo, incluyendo una ficha por cada uno de los 9 indicadores estratégicos.

En el capítulo 9 se describen las referencias generales donde se plasma la periodicidad de cada indicador, con la implementación posterior de un esquema sistematizado de evaluación, seguimiento y monitoreo.

a) Marco Normativo

La razón de ser de todo sistema de salud es mejorar la salud. Esto implica alcanzar el mejor nivel posible de salud para toda la población durante todo el ciclo de vida, lo que a su vez supone contar con un sistema de salud *efectivo*. Sin embargo, en ocasiones se puede proteger o mejorar la salud promedio de la población atendiendo de manera desproporcionada las necesidades de ciertos grupos privilegiados. Esto no es deseable. El sistema de salud, por lo tanto, tiene también la responsabilidad de reducir las desigualdades, mejorando preferentemente la salud de aquellos que están en peores condiciones. En este sentido el sistema de salud debe ser también *equitativo*.

Los Servicios de Salud brindan servicios a la población que no tiene seguridad social y a la población afiliada al Sistema de Protección Social en Salud, son financiados con recursos del gobierno federal y estatal además una proporción correspondiente a las cuotas de recuperación que pagan algunos usuarios al recibir la atención.

El Sistema de Protección Social en Salud es el mecanismo por el cual el Estado garantiza a la población sin seguridad social el acceso oportuno, de calidad, sin desembolso en el momento de utilización y sin discriminación a los servicios médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud, mediante la combinación de intervenciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación. Su principal objetivo es brindar protección financiera a la población no derechohabiente, mediante un seguro de salud público y voluntario, orientado a reducir el gasto de bolsillo y fomentar la atención oportuna a la salud.

Para lograr su objetivo cuenta con diversas estrategias y programas de atención a la población, entre ellos Seguro Popular, Embarazo Saludable, Seguro Médico Siglo XXI, Gastos Catastróficos, Oportunidades en su componente de Salud y cirugía extramuros.

En las últimas décadas se han llevado a cabo, cambios sustanciales en la organización de los servicios de salud y en consecuencia la implementación de instrumentos normativos para su prestación, lo que ha permitido brindar atención integral dirigida al individuo, familia y comunidad.

El Plan Estatal de Desarrollo 2011-2016 aprobado por Decreto publicado en el Periódico Oficial del Estado de Hidalgo el 7 de julio de 2011, y su Actualización en marzo de 2014 establece las políticas, ejes, objetivos y estrategias de la administración estatal; la definición de los objetivos, estrategias y líneas de acción del Programa Institucional de los Servicios de Salud de Hidalgo tiene como referente las leyes generales y estatales del Sector Salud: Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en su artículo 4o. y Constitución Política para el Estado de Hidalgo en su artículo 8. Asimismo se atienden distintos ordenamientos listados a continuación.

Normatividad General: Legislación General y Estatal.

Legislación Secundaria

- Ley General de Salud. D.O.F. 07/II/1984 DOF 15-I-2014
- Ley de Salud para el Estado de Hidalgo. P.O.E. 30/IX/2004. 13 /XII/ 2010
- Ley Orgánica de la Administración Pública Federal. D.O.F. 29/XII/1976 DOF 14-VI-2012.
- Ley Orgánica de la Administración Pública para el Estado de Hidalgo. P.O.E 21-XI. 2011 2 /IX/ 2013
- Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos. D.O.F. 31/XII/2004 DOF 15-VI-2012
- Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos para el Estado de Hidalgo. P.O.E. 30/VIII/2004 12 /X/ 2009
- Ley Federal de las Entidades Paraestatales. D.O.F. 04/I/2001. DOF 09-IV-2012
- Ley de Entidades Paraestatales del Estado de Hidalgo. P.O.E. 29/VII/2013
- Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público del Estado de Hidalgo. P.O.E. 31/XII/2003
- Ley General de Bienes Nacionales. D.O.F. 08/I/1982 DOF 16-I-2012
- Ley de Bienes del Estado de Hidalgo. P.O.E. 25/III/1991. P.O.E. 06/VIII/2001
- Ley de Planeación para el Desarrollo del Estado de Hidalgo. P.O.E. 24/XI/2003 13 /XII/ 2010
- Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Públicos del Estado de Hidalgo. P.O.E. 15/VII/2002. 10 /III/ 2008
- Ley Federal del Trabajo. D.O.F. 1/IV/1970 DOF 09-IV-2012
- Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, Reglamento del apartado "B" del Artículo 123 Constitucional. D.O.F. 28/XII/1963 3 /V/ 2006
- Ley de los Trabajadores al Servicios de los Gobiernos Estatal y Municipales, así como de los Organismos Descentralizados del Estado de Hidalgo. P.O.E. 30/XII/1987. 7/VI/2004
- Ley Federal sobre Metrología y Normalización. D.O.F. 1/VII/1992. DOF 09-IV-2012
- Ley Estatal de Procedimientos Administrativos. P.O.E. 30/XII/2002. 15 /VI/ de 2009
- Ley de Adquisiciones, Arrendamiento y Servicios del Sector Público del Estado de Hidalgo. P.O.E. 31/XII/2003
- Ley de Obras Públicas del Estado de Hidalgo. P.O.E. 11/VIII/2003
- Ley de Hacienda del Estado de Hidalgo. P.O.E. 31/XII/2003 22 /X/ 2012
- Ley de Coordinación Fiscal Federal. D.O.F. 27/XII/1978 DOF 12-XII-2011
- Ley de Coordinación Fiscal del Estado de Hidalgo. P.O.E. 30/XII/1989 31/XII/2011 F. de E. 19/III/2012
- Ley de Vías de Comunicación y Transito para el Estado de Hidalgo, Reforma. P.O.E. 31/XII/2004 P.O.E. 06/VIII/2001
- Ley del Ejercicio Profesional del Estado de Hidalgo. P.O.E. 31/XII/2004. 31/XII/2001
- La Ley Asistencia Social Para El Estado De Hidalgo. 30/07/2012

Legislación Reglamentaria

- Reglamento por el que se establecen las bases para la realización del internado de pregrado de la Licenciatura en Medicina. D.O.F. 09/XII/19
- Reglamento de la Ley General de Salud en materia de control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos. D.O.F. 20/II/1985 DOF 27/01/2012
- Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. D.O.F. 14/v/1986 DOF 04/12/2009
- Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud. D.O.F. 06/I/1987
- Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional para la formación de recursos humanos para la salud. D.O.F. 31/X/1986(abrogado) D.O.F. 28/II/1987 DOF 28/11/2006
- Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Control Sanitario de actividades, establecimientos, productos y servicios. D.O.F. 18/I/1988 D.O.F. 09/VIII/1999 DOF 28/12/2004
- Reglamento de insumos para la salud. D.O.F. 04/II/1988 DOF 02/01/2008 y 19/10/2011
- Reglamento Interior de los Servicios de Salud de Hidalgo. P.O.E. 14/III/2005
- Reglamento del Sistema Estatal de Salud. P.O.E. 01/IX/1997
- Reglamento Interno del Centro Estatal de Transfusión Sanguínea. P.O.E. 29/III/1999
- Reglamento de la Ley General de Salud en materia de publicidad. D.O.F. 04/V/2000 DOF 19/01/2012
- Reglamento de la Comisión Estatal Mixta de Ropa y Calzado. P.O.E. 14/XII/2000
- Reglamento Interno de Laboratorio Estatal de Salud Pública. P.O.E. 30/V/2005
- Reglamento de la Comisión Estatal Mixta de Escalafón del poder Ejecutivo y Organismos Descentralizados. P.O.E. 07/IV/2003.
- Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios. D.O.F. 09/VII/1999 DOF 24/04/2012
- Reglamento de la Ley de Salud en materia de sanidad internacional. D.O.F. 18/II/1985 F. d. E. DOF 10/07/1985
- Reglamento sobre el Consumo de Tabaco. D.O.F. 27/VII/2000
- Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General. D.O.F. 30/X/2001 (abrogado). DOF 8/12/2009
- Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público del Estado de Hidalgo. P.O.E. 11/X/2004
- Decreto por el que el Ejecutivo Federal establece las bases para el Programa de Descentralización de los Servicios de Salud de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. D.O.F. 30/VIII/1983
- Decreto de creación del Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud de Hidalgo. P.O.E. 18/XI/1996.
- Decreto número 109 que aprueba las tarifas del Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud de Hidalgo, para el ejercicio del año 2003. P.O.E. 24/II/2003
- Acuerdo mediante el cual el Consejo Directivo de los Servicios de Salud de Hidalgo, expide el procedimiento administrativo para la radicación, manejo y aplicación de los recursos financieros provenientes del cobro de



multas impuestos por los Servicios de Salud de Hidalgo, a través de la Dirección de Regulación Sanitaria. P.O.E. 14/III/2005

- Acuerdo de Coordinación para la Descentralización Integral de los Servicios de Salud. P.O.E. 18/XI/1996
- Acuerdo S.S.H. 00/01/70, por el que se establece el uso de las siglas S.S.H. y su logotipo para designar a los Servicios de Salud de Hidalgo. P.O.E. 16/IV/2001
- Acuerdo por el que el Director de los Servicios de Salud de Hidalgo, delega facultades en materia de control sanitario a los titulares de las Jurisdicciones Sanitarias. P.O.E. 24/IX/2001
- Acuerdo Gubernamental por el que se crea el Consejo Estatal de Salud Bucal. P.O.E. 28/IV/2003
- Acuerdo de Coordinación para la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud para el Estado de Hidalgo, que celebran el Ejecutivo Federal por conducto de la Secretaría de Salud y Estado de Hidalgo con la participación de los Servicios de Salud de Hidalgo. P.O.E. 05/VII/2004
- Acuerdo de Coordinación que celebran por una parte la Federación a través de la Secretaría de Salud y por la otra el Estado de Hidalgo para la ejecución del programa salud para todos (seguro popular en salud). P.O.E. 08/XI/2004
- Acuerdo mediante el cual el Consejo Directivo de los Servicios de Salud de Hidalgo autoriza que el Director General delegue en las unidades administrativas por territorio las facultades para ejecutar y operar el Sistema de Protección Social en Salud del Estado de Hidalgo. P.O.E. 22/VIII/2005
- Acuerdo mediante el cual el Consejo Directivo de los Servicios de Salud de Hidalgo autoriza que sea creado orgánicamente el Régimen de Protección Social en Salud como una unidad administrativa por función a los Servicios de Salud de Hidalgo. P.O.E. 22/VIII/2005
- Acuerdo Gubernamental por el que se crea el Consejo Estatal contra las Adicciones. P.O.E. 10/VII/2000
- Acuerdo Gubernamental por el que se crea el Consejo Estatal de Trasplantes. P.O.E. 13/XII/1999
- Acuerdo Gubernamental por el que se crea el Consejo Estatal para la Prevención de Accidentes. P.O.E. 26/VII/1999

b) Propuesta General del Programa

La estructura de la Actualización del Programa Institucional de Salud 2011-2016 sigue la línea que se trazó para la Actualización del Plan Estatal Desarrollo 2011-2016 y del Programa Sectorial de Salud, donde se elaboraron 9 objetivos generales sin perder el contexto de los 6 subprogramas propuestos en la Evaluación de la Función Rectora realizada por la representación de la OPS/OMS en México: Conducción sectorial, Armonización de la provisión de servicios, Garantía del aseguramiento, Modulación del financiamiento, Regulación y Funciones esenciales de Salud Pública, en el contexto de dar sustentabilidad, sostenibilidad y calidad a los servicios de salud.

Por cada objetivo estratégico se desarrollaron estrategias las cuales a su vez se desagregan en líneas de acción, el seguimiento del Programa se realizará a través de 8 indicadores estratégicos cada uno de estos indicadores guardan estrecha relación con los establecidos en la Matriz de Indicadores para Resultados.

c) Objetivos Generales

Los objetivos generales son derivados de la Actualización del Plan Estatal de Desarrollo y del Programa Sectorial de Salud 2011-2016.

SALUD PARA TODOS

1. **Fortalecer la conducción de los Servicios de Salud de Hidalgo**
Fortalecer la planeación, administración, gestión y evaluación de los Servicios de Salud de Hidalgo.
2. **Garantizar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad** Garantizar que la población tenga acceso universal a servicios integrales de salud acorde a las necesidades regionales.
3. **Garantizar el aseguramiento al Sistema de Protección Social en Salud a la población sin seguridad social**
Evitar la disminución del patrimonio de la población por motivos de enfermedad, mediante el blindaje financiero de las instituciones de salud que permita garantizar el acceso a los servicios.
4. **Fortalecer la generación y uso efectivo de los recursos en salud**
Garantizar a la población servicios de salud con calidad y calidez con enfoque de género e interculturalidad.
5. **Fortalecer acciones preventivas y de atención contra riesgos sanitarios que afecten la salud de la población**
Fortalecer las acciones de vigilancia, control y fomento sanitario para proteger a la población contra riesgos sanitarios.
6. **Garantizar el esquema básico y complementario de vacunación a la población de responsabilidad**
Impulsar las acciones de vacunación para brindar protección específica contra enfermedades prevenibles por vacunación a través de la inmunización por grupos de edad.
7. **Fortalecer las acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades.**
Fortalecer las acciones específicas de promoción de la salud y prevención y control de enfermedades a través de la participación de la comunidad, las instituciones de salud y los diversos órdenes de gobierno.
8. **Fortalecer las acciones de vigilancia epidemiológica**
Garantizar la protección de la población a través de la detección y control de enfermedades y la atención de urgencias epidemiológicas y desastres.

d) Estrategias Transversales

E.T. 1 Perspectiva de Género

Incluir la perspectiva de género en todos los ejes y rubros del desarrollo estatal, como elemento fundamental en el diseño de las políticas públicas, programas y acciones de gobierno.

E.T. 2 Administración con Enfoque Regional

Establecer como principio de planeación y gestión gubernamental la observancia de la perspectiva regional en los programas, proyectos y acciones que ejecuta la administración estatal, considerando la inclusión de criterios normativos de paridad presupuestal en la programación y asignación de los recursos públicos.

E.T. 3 Planeación de Políticas Públicas

Establecer la obligatoriedad en la aplicación de los instrumentos y procesos de planeación de políticas públicas en sus diferentes etapas y niveles de planificación y toma de decisiones.

E.T. 4 Respeto a los Derechos Humanos

Garantizar la observancia y cumplimiento irrestricto de los derechos humanos en el desempeño de todas y cada una de las funciones y actividades que corresponden a administrar, ejecutar o incidir, de forma directa o indirecta, a la administración pública estatal, dentro y fuera de su espacio de trabajo.

E.T. 5 Productividad y Competitividad con Beneficio Social

Dirigir todos los recursos y esfuerzos de la administración estatal, para que las oportunidades y el desarrollo lleguen a todas las regiones, sectores y personas, privilegiando que el gasto se programe y ejecute con criterios de productividad y competitividad, para generar el máximo impacto y beneficio en la población.

E.T. 6 Educación, Conocimiento y Desarrollo Tecnológico

Fortalecer las políticas institucionales y los instrumentos derivados de éstas, para promover el progreso económico y social sostenible de la entidad, a través de un mayor impulso y vinculación de los programas y acciones de gobierno con la educación, el conocimiento y el desarrollo tecnológico.

E.T. 7 Beneficios para que tú avances

Asegurar el acceso de la población a los satisfactores básicos, a saber: alimentación, salud, educación, vivienda, medio ambiente, información, recreación y cultura, vestido, calzado y cuidado personal, transporte público, comunicaciones, acceso a los servicios públicos y empleo; que mejoren la calidad de vida de la población en forma corresponsable con la sociedad y los participantes de estos beneficios.

E.T. 8 Medio Ambiente y Sustentabilidad

Impulsar y orientar un crecimiento incluyente y sustentable que preserve el patrimonio natural y al mismo tiempo genere riqueza, competitividad y empleo de manera eficaz, estableciendo criterios y acciones específicas en los programas, procesos e instrumentos que lleva a cabo la administración estatal.

e) Composición y Estructura Programática

Programas presupuestarios:

1. Conducción Sectorial
2. Armonización de la provisión de servicios
3. Garantía del aseguramiento
4. Modulación del financiamiento
5. Regulación
6. Funciones Esenciales de Salud Pública

Proyectos o rubro de inversión

Objetivo General	Subprograma/ Programa Presupuestario/ Estructura Programática	Proyecto	Rubro de Inversión
Calidad en los servicios de salud. Garantizar a la población servicios de salud con calidad y calidez con enfoque de género e interculturalidad.	Modulación del Financiamiento Generación de Recursos	Fortalecimiento de las unidades de Primer Nivel de Atención	\$ 501,762,776.35
		Fortalecimiento de la Red Hospitalaria de los Servicios de Salud de Hidalgo	\$ 620,057,648.07
		Fortalecimiento de la infraestructura para la atención de la salud de la mujer	\$ 47,659,536.90
		Fortalecimiento de la infraestructura de apoyo: Centro Estatal de Transfusión Sanguínea y Centro Oncológico de Tula	\$ 125,816,140.08
		Fortalecimiento de la infraestructura para la atención de enfermos mentales	\$ 22,224,772.65
		Fortalecimiento de la infraestructura para la atención de enfermedades crónico degenerativa "Hospital de Día"	\$ 26,398,005.38
		Fortalecimiento de la atención en comunidades dispersas y de difícil acceso "unidades médicas móviles"	\$ 45,000,000.00

f) Misión y Visión

Misión

Garantizar la protección de la salud definiendo, implementando y evaluando políticas, programas y servicios encaminados a la investigación, promoción, prevención, restauración y conservación de la salud, a través de una atención integral, basada en criterios de universalidad, equidad, excelencia y calidad, que fomente el desarrollo humano y contribuya a elevar el nivel de vida de los hidalguenses.

Visión

Ser la institución líder y rectora del Sistema Estatal de Salud, que a través de políticas y estrategias norme y garantice el acceso a servicios con calidad para la atención y preservación de la salud en forma confiable, resolutiva e innovadora, contribuyendo así al bienestar social de los hidalguenses.

4. DIAGNÓSTICO GENERAL

a) Diagnóstico General del Sector

La salud es un factor determinante para el bienestar de las personas, las familias y las comunidades, a su vez, es un requisito para el desarrollo humano con equidad.

Durante los últimos años, hemos sido testigos de reformas al Sistema Mexicano de Salud en materia de protección social en salud y en políticas públicas de salud, traducidas en el desarrollo de programas de prevención y control de enfermedades que han transformado la realidad epidemiológica del país y del estado.

Asimismo, hemos visto notables avances en la salud individual y colectiva de los hidalguenses, a través de la concertación y coordinación de esfuerzos del gobierno, del sector salud y de la sociedad en su conjunto.

Los avances pueden ser atribuidos a múltiples factores, entre ellos: cambios demográficos; aumento en la productividad económica; ampliación de cobertura y mayor acceso a los servicios de salud; mejor nutrición; más y mejores servicios de saneamiento; fortalecimiento de las instituciones de salud, en especial el progreso técnico en la aplicación de la terapia de rehidratación oral, en la prevención de enfermedades, altas coberturas de vacunación con el esquema nacional, mejor higiene y educación, vigilancia epidemiológica y capacitación; cambios en estrategias de tratamiento; incremento de la infraestructura; innovaciones institucionales y administrativas en el sector; además de la ampliación y diversificación de las fuentes de financiamiento para las intervenciones en salud.

Por su trascendencia, destacan las reformas a la Ley General de Salud que instituyen la Protección Social en Salud: por primera vez, la población no derechohabiente tiene un régimen de aseguramiento público en materia de salud, que permite que el Estado les garantice atención médica y medicamentos.

El Gobierno del Estado impulsa la Actualización del Programa Institucional de los Servicios de Salud que deriva de la Actualización del Plan Estatal de Desarrollo 2011-2016 y de la Actualización del Programa Sectorial de Salud, alineando objetivos y estrategias y cuyos lineamientos de trabajo dan certidumbre y orientación al quehacer de los Servicios de Salud de Hidalgo.

Hidalgo es una entidad de gran diversidad geográfica y cultural, en ella se observan amplios contrastes en el ámbito político, económico, religioso y social, las condiciones de las regiones rurales de alta marginalidad y gran dispersión influyen en el proceso salud-enfermedad-discapacidad-muerte y en el creciente



riesgo relacionado con estilos de vida poco saludables, así como en el desempeño de los servicios de salud y en la atención de las demandas y necesidades de la población.

DATOS DEMOGRÁFICOS

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR EDAD Y SEXO

La proyección de población de responsabilidad de los Servicios de Salud de Hidalgo para el año 2014 es de 1'544,831 habitantes, como se muestra en el Cuadro No. 1 y una razón de sexo por cada 100 mujeres hay 93 hombres.

CUADRO No.1, DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR EDAD Y SEXO, HIDALGO 2014.

HABITANTES			
GRUPO	HOMBRES	MUJERES	PORCENTAJE
0-4	75,173	71,431	9.49
5-9	76,057	72,247	9.60
10-14	75,860	72,753	9.62
15 - 19	72,206	71,773	9.32
20 - 24	65,458	69,406	8.73
25 - 29	55,992	64,504	7.80
30 - 34	51,134	61,638	7.30
35 - 39	49,547	59,055	7.03
40 - 44	46,612	54,265	6.53
45 - 49	41,176	47,033	5.71
50 - 54	34,801	39,197	4.79
55 - 59	29,325	32,314	3.99
60 - 64	23,145	25,054	3.12
65-69	17,346	18,958	2.35
70 y más	32,485	38,886	4.62
TOTAL	746,317	798,514	100.00
%	48.3	51.7	100%

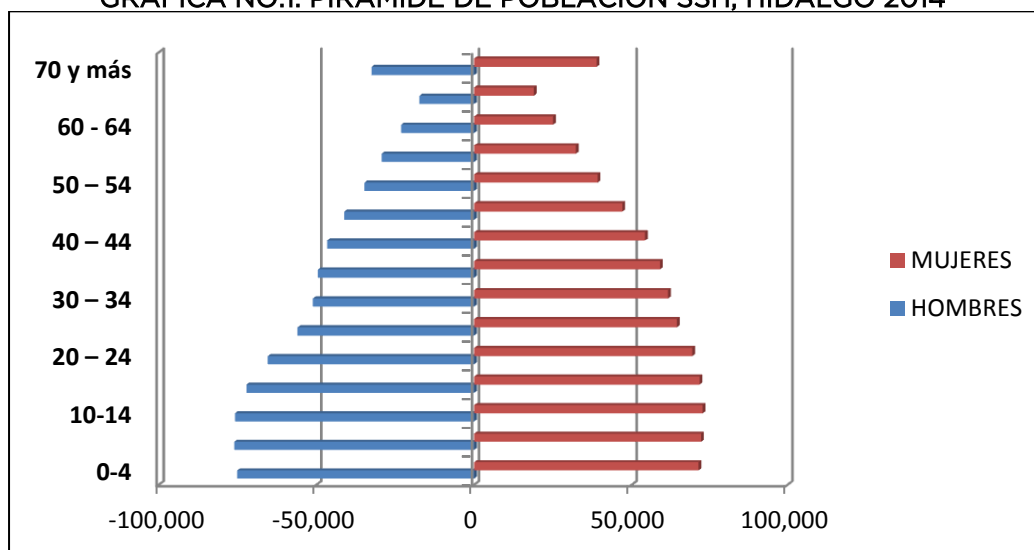
Fuente: Proyecciones 2014 CONAPO publicadas el miércoles 17 de abril de 2013.

La pirámide poblacional es de base ancha, el grueso de la población de los Servicios de Salud de Hidalgo en el 2014 se ubica en el rango de 10 a 14 años con 9.62%; y de 5 a 9 años (9.6%); el grupo de 0 a 4 años con el 9.49%, se coloca como el tercero más frecuente en los grupos de mayor población. (Gráfico No. 1)

Dicha pirámide se adelgaza conforme va incrementando la edad (a excepción de 70 y más con el 4.62%), el grupo de 55 a 59 años ocupan el 3.99%, el de 60 a 64 el 3.12%, el de 65 a 69 el 2.35%, lo que señala que la población en la etapa de adulto mayor (60 y más años) abarca el 10.09% del total de la población del Estado.



GRÁFICA NO.1. PIRÁMIDE DE POBLACIÓN SSH, HIDALGO 2014



Fuente: Proyecciones 2014 CONAPO publicadas el miércoles 17 de abril de 2013.

En cuanto a la población por región en el Estado, la región con mayor concentración poblacional es la de Pachuca con un 18%, seguida de Tulancingo con 10% y en tercer lugar Huejutla con el 9% y las regiones menos pobladas debido en gran parte a sus condiciones geográficas son: Zimapán, Atotonilco; Metztitlán, Jacala y Zacualtipán con 2% cada una. (Cuadro No. 2)

CUADRO No. 2, DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR JURISDICCIÓN, HIDALGO 2014

JURISDICCIÓN	TOTAL DE POBLACIÓN DE LOS SSH
I PACHUCA	222,858
II TULANCINGO	157,904
III TULA	112,088
IV HUICHAPAN	73,302
V ZIMAPÁN	43,293
VI IXMIQUILPAN	88,324
VII ACTOPAN	160,965
VIII METZTITLÁN	25,410
IX MOLANGO	72,168
X HUEJUTLA	121,167
XI APAN	77,091
XII TIZAYUCA	111,460
XIII OTOMÍ TEPEHUA	61,930
XIV TEPEJI	96,984
XV ATOTONILCO	59,825
XVI JACALA	38,959
XVII ZACUALTIPÁN	21,103
TOTAL	1,544,831

Fuente: Regionalización Operativa a Población Abierta 2014.

TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA

Se define a la transición demográfica como un proceso durante el cual se pasa de una dinámica de crecimiento de la población caracterizada con altos niveles de mortalidad y fecundidad, a otra de bajo crecimiento poblacional, básicamente debido a una mortalidad y fecundidad reducidas; en una etapa intermedia se pueden observar elevadas tasas de crecimiento de población como resultado del desfase entre los inicios del descenso de la mortalidad y de la fecundidad.⁴

Cuando se reduce la fecundidad y su tendencia se combina con un aumento en la esperanza de vida, entonces se da un proceso de *envejecimiento demográfico*, caracterizado por un incremento paulatino en la proporción de adultos mayores y una disminución en la participación relativa de la población de niños y jóvenes.

Además del avanzado envejecimiento demográfico, existen cambios importantes en los patrones de nupcialidad; estos cambios han sido estudiados bajo el nombre de “*segunda transición demográfica*”, y se asocian a “los bajos niveles de nupcialidad legal, alta ruptura en las uniones, una creciente proporción de nacimientos extramatrimoniales y niveles de fecundidad persistentemente ubicados bajo el umbral del reemplazo poblacional”.⁵

Analizar la transición demográfica en México es plantear los desiguales ritmos y evolución de las variables del cambio demográfico en el país. Aun cuando las tendencias generales confirman el descenso en la fecundidad, la mortalidad general y la infantil, así como el aumento en la esperanza de vida de la población en general, el rezago en el bienestar y condiciones de vida de determinados sectores de la población son factores para que dicha transición transcurra de forma incluso más lenta, convirtiéndose, por tanto, en un reto demográfico la democratización de los beneficios de dicha transición.

El CONAPO estimó que a mediados del año 2013 la población alcanzó 118.4 millones. Durante este mismo año habrá 2.25 millones de nacimientos y alrededor de 673 mil defunciones, lo que implicará en términos absolutos un crecimiento de 1.58 millones de personas, con una tasa de crecimiento anual de 1.13 por ciento.⁶

Las tasas de natalidad y mortalidad en el Estado están por encima de la tasa Nacional (Gráfico No. 2)

⁴ Leiva Brosius, Alicia. *Transición demográfica, políticas sociales y las cuentas nacionales de transferencias*.

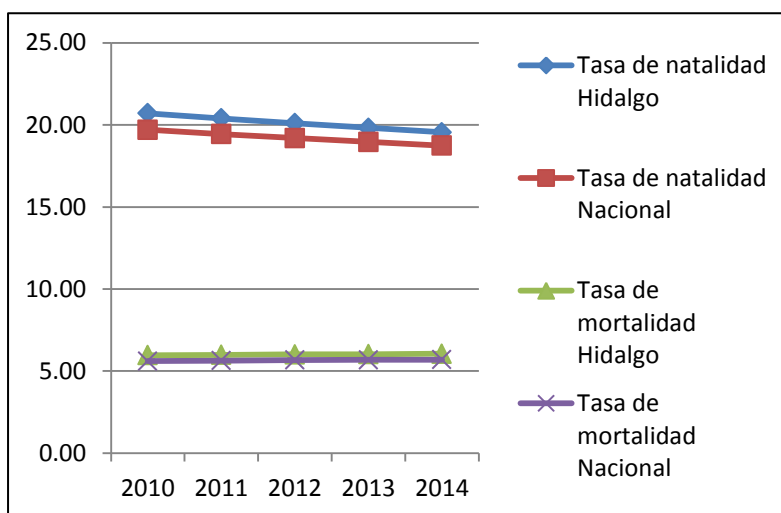
<http://www.eclac.cl/celade/noticias/documentosdetrabajo/5/37145/informeFinalV3.pdf>, mayo de 2012.

⁵ Estadísticas a propósito del día mundial de la población.

<http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2013/poblacion.pdf>

⁶ La Situación Demográfica de México 2013. CONAPO

GRÁFICO No. 2, COMPARACIÓN DE TASAS DE NATALIDAD Y MORTALIDAD NACIONAL Y DEL ESTADO DE HIDALGO, 2014



Fuente: Estimaciones del CONAPO, con base en el II Censo de Población y Vivienda 2010.

En Hidalgo existen una serie de factores por los cuales se define que actualmente el Estado presenta una transición demográfica intermedia, entre los factores más determinantes para que esto ocurra son: la presencia de una fecundidad y mortalidad intermedia, que se ve reflejada en las actuales tasas de fecundidad acorde a la media nacional y mortalidad que se sitúan ligeramente por encima de la media nacional.

Podemos observar que la estructura poblacional del Estado de Hidalgo es similar a la nacional, principalmente entre las mujeres, no obstante en comparación con el perfil nacional, el peso mayor es en los varones a partir del grupo de 40 años.

El perfil general de la composición por edad y sexo, corresponde a un crecimiento lento. Destacando la disminución de la población infantil debido a la baja fecundidad y el aumento de la población adulta y adulta mayor.

Asimismo, las mujeres hidalguenses tienen en promedio 2.3 hijos durante su vida reproductiva. Y se explica por la disminución considerable de la fecundidad en las mujeres entre 25 a 29 años, registrándose 18.2 nacimientos por cada mil mujeres, resultado del cambio en las expectativas de las parejas, que priorizan otras necesidades antes que la reproducción.

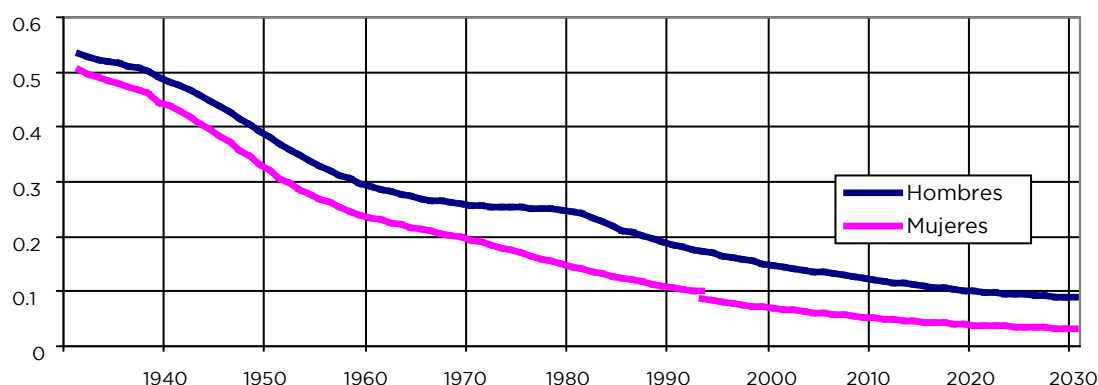
Observando las bajas en las tasas de natalidad y en la tasa global de fecundidad y analizando el comportamiento de la mortalidad infantil en el Estado, podríamos considerar que la disminución en ésta última, se presenta por el control de las enfermedades prevenibles por vacunación y por una mejor atención a las enfermedades transmisibles.

Es importante señalar que una consecuencia directa de la transición demográfica es el paulatino envejecimiento de la población. Se identifica que en los próximos 10 años, la fecundidad bajará pero no las tasas de natalidad, dado que hay muchas mujeres jóvenes que tienen hijos.

Hoy en día la esperanza de vida se ha incrementado a 75.4 años, por lo que 7.6 de cada 100 mexicanos tiene 60 años de edad o más, para el 2025 se incrementará a 11 de cada 100.

El incremento en la esperanza de vida aumenta la población adulta a cifras mayores de la población de niños y jóvenes; en el Gráfico No. 3 se observa que las tasas de mortalidad continúan bajas, pero existe una mayor incidencia de padecimientos de tipo crónico-degenerativos, principalmente en la población adulta, donde la calidad de vida ajustada por discapacidad se incrementa y representa casi un cuarto de vida bajo tratamientos permanentes; así como con probables complicaciones, donde el tratamiento es muy costoso y a largo plazo. (Gráfico No. 3)

GRÁFICO No. 3, MORTALIDAD EN ADULTOS EN HIDALGO 1940-2030.



Fuente: Estimaciones del CONAPO.

TASA DE CRECIMIENTO POBLACIONAL⁷

La tasa media de crecimiento anual el Estado de Hidalgo fue de 2.78 en el quinquenio 2005-2010. Para el año 2014 se tienen 2'842,784 habitantes en el Estado, 48.3% hombres y 51.7% mujeres. Con respecto al 2000 se registró un crecimiento absoluto de 607,193 personas.

DENSIDAD DE POBLACIÓN

Para el Estado en el año 2014, la densidad de población global se incrementó a 133 habitantes por km². Como se muestra en el Cuadro No. 3, las regiones de Pachuca, Tizayuca, Tula y Tulancingo son las que mayor densidad de población presentan con 649.3, 294.8, 280.6 y 250.4 habitantes por km², respectivamente. Por otro lado, las regiones de Metztitlán, Zimapán, Jacala y Huichapan tienen mayor superficie en km², sin embargo representan las de menor densidad de población, con 29.9, 40.2, 59.6 y 61.5 habitantes por km² respectivamente.⁸ (Cuadro 3)

⁷ INEGI. Censos de Población y Vivienda 2010.

⁸ Fuente: Censo de Población y Vivienda 2010, INEGI.

CUADRO No. 3, DENSIDADES DE POBLACIÓN POR REGIONES GEOGRÁFICAS, HIDALGO 2014

REGIÓN GEOGRÁFICA	SUPERFICIE EN KM ²	POBLACIÓN 2014	DENSIDAD DE POBLACIÓN	SUPERFICIE EN KM ² %	POBLACIÓN 2014 %
I PACHUCA	764.74	496,553	649.30	3,67%	17.47
II TULANCINGO	1,093.61	273,895	250.45	5,25%	9.63
III TULA	675.96	189,702	280.64	3,24%	6.67
IV HUICHAPAN	1,818.89	112,031	61.59	8,73%	3.94
V ZIMAPÁN	1,745.63	70,313	40.28	8,37%	2.47
VI IXMIQUILPAN	1,736.87	151,501	87.22	8,33%	5.33
VII ACTOPAN	1,179.41	233,537	198.01	5,66%	8.22
VIII METZTITLÁN	1,931.20	48,178	29.94	9,26%	1.69
IX MOLANGO	1,433.40	119,131	83.11	6,88%	4.19
X HUEJUTLA	1,481.08	261,775	176.74	7,10%	9.21
XI APAN	1,044.62	133,720	128.00	5,01%	4.70
XII TIZAYUCA	724.25	213,513	294.80	3,47%	7.51
XIII OTOMÍ TEPEHUA	1,257.72	124,555	99.03	6,03%	4.38
XIV TEPEJI	878.37	205,480	233.93	4,21%	7.23
XV ATOTONILCO	1,269.06	86,074	67.82	6,09%	3.03
XVI JACALA	1,095.42	65,294	59.60	5,25%	2.30
XVII ZACUALTIPÁN	716.20	57,532	80.32	3,44%	2.02

Fuente: Proyecciones 2014 CONAPO publicadas el Miércoles 17 de abril de 2013

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN INDÍGENA ⁹

Hidalgo se encuentra entre las entidades del país en albergar la mayor cantidad de población indígena, para el 2010 ocupa el octavo lugar a nivel nacional con 505,696 indígenas, que representan el 23.38% del total de la población en el Estado.

De los 84 municipios en el Estado, Huazalingo, Xochiatipan, Jaltocán, Calnali, Cardonal, Santiago de Anaya, Huautla, Nicolás Flores, Yahualica y Atlapexco son los que tienen mayor porcentaje de población indígena.

La disminución de población y por lo tanto de localidades residentes de ellos en la entidad, se puede deber a factores como la falta de empleo, la conurbación y la migración que esta última como estrategia económica empezó a convertirse en un hecho común entre sus jóvenes, quienes se alquilan sobre todo en el servicio doméstico y la industria de la construcción en lugares como la ciudad de México, Tampico y Monterrey.

⁹ Apartado de Conceptos Básicos de Panorama Socioeconómico de la Población Indígena del Estado de Hidalgo, 2010

En Hidalgo puede encontrarse población indígena de al menos 39 grupos etnolingüísticos diferentes. Los más significativos son el nahua (60.4%) y el otomí (35%). También es uno de los asentamientos más importantes del grupo tepehua (0.7%). En conjunto estos tres pueblos indígenas representan más del 95% de la población indígena.

En 2010 en Hidalgo, las personas de 5 años y más que hablan alguna lengua indígena representan 15% del total de la población de este grupo de edad; porcentaje que ha disminuido poco más de 4 puntos en las dos últimas décadas.

Los pueblos indígenas originarios de la entidad se ubican en tres regiones: La región Otomí de Hidalgo y Querétaro, la Huasteca, la Sierra Norte de Puebla y Totonacapan.

La primera región tiene un total de 14 municipios, de los cuales 12 están en Hidalgo y 2 en Querétaro, donde el 97% de los habitantes son identificados con el grupo indígena otomí, 2% de náhuatl y 1% de otras lenguas.

La segunda región con 55 municipios, de los cuales 17 están en Hidalgo, en donde el 88% de los habitantes son del grupo indígena náhuatl, 11% otomí y 1% tepehua.

Finalmente en la región de la Sierra Norte de Puebla y Totonacapan, que tienen un solo municipio en Hidalgo están ocupadas principalmente por los grupos náhuatl y totonaco, con porcentajes superiores al 40% de la población indígena; cada uno de ellos representa el 53.1% y 44.1% respectivamente, aquí se registra la mayor concentración de población totonaca en el país.

La población indígena de la entidad es joven, y poco más de la mitad de los indígenas (55.9%) tiene menos de 25 años, por lo que es prioritario atender en los próximos años las necesidades de educación y empleo.

Del total de la población indígena del Estado 36.15% son hombres y el 63.8% son mujeres, en la mayoría de los grupos poblacionales predominan las mujeres, sin embargo llama la atención que solo en el grupo de 0 a 14 años, sean más hombres (50.7%) que mujeres (49.3%).

En cuanto al total de la población hablante de alguna lengua indígena en el Estado son en total 369,549 habitantes y del total de municipios Huejutla, Ixmiquilpan, San Felipe Orizatlán, Yahualica, Xochiatipan, Tlanchinol, Huautla, Atlapexco, Acaxochitlán y Huehuetla son los que tiene mayor población de habla indígena. (Cuadro No. 4)

CUADRO No. 4, POBLACIÓN QUE HABLA LENGUA INDÍGENA POR MUNICIPIO,

MUNICIPIO	POBLACIÓN HABLANTE DE ALGUNA LENGUA INDÍGENA
028 Huejutla de Reyes	69,578
030 Ixmiquilpan	31,249
046 San Felipe Orizatlán	22,874
080 Yahualica	18,442
078 Xochiatipan	17,186
073 Tlanchinol	16,943
025 Huautla	16,526
011 Atlapexco	14,216
002 Acaxochitlán	14,155
027 Huehuetla	12,574

Fuente: INEGI Censo de Población y Vivienda 2010.

Entre la población que habla alguna lengua indígena el mayor porcentaje se encuentra entre las personas de 65 años y más con un 11.85%, seguidos de los de 10-14 años con 9.66% y 15-19 años con 9.54% del total. (Cuadro No. 5)

CUADRO No. 5, POBLACIÓN QUE HABLA LENGUA INDÍGENA POR GRUPO DE EDAD,

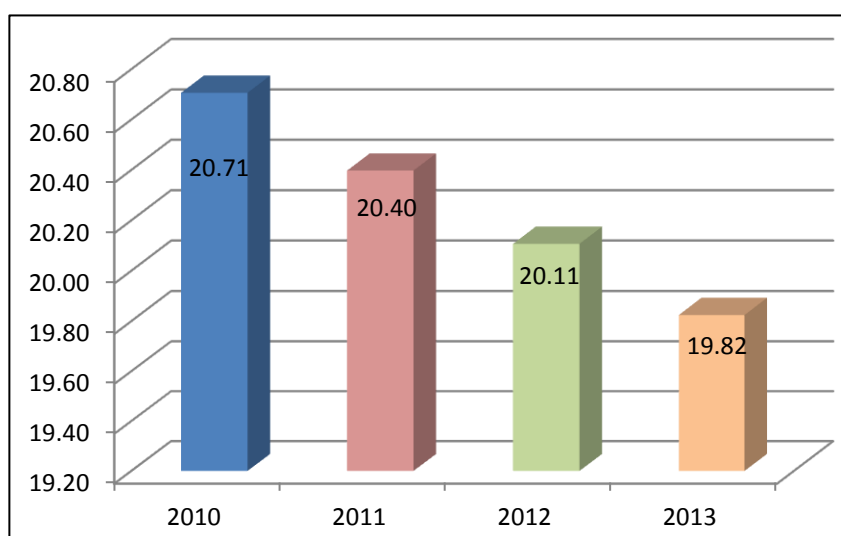
EDAD	POBLACIÓN QUE HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA	PORCENTAJE
65 años y más	43,818	11.85
10-14 años	35,735	9.66
15-19 años	35,291	9.54
05-09 años	30,873	8.35
30-34 años	27,507	7.44
20-24 años	27,494	7.43
35-39 años	27,413	7.41
25-29 años	26,686	7.22
40-44 años	24,274	6.56
45-49 años	23,498	6.35
50-54 años	21,519	5.90
55-59 años	20,177	5.45
60-64 años	15,687	4.24
03-04 años	9,577	2.60
Total	369,549	100

Fuente: INEGI Censo de Población y Vivienda 2010.

TASA DE NATALIDAD Y FECUNDIDAD¹⁰

En el año 2013, la tasa bruta de natalidad para Hidalgo es de 19.8 nacidos vivos por cada mil habitantes, observando que en el año 2000 fue de 23.8 nacidos vivos indicando que ha sufrido decremento, a esta tendencia se le conoce como **"bono demográfico"** y se presenta en la mayoría de los estados de la República Mexicana, fenómeno que se da dentro del proceso de transición demográfica en el que la población en edad de trabajar es mayor que la dependiente (niños y adultos mayores), y por tanto, el potencial productivo de la economía es mayor. De continuar esta tendencia, la población envejecerá paulatinamente llegando a la tercera edad en el año 2050 en adelante.⁹ (Gráfico No.4)

GRÁFICO No. 4, TASA BRUTA DE NATALIDAD HIDALGO 2010-2013.



Fuente: CONAPO. Proyecciones de la Población de México 2010-2050.

La tasa de fertilidad total representa la cantidad de hijos que tendría una mujer si viviera hasta el final de sus años de fertilidad y tuviera hijos de acuerdo con las tasas de fertilidad actuales específicas por edad (número de hijos por cada 1,000 mujeres en edad fértil, de 15 a 49 años). En el año 2013 la tasa en el Estado es de 2.3 hijos, cercana a la nacional que es de 2.2 y se observó un total de 63,531 nacimientos registrados; 31,746 hombres y 31,779 mujeres.

En 2013 el comportamiento de la fecundidad por grupo de edad, muestra que las tasas son bajas al inicio del periodo reproductivo, pero suben hasta un máximo de 3.5 nacimientos en mujeres en edad reproductiva, disminuyendo casi en un 25% con respecto al año 2000.

Entre las mujeres con al menos un grado aprobado en el nivel medio superior, el promedio fue de 1 hijo, mientras que para las mujeres sin instrucción es de 4.4 hijos; esto identifica que el nivel educativo y socioeconómico influye de manera importante en este indicador.

¹⁰ CONAPO. Proyecciones de la población 2010-2050. www.conapo.gob.mx (Consulta: 08 de enero de 2013).

El nivel de fecundidad observado a través del promedio de hijos nacidos vivos muestra también diferencias entre los municipios según el nivel del Índice de Desarrollo Humano (IDH), de tal manera que en los municipios de menor IDH, la fecundidad es sistemáticamente mayor en todos los grupos de edad y la diferencia crece conforme aumenta la edad de las mujeres hasta llegar a 3.1 hijos entre las mujeres del grupo de 45 a 49 años (5.9 contra 2.8). Es decir, la fecundidad en los municipios con menores niveles en sus condiciones de vida es más del doble de la que se observa en los municipios de mayor nivel de Índice de Desarrollo Humano.¹¹

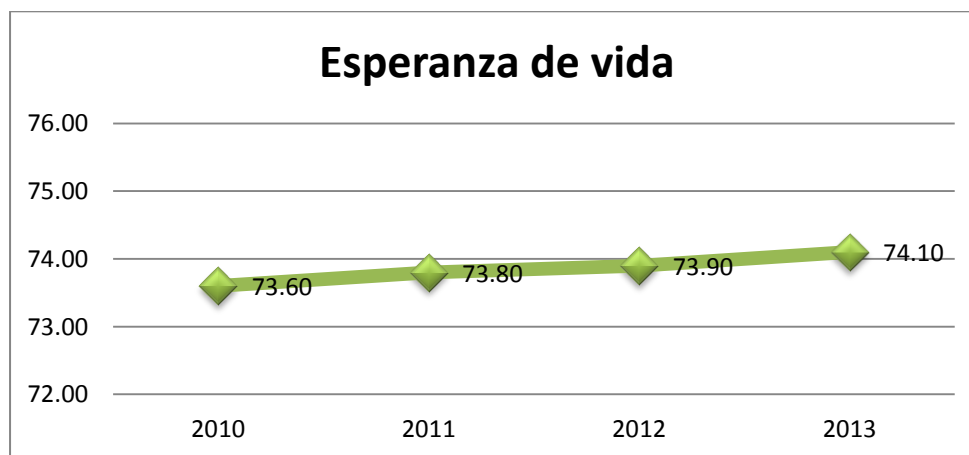
En México, los programas de planificación familiar han permitido que parte de la población tenga acceso a medios para espaciar su descendencia acorde a sus preferencias. El uso de métodos anticonceptivos es uno de los medios con el que cuentan mujeres y hombres para cumplir con sus expectativas sobre el ideal de hijos que esperan tener a lo largo de su vida.

En Hidalgo, el porcentaje de mujeres en edad fértil que utilizan algún método anticonceptivo es de 71%, de éstas 54.3% los utilizan para no tener más hijos y 37.3% para postergar el embarazo, el resto, por otros motivos que incluyen indicaciones médicas.

ESPERANZA DE VIDA AL NACER

En el año 2013, la esperanza de vida al nacer en México es de 74.5 años, las mujeres viven 77.4 años en promedio por 71.7 años que viven los varones. Para Hidalgo la esperanza de vida total al nacer es de 74.1 años, las mujeres tienen una esperanza de 76.6 años y los hombres 71.7 años¹², incrementando con respecto al 2010. (Gráfico No. 5)

GRÁFICO No.5, ESPERANZA DE VIDA AL NACER TOTAL, HIDALGO 2010-2013.



Fuente: Proyecciones CONAPO 2010-2050. (Consulta: 25 de febrero de 2014).

11 INEGI Principales Resultados del Censo de Población y Vivienda 2010, Promedio de Hijos Nacidos vivos por mujer.

12 Proyecciones CONAPO 2010-2050. Actualización martes 29 de Abril de 2014.

MARGINACIÓN¹³

El índice de marginación identifica las variables por las que se considera que una población se encuentra excluida de los servicios básicos para tener un mínimo de bienestar.

Resulta de gran utilidad para orientar los programas de desarrollo social, así como para evaluar la efectividad de las políticas y el gasto público en el abatimiento de los principales déficits de servicios básicos.

De acuerdo al estudio de marginalidad realizado por CONAPO en el año 2010, el Estado de Hidalgo ocupa el 6to lugar en marginación a nivel nacional, con un índice de marginación alto de 0,661. Cuenta con 7 municipios de muy alto grado de marginación, 14 municipios con alto, 35 con medio, 19 con bajo y 9 con muy bajo. Lo cual demuestra que constantemente se avanza en la reducción de la marginación en el Estado.

De acuerdo a las regiones naturales en el Estado, en la Región Huasteca el 20.5% de los municipios son de muy alta marginalidad, el 30% alta y el 49.5% media; en la Región Sierra Alta el 14.3% de municipios son de alto grado de marginación, 53.2% alto y 32.5% medio; la Región Sierra Baja el 81.5% de los municipios son de índice de marginación en grado medio, el 18.5% restante, muy bajo; en la Región Sierra Gorda el 9.2% de los municipios son de muy alto grado de marginación.

ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO¹⁴

El Índice de Desarrollo Humano sintetiza el avance promedio de tres aspectos básicos del desarrollo humano, medido en un rango de cero a uno, en el que los valores más cercanos a uno significan un mayor desarrollo humano.

Recientemente, el Informe Mundial sobre Desarrollo Humano 2010 introdujo una nueva metodología para el cálculo del IDH que refina las dimensiones de educación e ingreso y ajusta los referentes internacionales de todas sus variables y la manera en que éstas se sintetizan. México se ubicó en la posición 57 del ordenamiento internacional, con un IDH de 0.770.

De acuerdo al informe elaborado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD); el Estado de Hidalgo ocupa el lugar 24 a nivel nacional, con un IDH de 0.7124, ubicando a Chiapas como el Estado con menor índice: 0.6468 y el D.F. con el mayor: 0.8307.

ÍNDICE DE SALUD

El índice de salud mide el logro relativo de un país o un estado respecto a una norma internacional mínima de 20 años de esperanza de vida al nacer y una máxima de 83.4. La política de salud estatal puesta en práctica en los últimos años ha propiciado que la población hidalguense haya tenido avances importantes en esta materia. El índice de salud del Estado de Hidalgo en el año 2000 fue de 0.8082 y en 2005 de 0.8208, ocupando el lugar 27 a nivel nacional y para el año 2010 pasó a ocupar el lugar 23 con 0.8697.

¹³ INEGI Censo de Población y Vivienda 2010.

¹⁴ Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo: "El Índice de Desarrollo Humano en México: cambios metodológicos e información para las entidades federativas".

RIESGOS SANITARIOS.

El riesgo sanitario es la expectativa resultante de la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso conocido o potencial a la salud y su severidad asociada a factores o elementos biológicos, químicos y físicos por consumo o uso de agua, alimentos, bebidas, medicamentos, equipos médicos, productos de perfumería, belleza y aseo, nutrientes vegetales, plaguicidas, sustancias tóxicas o peligrosas y otros productos, sustancias o agentes físicos, químicos o biológicos presentes en el medio ambiente o en el trabajo, así como mensajes publicitarios de productos y servicios. Las consecuencias de los riesgos sanitarios son relevantes en el estado de salud de la población, en el desempeño económico y social del individuo, así como de la sociedad en su conjunto.

La protección contra riesgos sanitarios se basa en el conocimiento presente de los riesgos, la identificación de algunos de los factores que los explican, al menos como hipótesis, y su localización geográfica. Sobre este conocimiento, se sustentan las líneas de acción y propuestas de manejo, para reducir los principales riesgos en México.

CONTAMINACIÓN DEL AGUA.

PROGRAMA AGUA DE CALIDAD BACTERIOLÓGICA.

El agua es un bien social imprescindible para cubrir las necesidades básicas de la población en un marco de desarrollo y preservación de la salud.

La contaminación del agua, es uno de los principales problemas ambientales y de salud pública en el país y el estado.

En este sentido, resulta necesario proteger la salud de la población a través de la vigilancia de la calidad del agua, para evitar la exposición a contaminantes químicos y biológicos contenidos en el agua de uso y consumo humano. El acceso al agua potable es una cuestión importante en materia de salud y desarrollo en los ámbitos nacional, regional y local, por lo que a partir de 1991 se implementó el “Programa Agua Limpia” derivado del surgimiento del cólera, lo cual ha logrado impulsar una mejor infraestructura hidráulica para el abastecimiento de agua.

La problemática identificada se circunscribe a que en los sistemas de abastecimiento de agua de uso y consumo humano se encuentran microorganismos patógenos los cuales tienen una repercusión negativa en la salud del ser humano al encontrarse expuesto por ingesta crónica y aguda del agua de consumo, razón por la cual, es fundamental la desinfección a través de la cloración, aunado a que resulta técnicamente sencillo determinar su concentración y su asociación con un agua de calidad bacteriológica.

Durante el periodo 2013 se realizaron determinaciones de cloro libre residual en los 84 municipios del Estado donde el 93.28% se encontró dentro de norma (identificando concentraciones entre 0.2 a 1.5 ppm), el 4.55% de las muestras sin cloro (0.0 ppm) y el 2.15% con hipercloración (>1.5 ppm).



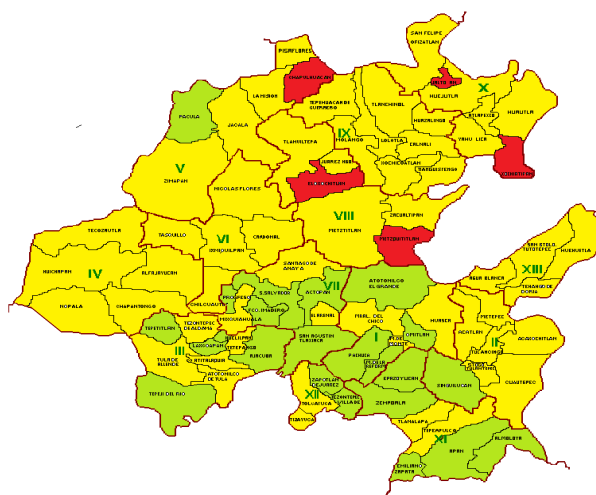
La calidad del agua depende de diversos factores:

- ❖ Fuente de abastecimiento de agua.
- ❖ Tratamiento para su desinfección.
- ❖ Contaminación intradomiciliaria.
- ❖ Presencia de metales y sólidos.
- ❖ Contaminación del agua por la actividad humana.

Finalmente durante los últimos cuatro años se ha realizado una evaluación de riesgos por consumo de agua no desinfectada en el Estado, donde se pondera el riesgo por municipio, relacionando los resultados obtenidos del monitoreo de cloro libre residual y el análisis de la calidad microbiológica del agua (determinación de coliformes fecales y totales). (Mapa No. 1).

MAPA NO. 1 RESULTADO DEL MONITOREO DE CLORACIÓN DEL AGUA EN MUNICIPIOS

PONDERACIÓN DEL RIESGO	
	Bajo
	Medio
	Alto



Fuente: Base de datos del Programa de Agua de Calidad Bacteriológica, 2013.

PROYECTO AGUA DE CALIDAD FISICOQUÍMICA.

Los riesgos para la salud asociados a los componentes químicos del agua de consumo humano difieren de los asociados a la contaminación microbiológica y se deben principalmente a la capacidad de los componentes químicos de producir efectos adversos sobre la salud tras periodos de exposición prolongados. Pocos componentes químicos del agua pueden ocasionar problemas de salud como resultado de una única exposición, excepto en el caso de una contaminación masiva accidental de una fuente de abastecimiento de agua de bebida. Además, la experiencia demuestra que en muchos, aunque no todos los incidentes de este tipo, el agua se hace imbebible, por su gusto, olor o apariencia inaceptables.

A concentraciones elevadas el arsénico y los fluoruros tienen efectos nocivos en la salud humana, en consecuencia se establece un valor referencial de la concentración límite que el agua potable puede contener para su uso seguro, este límite máximo permisible en México se encuentra especificado en la norma de salud ambiental que implanta la calidad del agua potable, NOM-127-SSAI-1994 Salud Ambiental - Agua para uso y consumo humano. - Límites permisibles de

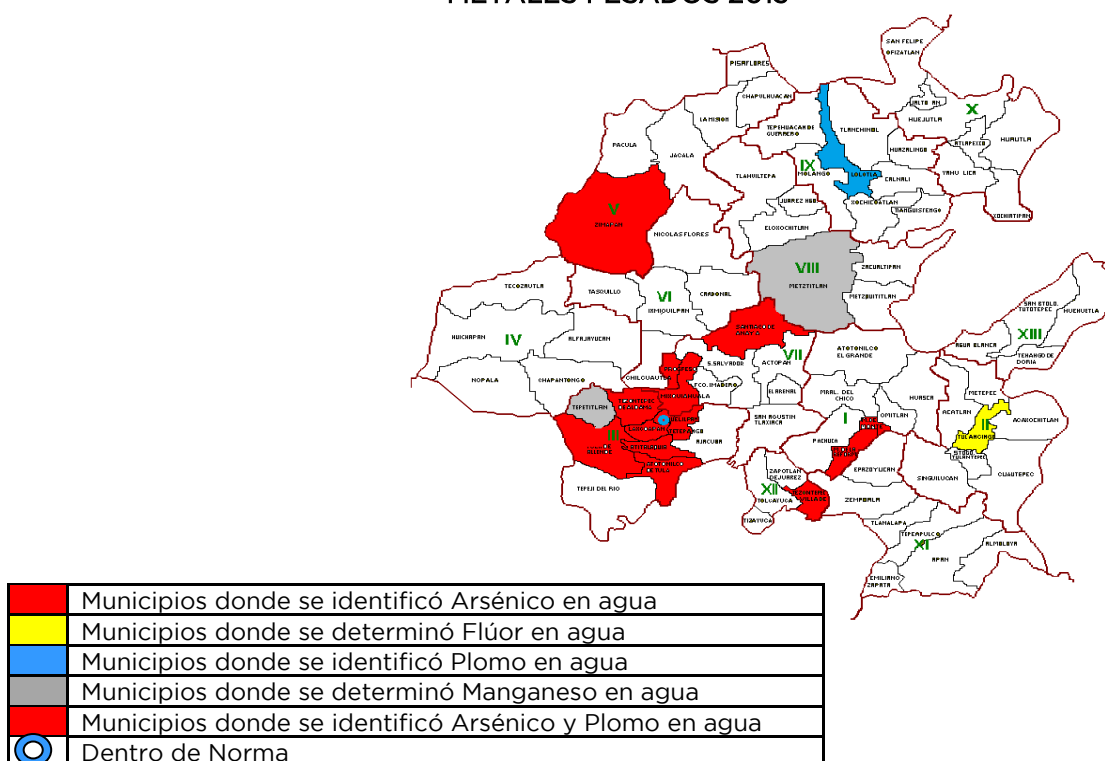


calidad y tratamientos a que debe someterse el agua para su potabilización. Por lo anterior se planteó la necesidad de definir la magnitud del riesgo sanitario por la presencia de arsénico, plomo y fluoruros en el agua utilizada para uso y consumo humano en las localidades con una densidad poblacional mayor a 2,500 habitantes, que permita a mediano plazo caracterizar y administrar estos riesgos de acuerdo a su factibilidad técnica y económica.

Durante el periodo 2013 se analizaron 534 muestras de agua para determinación de metales pesados, los parámetros que representan una mayor problemática son: Arsénico rebasando los límites máximos permisibles en el 17.04% de las muestras tomadas; Flúor en el 1.72%; Manganeso 0.50% Y Plomo en el 0.37%

Se identifica a través de un mapa de riesgos los municipios donde se registraron concentraciones de metales pesados en el agua de uso y consumo humano. (Mapa No. 2)

MAPA NO. 2 MAPA DE RIESGOS DE LA CALIDAD FISCOQUÍMICA DEL AGUA PARA METALES PESADOS 2013



Fuente: Base de datos del Proyecto de Agua de Calidad Físicoquímica, 2013



BALNEARIOS Y PARQUES ACUÁTICOS.

Desde 2012 con la entrada en vigor la Norma Oficial Mexicana NOM-245-SSA1-2010, Requisitos Sanitarios y calidad del agua que deben cumplir las albercas; permitió establecer un estándar de la calidad del agua en dichos establecimientos, contemplando como parte de sus líneas de acción establecer la estrategia de Reconocimientos de Balnearios y Parques Acuáticos.

Para la obtención del reconocimiento se considera:

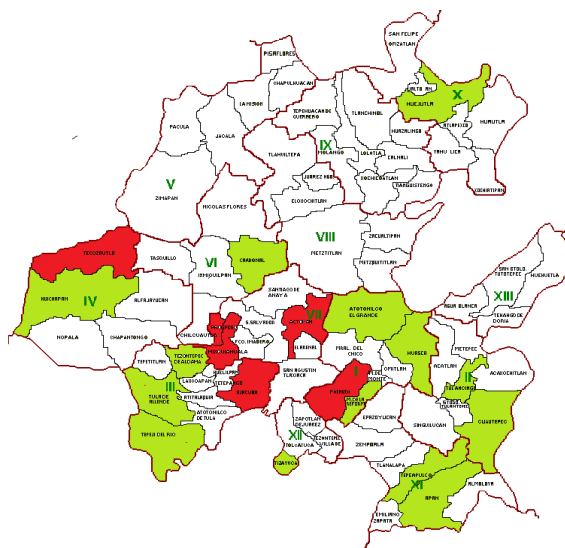
1. Cumplimiento de los aspectos sanitarios verificados.
2. Evidencia de la desinfección del agua en las albercas.
3. Parámetros de pH dentro de norma.
4. Muestras bacteriológicas analizadas dentro de Norma.
5. Ausencia de ameba de vida libre.
6. Reglamento Interno del Uso de albercas a la Vista del Público.
7. Bitácora de mantenimiento integrada y sustentada.

Derivado de que la calidad del agua y el grado de contacto influyen directamente en la posibilidad de contraer alguna enfermedad es necesaria la vigilancia de la calidad del agua para propósitos recreativos, la cual debe estar libre de contaminación fecal, organismos patógenos y otros peligros tales como una pobre visibilidad para proteger la salud y seguridad de los usuarios.

En este sentido y con base en el diagnóstico realizado se elabora el mapa de riesgos microbiológicos para Parques Acuáticos, Balnearios y establecimientos con servicios de alberca, identificando los municipios donde se ha identificado la presencia de ameba de vida libre o coliformes fecales en el agua contenida en las albercas. (Mapa No. 3)

MAPA NO. 3 MAPA DE RIESGOS DE LOS MUNICIPIOS CON BALNEARIOS EN EL ESTADO EN 2013

	FUERA DE NORMA
	DENTRO DE NORMA
	SIN ESTABLECIMIENTOS



Fuente: Base de datos del Proyecto

ALIMENTOS.

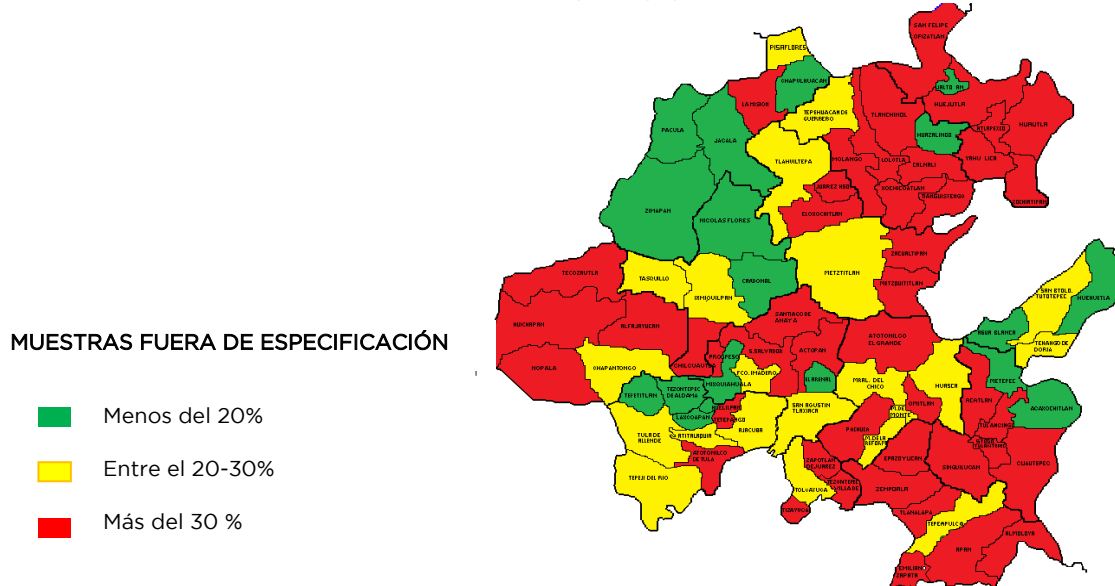
De acuerdo a reportes de la FAO se calcula que aproximadamente 3 millones de personas mueren a consecuencia de enfermedades transmitidas por alimentos y agua, y que millones más enferman.

Si bien es difícil estimar con certeza la incidencia mundial de las enfermedades transmitidas por los alimentos, la importancia del problema es evidente debido al número de personas enfermas o que mueren por haber ingerido alimentos no aptos para el consumo, lo cual sugiere un problema en expansión respecto a la inocuidad de los alimentos que incluye la incidencia directa de otros factores tales como la limitada disponibilidad de agua potable y de servicios de saneamiento, la desnutrición, el analfabetismo, entre otros. Por lo tanto las enfermedades transmitidas por los alimentos (ETA) son un problema que debe ser considerado en un ámbito de carácter social, tecnológico, económico, cultural y político.

En México, durante los últimos meses de 2013 este problema se convirtió en alerta sanitaria al presentarse más de 100 casos de cólera y que afectó principalmente al Estado de Hidalgo en la zona de la Huasteca, motivo por el cual, dada la estrecha relación entre la salud humana y los alimentos, se han incrementado las medidas que garantizan que los alimentos sean preparados de la forma más higiénica posible.

La Secretaría de Salud de Hidalgo a través de la Comisión para la Protección contra Riesgos Sanitarios, ha vigilado el cumplimiento de las Normas Oficiales como parte del control y la vigilancia sanitaria, verificando además, el cumplimiento de las especificaciones microbiológicas y fisicoquímicas que garanticen la inocuidad de los alimentos, a través del análisis de muestras en Laboratorios certificados tales como el Laboratorio de Salud Pública del Estado. En el Mapa No. 4 se observan los municipios que representan un alto, mediano y bajo riesgo en base a los resultados del muestreo antes mencionado.

MAPA No. 4, RESULTADO DEL MONITOREO DE LA CALIDAD MICROBIOLÓGICA DE ALIMENTOS. 2013



Fuente: Base de datos, Subcomisión Evidencia, Manejo de Riesgos y Trámites, Captura de folios 2013 alimentos.



RASTROS Y MATADEROS DEL ESTADO DE HIDALGO

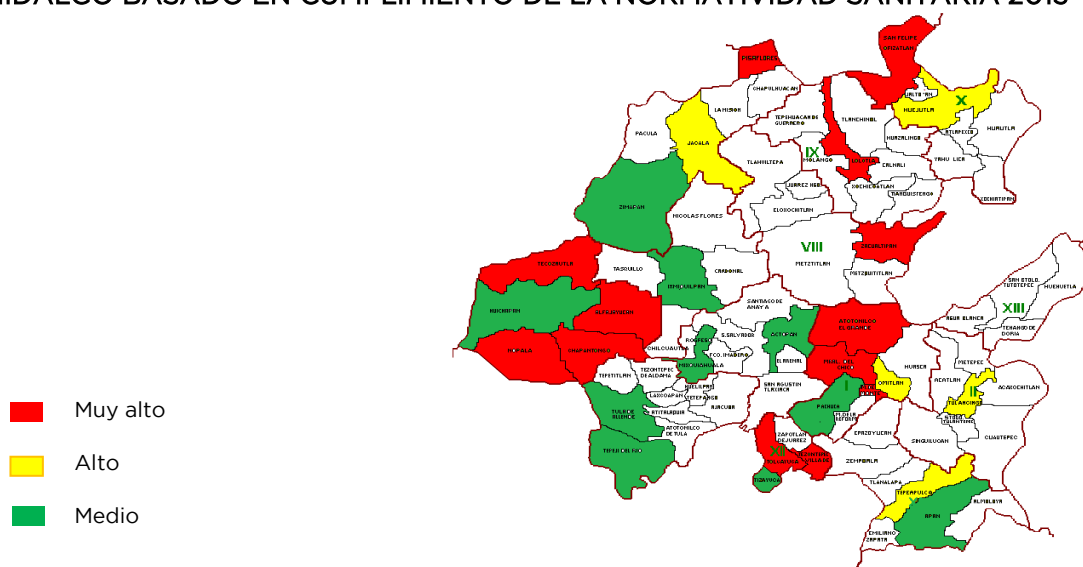
El Estado cuenta con 7 rastros y 19 mataderos, los cuales tienen una cobertura en 28 Municipios, contando con 56 Municipios sin establecimiento registrado, dicha clasificación se basa en la Norma Oficial Mexicana NOM-194-SSA1-2004.

Para que el consumidor final tenga acceso a carne inocua es importante que las prácticas de higiene y manufactura se extiendan a todo el proceso, desde el productor primario hasta la oferta del producto en el punto de venta, es decir, es importante cerciorarse de que durante el sacrificio, faenado, almacenamiento, transporte y distribución de este producto se sigan estrictas medidas de control con el fin de evitar la contaminación y proliferación de microorganismos patógenos.

Los rastros y mataderos municipales tienen un gran impacto ambiental negativo en la mayoría de las localidades donde se asientan. Los residuos sólidos y líquidos son dispuestos de forma errónea e insalubre en el drenaje y los cuerpos de agua. Actualmente, la disposición final de los residuos en estos establecimientos tiene un impacto adverso en la biodiversidad local y en el agua con consecuencias directas e indirectas en la salud pública.

El abasto de carne para el estado se realiza a través del sacrificio de animales de distintas especies en rastros y mataderos municipales, la mayoría de estos establecimientos, no cumplen con la Norma Oficial Sanitaria, ya que existen factores y situaciones que limitan el mejoramiento sanitario de éstos: condiciones insalubres, áreas de proceso no delimitadas, deficiencia de limpieza en instalaciones, utensilios e indumentaria, instalaciones y equipos obsoletos, falta de verificación pre y post mortem, transporte inadecuado de la carne al punto de venta, disposición inadecuada de aguas residuales y residuos sólidos, falta de programas de fumigación, para control de fauna nociva y baja inversión en la mejora de las instalaciones y equipos. (Mapa No. 5).

MAPA NO. 5, CLASIFICACIÓN DEL RIESGO DE RASTROS Y MATADEROS DEL ESTADO DE HIDALGO BASADO EN CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVIDAD SANITARIA 2013



Fuente: Proyecto de Rastros COPRISEH 2013



CLEMBUTEROL

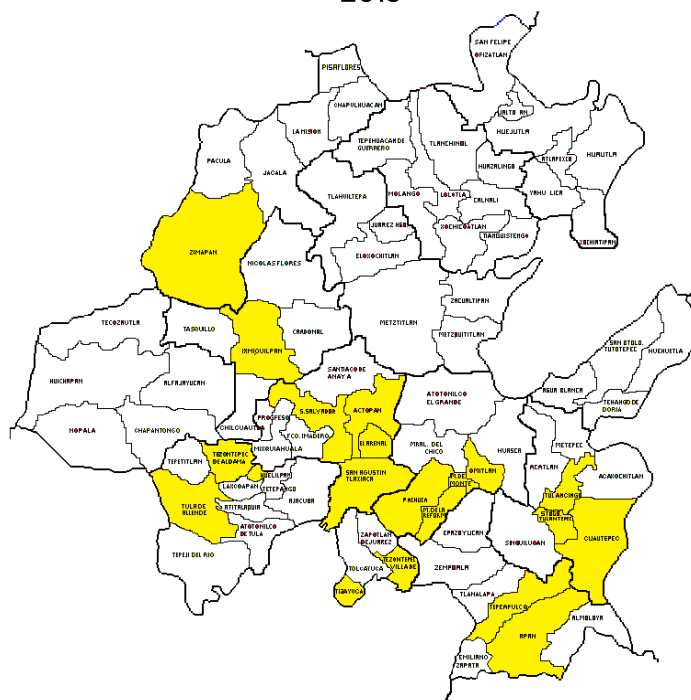
El clenbuterol es un fármaco β_2 -agonista utilizado como relajante del músculo liso bronquial para fines terapéuticos en humanos, sin embargo en la ganadería es utilizado de manera ilegal como agente anabólico para el aumento de peso en los bovinos, lo que estimula su empleo para el proceso de engorda del ganado donde se emplean altas dosis de este anabólico, por lo que los residuos de éste representan un riesgo a la salud de la población.

La intoxicación por clenbuterol incluye la presencia de náusea, vómito, cefalea, ansiedad, temblor grueso de extremidades, palpitaciones, taquicardia e hipertensión arterial.

El suministrar clenbuterol para acelerar la engorda es un delito (Ley General de Sanidad Animal. DOF. 25 de julio del 2007); NORMA Oficial Mexicana NOM-194-SSA1-2004, Productos y Servicios. Especificaciones sanitarias en los establecimientos dedicados al sacrificio y faenado de animales para abasto, almacenamiento, transporte y expendio. Especificaciones sanitarias de productos. Apartado número 6.10.5 Contaminantes: los productos de ganado bovino deben estar libres de clenbuterol.

En 2012, en el Estado de Hidalgo 6 municipios tuvieron resultados positivos a clenbuterol en muestras de hígado o carne. (Mapa No. 6).

MAPA 6. MUNICIPIOS CON RESULTADOS DE MUESTRAS POSITIVAS A CLEMBUTEROL 2013



Fuente: Base de datos, Subcomisión Evidencia, Manejo de Riesgos y Trámites, Captura de folios 2013 clenbuterol.

De acuerdo al nivel de riesgo, los municipios con prioridad de atención por el número de alfareros expuestos, métodos y técnicas de elaboración y vidriado poco seguras y la producción de loza relativamente alta son: Huasca de Ocampo, Jacala de Ledezma y Chapantongo.

PROYECTO HUMO DE TABACO

El consumo de tabaco es un problema de salud pública mundial. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, el tabaquismo es la segunda causa principal de muerte en el mundo, con casi cinco millones de defunciones anuales. Se requiere contar con medidas de prevención y control.

Los cálculos de la OMS señalan que para el año 2020 causará el doble de defunciones que las actuales, esto es, cerca de 10 millones de muertes. Esta elevada cifra contrasta de forma notable con las cifras que publicó hace seis años la propia OMS, basadas en el consumo de aquel tiempo; en esa oportunidad se señalaba que en el año 2020 habría 8.4 millones de muertes anuales por enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco. En cuanto al número mundial de fumadores, alrededor de 1,300 millones de personas consumen tabaco; casi 1,000 millones son hombres y 250 millones son mujeres.

Hoy en día la evidencia científica generada en los últimos 40 años demuestra que el tabaco es uno de los productos más nocivos para la salud y que la nicotina es una sustancia que induce adicción, por lo que el combate a su consumo se ha convertido para todos los sistemas de salud del mundo en una prioridad, toda vez que el tabaco es una de las principales causas prevenibles de enfermedad y muerte. En este panorama mundial, se reconoce como un logro sin precedentes el establecimiento por la OMS del Convenio Marco para el Control del Tabaco, que permite a los países suscritos conjuntar políticas, directrices, esfuerzos y recursos para combatir el tabaco en todo el mundo. México fue el primer país en América Latina en refrendar el Convenio Marco para el Control del Tabaco tras reconocer la magnitud del problema que ocasiona el consumo de tabaco, tanto en adultos como en menores de edad.

En este sentido el Estado de Hidalgo expidió, en el año 2001, la Ley para la Protección de los no Fumadores, que permitió fortalecer los aspectos regulatorios a través de formular y operar el Programa de Edificios Públicos Libres de Humo de Tabaco, el cual integra acciones de sensibilización, fomento sanitario, verificación sanitaria y reconocimientos, ordenados para lograr el objeto del programa.

El universo de trabajo del programa es amplio por considerar a edificios federales, estatales, municipales, planteles educativos y unidades médicas, éstas últimas son una prioridad para el Estado de Hidalgo.

FARMACOVIGILANCIA.

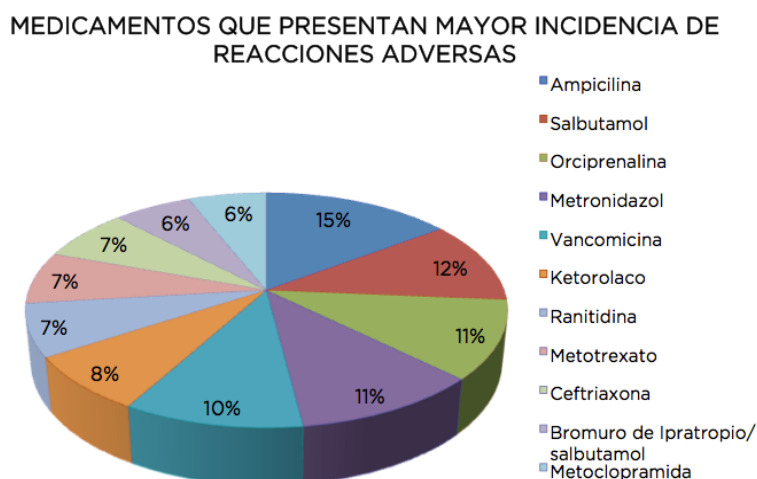
Los medicamentos son sometidos a ensayos clínicos antes de su comercialización, que definen sus características farmacológicas, pero existen una serie de efectos del fármaco, como efectos farmacológicos inesperados, efectos adversos poco frecuentes, desconocidos, etc., que no pueden evaluarse totalmente hasta que son utilizados por la población en general en la práctica médica. Debido a que en estos estudios los pacientes se seleccionan y se limitan en el número, a un grupo determinado de población (niños, ancianos, mujeres embarazadas).

Es por ello que la Farmacovigilancia es una actividad de salud pública destinada a la identificación, evaluación y prevención de los riesgos asociados al uso de medicamentos una vez comercializados, por lo que la utilización de los medicamentos requiere que el beneficio de su empleo sea superior a los riesgos que pueda generar.

En el Estado de Hidalgo, se da a la tarea de establecer un Programa Permanente de Farmacovigilancia desde el año 1999, reportando un total hasta el mes de septiembre de 2013 de 3,973 reacciones adversas de los medicamentos, siendo los hospitales pertenecientes a la Secretaría de Salud, los principales notificadores de Avisos de Sospechas de Reacciones Adversas de Medicamentos al Centro Estatal de Farmacovigilancia.

A continuación se muestran los resultados durante el periodo enero-septiembre de 2013 por el Centro Estatal de Farmacovigilancia, los medicamentos que presentan mayor número de reacciones adversas son los antibióticos y broncodilatadores, siendo de los grupos terapéuticos más utilizados por pacientes pediátricos. (Gráfico No. 6)

GRÁFICO NO. 6, PRINCIPALES MEDICAMENTOS CAUSANTES DE REACCIONES ADVERSAS 2013



Fuente: Proyecto de Farmacovigilancia COPRISEH, 2013.

CONTROL SANITARIO DE LA PUBLICIDAD PARA LOS PRODUCTOS FRONTERA

Para poder identificar la problemática hay que definir que la publicidad es la actividad que comprende todo proceso de creación, planificación, ejecución y difusión de anuncios publicitarios en los medios de comunicación con el fin de promover la venta o consumo de productos y servicios.

Así también la publicidad además de ser orientadora y educativa deberá incluir aquella información sobre características, propiedades y empleos reales o reconocidos por la Secretaría de Salud, de los productos, servicios y actividades que se publiciten, además de proporcionar información sanitaria sobre el uso de

los productos y la prestación de los servicios, la cual deberá corresponder, en su caso, a las finalidades señaladas en la autorización respectiva.

El área de influencia para el control sanitario de la Publicidad en el Estado de Hidalgo es la difusión de publicidad, de los rubros inmersos en la Ley General de Salud y su Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Publicidad para los medios electrónicos e impresos, formales e informales respectivamente.

Actualmente el censo de medios locales de comunicación, para la vigilancia sanitaria de la publicidad (monitoreo de la publicidad), es dirigido a 6 estaciones de televisión locales y repetidoras de canales nacionales; en radio se cuenta con 35 estaciones privadas y públicas con repetidoras; en prensa se cuenta con un promedio de 55 impresos en modalidad de diarios, semanarios, quincenales y mensuales y revistas en un promedio de 45. Así como los impresos informales, como son trípticos, dípticos, volantes, carteles, mantas, fachadas, espectaculares, laterales y paradores de transporte, etc. y mediante otras tecnologías, como el internet.

A inicios de 2010 ya se identifican riesgos graves a la salud por la difusión excesiva de productos milagro, por lo que surge la estrategia de nivel federal, priorizando las acciones del control y vigilancia sanitaria de la publicidad a estos productos, mediante el Proyecto Prioritario “Productos Frontera”, iniciado en junio del mismo año, pero desafortunadamente el marco regulatorio era obsoleto, para esta estrategia. Para el año 2012, (19 de Enero en el D.O.F.), se emite las reformas y adicionan a las diversas disposiciones del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de la publicidad, como resultado del consenso entre medios, anunciantes y gobierno para atacar la informalidad en la publicidad sanitaria que pone en riesgo la salud.

ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN.

DAÑOS A LA SALUD.

El Estado de Hidalgo en los últimos 20 años presenta un importante cambio en la mortalidad en todos los grupos de edad, que se ha acompañado de un cambio significativo en las principales causas de muerte.

Comparando la estructura de la mortalidad general de Hidalgo en los años 2000 y 2012, se observa que nuestro Estado se encuentra en la llamada transición epidemiológica, en donde, aunque existe impacto en las enfermedades denominadas del rezago: infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas agudas, desnutrición, daños asociados al nacimiento y enfermedades prevenibles por vacunación, porque se reduce su riesgo, algunas de ellas aún se encuentran entre las principales causas de muerte para el año 2012, y están siendo substituidas por las enfermedades emergentes, cuyos factores de riesgo están vinculados al desarrollo, tales como: enfermedad isquémica del corazón, diabetes mellitus, enfermedad cerebrovascular, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedades hipertensivas y tumores malignos.

Por tanto, hoy en el Estado predominan como causas de muerte las enfermedades no transmisibles. Estos padecimientos son más difíciles de tratar y más costosos que las infecciones comunes, los problemas reproductivos y las enfermedades relacionadas con la desnutrición, que en el siglo XX fueron las principales causas de defunción.

En el análisis de las causas asociadas a la transición epidemiológica por sexo, se identifican las defunciones por cualquier tipo de tumor maligno, las cuales ocupan los primeros lugares en ambos sexos.

La mortalidad por accidentes continúa siendo un grave problema de salud pública considerando que en su mayoría son evitables, ya que representan la culminación de una serie de eventos con amplias posibilidades de prevención.

Otro aspecto característico de la transición epidemiológica es el grupo de edad en el que se presentan las defunciones, la tendencia es que cada vez se presenten en los grupos avanzados de la vida.

Con relación a la mortalidad general, nueve de las diez principales causas de defunción para el año 2012, que concentran el 55.8% de las muertes en mujeres y hombres, comparten factores de riesgo similares, destacando dentro de ellos sobrepeso, obesidad, sedentarismo, malos hábitos alimenticios, tabaquismo, colesterol elevado y la hipertensión arterial, las cuales son: enfermedades isquémicas del corazón, diabetes mellitus, cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado, enfermedad cerebrovascular, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad hipertensiva, entre otras.

En el período 2000-2012 la tendencia de la mayoría de los padecimientos citados es ascendente, destacando: diabetes mellitus, enfermedades hipertensivas, enfermedad cerebrovascular y enfermedades isquémicas del corazón.

La diabetes mellitus es una enfermedad de alta prevalencia en nuestro Estado y es uno de los mayores retos que enfrenta el Sistema Estatal de Salud. En 2012 fue la segunda causa de mortalidad en hombres y mujeres; es una de las principales causas de demanda de atención en consulta externa y de hospitalización, así como de las enfermedades que consumen alto porcentaje del gasto en las instituciones públicas del sector salud. Además incrementa el riesgo de morir por diversos padecimientos, como las cardiopatías, las enfermedades cerebrovasculares y la insuficiencia renal; además es la causa más importante de amputación de miembros inferiores de origen no traumático y la principal causa de ceguera.

Las enfermedades del corazón afectan tanto a mujeres como a hombres ocupando en 2012 el primer lugar como causa de mortalidad en mujeres y hombres, en estas enfermedades destaca la cardiopatía isquémica y tiene como factores de riesgo el consumo excesivo de grasa de origen animal, el sobrepeso, el tabaquismo, el sedentarismo, el estrés y la diabetes.

La enfermedad cerebrovascular, suele ser muy grave y frecuentemente termina con muerte prematura. La hipertensión arterial, además de por sí misma ser una enfermedad, es un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades cerebrovasculares e insuficiencia renal, las causas que le favorecen son la obesidad, el sedentarismo, el consumo de sal y el consumo excesivo de alcohol.

PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO.

MORBILIDAD.

Dentro de la inteligencia epidemiológica es muy importante el registro de la morbilidad como herramienta estratégica del Sistema Nacional y Estatal de Salud para contribuir al blindaje sanitario, ya que permite caracterizar el fenómeno salud-enfermedad.

La información de dicha estrategia se obtiene a través del registro continuo de las causas de demanda de atención, a través de una red inteligente de vigilancia epidemiológica que permite caracterizar el proceso salud-enfermedad, identificar de manera temprana la presencia inusual de casos, la aparición de nuevas enfermedades y apoyar la oportuna toma de decisiones desde la unidad médica generadora de los datos hasta los diferentes niveles administrativos, incluido el nacional. También ofrece información que puede ser utilizada por los programas de prevención y control para la orientación de sus acciones; para diagnóstico, evaluación y monitoreo y definición de políticas de salud, sirve de base para generar investigación epidemiológica. Los cambios de la morbilidad están en función del aumento de cobertura en la notificación del Sector Salud, modificaciones a los sistemas de información, mejoras de la tecnología diagnóstica, crecimiento poblacional, accesibilidad geográfica y económica de la población a servicios de salud y la etapa de transición epidemiológica por la que atraviesa el Estado, entre otros.

MORBILIDAD GENERAL 2000-2013.

Dentro de las causas más frecuentes de enfermedad en la población hidalguense, permanecen como primera y segunda causa de demanda de atención las infecciones respiratorias agudas altas y las infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas.

La morbilidad registrada para el año 2000 en el Estado de Hidalgo se caracterizó porque 9 de las 10 primeras causas de morbilidad fueron enfermedades infecciosas, para el año 2013, 8 de ellas pertenecen a este grupo, reflejando la transición epidemiológica de las enfermedades transmisibles a las no transmisibles, como consecuencia del envejecimiento de la población y del incremento de los riesgos asociados a la urbanización, industrialización y estilos de vida, que incluye a la población de altos, medianos y escasos recursos.

El primer lugar de demanda de atención lo ocupan las infecciones respiratorias agudas (IRAs) en ambos años. El nivel socioeconómico, la escolaridad de los padres, las condiciones de vida, el tipo de vivienda, el hacinamiento, la contaminación ambiental y el hábito de fumar son factores de riesgo para las IRAs, en ellos disminuirá de manera importante dicho padecimiento.

Para el caso de las infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas descienden del segundo al tercer lugar, la tasa en 2013 es menor por 220.2 puntos. Se observa un incremento en la morbilidad por infecciones de vías urinarias, ascendiendo del tercer lugar en el año 2000 al segundo en 2013 con tasa de 4,818 por 100 mil habitantes. En lo que respecta a las enfermedades bucodentales, las gingivitis y enfermedad periodontal ocupan el 5º lugar en 2013, el registro de estas patologías en el Sistema Único de Información en Vigilancia Epidemiológica inicia a partir de 2003, pero es claro el aumento de la demanda de atención en los servicios de odontología de las unidades de primer nivel de atención. (Cuadro No. 6 y Gráfico No. 7).



CUADRO No. 6, PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD GENERAL EN HIDALGO, 2000-2013

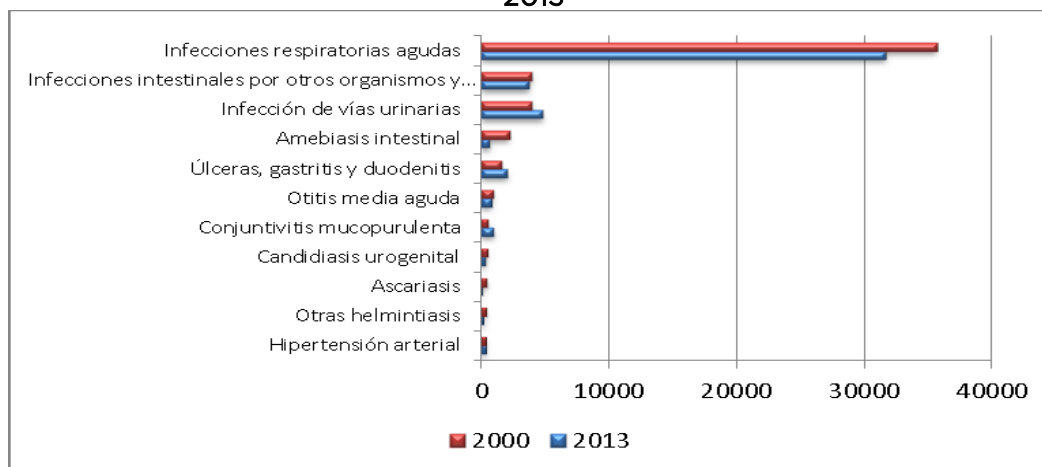
Diagnóstico	2000				2013				Dif.
	Lugar	Casos	Tasa	%	Lugar	Casos	Tasa	%	
Infecciones respiratorias agudas	1	813,968	35,668	66	1	901,666	31,680	62	-3,988
Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	2	89,647	3,928	7	3	105,541	3,708	7	-220
Infección de vías urinarias	3	89,433	3,919	7	2	137,126	4,818	10	899
Amebiasis intestinal	4	49,761	2,181	4	8	18,188	639	1	-1,542
Úlceras, gastritis y duodenitis	5	34,985	1,533	3	4	57,166	2,009	4	476
Otitis media aguda	6	21,049	922	2	7	21,940	771	2	-152
Conjuntivitis mucopurulenta	7	12,584	551	1	6	27,085	952	2	400
Candidiasis urogenital	8	11,091	486	1	11	9,281	326	1	-160
Ascariasis	9	9,577	420	1	25	2,453	86	0	-334
Otras helmintiasis	10	8,526	374	1	16	5,502	193	0	-180
Hipertensión arterial	13	7,664	336	1	10	9,968	350	1	0
Gingivitis y enfermedad periodontal					5	47,973	1,686	3	N/A
Vaginitis aguda					9	13,310	468	1	N/A
Resto de Diagnósticos		79,954	3,504	7		86,997	3,057	6	1,827
Total		1,228,239	53,821	100		1,444,196	50,741	100	-3,080

Tasa por 100 000 habitantes

Fuente: SUAVE, consulta marzo 2014.

Para el año 2000 reportaban al Sistema Único de Información y Vigilancia Epidemiológica 724 unidades del sector salud, en 2013 se incrementaron a 816 con registro de 1,228,239 casos nuevos de enfermedad y 1,444,196 respectivamente; lo que representó un incremento de casos de 17.58%.

GRÁFICO No. 7, PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD GENERAL HIDALGO 2000-2013



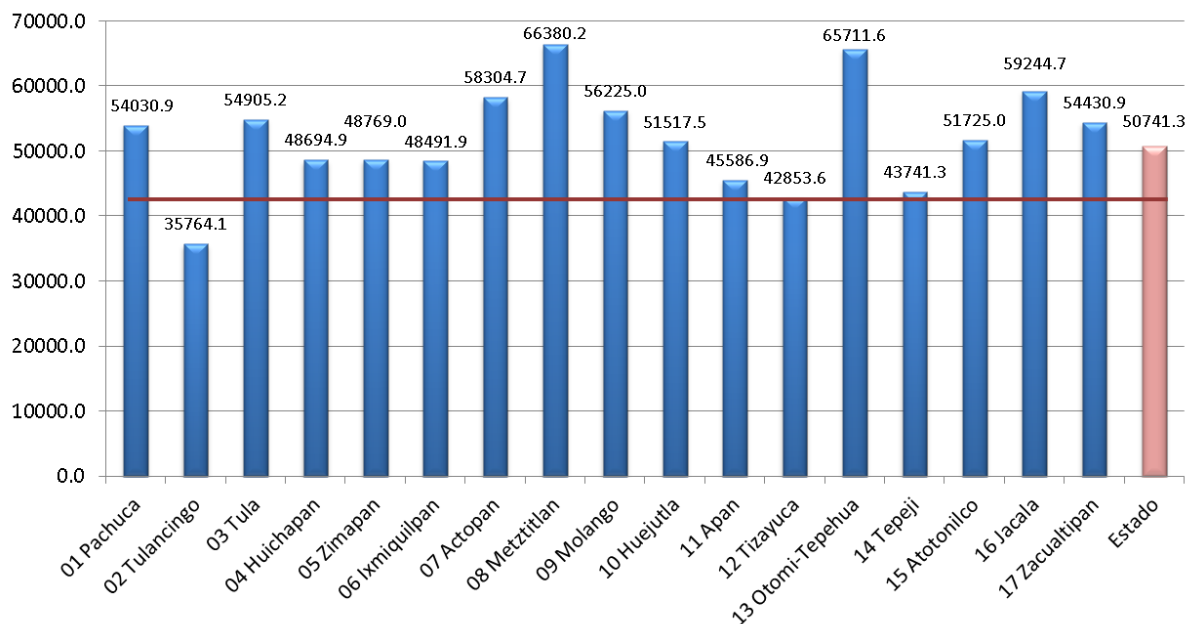
Tasa por 100 000 habitantes

Fuente: SUAVE, consulta marzo 2014.

MORBILIDAD GENERAL POR REGIÓN.

Son diez las regiones del Estado que presentan mayor riesgo de enfermar, con tasas de morbilidad superior a la estatal: Metztitlán 66,380.2; Otomí Tepehua 65,711.6; Actopan 58,304.7; Jacala 59,244.7; Atotonilco 51,725; Pachuca 54,030.9; Tula 54,905.2; Molango 56,225; Huejutla 51,517.5 y Zacualtipán 54,430.9 por 100 mil habitantes. (Gráfico No. 8).

GRÁFICO No. 8, MORBILIDAD GENERAL, 17 REGIONES DE HIDALGO 2013



Tasa por 100 000 habitantes
Fuente: SUAVE, consulta marzo 2014

En contraste, las regiones de Tulancingo, Huichapan, Zimapán, Ixmiquilpan, Apan, Tizayuca y Tepeji presentaron menor probabilidad de enfermar en el año referido.

Un factor importante en el incremento del registro de casos nuevos de enfermedad lo representa la afiliación de la población al Régimen Estatal de Protección Social en Salud, a partir del año 2004 en donde hasta diciembre de 2013, el Estado cuenta con 1,658,778 personas afiliadas al Seguro Popular, el cual permite el aseguramiento público y voluntario para aquellas personas que no cuentan con empleo o que trabajan por cuenta propia y que no son derechohabientes de alguna institución de seguridad social como el Instituto Mexicano del Seguro Social o el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, entre otros, lo que incrementa la demanda de atención médica.

MORBILIDAD POR GRUPO DE EDAD Y SEXO

MORBILIDAD POR SEXO.

En el año 2013 se registraron 1,444,196 casos nuevos de enfermedad, de los cuales el 59.6% de atenciones fue solicitado por mujeres, con una tasa de morbilidad de 58,401 por 100 mil mujeres, cifra superior en 15,898 puntos a la de los hombres que fue de 42,503 por 100 mil hombres. (Cuadro No. 7).

CUADRO No. 7, MORBILIDAD POR SEXO SEGÚN REGIÓN DE HIDALGO 2013

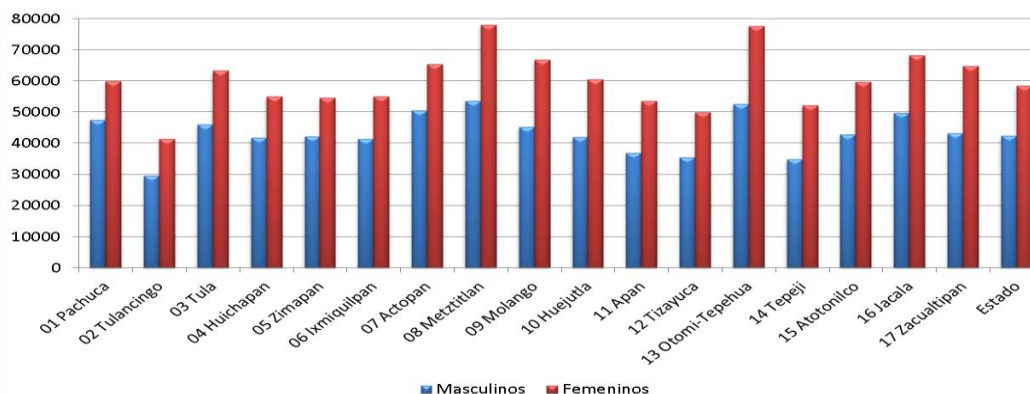
Región	Masculinos	Femeninos	Dif.
01 Pachuca	47,555	60,004	-12,449
02 Tulancingo	29,546	41,341	-11,795
03 Tula	46,103	63,320	-17,217
04 Huichapan	41,741	55,084	-13,343
05 Zimapán	42,144	54,531	-12,388
06 Ixmiquilpan	41,309	55,048	-13,739
07 Actopan	50,500	65,418	-14,918
08 Metztitlán	53,679	77,966	-24,286
09 Molango	45,265	66,868	-21,603
10 Huejutla	42,024	60,587	-18,563
11 Apan	36,903	53,603	-16,700
12 Tizayuca	35,580	49,862	-14,282
13 Otomí-Tepehua	52,651	77,667	-25,017
14 Tepeji	34,941	52,219	-17,278
15 Atotonilco	42,919	59,751	-16,833
16 Jacala	49,771	68,342	-18,571
17 Zacualtipán	43,236	64,737	-21,501
Estado	42,503	58,401	-15,898

Tasa por 100 000 habitantes

Fuente: SUAVE, consulta marzo 2014

Se observa una mayor demanda de atención por mujeres en todas las regiones del Estado, realzando la diferencia en las regiones Otomí Tepehua, Metztitlán, y Jacala; coincidiendo que la demanda de atención por hombres también ocupa los dos primeros lugares en estas regiones. (Gráfico No. 9).

GRÁFICO No. 9, MORBILIDAD POR SEXO 17 REGIONES DE HIDALGO, 2013



Tasa por 100 000 habitantes

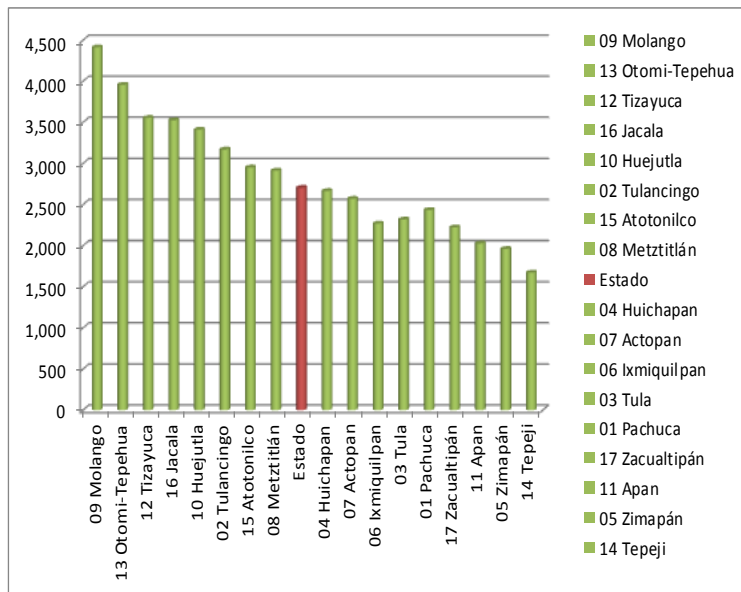
Fuente: SUAVE, consulta marzo 2014

MORBILIDAD INFANTIL.

Durante el año 2013 el riesgo de enfermar en menores de 1 año en el Estado fue de 2,705 por 1,000 nacidos vivos estimados, en donde las regiones Molango, Otomí-Tepehua, Tizayuca, Jacala, Huejutla, Tulancingo, Atotonilco y Metztlán se encuentran por arriba de la tasa estatal. (Cuadro No. 8 y Gráfico No. 10)

CUADRO No. 8 Y GRÁFICO No. 10, MORBILIDAD INFANTIL, 17 REGIONES HIDALGO 2013

REGIÓN	Tasa Menor de 1 año
09 Molango	4,414
13 Otomí-Tepehua	3,958
12 Tizayuca	3,556
16 Jacala	3,527
10 Huejutla	3,413
02 Tulancingo	3,172
15 Atotonilco	2,953
08 Metztlán	2,915
Estado	2,705
04 Huichapan	2,666
07 Actopan	2,572
06 Ixmiquilpan	2,271
03 Tula	2,320
01 Pachuca	2,435
17 Zacualtipán	2,224
11 Apan	2,030
05 Zimapán	1,962
14 Tepeji	1,674



Tasa por 1,000 Nacidos Estimados
Fuente: SUAVE, consulta marzo 2014

Dentro de las tres principales causas de demanda de atención se encuentran las infecciones respiratorias agudas, infecciones urinarias y las infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas, como cuarta causa está la desnutrición leve. De las diez principales causas, dos corresponden a padecimientos no transmisibles.



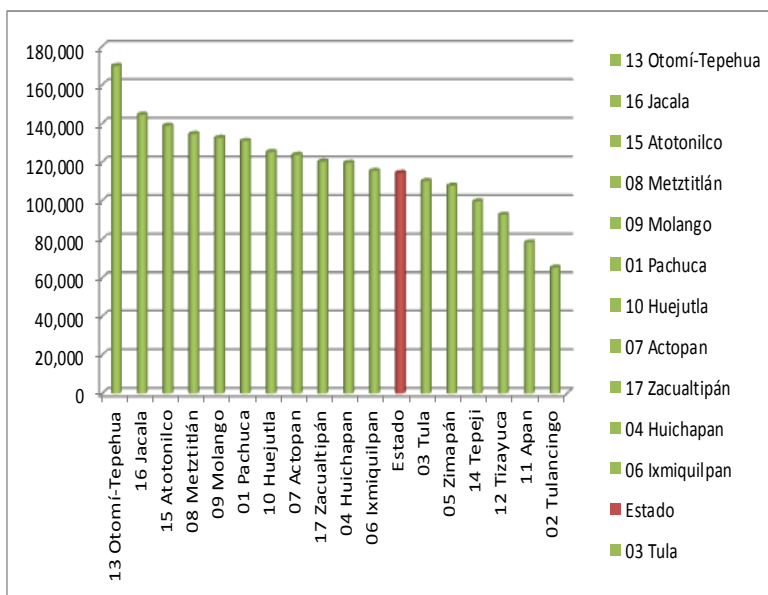
MORBILIDAD EN EDAD PREESCOLAR.

Respecto a la edad preescolar, la morbilidad fue de 114,405 por 100 mil habitantes de 1 a 4 años de edad, la región Otomí-Tepehua tuvo una demanda de atención de 169,874 por cada 100,000 preescolares; seguido Jacala con 144,630; las regiones de Actopan y Huejutla, se comportan de forma similar. Tulancingo es la región con menor tasa de 65,329 por 100 mil habitantes de 1 a 4 años. (Cuadro No. 9 y Gráfico No. 11)

CUADRO No. 9 Y GRÁFICO No.11, MORBILIDAD PREESCOLAR, 17 REGIONES HIDALGO 2013

REGIÓN	Tasa 1 a 4 años
13 Otomí-Tepehua	169,874
16 Jacala	144,630
15 Atotonilco	138,908
08 Metztitlán	134,606
09 Molango	132,606
01 Pachuca	131,019
10 Huejutla	125,272
07 Actopan	123,840
17 Zacualtipán	120,341
04 Huichapan	119,640
06 Ixmiquilpan	115,435
Estado	114,405
03 Tula	110,193
05 Zimapán	107,816
14 Tepeji	99,696
12 Tizayuca	92,735
11 Apan	78,405
02 Tulancingo	65,329

Tasa por 100 000 habitantes de 1 a 4 años
Fuente: SUAVE, consulta marzo 2014



En este grupo se registran como principales 3 enfermedades no transmisibles: desnutrición leve, gingivitis/enfermedades periodontales y asma. Dentro de las transmisibles las principales son: infecciones respiratorias agudas, infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas y las infecciones de vías urinarias. La varicela ocupa el octavo lugar como causa de demanda de atención con tasa de 2.149 por 100 mil habitantes de uno a cuatro años de edad.

MORBILIDAD EN EDAD ESCOLAR.

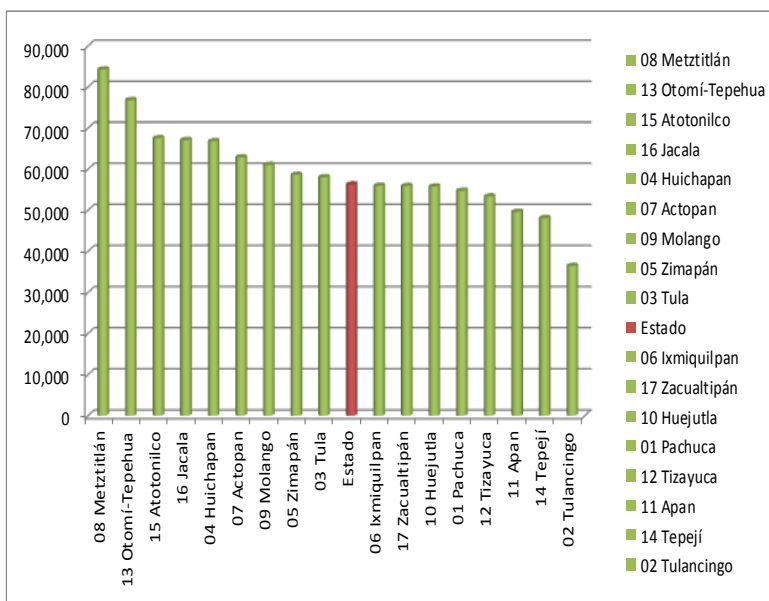
La tasa de morbilidad estatal en los escolares es de 56,317 por 100 mil habitantes de 5 a 14 años de edad, 9 de las regiones se encuentran con cifras por encima del nivel estatal: Metztitlán representa el mayor riesgo de enfermar con una tasa de 84,291; seguido de la región Otomí-Tepehua, Atotonilco, Jacala, Huichapan, Actopan, Molango, Zimapán y Tula. Tulancingo registra el menor riesgo de enfermar para la población de este grupo de edad junto con Tepeji, Apan, Tizayuca y Pachuca.

Dentro de las de las 10 principales causas de enfermedad 7 son del grupo de las transmisibles (94.8% de casos). Las de mayor frecuencia son: infecciones respiratorias agudas, infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas e infecciones de vías urinarias.

Para las enfermedades no transmisibles, la gingivitis y enfermedad periodontal es la cuarta causa de demanda de atención con tasa de 10,533; las úlceras, gastritis y duodenitis ocupan el noveno lugar con tasa de 3,301 y el asma el décimo lugar con tasa de 1,994 por 100 mil habitantes de 5 a 14 años. (Cuadro No. 10 y Gráfico No. 12)

CUADRO No. 10 Y GRÁFICO No.12, MORBILIDAD EN ESCOLARES, 17 REGIONES HIDALGO 2013

REGIÓN	Tasa 5 a 14 años
08 Metztitlán	84,291
13 Otomí-Tepehua	76,846
15 Atotonilco	67,575
16 Jacala	67,143
04 Huichapan	66,836
07 Actopan	62,912
09 Molango	61,099
05 Zimapán	58,661
03 Tula	58,067
Estado	56,317
06 Ixmiquilpan	55,986
17 Zacualtípán	55,946
10 Huejutla	55,813
01 Pachuca	54,793
12 Tizayuca	53,413
11 Apan	49,656
14 Tepeji	48,152
02 Tulancingo	36,488



Tasa por 100 000 habitantes de 5 a 14 años
Fuente: SUAVE, consulta marzo 2014

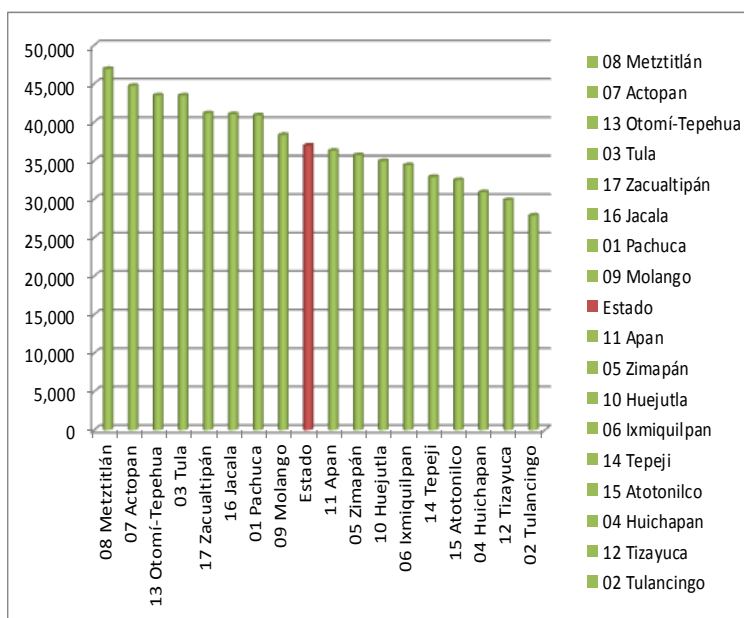
MORBILIDAD EN EDAD PRODUCTIVA.

La edad productiva es aquella que se encuentra entre los 15 y 64 años de edad, la morbilidad en 2013 para este grupo es de 36,970 por 100,000 habitantes de 15 a 64 años. De las 17 regiones del Estado, 8 se encuentran por arriba de la tasa estatal: Metztitlán es la de mayor demanda con 46,934 casos nuevos en población productiva, le siguen Actopan, Otomí Tepehua, Tula, Zacualtipán, Jacala, Pachuca y Molango.

La tasa menor para este grupo de edad se encuentra en la región de Tulancingo con 27,891 casos por cada 100,000 habitantes en edad productiva, región que junto con las de Tizayuca, Huichapan, Atotonilco, Ixmiquilpan, Huejutla, Zimapán, Apan y Tepeji resultan con cifras inferiores a la tasa estatal. (Cuadro No. 11 y Gráfico No. 13)

CUADRO No. 11 Y GRÁFICO No. 13, MORBILIDAD EN EDAD PRODUCTIVA, 17 REGIONES HIDALGO, 2013

REGIÓN	Tasa 15 a 64 años
08 Metztitlán	46,934
07 Actopan	44,729
13 Otomí-Tepehua	43,492
03 Tula	43,488
17 Zacualtipán	41,162
16 Jacala	41,067
01 Pachuca	40,909
09 Molango	38,347
Estado	36,970
11 Apan	36,298
05 Zimapán	35,719
10 Huejutla	34,966
06 Ixmiquilpan	34,432
14 Tepeji	32,886
15 Atotonilco	32,495
04 Huichapan	30,914
12 Tizayuca	29,895
02 Tulancingo	27,891



Tasa por 100 000 habitantes de 15 a 64 años
Fuente: SUAVE, consulta marzo 2014

Dentro de este grupo el 87.2% de los casos son enfermedades transmisibles, las tres principales causas de este tipo son: infecciones de vías respiratorias, infecciones urinarias y úlceras, gastritis y duodenitis con tasas de 344,937; 105,962, y 46,669 por 100 mil habitantes de 15 a 64 años, respectivamente.

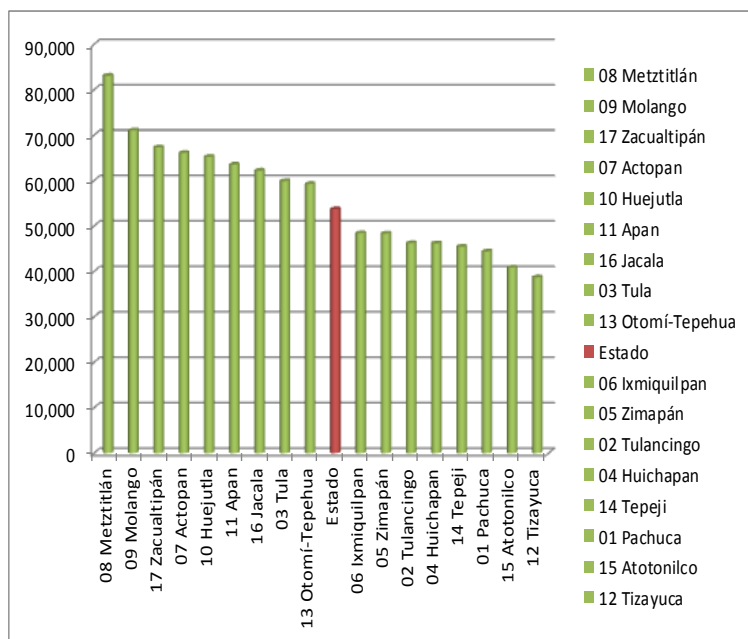
Para las enfermedades no transmisibles la hipertensión arterial ocupa el doceavo lugar con tasa de 6,861 por 100 mil habitantes del grupo de edad productiva.

MORBILIDAD EN EDAD POSPRODUCTIVA.

En el análisis de la morbilidad posproductiva observamos que 9 regiones rebasan la tasa estatal, siendo la más alta Metztitlán con 83,106; Molango 71,058, Zacualtipán 67,309, Actopan 66,105, Huejutla 65,237, Apan 63,545, Jacala 62,212, Tula 59,892 y Otomí-Tepehua 59,265. (Cuadro No. 12 y Gráfico No. 14)

CUADRO No. 12 Y GRÁFICO No. 14, MORBILIDAD POSPRODUCTIVA CONFORME A LAS 17 REGIONES DE HIDALGO 2013

REGIÓN	Tasa 65 y más años
08 Metztitlán	83,106
09 Molango	71,058
17 Zacualtipán	67,309
07 Actopan	66,105
10 Huejutla	65,237
11 Apan	63,545
16 Jacala	62,212
03 Tula	59,892
13 Otomí-Tepehua	59,265
Estado	53,718
06 Ixmiquilpan	48,434
05 Zimapán	48,352
02 Tulancingo	46,234
04 Huichapan	46,182
14 Tepeji	45,451
01 Pachuca	44,398
15 Atotonilco	40,841
12 Tizayuca	38,710



Tasa por 100 000 habitantes de 65 y más años
Fuente: SUAVE, consulta marzo 2014.

Las tasas de morbilidad por debajo de la estatal se encuentran en Ixmiquilpan 48,434, Zimapán 48,352, Tulancingo 46,234, Huichapan 46,182, Tepeji 45,451, Pachuca 44,398, Atotonilco 40,841 y Tizayuca con 38,710 casos nuevos de enfermedad por 100 mil habitantes de 65 años y más.

Dentro de las enfermedades crónicas no transmisibles están la hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo II, estos padecimientos ocupan el quinto y octavo lugar de demanda de atención con tasa de 3,108 y 1,844 por cada 100 mil habitantes mayores de 65 años respectivamente, ocupando el 18.5% del total de la demanda de atención.

MORTALIDAD.

El concepto de mortalidad expresa la magnitud con la que se presenta la muerte en una población en un momento determinado. La mortalidad es la segunda causa del cambio demográfico y junto con la fecundidad son los actores centrales de la dinámica de la población.

El proceso del cambio demográfico contemporáneo en sus inicios, a partir de los años cuarenta, produjo una marcada evolución en la forma de morir de la gente y un aplazamiento de la muerte a edades más adultas, como resultado del grado de control que la sociedad y las familias ejercieron sobre los flagelos de origen infectocontagioso, los cuales encontraban un ambiente favorable para su incubación y grado de letalidad en las condiciones de pobreza en amplios segmentos de la población.

La vulnerabilidad a padecer determinadas enfermedades varía a lo largo de la vida, lo mismo que la exposición a riesgos, por eso es que hoy en día dentro de un marco general de las modificaciones del estilo de vida de la población en general, de la expansión educativa y la infraestructura sanitaria esperaríamos ver un descenso en la mortalidad, más sin embargo es de hacer notar que en los últimos años se observa una tendencia ascendente.

MORTALIDAD GENERAL 2000-2012.

En el año 2000 la mortalidad general para Hidalgo fue de 400.7 defunciones y en el 2012 aumentó a 515.9 muertes por cada 100 mil habitantes. La conjunción de la estructura etaria de la población y el nivel de bienestar de la entidad determina en gran medida la tasa bruta de la mortalidad.

En el periodo evaluado se identifica la transición epidemiológica de la misma, caracterizada por disminución de las muertes por enfermedades infecciosas y un aumento de las muertes por enfermedades degenerativas y por afecciones causadas por el hombre; también, se muestra un cambio en el patrón de edades de la mortalidad, aumentando la edad promedio de la muerte.

Tanto en el año 2000 como en el año 2012 nueve de diez principales causas de defunción corresponden a padecimientos no transmisibles y a causas externas, referente a las enfermedades transmisibles únicamente se registran infecciones respiratorias agudas en sexto y noveno lugar para los mismos años.

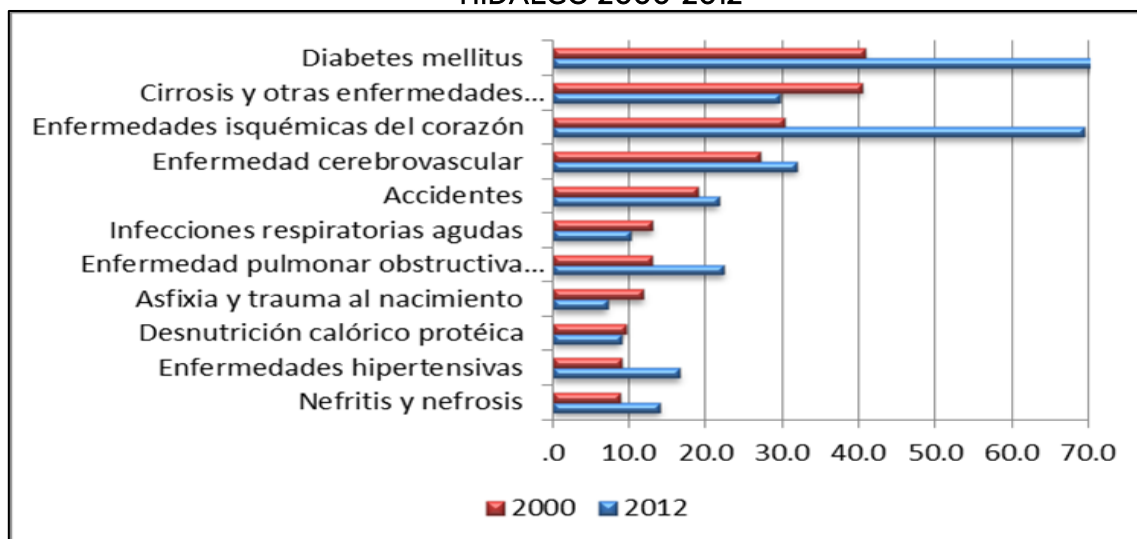
La primera causa de defunción en 2012 fue la diabetes mellitus con incremento en la mortalidad de 30.6 puntos en 2012 en comparación con el año 2000; seguida por las enfermedades isquémicas del corazón con cifra superior en 39.2 puntos en 2012 con respecto al año 2000; la cirrosis que ocupaba el segundo lugar en el año 2000, disminuye 10.8 puntos y ocupa el cuarto lugar en el 2012. Las medidas de prevención, control y tratamiento enfocadas a los estilos de vida (obesidad, tabaquismo, alcoholismo y manejo del estrés) disminuirán de manera importante el número de casos y en consecuencia incrementará la calidad de vida de la población. (Cuadro No. 13, Gráfico No. 15).



CUADRO No. 13, PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL, HIDALGO
2000-2012

Causas	2000				2012				Dif.
	Lugar	Def.	Tasa	%	Lugar	Def.	Tasa	%	
Diabetes mellitus	1	930	40.8	10.2	1	1,753	71.4	13.8	30.6
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	2	921	40.4	10.1	4	726	29.6	5.7	-10.8
Enfermedades isquémicas del corazón	3	689	30.2	7.5	2	1,705	69.4	13.5	39.2
Enfermedad cerebrovascular	4	618	27.1	6.8	3	781	31.8	6.2	4.7
Accidentes	5	431	18.9	4.7	6	531	21.6	4.2	2.7
Infecciones respiratorias agudas	6	295	12.9	3.2	9	247	10.1	1.9	-2.9
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	7	293	12.8	3.2	5	547	22.3	4.3	9.4
Asfixia y trauma al nacimiento	8	269	11.8	2.9	11	175	7.1	1.4	-4.7
Desnutrición calórico proteica	9	217	9.5	2.4	10	219	8.9	1.7	-0.6
Enfermedades hipertensivas	10	204	8.9	2.2	7	405	16.5	3.2	7.6
Nefritis y nefrosis	11	200	8.8	2.2	8	343	14	2.7	5.2
Las demás Causas		4,077	178.7	44.6		5,238	213.3	41.3	34.6
Total general		9,144	400.7	100		12,670	515.9	100	115.2

GRÁFICO No.15, PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL,
HIDALGO 2000-2012



Tasa por 100 000 habitantes

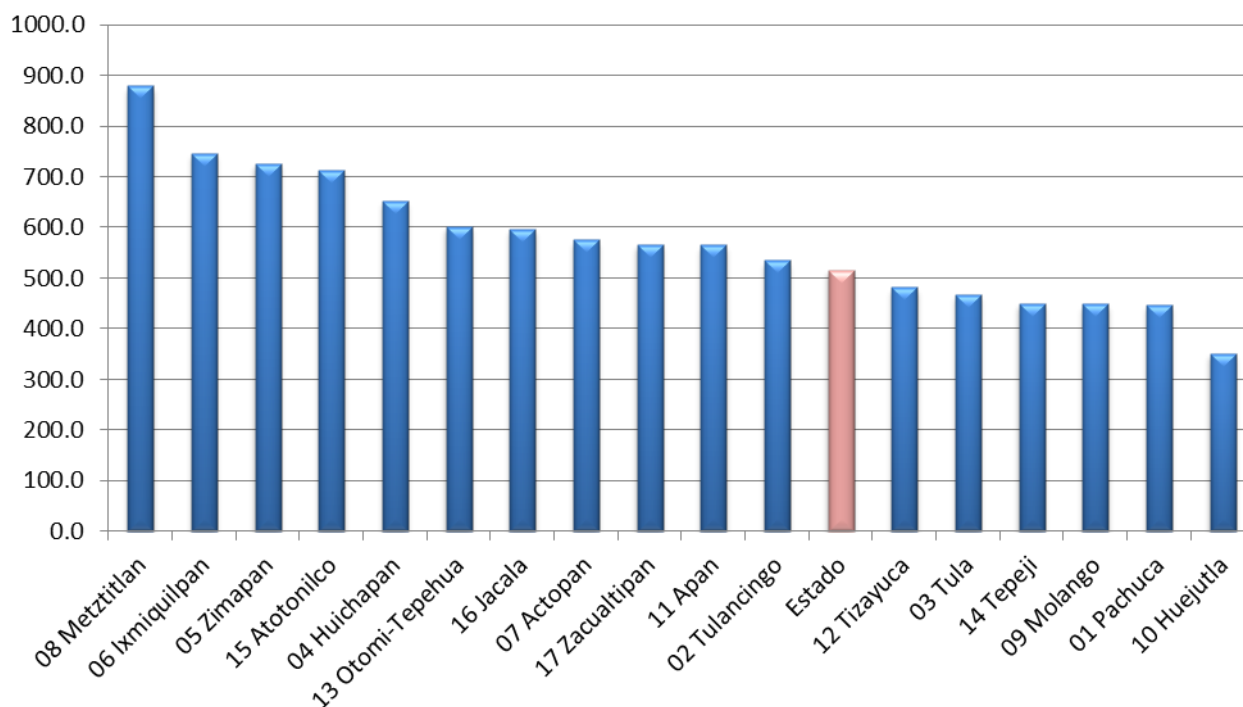
Fuente: INEGI/SS, URL: <http://dgis.salud.gob.mx/cubos/>

Fecha de consulta: 11/03/14

MORTALIDAD GENERAL POR REGIÓN.

La mortalidad se comporta diferenciada en las distintas regiones del Estado, así como en relación con años anteriores; en nuestro Estado para el año 2012 la mortalidad general se presentó con una tasa de 515.9 por 100 mil habitantes, 11 regiones presentan tasa superior a la estatal siendo la región de Metztitlán la más alta con una tasa de 879.6, seguida por la región de Ixmiquilpan cuya tasa fue de 746.0, Zimapán 725.7, Atotonilco 713.6, Huichapan 652.3, Otomí-Tepehua 601.8, Jacala 596.2, Actopan 575.3, Zacualtipán 566.5, Apan 565.1 y Tulancingo 535.0 defunciones por 100 mil habitantes. Las regiones con tasas de mortalidad inferiores a la estatal fueron Tizayuca, 482.0, Tula 467.5, Tepeji 449.5, Molango 449.0, Pachuca 447.6 y Huejutla 351.4 defunciones por 100 mil habitantes. (Gráfico No. 16).

GRÁFICO No. 16, MORTALIDAD GENERAL 2012 CONFORME A LAS 17 REGIONES DE HIDALGO



Tasa por 100 000 habitantes

Fuente: INEGI/SS, URL: <http://dgis.salud.gob.mx/cubos/>

Fecha de consulta: 11/03/14



MORTALIDAD POR GRUPO DE EDAD Y SEXO.

MORTALIDAD POR SEXO.

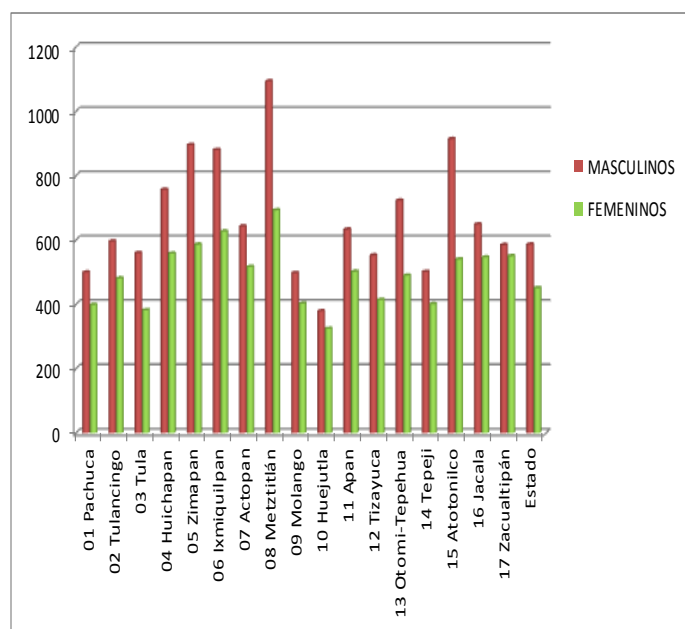
Al analizar las causas de muerte en Hidalgo observamos que predominan las muertes en el sexo masculino para las 17 regiones, en comparación con la morbilidad donde son las mujeres las que demandan mayor atención, el riesgo para morir en el Estado es de 586.6 por 100 mil hombres; mientras que para el sexo femenino es de 451.0 por 100 mil mujeres.

En cuanto a las regiones, Metztitlán tuvo la mortalidad más alta en el sexo masculino con 1093.9, le siguen en orden decreciente Atotonilco y Zimapán. La más baja ocurrió en Huejutla con 379.3 defunciones por 100 mil hombres.

Referente el sexo femenino, la región con mayor riesgo de morir en el año revisado fue Metztitlán con 692.5 y la más baja al igual que en el sexo masculino la región de Huejutla con una tasa de 324.4 defunciones por 100 mil mujeres. (Cuadro No. 14 y Gráfico No. 17).

CUADRO No. 14 Y GRÁFICO No. 17, MORTALIDAD POR SEXO 17 REGIONES HIDALGO, 2012

REGIÓN	MASCULINOS	FEMENINOS	DIFERENCIA
01 Pachuca	499.7	399.2	100.5
02 Tulancingo	596	481	115
03 Tula	559.9	381.9	178
04 Huichapan	756.6	558.3	198.3
05 Zimapán	896	586.1	309.9
06 Ixmiquilpan	880.2	626.8	253.5
07 Actopan	642.8	516.6	126.2
08 Metztitlán	1093.9	692.5	401.4
09 Molango	497.8	402.4	95.4
10 Huejutla	379.3	324.4	54.8
11 Apan	633.1	501.9	131.2
12 Tizayuca	552.5	414.1	138.3
13 Otomi-Tepehua	722.9	490	232.9
14 Tepeji	501.2	401.1	100.1
15 Atotonilco	914.6	540.1	374.5
16 Jacala	649.1	546.3	102.8
17 Zacualtipán	585	550.1	34.8
Estado	586.6	451	135.6



Tasa por 100 000 habitantes

Fuente: INEGI/SS, URL: <http://dgis.salud.gob.mx/cubos/>

Fecha de consulta: 11/03/14

MORTALIDAD INFANTIL.

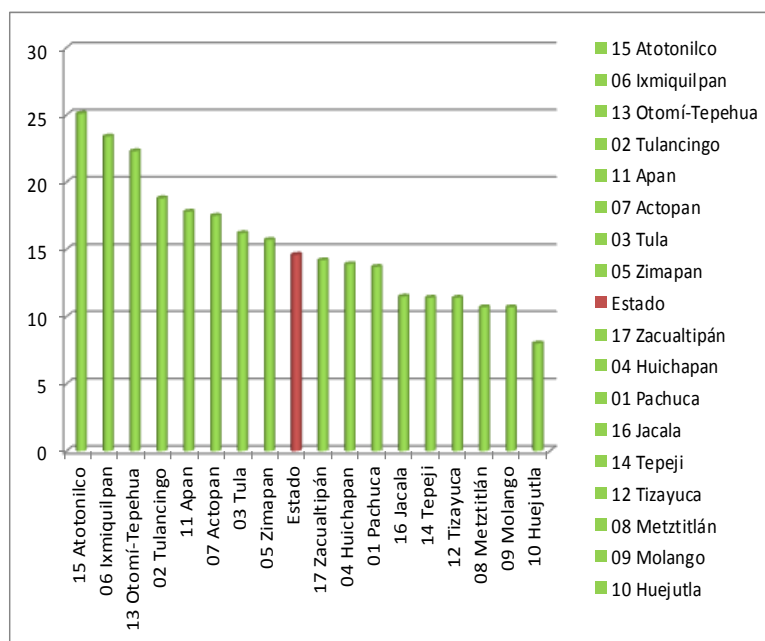
De acuerdo con la información de la última década, se observa que el número de muertes de menores de un año registradas en 2010 es de diez mil fallecimientos menos que hace diez años: 38 mil vs 28 mil entre el año 2000 y 2010, respectivamente.¹⁵

Al realizar el comparativo se observa que Huejutla presenta el menor riesgo de morir para la población de este grupo de edad con 8.0 defunciones por cada 1,000 nacidos vivos estimados. Le sigue en orden ascendente Molango y Metztitlán 10.7, Tizayuca y Tepeji 11.4, Jacala 11.5, Pachuca 13.7, Huichapan 13.9 y Zacualtipán 14.2 decesos por cada 1,000 nacidos vivos estimados.

Las regiones con mayor riesgo de morir en 2012 son Atotonilco 25.1 defunciones por cada 1,000 nacidos vivos estimados, Ixmiquilpan 23.4, Otomí-Tepehua 22.3, Tulancingo 18.8, Apan 17.8, Actopan 17.5, Tula 16.2, y Zimapán 15.7. (Cuadro No. 15 y Gráfico No. 18).

CUADRO No. 15 Y GRÁFICO No. 18, MORTALIDAD INFANTIL, 17 REGIONES HIDALGO, 2012

Región	Tasa Menor de 1 año
15 Atotonilco	25.1
06 Ixmiquilpan	23.4
13 Otomí-Tepehua	22.3
02 Tulancingo	18.8
11 Apan	17.8
07 Actopan	17.5
03 Tula	16.2
05 Zimapán	15.7
Estado	14.6
17 Zacualtipán	14.2
04 Huichapan	13.9
01 Pachuca	13.7
16 Jacala	11.5
14 Tepeji	11.4
12 Tizayuca	11.4
08 Metztitlán	10.7
09 Molango	10.7
10 Huejutla	8



Tasa por 1 000 Nacidos Estimados

Fuente: INEGI/SS, URL: <http://dgis.salud.gob.mx/cubos/>

Fecha de consulta: 11/03/14

Encontramos como tres principales causas de mortalidad en los menores de un año a la asfixia y trauma al nacimiento, malformaciones congénitas del corazón, y bajo peso al nacimiento/prematurez; con tasas de 4.0, 1.5 y 0.5 por 1000 nacidos vivos estimados, respectivamente.

¹⁵ Bol Med Hosp Infant Mex 2012;69(2):144-148

MORTALIDAD EN EDAD PREESCOLAR.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) se consideran muertes preescolares a todas aquellas defunciones que suceden después de un año de nacido hasta antes de cumplir cinco años.¹⁶

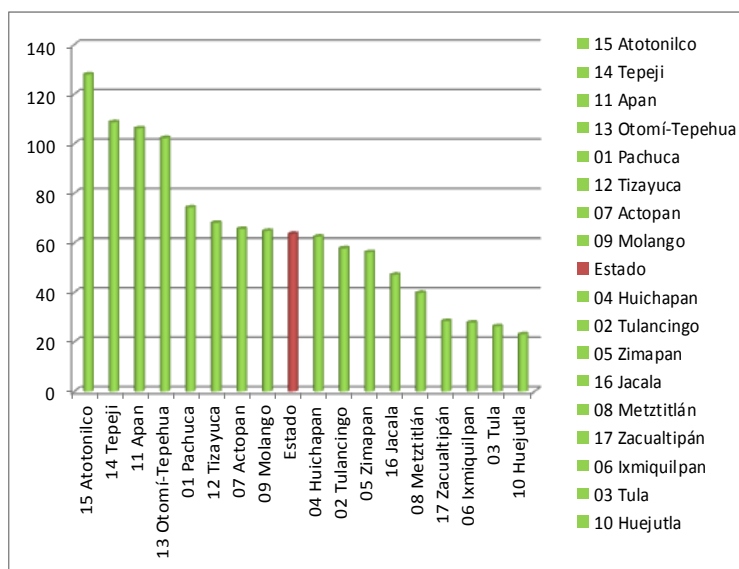
Al desagregar las principales causas de muerte por edad, se observa que el patrón de mortalidad va cambiando conforme aumenta la edad. Para el caso de los preescolares la disminución en la mortalidad de la población en edad preescolar se debe al éxito de los programas de saneamiento y control de enfermedades infecciosas (prevenibles por vacunación, intestinales y respiratorias); cuyo impacto se da principalmente a principios de los noventa.

En el año 2012 la mortalidad estatal en la población preescolar fue de 63.6. La región Atotonilco fue la más alta con tasa de 128.0 siguiéndole Tepeji con 108.7, Apan 106.2, Otomí-Tepehua 102.3, Pachuca 74.3, Tizayuca 68.1, Actopan 65.6 y Molango 64.8 defunciones por 100 mil habitantes de 1 a 4 años de edad.

Las nueve regiones con riesgo de morir inferior al estatal son: Huichapan 62.5, Tulancingo 57.8, Zimapan 56.2, Jacala 47.1, Metztitlán 39.8, Zacualtipán 28.4, Ixmiquilpan 27.8, Tula 26.3 y Huejutla 23.1 muertes por cada 100 mil menores de cinco años. (Cuadro No. 16 y Gráfico No. 19).

CUADRO No. 16 Y GRÁFICO No. 19, MORTALIDAD PREESCOLAR, 17 REGIONES HIDALGO, 2012

Región	Tasa 1 a 4 años
15 Atotonilco	128
14 Tepeji	108.7
11 Apan	106.2
13 Otomí-Tepehua	102.3
01 Pachuca	74.3
12 Tizayuca	68.1
07 Actopan	65.6
09 Molango	64.8
Estado	63.6
04 Huichapan	62.5
02 Tulancingo	57.8
05 Zimapan	56.2
16 Jacala	47.1
08 Metztitlán	39.8
17 Zacualtipán	28.4
06 Ixmiquilpan	27.8
03 Tula	26.3
10 Huejutla	23.1



Tasa por 100 000 habitantes de 1 a 4 años

Fuente: INEGI/SS, URL: <http://dgis.salud.gob.mx/cubos/>
Fecha de consulta: 11/03/14

Las tres principales causas de mortalidad son: accidentes de vehículo de motor, malformaciones congénitas del corazón e infecciones respiratorias agudas bajas; con tasas de 4.7, 4.2 y 2.4 por 100 mil habitantes de 1 a 4 años, respectivamente.

¹⁶ Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. Clasificación Estadística de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Washington: Décima Revisión. Vol. 2. Publicación Científica No. 554; 1992.

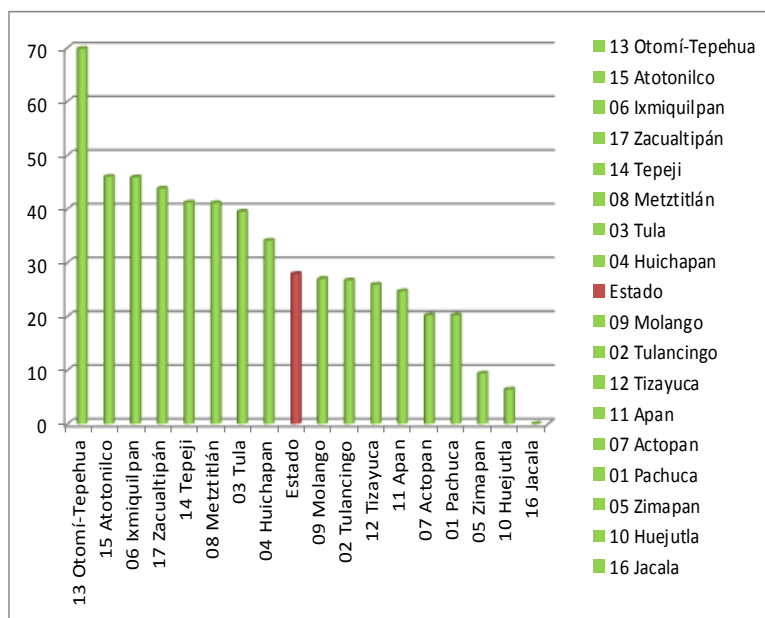


MORTALIDAD EN EDAD ESCOLAR.

Para 2012, la mortalidad estatal del grupo de 5 a 14 años fue de 27.9 muertes por cada 100 mil habitantes. Las regiones Otomí-Tepehua, Atotonilco, Ixmiquilpan, Zacualtipán, Tepeji, Metztitlán, Tula y Huichapan rebasaron la tasa de Hidalgo. Mientras que Molango, Tulancingo, Tizayuca, Apan, Actopan, Pachuca, Zimapán y Huejutla presentaron menor riesgo de morir con tasas que oscilaron entre 6.4 y 27 muertes por cada cien mil habitantes. La región Jacala no registró defunciones en éste grupo de edad. (Cuadro No. 17, Gráfico No. 20).

CUADRO No. 17 Y GRÁFICO No. 20, MORTALIDAD ESCOLAR, 17 REGIONES HIDALGO, 2012

Región	Tasa 5 a 14 años
13 Otomí-Tepehua	69.8
15 Atotonilco	46
06 Ixmiquilpan	45.9
17 Zacualtipán	43.8
14 Tepeji	41.2
08 Metztitlán	41.1
03 Tula	39.5
04 Huichapan	34.1
Estado	27.9
09 Molango	27
02 Tulancingo	26.7
12 Tizayuca	25.9
11 Apan	24.7
07 Actopan	20.2
01 Pachuca	20.2
05 Zimapán	9.4
10 Huejutla	6.4
16 Jacala	0.0



Tasa por 100 000 habitantes de 5 a 14 años
Fuente: INEGI/SS, URL: <http://dgis.salud.gob.mx/cubos/>
Fecha de consulta: 11/03/14

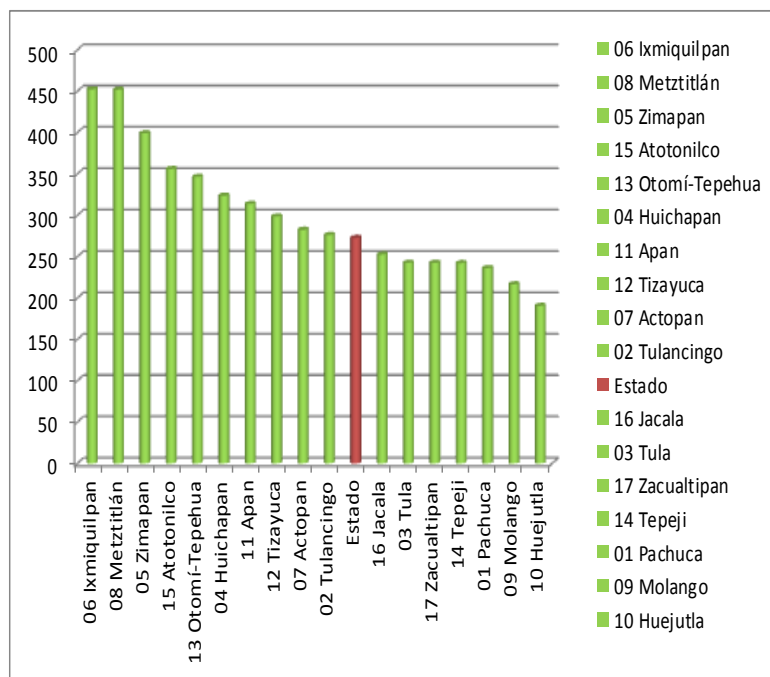
Las tres principales causas de mortalidad en los escolares son: leucemia, accidentes de tránsito en vehículo de motor y ahogamiento y sumersión accidentales; con tasas de 3.0, 2.8 y 2.1 por 100 mil habitantes de 5 a 14 años, respectivamente.

MORTALIDAD EN EDAD PRODUCTIVA.

Se ha observado que los hombres en edad productiva mueren más que las mujeres, sin embargo, las tendencias indican que la mortalidad en mujeres irá en aumento, debido a los cambios en dietas, patrones de consumo y estilos de vida. La mortalidad estatal para la edad productiva en el año 2012 es de 272.7 muertes por cada 100 mil habitantes de 15 a 64 años, 10 regiones registran tasa superior, destaca Ixmiquilpan con 179.6 puntos más que la de Hidalgo. Las regiones con tasa menor a la de la entidad son: Jacala 252.7, Tula 242.7, Zacualtipán 242.6, Tepeji 242.3, Pachuca 236.2, Molango 216.7 y Huejutla 190.6 defunciones por cada 100,000 habitantes en edad productiva. (Cuadro No. 18 y Gráfico No. 21).

CUADRO No. 18 Y GRÁFICO No. 21, MORTALIDAD EN EDAD PRODUCTIVA 17 REGIONES HIDALGO, 2012

Región	Tasa 15 a 64 años
06 Ixmiquilpan	452.3
08 Metztlán	451.8
05 Zimapán	399.2
15 Atotonilco	356
13 Otomí-Tepehua	346.6
04 Huichapan	323.8
11 Apan	313.8
12 Tizayuca	298.7
07 Actopan	282.6
02 Tulancingo	276.3
Estado	272.7
16 Jacala	252.7
03 Tula	242.7
17 Zacualtipán	242.6
14 Tepeji	242.3
01 Pachuca	236.2
09 Molango	216.7
10 Huejutla	190.6



Tasa por 100 000 habitantes de 15 a 64 años
Fuente: INEGI/SS, URL: <http://dgis.salud.gob.mx/cubos/>
Fecha de consulta: 11/03/14

Las tres principales causas de mortalidad en edad productiva son: diabetes mellitus, cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado, y enfermedades isquémicas del corazón; con tasas de 42.3, 25.6 y 20.5 por 100 mil habitantes de 15 a 64 años, respectivamente.

MORTALIDAD EN EDAD POSPRODUCTIVA.

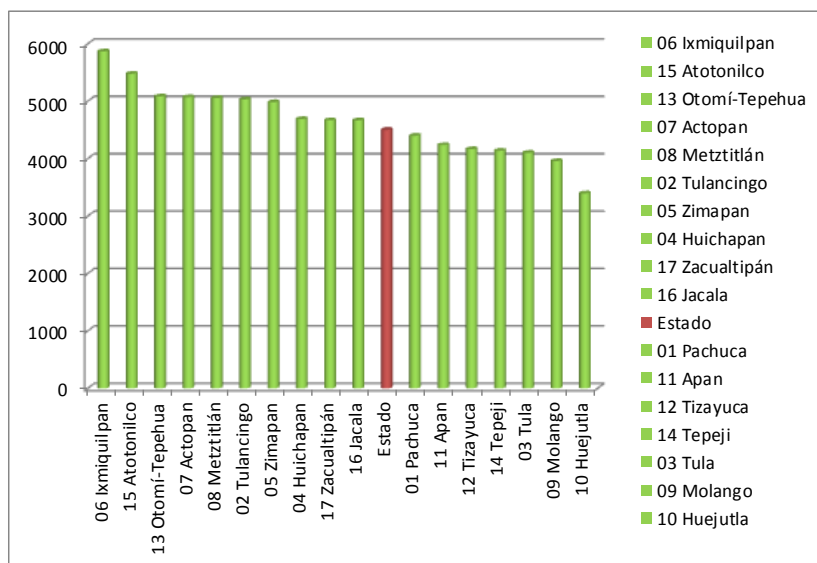
Como es de esperarse, es hacia las últimas edades de la vida donde las tasas de mortalidad alcanzan sus valores más altos, en gran medida por el proceso de envejecimiento en el que está inmersa la población; siendo a la vez causa y consecuencia de un incremento importante en la esperanza de vida.

En lo que respecta a la mortalidad en edad posproductiva, el riesgo a morir en el Estado de Hidalgo para la población de 65 y más años fue de 4504.4 por 100 mil habitantes. Diez regiones se encuentran por arriba de la tasa estatal, siendo Ixmiquilpan la más alta con una tasa de 5,869.6, seguida de Atotonilco, Otomí Tepehua, Actopan, Metztitlán, Tulancingo, Zimapán, Huichapan, Zacualtipán y Jacala.

Las regiones de Pachuca, Apan, Tizayuca, Tepeji, Tula, Molango y Huejutla fueron las regiones que presentaron menor riesgo de morir para los habitantes de 65 y más años, con tasas entre 3395.7 y 4400.4 defunciones por 100 mil habitantes de 65 y más años. (Cuadro No. 19 y Gráfico No. 22).

CUADRO No. 19 Y GRÁFICO No. 22, MORTALIDAD POSPRODUCTIVA
17 REGIONES HIDALGO, 2012

Región	Tasa 65 y más años
06 Ixmiquilpan	5869.6
15 Atotonilco	5479.7
13 Otomí-Tepehua	5085.5
07 Actopan	5071.7
08 Metztitlán	5057.3
02 Tulancingo	5031.5
05 Zimapán	4985.9
04 Huichapan	4690.8
17 Zacualtipán	4669.7
16 Jacala	4667.6
Estado	4504.4
01 Pachuca	4400.4
11 Apan	4238
12 Tizayuca	4167.6
14 Tepeji	4137.9
03 Tula	4102.4
09 Molango	3960.6
10 Huejutla	3395.7



Tasa por 100 000 habitantes de 65 años y más
Fuente: INEGI/SS, URL: <http://dgis.salud.gob.mx/cubos/>
Fecha de consulta: 11/03/14

Las tres principales causas de mortalidad en edad posproductiva son: enfermedades isquémicas del corazón, diabetes mellitus, y enfermedad cerebrovascular; con tasas de 838.7, 654.0, y 380.5 por 100 mil habitantes de 65 y más años, respectivamente.

RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA.

La muerte ocasionada por problemas relacionados con el embarazo, parto y puerperio es uno de los principales problemas de salud de las mujeres en edad reproductiva. Aunque ha habido una notable reducción del número de muertes maternas (desde las 543,000 registradas en 1990 hasta aproximadamente 287, 000 en 2010, con una tasa mundial de descenso de la razón de mortalidad materna del 3,1% anual durante ese periodo), ahora dicha tasa tendría que duplicarse para poder cumplir la meta de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) de reducir la razón de mortalidad materna en tres cuartas partes entre 1990 y 2015. La reducción de la mortalidad materna pasa por ofrecer a las mujeres acceso a servicios de salud reproductiva de buena calidad.¹⁷

El indicador de mortalidad materna es utilizado internacionalmente para medir el desarrollo de las regiones, ya que si bien es cierto es un indicador de salud, está impactado por los niveles de desarrollo económico, social y del sistema de salud. La gravedad de la mortalidad materna, como problema de salud pública, rebasa con mucho la cuenta del número de defunciones que ocurren por esta causa, ya que en su mayoría se trata de muertes evitables y el hecho mismo de su ocurrencia refleja la desigualdad social en el acceso y calidad de la atención a la salud de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio.

El Índice de Desarrollo Humano ubica al Estado de Hidalgo dentro de las cinco entidades con las cifras más bajas de país, es decir con menor desarrollo.

La mortalidad materna en México y en Hidalgo, no ha presentado el descenso comprometido en los objetivos de Desarrollo del Milenio.

El Estado de Hidalgo ha logrado reducir en 22 años (1990-2012) en un 68% la razón de mortalidad materna, un promedio de 3.1% anual. Al comparar los años 2000 y 2012 se observa en Hidalgo la disminución de las defunciones maternas en números absolutos de 26 en el año 2000 a 21 en 2012, con razón de mortalidad materna de 47.8 y 48.4 respectivamente. Las regiones Tizayuca y Jacala no registran defunciones maternas en ambos años; en 13 de las 17 regiones ocurrieron muertes maternas en el año 2000, mientras en el 2012 solo 10 regiones registran muertes maternas. (Cuadro No. 20 y Gráfico No. 23).

¹⁷ Estadísticas Sanitarias Mundiales 2013



CUADRO No. 20, MORTALIDAD MATERNA, 17 REGIONES HIDALGO. 2000-2012

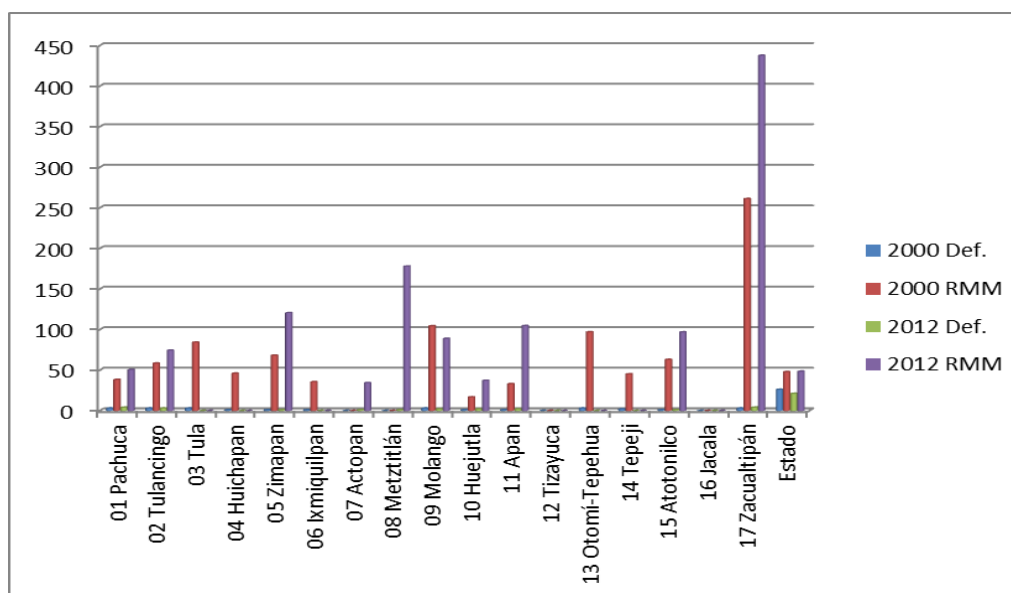
Región	2000		2012	
	Def.	RMM	Def.	RMM
01 Pachuca	3	38.2	4	50.4
02 Tulancingo	3	58.3	3	74.3
03 Tula	3	84.2	0	0
04 Huichapan	1	45.9	0	0
05 Zimapán	1	68.1	1	120.5
06 Ixmiquilpan	1	35.5	0	0
07 Actopan	0	0	1	34.3
08 Metztitlán	0	0	1	177.9
09 Molango	3	104.3	2	88.8
10 Huejutla	1	16.7	2	37.1
11 Apan	1	33	2	104.5
12 Tizayuca	0	0	0	0
13 Otomí-Tepehua	3	96.9	0	0
14 Tepeji	2	45.1	0	0
15 Atotonilco	1	62.9	1	96.7
16 Jacala	0	0	0	0
17 Zacualtipán	3	261.1	4	437.6
Estado	26	47.8	21	48.4

Tasa por 100,000 Nacidos Estimados

Fuente: INEGI/SS, URL: <http://dgis.salud.gob.mx/cubos/>

Fecha de consulta: 11/03/14

GRÁFICO No. 23, MORTALIDAD MATERNA, 17 REGIONES HIDALGO. 2000-2012



Tasa por 100,000 Nacidos Estimados

Fuente: INEGI/SS, URL: <http://dgis.salud.gob.mx/cubos/>

Fecha de consulta: 11/03/14

MORTALIDAD INFANTIL 17 REGIONES HIDALGO, 2000-2012

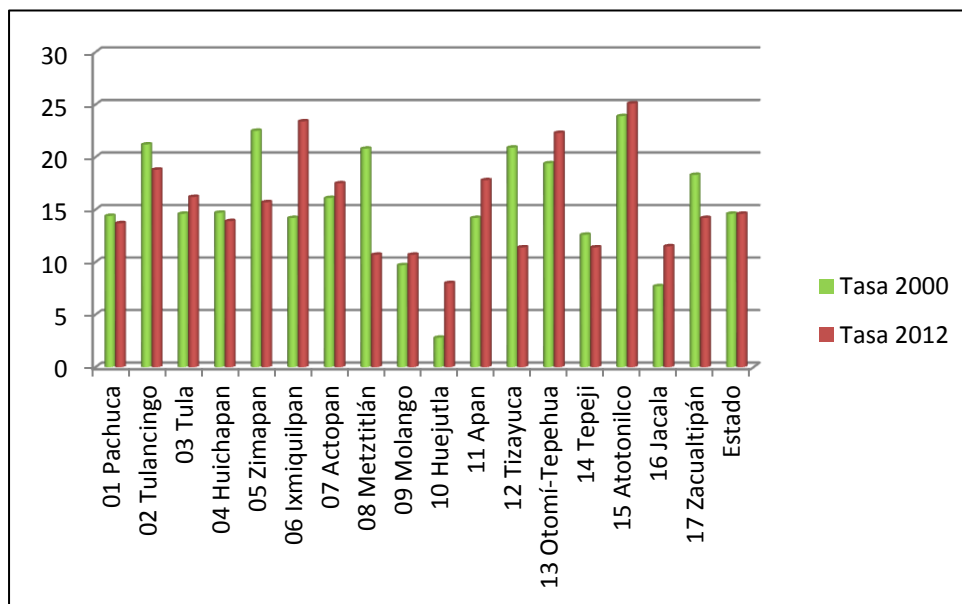
La mortalidad infantil en Hidalgo al comparar los años 2000 contra 2012 presenta un comportamiento similar en la tasa de mortalidad siendo para ambos años 14.6 defunciones por cada 1,000 nacidos vivos estimados. En los dos años descritos la región con tasa más elevada es Atotonilco al presentar 23.9 decesos por cada 1,000 nacidos vivos estimados en el año 2000 y 25.1 en 2012, en nueve de las 17 regiones la tendencia es ascendente, de éstas la región con mayor incremento es Ixmiquilpan, 9.2 puntos de tasa, Huejutla (+5.2), Jacala (+3.8), Apan (+3.6), Otomí-Tepehua (+2.9), Tula (+1.6), Actopan (+1.4) y Atotonilco (+1.2). Las regiones con mayor reducción en la tasa de mortalidad infantil son las regiones de Metztitlán (-10.1), Tizayuca (-9.5), Zimapán (-6.8), Zacualtipán (-4.1), Tulancingo (-2.4) Tepeji (-1.2), Huichapan (-0.8) y Pachuca (-0.7). (Cuadro No. 21 y Gráfico No. 24).

CUADRO No. 21, MORTALIDAD INFANTIL, 17 REGIONES HIDALGO, 2000-2012

Región	2000		2012	
	Def.	Tasa 2000	Def.	Tasa 2012
01 Pachuca	113	14.4	109	13.7
02 Tulancingo	109	21.2	76	18.8
03 Tula	52	14.6	49	16.2
04 Huichapan	32	14.7	21	13.9
05 Zimapán	33	22.5	13	15.7
06 Ixmiquilpan	40	14.2	39	23.4
07 Actopan	65	16.1	51	17.5
08 Metztitlán	18	20.8	6	10.7
09 Molango	28	9.7	24	10.7
10 Huejutla	17	2.8	43	8
11 Apan	43	14.2	34	17.8
12 Tizayuca	57	20.9	32	11.4
13 Otomí-Tepehua	60	19.4	46	22.3
14 Tepeji	56	12.6	40	11.4
15 Atotonilco	38	23.9	26	25.1
16 Jacala	12	7.7	12	11.5
17 Zacualtipán	21	18.3	13	14.2
Estado	681	14.6	525	14.6

Tasa por 1,000 Nacidos Estimados
Fuente: INEGI/SS, URL: <http://dgis.salud.gob.mx/cubos/>
 Fecha de consulta: 13/03/14

GRÁFICO No. 24, MORTALIDAD INFANTIL, 17 REGIONES HIDALGO, 2000-2012



Tasa por 1,000 Nacidos Estimados
Fuente: INEGI/SS, URL: <http://dgis.salud.gob.mx/cubos/>
 Fecha de consulta: 13/03/14

MORTALIDAD PREESCOLAR 17 REGIONES HIDALGO, 2000-2012.

La mortalidad preescolar en Hidalgo al comparar los años 2000 contra 2012 muestra una tendencia descendente, disminuyó 8.1 puntos de tasa al pasar de 71.7 defunciones por cada cien mil habitantes en edad escolar para el año 2000 a 63.6 para 2012, para el año 2000 la región que presenta tasa más elevada es la Otomí-Tepehua, 134 decesos por cada cien mil, mientras que para el año 2012 la región Atotonilco presenta la tasa más elevada, 128 por cada cien mil. En once de las 17 regiones la tendencia de la mortalidad es descendente, Zacualtipán, Metztitlán, Otomí-Tepehua, Ixmiquilpan, Jacala, Huejutla, Huichapan, Actopan, Tulancingo, Molango y Tula redujeron 65.6, 64.7, 31.7, 30.6, 29.0, 18.8, 17.6, 16.0, 15.2, 15.0 y 11.5 puntos de tasa respectivamente, no así para las regiones de Tizayuca, Pachuca, Tepeji, Apan, Zimapán y Atotonilco en las que la mortalidad se incrementó en 7.7, 11.3, 15.3, 21.7, 24.8, y 46.5 puntos de tasa respectivamente. (Cuadro No. 22 y Gráfico No. 25).

CUADRO No. 22, MORTALIDAD PREESCOLAR, 17 REGIONES HIDALGO, 2000-2012

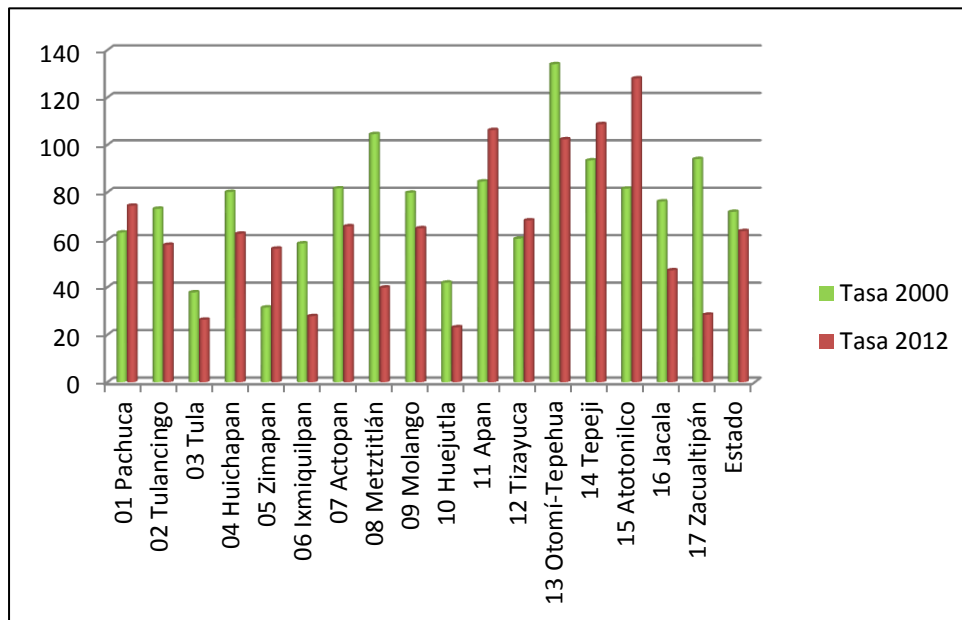
Región	2000		2012	
	Def.	Tasa 2000	Def.	Tasa 2012
01 Pachuca	18	63	21	74.3
02 Tulancingo	14	73	9	57.8
03 Tula	5	37.8	3	26.3
04 Huichapan	7	80.1	4	62.5
05 Zimapán	2	31.4	2	56.2
06 Ixmiquilpan	7	58.4	2	27.8
07 Actopan	14	81.6	8	65.6
08 Metztitlán	4	104.5	1	39.8
09 Molango	9	79.8	6	64.8
10 Huejutla	10	41.9	5	23.1
11 Apan	9	84.5	8	106.2
12 Tizayuca	6	60.4	7	68.1
13 Otomí-Tepehua	17	134	9	102.3
14 Tepeji	14	93.4	14	108.7
15 Atotonilco	6	81.5	6	128
16 Jacala	5	76.1	2	47.1
17 Zacualtipán	4	94	1	28.4
Estado	151	71.7	108	63.6

Tasa por 100 000 Nacidos Estimados

Fuente: INEGI/SS, URL: <http://dgis.salud.gob.mx/cubos/>

Fecha de consulta: 13/03/14

GRÁFICO No. 25, MORTALIDAD PREESCOLAR, 17 REGIONES HIDALGO. 2000-2012



Tasa por 100 000 Nacidos Estimados
Fuente: INEGI/SS, URL: <http://dgis.salud.gob.mx/cubos/>
 Fecha de consulta: 13/03/14

MORTALIDAD ESCOLAR 17 REGIONES HIDALGO, 2000-2012

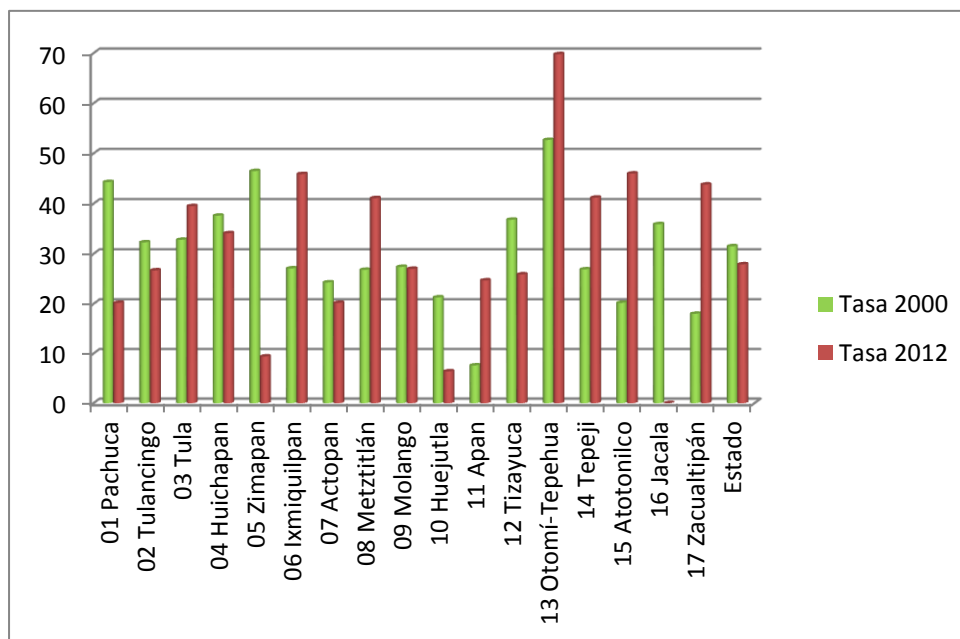
Al comparar la mortalidad escolar en la entidad del año 2012 contra el año 2000, esta muestra una tendencia descendente, disminuyó 3.6 puntos de tasa al pasar de 31.5 decesos por cada cien mil habitantes de 5 a 14 años de edad en el año 2000 a 27.9 en 2012, para ambos años la región que presenta tasa más elevada es la Otomí-Tepehua, 52.7 decesos por cada cien mil en 2000 y 69.8 en 2012. En nueve de las 17 regiones la tendencia de la mortalidad es descendente, Zimapán, Jacala, Pachuca, Huejutla, Tizayuca, Tulancingo, Actopan, Huichapan y Molango redujeron 37.1, 35.9, 24.1, 14.9, 10.9, 5.6, 4.1, 3.5 y 0.4 puntos de tasa respectivamente, no así para las regiones de Tula, Metztitlán, Tepeji, Otomí-Tepehua, Apan, Ixmiquilpan, Zacualtipán y Atotonilco en las que la mortalidad se incrementó en 6.7, 14.3, 14.3, 17.1, 17.1, 18.8, 25.8 y 25.8 puntos de tasa respectivamente. (Cuadro No. 23 y Gráfico No. 26).

CUADRO No. 23, MORTALIDAD ESCOLAR, 17 REGIONES HIDALGO, 2000-2012

Región	2000		2012	
	Def.	Tasa 2000	Def.	Tasa 2012
01 Pachuca	31	44.3	15	20.2
02 Tulancingo	16	32.3	11	26.7
03 Tula	11	32.8	12	39.5
04 Huichapan	9	37.6	6	34.1
05 Zimapán	8	46.5	1	9.4
06 Ixmiquilpan	9	27.1	10	45.9
07 Actopan	11	24.3	7	20.2
08 Metztitlán	3	26.8	3	41.1
09 Molango	8	27.4	7	27
10 Huejutla	14	21.3	4	6.4
11 Apan	2	7.6	5	24.7
12 Tizayuca	9	36.8	7	25.9
13 Otomí-Tepehua	17	52.7	17	69.8
14 Tepeji	10	26.9	14	41.2
15 Atotonilco	4	20.2	6	46
16 Jacala	6	35.9	0	0
17 Zacualtipán	2	18	4	43.8
Estado	170	31.5	129	27.9

Tasa por 100 000 Nacidos Estimados
Fuente: INEGI/SS, URL: <http://dgis.salud.gob.mx/cubos/>
Fecha de consulta: 13/03/14

GRÁFICO No. 26, MORTALIDAD ESCOLAR, 17 REGIONES HIDALGO. 2000-2012



Tasa por 100 000 Nacidos Estimados

Fuente: INEGI/SS, URL: <http://dgis.salud.gob.mx/cubos/>

Fecha de consulta: 13/03/14

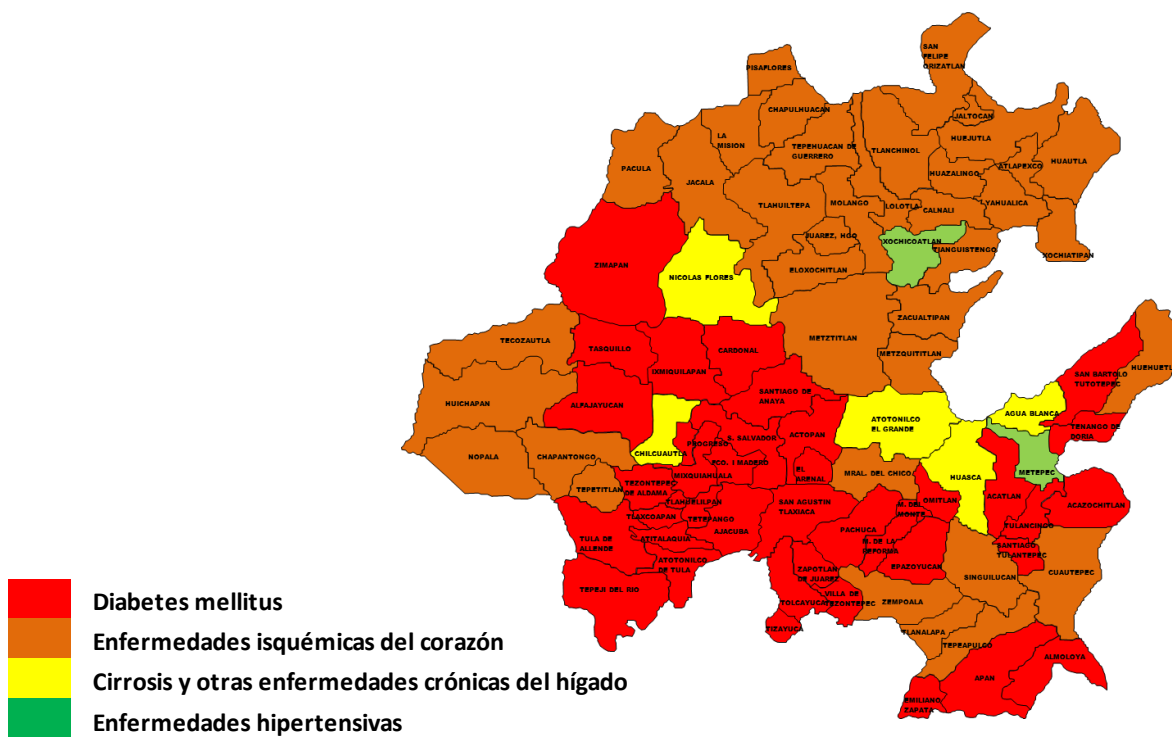


DAÑOS Y PRIORIDADES EN SALUD POR MUNICIPIO.

PRIMERA CAUSA DE DEFUNCIÓN POR MUNICIPIO, HIDALGO 2012.

Durante el año 2012 las enfermedades registradas como principal causa de muerte reconoce a la diabetes mellitus en 40 municipios de la entidad, lo que corresponde al 48% del total de los municipios. La más alta mortalidad por esta causa se registra en Cardonal, Tetepango y Alfajayucan tasas de 167.3, 147.0 y 136.7 decesos por cada 100,000 habitantes respectivamente; le siguen las causadas por enfermedades isquémicas del corazón en 37 municipios de la entidad, las tasas más altas se registran en los municipios de San Agustín Metzquititlán (260.9), Pacula (252.5) y Eloxochitlán (246.7); las muertes causadas por cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado ocupan el primer lugar como causa de defunción en 5 de los 84 municipios, Agua Blanca, Atotonilco el Grande, Chilcuautla, Huasca de Ocampo y Nicolás Flores, con tasas que van de 58.5 a 111.4 decesos por cien mil. Metepec y Xochicoatlán registran como primera causa de muerte en 2012 a las enfermedades hipertensivas con tasas de 73.8 y 89.6 respectivamente. (Mapa No. 8).

MAPA NO. 8 PRIMERA CAUSA DE DEFUNCIÓN POR MUNICIPIO, HIDALGO 2012



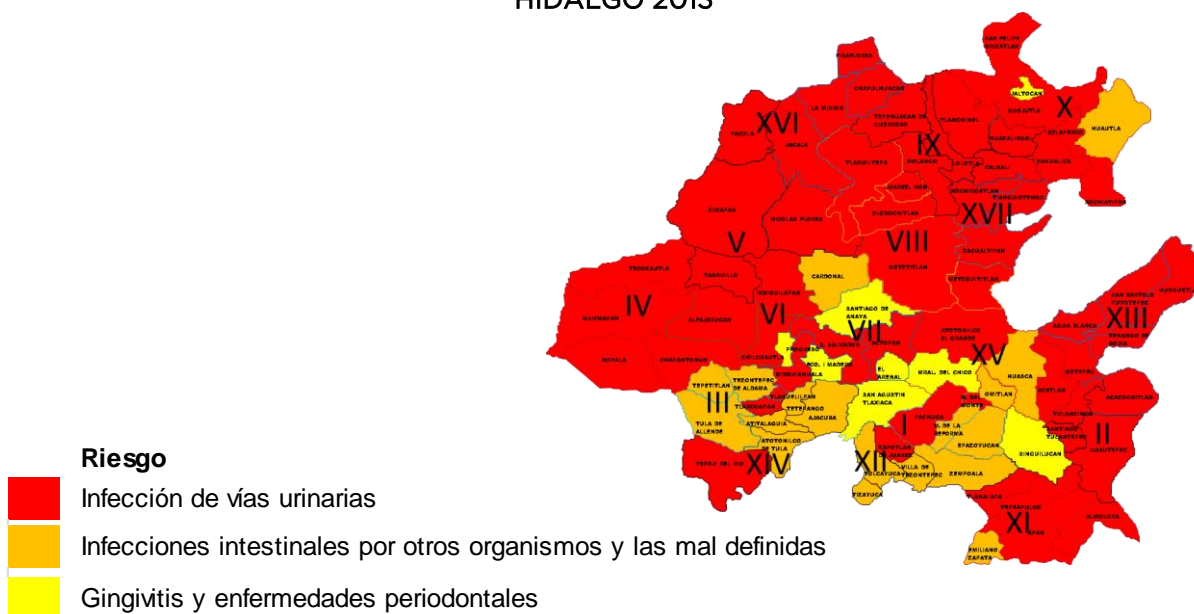
Fuente: INEGI/SS, URL: <http://dgis.salud.gob.mx/cubos/>
 Fecha de consulta: 13/03/14

SEGUNDA CAUSA DE DEMANDA DE ATENCIÓN POR MUNICIPIO, HIDALGO 2013.

En cuanto a las enfermedades más frecuentes de los hidalguenses permanecen como primera causa las infecciones respiratorias agudas en todos los municipios de la entidad.

Como segunda causa de demanda en el año 2013 (Mapa No. 9) se identifican 3 motivos de atención: infecciones de vías urinarias en 58 municipios (69%) con tasa de morbilidad que oscila de 12,817 en Agua Blanca de Iturbide a 2,044 por 100,000 habitantes en Alfajayucan; infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas en 18 municipios (21%), con tasa de morbilidad que varía de 8,022 en Tepetitlán a 1,249 en Mineral de la Reforma; gingivitis y enfermedad periodontal en 8 ayuntamientos (10%) con morbilidad entre 10,053 en Jaltocán a 1,649 en Progreso.

MAPA NO. 9 SEGUNDA CAUSA DE DEMANDA DE ATENCIÓN POR MUNICIPIO, HIDALGO 2013



Fuente: SUIVE 1-2007

Fecha de consulta: 13/03/14

ESTRATIFICACIÓN DE RIESGOS EN SALUD EN LAS 17 REGIONES DEL ESTADO DE HIDALGO.

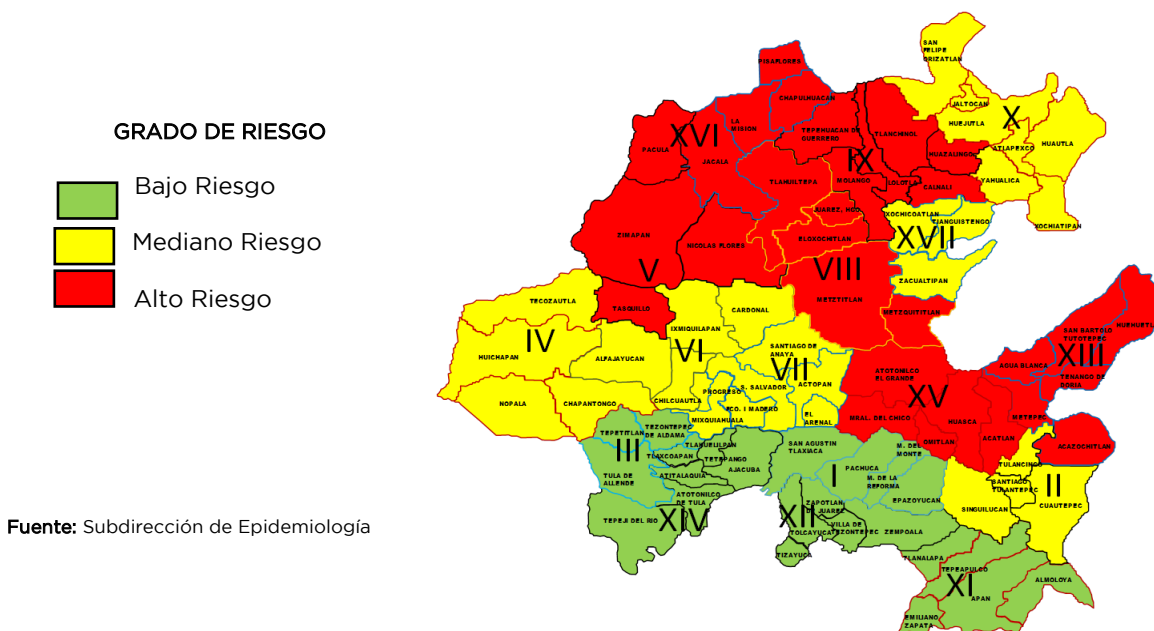
Entre la gran diversidad de temas que han preocupado y ocupado al Sector Salud en Hidalgo, reviste especial importancia la atención unidireccional de problemas de salud, lo que lleva consigo dispendio de recursos y bajo logro de objetivos, por lo que las áreas de riesgo incorporan el análisis de múltiples indicadores y se convierten en el eje de la prestación de servicios de salud. En este orden de ideas y con el propósito de convertir la información en un instrumento útil para la toma de decisiones y orientar estrategias y actividades, se utiliza la metodología para dividir a escala municipal los riesgos en tres o cuatro estratos, agrupando indicadores de daños a la salud, sociodemográficos y protectores.

El procesamiento es presentado en mapas con estratificaciones de riesgo en el Atlas de Riesgos por Desastres en Salud 2013: accidentes, deficiencias de yodo, cáncer cérvico-uterino, mortalidad materna, síndrome de dependencia al alcohol, cólera, hepatitis "A", dengue, paludismo, enfermedad de Chagas, rabia, brucelosis, tuberculosis pulmonar, virus de la inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida y brotes.

Estos riesgos municipales han sido utilizados para planeación, programación y supervisión de actividades con enfoque de riesgo en la atención integral, vigilancia epidemiológica, adquisición de insumos, coordinación y retroalimentación de los programas de prevención y control. Asimismo para la ubicación de brigadas de atención específica y en proyectos de salud reproductiva y de ampliación de infraestructura, entre otros.

En este contexto y atendiendo la petición de la Dirección de Planeación se realiza la estratificación de riesgos de las diecisiete regiones del Estado: I. Pachuca, II. Tulancingo, III. Tula, IV. Huichapan, V. Zimapán, VI. Ixmiquilpan, VII. Actopan, VIII. Metztitlán, IX. Molango, X. Huejutla, XI. Apan, XII. Tizayuca, XIII. Otomí-Tepehua, XIV. Tepeji, XV. Atotonilco, XVI. Jacala y XVII. Zacualtipán; con el desarrollo descrito a continuación. (Mapa No. 10).

MAPA NO. 10, DAÑOS Y PRIORIDADES EN SALUD POR MUNICIPIO, HIDALGO 2013



El procedimiento consideró un total de treinta y cinco indicadores, catorce de mortalidad, diecinueve de morbilidad, índice de desarrollo humano y marginalidad; los que se procesaron de la siguiente forma:

MORTALIDAD Y MORBILIDAD.

- a) Se ordenó a las frecuencias de cada indicador de mayor a menor.
- b) Se calculó el sitio de los percentiles 25, 50 y 75.
- c) Se identificó cuáles de las frecuencias resultantes de cada indicador corresponden al intervalo del percentil 1 al 25 a las cuales se les dio la ponderación de 1.
- d) Se identificó cuáles de las frecuencias resultantes de cada indicador corresponden al intervalo del percentil 26 al 50 a los cuales se les dio la ponderación de 2.
- e) Se identificó cuáles de las frecuencias resultantes de cada indicador corresponden al intervalo del percentil 51 al 75 a los cuales se les dio la ponderación de 3.

ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO E ÍNDICE DE MARGINALIDAD.

- a) Se calculó el promedio de índice de desarrollo humano de cada una de las regiones.
- b) Se ordenó de mayor a menor a las frecuencias resultantes del promedio regional del índice de desarrollo humano.
- c) Se calculó el sitio de los percentiles 25, 50 y 75.
- d) Se identificó cuáles de las frecuencias resultantes de cada indicador corresponden al intervalo del percentil 1 al 25 a las cuales se les dio la ponderación de 1.
- e) Se identificó cuáles de las frecuencias resultantes de cada indicador corresponden al intervalo del percentil 26 al 50 a los cuales se les dio la ponderación de 2.
- f) Se identificó cuáles de las frecuencias resultantes de cada indicador corresponden al intervalo del percentil 51 al 75 a los cuales se les dio la ponderación de 3.
- g) Se identificó cuáles de las frecuencias resultantes de cada indicador corresponden al intervalo del percentil 76 al 100 a los cuales se les dio la ponderación de 4.

INDICADORES DE MORTALIDAD.

General, masculino, femenino, menor de un año, 1 a 4 años, 5 a 14 años, 15 a 64 años, 65 y más años, mortalidad materna, diabetes mellitus, cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado, cáncer en todas sus formas, enfermedades diarreicas en el menor de 5 años e infecciones respiratorias agudas en el menor de 5 años.

INDICADORES DE MORBILIDAD.

General, masculino, femenino, menor de un año, 1 a 4 años, 5 a 14 años, 15 a 64 años, 65 y más años, defectos del tubo neural, enfermedad de chagas, fiebre por dengue, fiebre hemorrágica por dengue, intoxicación por picadura de alacrán, intoxicación por picadura de araña, mordedura por serpiente, síndrome de inmunodeficiencia adquirida, infección asintomática por virus de la inmunodeficiencia humana, cólera y tuberculosis.

PONDERACIÓN FINAL.

Para finalizar se sumaron las ponderaciones de todos los indicadores y a las frecuencias resultantes dividió en tres estratos: las regiones Jacala, Zimapán, Ixmiquilpan, Actopan, Atotonilco y Otomí Tepehua, como de alto riesgo; mediano riesgo Huichapan, Tulancingo, Apan, Metztitlán, Molango y Huejutla; por último en bajo riesgo resultaron las regiones de Tula, Tepeji, Pachuca, Tizayuca y Zacualtipán.



INFRAESTRUCTURA EN SALUD.

CAPACIDAD FÍSICA INSTALADA.

Las acciones de infraestructura son todas aquellas actividades referidas para el desarrollo, fortalecimiento, modernización, conservación y mantenimiento de la infraestructura y equipamiento para la salud, mediante el aprovechamiento racional y óptimo de la capacidad existente, a través de la planeación y evaluación de las necesidades del Estado, racionalizando y priorizando los recursos para una inversión y operación sustentable.

Los recursos en salud para la atención de la población abierta se encuentran regionalizados de acuerdo a la organización regional del Estado de Hidalgo establecida en el “Decreto” que determina la regionalización de los municipios del Estado libre y soberano de Hidalgo, emitido en 2011. Los Servicios de Salud se encuentran estructurados por 17 jurisdicciones sanitarias a partir del año 2012, las cuales funcionan como unidades técnico-administrativas para la prestación de servicios sanitario-asistenciales, responsables de la atención integral de la salud en su ámbito de competencia, como se muestra en el Cuadro No. 24.

CUADRO No. 24, MUNICIPIOS POR JURISDICCIÓN SANITARIA, HIDALGO 2014

JURISDICCIÓN SANITARIA	MUNICIPIO	JURISDICCIÓN SANITARIA	MUNICIPIO	JURISDICCIÓN SANITARIA	MUNICIPIO
I PACHUCA	022 EPAZOYUCAN	VII ACTOPAN	003 ACTOPAN	XII TIZAYUCA	066 VILLA DE TEZONTEPEC
	039 MINERAL DEL MONTE		009 EL ARENAL		069 TIZAYUCA
	048 PACHUCA DE SOTO		023 FRANCISCO I. MADERO		075 TOLCAYUCA
	051 MINERAL DE LA REFORMA		041 MIXQUIAHUALA DE JUÁREZ		082 ZAPOTLÁN DE JUÁREZ
	052 SAN AGUSTÍN TLAXIACA		050 PROGRESO DE OBREGÓN		083 ZEMPOALA
II TULANCINGO	016 CUAUTEPEC DE HINOJOSA	VIII METZTITLÁN	054 SAN SALVADOR	XIII OTOMI TEPEHUA	002 ACAXOCHTLÁN
	056 SANTIAGO TULANTEPEC DE LUGO GUERRERO		055 SANTIAGO DE ANAYA		004 AGUA BLANCA DE ITURBIDE
	057 SINGUILUCAN		020 ELOXOCHTLÁN		027 HUEHUETLA
	077 TULANCINGO DE BRAVO		033 JUÁREZ HIDALGO		035 METEPEC
III TULA	064 TEPETITLÁN	IX MOLANGO	036 SAN AGUSTÍN METZQUITILÁN	XIV TEPEJI	053 SAN BARTOLO TUTOTEPEC
	067 TEZONTEPEC DE ALDAMA		037 METZTITLÁN		060 TENANGO DE DORIA
	070 TLAHUELILPAN		071 TLAHUILTEPA		005 AJACUBA
	076 TULA DE ALLENDE		014 CALNALI		010 ATITALAQUIA
IV HUICHAPAN	017 CHAPANTONGO	X HUEJUTLA	026 HUAZALINGO	XV ATOTONILCO	013 ATOTONILCO DE TULA
	029 HUICHAPAN		034 LOOTLA		063 TEPEJI DEL RÍO DE OCAMPO
	044 NOPALA DE VILLAGRÁN		042 MOLANGO DE ESCAMILLA		065 TETEPANGO
	059 TECOZAUTLA		062 TEPEHUACAN DE GUERRERO		074 TLAXCOAPAN
V ZIMAPÁN	043 NICOLÁS FLORES	XI APAN	073 TLANCHINOL	XVI JACALA	001 ACATLÁN
	047 PACULA		011 ATLAPEXCO		012 ATOTONILCO EL GRANDE
	058 TASQUILLO		025 HUAUTLA		024 HUASCA DE OCAMPO
	084 ZIMAPÁN		028 HUEJUTLA DE REYES		038 MINERAL DEL CHICO
VI IXMIQUILPAN	006 ALFAJAYUCAN	XII TIZAYUCA	032 JALTOCÁN	XVII ZACUATIPÁN	045 OMITLÁN DE JUÁREZ
	015 CARDONAL		046 SAN FELIPE ORIZATLÁN		018 CHAPULHUACÁN
	019 CHILCUAUTLA		078 XOCHIATIPÁN		031 JACALA DE LEDEZMA
	030 IXMIQUILPAN		080 YAHUALICA		040 LA MISIÓN
			007 ALMOLOYA		049 PISAFLORES
			008 APAN		068 TIANGUISTENGO
			021 EMILIANO ZAPATA		079 XOCHICOATLÁN
			061 TEPEAPULCO		081 ZACUALTIPÁN DE ÁNGELES
			072 TLANALAPA		

Fuente: Decreto que determina la regionalización de los municipios del Estado Libre y Soberano de Hidalgo. De fecha 21 de noviembre de 2011.

UNIDADES DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.

Para poder atender la demanda de atención médica preventiva y curativa los Servicios de Salud cuentan con 481 unidades de Primer Nivel de atención para población abierta, con 963 consultorios, en los cuales se otorga la atención integral por paquetes que se define como el conjunto de acciones de atención médica, salud pública y asistencia social, en las modalidades de promoción, prevención, curación y rehabilitación, dirigidas al individuo, la familia y a la comunidad.

También se cuenta con 85 Equipos de Salud itinerantes (ESIs), que son una estrategia para ampliar la cobertura de servicios básicos, ubicados en las localidades más dispersas y que no cuentan con unidad médica.

Así como con 39 Caravanas de la Salud, a través de las cuales se busca acercar la red de servicios de salud a la población que habita en localidades con bajo índice de desarrollo humano, alta y muy alta marginación, geográficamente dispersas y de difícil acceso, mediante unidades médicas móviles que trabajan de forma complementaria con el apoyo de unidades médicas fijas ubicadas en las rutas de atención, proporcionando servicios de promoción, prevención, atención médica y odontológica.

Para reforzar las actividades en salud se cuenta con 6 unidades móviles: 3 unidades dentales ubicadas en las Jurisdicciones Pachuca, Tula y Tepeji; 2 unidades de colposcopia 1 en la Jurisdicción Pachuca y 1 en la Jurisdicción Huejutla. Se cuenta también con 1 unidad móvil de Geriátría en la Jurisdicción Pachuca; y 5 Unidades Móviles de Prevención de la Rabia y Promoción del cuidado responsable de perros y gatos en las Jurisdicciones de Pachuca, Tulancingo, Ixmiquilpan, Apan y Tizayuca.

UNIDADES DE SEGUNDO NIVEL.

Referente a las unidades de segundo nivel que existen en el Estado, se cuenta con un total de 16 hospitales a través de los cuales se brindan acciones y servicios de atención ambulatoria, especializada y de hospitalización a pacientes derivados del primer nivel o de los que se presentan de modo espontáneo con urgencias:

1 Hospital Obstétrico en Pachuca

8 Hospitales Generales: Pachuca, Tulancingo, Tula, Huichapan, Valle del Mezquital en Ixmiquilpan, Actopan, Apan, el de la Huasteca en Huejutla.

5 Integrales: Jacala, Cinta Larga, Tlanchinol, San Bartolo y Atlapexco.

1 Hospital Básico Comunitario en Huehuetla.

1 Hospital Psiquiátrico “Villa Ocaranza” en el municipio de Tolcayuca.

Con un total de 185 consultorios. Cuatro clínicas de colposcopia ubicadas en los hospitales de: Pachuca, Obstétrico, Cinta Larga y Atlapexco.

El Hospital Psiquiátrico “Villa Ocaranza” otorga servicio de consulta externa de las especialidades de: neurología, psiquiatría, psicología y hospitalización. Electroencefalografía y hospitalización breve para adultos con trastornos mentales agudos; terapia intermedia para la rehabilitación psicosocial previa al egreso de usuarios adultos y el servicio de terapia continua para usuarios cautivos.

UNIDADES ESPECIALIZADAS.

Las unidades médicas especializadas surgen al contemplar la necesidad de una nueva clasificación de unidades vinculadas a esquemas innovadores de inversión tendientes a alcanzar una cobertura integral de servicios, particularmente en el rubro de alta especialidad, siendo éstas:

- Centro Estatal de Atención Integral de las Adicciones que atiende tanto modalidad ambulatoria como residencial, en esta última con capacidad para 26 hombres y 26 mujeres de 15 a 65 años y 20 infanto-adolescentes 10 niños y 10 niñas de 12 a 14 años, habiendo atendido a 194 usuarios durante el 2013.
- Centro para la Atención Integral de las Adicciones de Tulancingo únicamente de modalidad residencial con capacidad mensual para 32 varones de más de 15 años, habiendo atendido a 145 usuarios durante el 2013.
- Unidad de Especialidad Médica (UNEME CAPA) en Ciudad Sahagún.
- Unidad de Especialidad Médica (UNEME CAPA) en Ixmiquilpan.
- Unidad de Especialidad Médica (UNEME CAPA) en Tula.
- Unidad de Especialidad Médica (UNEME CAPA) en San Felipe Orizatlán.
- Unidad Especializada para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual (U.E.P.A.V.F.S.) ubicada en la ciudad de Pachuca.
- Centro Estatal de Atención Geriátrica Integral (CESAGI), ubicado en la ciudad de Pachuca.
- Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención de Pacientes con VIH/SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual (C.A.P.A.S.I.T.S.) ubicado en la ciudad de Pachuca.
- Unidades de Especialidades Médicas de Enfermedades Crónicas (UNEME EC) en Pachuca y Tula, los cuales son un modelo de atención institucional con base en un programa de acción para atender a personas con padecimientos de Sobrepeso, Riesgo Cardiovascular y Diabetes Mellitus, otorgándoles un manejo integral, interdisciplinario, basado en la evidencia científica, la experiencia clínica y las expectativas específicas del paciente enfocado al nuevo paradigma que radica en comprender el beneficio de prevenir una enfermedad crónica y/o sus complicaciones.



- Unidad de Especialidad Médica de Detección y Diagnóstico de Cáncer de Mama (UNEME DEDICAM), como respuesta a los desafíos de contar con infraestructura y personal dedicados para la detección del cáncer de mama, permitiendo optimizar el seguimiento y disminuir el tiempo que tardan las mujeres detectadas en completar su proceso de diagnóstico y tratamiento, así como eliminar el rezago y baja cobertura de detección. Apoyando la reducción de los costos de atención médica ocasionados por el cáncer de mama.

UNIDADES DE APOYO.

Los Servicios de Salud cuentan con unidades de apoyo a la atención médica de primer nivel, segundo nivel y especializada:

El Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea (C.E.T.S.) Entra en funciones el 1º de agosto de 1991 y tiene como objetivo ejercer los actos de vigilancia sanitaria dentro del ámbito de su competencia en referencia a los servicios de: disposición de sangre y sus componentes con fines terapéuticos; la captación, estudio, investigación, fraccionamiento, almacenamiento, distribución y aplicación de la misma; la capacitación de los recursos humanos en el campo de la medicina transfusional y el aseguramiento de la calidad en sus procesos de conformidad con la Legislación Sanitaria.

El Laboratorio Estatal de Salud Pública (L.E.S.P.H.) En lo referente a Vigilancia Epidemiológica realiza pruebas diagnósticas de Salud Pública, tales como tamiz neonatal, Papanicolaou, tuberculosis, dengue, VIH, hepatitis virales en muestras humanas entre otros, así como detección del virus rábico en muestras de encéfalos de caninos principalmente. Dentro de los principales análisis que se realizaron destacan el aislamiento e identificación de *Vibrio cholerae* en muestras humanas, derivado del brote de cólera que se presentó principalmente en la región de la Huasteca. El área de cobertura son las 17 jurisdicciones sanitarias, así como los hospitales pertenecientes a los Servicios de Salud de Hidalgo.

En el caso de las acciones de prevención y control de riesgos sanitarios se realizan pruebas analíticas orientadas a los 10 proyectos del Sistema Federal Sanitario, así como a requerimientos específicos de nuestro Estado, todos ellos coordinadamente con la Comisión de Protección contra Riesgos Sanitarios del Estado. Dando servicios además a usuarios externos tales como purificadoras de agua, balnearios y peticiones de algunos estados circunvecinos como Tlaxcala y Morelos.

Está considerado como “Laboratorio Tercer Autorizado”, por la COFEPRIS a través de la Comisión de Control Analítico y Ampliación de la Cobertura (CCAYAC); así como también renovó la certificación ISO 9001:2008 del sistema de Gestión de Calidad implementado en las áreas de Análisis Sanitarios, otorgada por el Instituto Mexicano de Normalización y Certificación.

La infraestructura con la cual cuentan los Servicios de Salud de Hidalgo se encuentra resumida en el Cuadro No. 25.

CUADRO No. 25, DISTRIBUCIÓN DE MODALIDADES DE ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD, HIDALGO 2014

ACTUALIZACIÓN DEL PROGRAMA INSTITUCIONAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD						
REGIONES GEOGRÁFICAS						
REGIÓN	HOSPITALES	CENTROS DE SALUD	CARAVANAS	ESI'S	UNIDAD MÓVIL	TOTAL
I PACHUCA	2	34	0	3	3	42
II TULANCINGO	1	21	0	8		30
III TULA	1	37	0	0	1	39
IV HUICHAPAN	1	27	4	6		38
V ZIMAPAN	0	18	2	6		26
VI IXMIQUILPAN	1	49	2	1		53
VII ACTOPAN	2	49	0	1		52
VIII METZITLÁN	0	21	2	5		28
IX MOLANGO	1	44	4	10		59
X HUEJUTLA	2	48	10	11	1	72
XI APAN	1	18	0	2		21
XII TIZAYUCA	1	16	0	1		18
XIII OTOMI TEPEHUA	2	27	8	12		49
XIV TEPEJI	0	26	0	0	1	27
XV ATOTONILCO	0	18	2	7		27
XVI JACALA	1	18	3	10		32
XVII ZACUALTIPAN	0	10	2	2		14
TOTAL	16	481	39	85	6	627

Fuente: Sistema de Regionalización operativa, Dirección de Planeación, Hidalgo 2014.

RECURSOS HUMANOS EN LOS SERVICIOS DE SALUD.

Los Servicios de Salud cuentan con un total de 8,709 recursos para la atención de las diferentes ramas médica y paramédica; en el personal médico se cuenta con 2,768 recursos, de los cuales el 26.55% (735) son médicos especialistas, el 41.25% (1,142) son médicos generales, el 20.84% (577) son médicos pasantes de servicio social y el 11.36% (314) son odontólogos y psicólogos; así también del personal de enfermería se cuenta con un total de 3,523 enfermeras, de los cuales el 63% (2,210) son enfermeras generales, 3% (103) son enfermeras especializadas, 12% (438) son enfermeras auxiliares y 22% (772) son pasantes en enfermería. (Cuadro No. 26).

CUADRO No. 26, RECURSOS HUMANOS POR INSTITUCIÓN 2013

TIPO DE PERSONAL	TOTAL SSH	1ER NIVEL DE ATENCIÓN	2DO NIVEL	UNIDADES ESPECIALIZADAS	CETS	LESPH
PERSONAL MÉDICO	2,768	1,376	713	670	7	2
MÉDICOS GENERALES	1,142	753	242	141	6	0
MÉDICOS ESPECIALISTAS	735	0	359	374	0	2
PASANTES	577	435	81	61	0	0
ODONTÓLOGOS	224	164	31	28	1	0
MÉDICOS EN OTRAS LABORES	0	0	0	0	0	0
PSICÓLOGOS	90	24	0	66	0	0
PERSONAL DE ENFERMERÍA	3,523	1,636	1,284	599	4	0
AUXILIAR	438	0	276	162	0	0
GENERAL	2,210	1,149	743	314	4	0
ESPECIALIZADO	103	0	38	65	0	0
PASANTES	772	487	227	58	0	0
PARAMÉDICOS	0	0	0	0	0	0
RESCATISTAS	0	0	0	0	0	0
PERSONAL DE SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO	413	0	154	117	16	126
PERSONAL ADMINISTRATIVO	1,511	416	675	363	16	41
OTROS	494	446	0	48	0	0
GRAN TOTAL	8,709	3,874	2,826	1,797	43	169

Fuente: Plantilla autorizada por Recursos Humanos de los Servicios de Salud de Hidalgo.

CAPACIDAD HOSPITALARIA EN LOS SERVICIOS DE SALUD.

La capacidad hospitalaria de la institución depende directamente de la infraestructura existente, número de hospitales, tipo de hospital y servicios que ofertan, lo cual se corrobora al observar el cuadro no. 48, en el que se identifica el total de su capacidad con 713 camas censables y 306 no censables, 25 quirófanos, 125 consultorios, 21 salas de expulsión y 18 ambulancias entre otros.

En auxiliares diagnósticos podemos identificar que se cuentan con 3 tomógrafos y 3 mastógrafos. (Cuadro No. 27).

CUADRO No. 27, CAPACIDAD HOSPITALARIA EN LOS SERVICIOS DE SALUD DE HIDALGO DURANTE 2013.

CONCEPTO	NO. CAMAS CENSABLES	NO. CAMAS NO CENSABLES	NO. MODULOS MATER	NO. CONSULTORIOS	NO. QUIRÓFANOS	NO. SALAS DE EXPULSIÓN	ÁREA DE URGENCIA	ÁREA DE TERAPIA INTENSIVA	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES	LABORATORIO CLÍNICO	EQUIPO DE RAYOS X	TOMÓGRAFO	MASTÓGRAFO	RESONANCIA MAGNÉTICA	BANCO DE SANGRE (SERVICIO DE TRANSFUSIÓN)	NO. AMBULANCIAS
TOTAL SSH	713	306	6	125	25	21	14	3	4	13	13	3	3	0	14	18

Fuente: Dirección de Segundo Nivel de Atención

5. ALINEACIÓN A LAS POLÍTICAS PÚBLICAS ESTATALES

a) Alineación por Objetivos

Actualización Plan Estatal de Desarrollo 2011-2016			Actualización del Programa Sectorial de Salud 2011-2016	Programa Institucional de los Servicios de Salud de Hidalgo
Eje de Desarrollo	Objetivos Estratégicos	Objetivos Generales	Objetivos Generales del Programa	Objetivos Generales del Programa
1. Desarrollo social para el bienestar de nuestra gente	1.8. Salud para todos	1.8.1. Fortalecimiento del Sistema Estatal de Salud	1.8.1. Fortalecimiento del Sistema Estatal de Salud	1. Fortalecer la conducción de los Servicios de Salud de Hidalgo
		1.8.2. Cobertura en los servicios: salud para todos	1.8.2. Cobertura en los servicios: salud para todos	2. Garantizar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad
		1.8.8. Detecciones en programas específicos	1.8.8. Detecciones en programas específicos	
		1.8.7. Fortalecer el esquema básico de vacunación	1.8.7. Fortalecer el esquema básico de vacunación	6. Garantizar el esquema básico y complementario de vacunación a la población de responsabilidad
		1.8.3. Evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud	1.8.3. Evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud	3. Garantizar el aseguramiento al Sistema de Protección Social en Salud a la población sin seguridad social
		1.8.4. Calidad en los servicios de salud	1.8.4. Calidad en los servicios de salud	4. Fortalecer la generación y uso efectivo de los recursos en salud
		1.8.5. Prevención de riesgos sanitarios	1.8.5. Prevención de riesgos sanitarios	5. Fortalecer acciones preventivas y de atención contra riesgos sanitarios que afecten la salud de la población
		1.8.6. Fortalecer las acciones de promoción de la salud y salud comunitaria	1.8.6. Fortalecer las acciones de promoción de la salud y salud comunitaria	7. Fortalecer las acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades.
		1.8.9. Fortalecer las acciones de vigilancia epidemiológica	1.8.9. Fortalecer las acciones de vigilancia epidemiológica	8. Fortalecer las acciones de vigilancia epidemiológica

b) Objetivos Generales, Estrategias y Líneas de Acción

Objetivos Generales, Estrategias y Líneas de Acción del Programa Institucional de los Servicios de Salud de Hidalgo	
Objetivo General	
1. Fortalecer la conducción de los Servicios de Salud de Hidalgo	
Descripción Funcional e Impacto	
Fortalecer la planeación, administración, gestión y evaluación de los Servicios de Salud de Hidalgo.	
Estrategia	
<i>1.1 Consolidar los modelos de organización que fortalezcan la rectoría, prestación de servicios, financiamiento y generación de recursos para la salud.</i>	
Línea de Acción	
1.1.1 Fortalecer las acciones relativas a la administración de los recursos humanos, financieros, materiales y tecnológicos destinados a la cobertura de los servicios de salud	
1.1.2 Fortalecer las acciones de atención médica y salud pública de los servicios de salud mediante acciones de coordinación que incrementen la cobertura de servicios	
1.1.3 Impulsar mecanismos de control interno para la transparencia y rendición de cuentas de los Servicios de Salud.	
Estrategia	
<i>1.2 Desarrollar y operar instrumentos para lograr un desempeño más efectivo de los Servicios de Salud de Hidalgo.</i>	
Línea de Acción	
1.2.1 Desarrollar instrumentos de planeación que regulen la construcción y equipamiento de unidades médicas.	
1.2.2 Desarrollar y operar un sistema integral de evaluación Institucional.	
1.2.3 Fortalecer un sistema integral de supervisión.	
Objetivo General	
2. Garantizar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad	
Descripción Funcional e Impacto	
Garantizar que la población tenga acceso universal a servicios integrales de salud acorde a las necesidades regionales.	
Estrategia	
<i>2.1 Disminuir los daños a la salud relacionados con el rezago social mediante intervenciones focalizadas de atención médica dirigidas a grupos vulnerables y zonas marginadas.</i>	
Línea de Acción	
2.1.1 Fortalecer las acciones de salud dirigidas a la población en condiciones de pobreza extrema en comunidades de difícil acceso.	
Estrategia	
<i>2.2 Brindar atención médica integral</i>	

Línea de Acción
2.2.1 Otorgar atención de primer nivel a los diferentes grupos de edad, con base en acciones de salud dirigidas a la persona.
2.2.2 Otorgar atención médica integral especializada en las unidades de segundo nivel de atención.
2.2.3 Otorgar atención médica ambulatoria de especialidad acorde a las necesidades regionales.
2.2.4 Fortalecer el abasto oportuno de unidades de sangre en el banco de sangre, servicios de transfusión y/o puestos de sangrado de las unidades de segundo nivel de atención.
2.2.5 Fortalecer las acciones para el abasto oportuno que garantice la disponibilidad de medicamentos necesarios para dar respuesta a la demanda de atención.
2.2.6 Otorgar subsidios en especie, a las personas que presenten alguna discapacidad temporal o permanente, carente de seguridad social y de escasos recursos económicos.
2.2.7 Brindar atención esencial a las personas con trastornos neuro-psiquiátricos.
Estrategia
2.3 Fortalecer la atención integral en el menor de 1 año y las mujeres.
Línea de Acción
2.3.1 Garantizar la atención integral de la población infantil para contribuir a su sano crecimiento y desarrollo.
2.3.2 Realizar acciones de detección de trastornos metabólicos y auditivos a través del tamizaje temprano a la población infantil.
2.3.3 Brindar detección oportuna y temprana del embarazo en las adolescentes y otorgar atención médica integral para garantizar su seguridad.
2.3.4 Brindar una atención integral a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, así como al producto de la concepción desde antes de su nacimiento y hasta el período perinatal.
Estrategia
2.4 Fortalecer la atención de padecimientos prioritarios como enfermedades crónicas, cáncer cérvico uterino, cáncer de mama y próstata.
Línea de Acción
2.4.1 Proporcionar servicios de prevención, detección oportuna y atención temprana de cáncer cérvico-uterino y del cáncer de mama para reducir la mortalidad.
2.4.2 Proporcionar servicios de detección temprana de cáncer de próstata para reducir la mortalidad.
2.4.3 Fortalecer la detección temprana de enfermedades crónicas.
2.4.4 Garantizar los servicios de atención y control de enfermedades crónicas.
2.4.5 Realizar acciones de prevención del sobrepeso y la obesidad.
Estrategia
2.5 Impulsar acciones integrales para la prevención de las adicciones y violencia familiar.
Línea de Acción
2.5.1 Prevenir y detectar los casos de violencia familiar y de género.

2.5.2 Prevenir el consumo de drogas y detectar a los consumidores realizando tamizaje en población general y grupos de riesgo.

2.5.3 Fortalecer la atención integral a pacientes consumidores de sustancias adictivas.

Objetivo General

3. Garantizar el aseguramiento al Sistema de Protección Social en Salud a la población sin seguridad social

Descripción Funcional e Impacto

Evitar la disminución del patrimonio de la población por motivos de enfermedad, mediante el blindaje financiero de las instituciones de salud que permita garantizar el acceso a los servicios.

Estrategia

3.1 Incorporar y mantener en el Sistema de Protección Social en Salud al total de la población que no cuenta con Seguridad Social, para hacer efectivo el acceso a los servicios de salud.

Línea de Acción

3.1.1 Afiliar y reafiliar al Seguro Popular a la población que no cuenta con seguridad social.

3.1.2 Realizar la compra estratégica de servicios de salud públicos y/o privados para facilitar el acceso oportuno a la población beneficiaria.

3.1.3 Tutelar los derechos de los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud.

Objetivo General

4. Fortalecer la generación y uso efectivo de los recursos en salud

Descripción Funcional e Impacto

Garantizar a la población servicios de salud con calidad y calidez con enfoque de género e interculturalidad.

Estrategia

4.1 Ampliar la cobertura de la atención médica mediante la modernización y reposición de unidades de salud en los diferentes niveles de atención.

Línea de Acción

4.1.1 Fortalecer la capacidad de respuesta de las unidades médicas con acciones de obra nueva, sustitución, ampliación y equipamiento.

4.1.2 Mantener la capacidad de atención de las unidades médicas móviles con acciones de sustitución, mantenimiento y equipamiento.

4.1.3 Mejorar la capacidad de respuesta de los Servicios de Salud con nuevas tecnologías acorde a las necesidades de la población y normas establecidas.

Estrategia

4.2 Otorgar servicios de salud asegurando la calidad y calidez de acuerdo con estándares establecidos

Línea de Acción

4.2.1 Vigilar que las unidades de salud prestadoras de servicios cumplan con los estándares establecidos para su acreditación y reacreditación.

4.2.2 Fortalecer los procesos de formación y actualización de los profesionales de la salud.

4.2.3 Fortalecer los sistemas de evaluación del desempeño y la calidad en el otorgamiento de servicios de salud, considerando la participación del aval ciudadano y la contraloría social como parte del proceso.

4.2.4 Fortalecer la investigación en materia de salud, con base al perfil epidemiológico local, regional y estatal.

4.2.5 Garantizar la capacidad de respuesta de los Servicios de Salud con el fortalecimiento del capital humano.

4.2.6 Fortalecer el enfoque intercultural, de género y de derechos humanos en la operación de los servicios.

Objetivo General

5. Fortalecer acciones preventivas y de atención contra riesgos sanitarios que afecten la salud de la población

Descripción Funcional e Impacto

Fortalecer las acciones de vigilancia, control y fomento sanitario para proteger a la población contra riesgos sanitarios.

Estrategia

5.1 Fortalecer los programas y proyectos de protección contra riesgos sanitarios con el fin de prevenirlos y controlarlos.

Línea de Acción

5.1.1 Fortalecer la evaluación y manejo de riesgos sanitarios para proteger la salud de la población.

5.1.2 Fortalecer la vigilancia sanitaria de los establecimientos, productos y servicios de los sectores público y privado.

5.1.3 Fortalecer la infraestructura y operatividad del Laboratorio Estatal para garantizar la ampliación de su marco analítico autorizado a fin de asegurar la cobertura y las acciones en materia de protección contra riesgos sanitarios desde el nivel local hasta el estatal.

5.1.4 Promover permanente y sistemáticamente los programas y acciones de fomento sanitario con los sectores público, social y privado.

5.1.5 Fortalecer el marco regulatorio para mejorar la efectividad de las acciones en materia de protección contra riesgos sanitarios.

Objetivo General

6. Garantizar el esquema básico y complementario de vacunación a la población de responsabilidad

Descripción Funcional e Impacto

Impulsar las acciones de vacunación para brindar protección específica contra enfermedades prevenibles por vacunación a través de la inmunización por grupos de edad.

Estrategia

6.1 Intensificar las acciones de vacunación por grupo de edad.

Línea de Acción

6.1.1 Garantizar el esquema básico de vacunación.

6.1.2 Fortalecer el esquema complementario de vacunación.

6.1.3 Efectuar la vacunación con esquema complementario a los adultos mayores.

Objetivo General

7. Fortalecer las acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades.

Descripción Funcional e Impacto

Fortalecer las acciones específicas de promoción de la salud y prevención y control de enfermedades a través de la participación de la comunidad, las instituciones de salud y los diversos órdenes de gobierno.

Estrategia

7.1 Impulsar intervenciones específicas de promoción de la salud favoreciendo la cultura del autocuidado de la salud.

Línea de Acción

7.1.1 Promover mejores condiciones de salud para lograr entornos saludables.

7.1.2 Fortalecer la vinculación de las autoridades municipales y organizaciones no gubernamentales a través de la Red de Municipios para la Salud.

7.1.3 Fortalecer el desarrollo de proyectos para los programas de salud pública con apoyo de los recursos municipales.

7.1.4 Impulsar las acciones para la prevención y promoción de la salud de los migrantes.

Estrategia

7.2 Impulsar intervenciones específicas de prevención y control de enfermedades.

Línea de Acción

7.2.1 Fortalecer las acciones de prevención, detección, atención y control de enfermedades transmitidas por vector y las zoonosis.

Objetivo General

8. Fortalecer las acciones de vigilancia epidemiológica

Descripción Funcional e Impacto

Garantizar la protección de la población a través de la detección y control de enfermedades y la atención de urgencias epidemiológicas y desastres.

Estrategia

8.1 Fortalecer los sistemas de vigilancia epidemiológica, que permitan identificar los riesgos a la salud de la población, con el objeto de brindar atención oportuna.

Línea de Acción

8.1.1 Fortalecer el Sistema Estatal de Vigilancia Epidemiológica para dar respuesta oportuna, eficiente y anticipada ante urgencias epidemiológicas o desastres.

8.1.2 Fortalecer las actividades de vigilancia epidemiológica de las infecciones nosocomiales en las unidades hospitalarias.

8.1.3 Fortalecer las actividades de vigilancia epidemiológica de las enfermedades emergentes y reemergentes.

8.1.4 Evaluar el impacto de los programas e intervenciones en salud del Panorama Epidemiológico.

8.1.5 Fortalecer la vigilancia epidemiológica activa de las enfermedades prevenibles por vacunación.

Estrategia

8.2 Fortalecer los diagnósticos de laboratorio que permitan identificar los riesgos a la salud de la población.

Línea de Acción

8.2.1 Fortalecer la infraestructura, operatividad y capacidad analítica de los laboratorios en el Estado, acorde a los riesgos epidemiológicos desde el nivel local hasta el regional.

8.2.2 Fortalecer las acciones que garanticen el procesamiento suficiente y oportuno de muestras clínicas de laboratorio en respuesta a la demanda.

6. ALINEACIÓN A LOS PROGRAMAS SECTORIALES DE ORDEN FEDERAL

a) Alineación por Objetivos

Plan Nacional Desarrollo 2013 - 2018				Programa Sectorial de Salud 2013 - 2018	Programa Institucional de los Servicios de Salud de Hidalgo
Objetivo General	Meta Nacional	Objetivos	Estrategia	Objetivos Generales	Objetivos Generales del Programa
Llevar a México a su máximo potencial	II. México Incluyente	2.3 Asegurar el acceso a los servicios de salud	2.3.1 Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal	6. Avanzar en la construcción del Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud	1. Fortalecer la conducción de los Servicios de Salud de Hidalgo
			2.3.2 Hacer de las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud	1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades	3. Garantizar el aseguramiento al Sistema de Protección Social en Salud a la población sin seguridad social
					7. Fortalecer las acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades.
			2.3.3 Mejorar la atención de la salud a la población en situación de vulnerabilidad	3 Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida.	8. Fortalecer las acciones de vigilancia epidemiológica
			2.3.4 Garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad	2. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad.	5. Fortalecer acciones preventivas y de atención contra riesgos sanitarios que afecten la salud de la población
				2. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad.	6. Garantizar el esquema básico y complementario de vacunación a la población de responsabilidad
				5. Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud.	2. Garantizar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad
				4. Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regionales del país.	4. Fortalecer la generación y uso efectivo de los recursos en salud
					2. Garantizar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad

7. ESTRATEGIAS Y LÍNEAS DE ACCIÓN TRANSVERSALES POR SECTOR

a) Formulación de líneas de acción transversales

E.T. 1	Perspectiva de Género Incluir la perspectiva de género en todos los ejes y rubros del desarrollo estatal, como elemento fundamental para considerar activamente en el diseño de las políticas públicas, programas y acciones de gobierno.
L.A. 1	Instrumentar acciones que permitan otorgar servicios de salud a la población con perspectiva de género.
L.A. 2	Coordinar planes, programas y políticas sensibles para fomentar la equidad de género dentro de las instituciones prestadoras de servicios de salud.
L.A. 3	Identificar y atender las necesidades de salud en mujeres y hombres para mejorar sus condiciones de vida.
L.A. 4	Promover la toma de decisiones compartida entre mujeres y hombres en materia de salud.
L.A. 5	Capacitar al personal de salud con temas de sensibilización en perspectiva de género.
E.T. 2	Administración con Enfoque Regional Establecer como principio de planeación y gestión gubernamental la observancia de la perspectiva regional en los programas, proyectos y acciones que ejecuta la Administración Estatal, considerando la inclusión de criterios normativos de paridad presupuestal en la programación y asignación de los recursos públicos.
L.A. 1	Fomentar la organización de la prestación de servicios de atención a la persona a través de redes regionales.
L.A. 2	Promover la organización y funcionamiento de los servicios de salud a nivel local, acorde al panorama epidemiológico y a los riesgos sanitarios presentes en cada región.
L.A. 3	Fomentar la creación y desarrollo de convenios a nivel municipio para promover acciones de salud dirigidas a los grupos vulnerables.
L.A. 4	Impulsar la mejora en la calidad de vida de la población, así como el acceso efectivo a los servicios de salud.
L.A. 5	Promover la incorporación y participación de los Municipios en la Red Hidalguense de Municipios por la Salud.

E.T. 3	Planeación de Políticas Públicas Establecer al interior de las dependencias, entidades paraestatales y áreas administrativas de la Administración Estatal la obligatoriedad en la aplicación de los instrumentos y procesos de planeación de políticas públicas en sus diferentes etapas y niveles de planificación así como en la toma de decisiones con fundamento en la normatividad aplicable.
L.A. 1	Definir políticas públicas para la conducción de los Servicios de Salud de Hidalgo a partir del panorama epidemiológico del estado para mejorar la calidad de vida de la población.
L.A. 2	Coordinar la ejecución de las políticas públicas institucionales para mejorar los servicios de salud y los programas de atención a la población.
L.A. 3	Definir indicadores estratégicos para el monitoreo de acciones y toma de decisiones en salud.
L.A. 4	Fortalecer el cumplimiento de la normatividad sanitaria en materia de protección contra riesgos sanitarios.
L.A. 5	Impulsar el desarrollo y utilización de modelos e instrumentos de planeación para el manejo eficiente y oportuno de los recursos en salud.
E.T. 4	Respeto a los Derechos Humanos Garantizar la observancia y cumplimiento irrestricto de los Derechos Humanos en el desempeño de todas y cada una de las funciones y actividades que corresponden administrar, ejecutar o incidir de forma directa o indirecta a la Administración Pública Estatal dentro y fuera de su espacio de trabajo.
L.A. 1	Impulsar el desempeño adecuado de los prestadores de los Servicios de Salud dentro del marco de la Ley con respeto a los Derechos Humanos.
L.A. 2	Construir un medio eficaz para proteger, fomentar y respetar los derechos de las personas en el otorgamiento de los servicios de salud.
L.A. 3	Desarrollar mecanismos y herramientas para evaluar la observancia del cumplimiento a los derechos humanos al interior de la institución.
L.A. 5	Garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud en las comunidades del estado en el marco del reconocimiento de su diversidad cultural.



E.T. 5	Productividad y Competitividad con Beneficio Social Dirigir todos los recursos y esfuerzos de la Administración Estatal para que las oportunidades y el desarrollo lleguen a todas las regiones, sectores y personas, privilegiando que el gasto se programe y ejecute con criterios de productividad y competitividad para generar el máximo impacto y beneficio en la población.
L.A. 1	Fortalecer y/o ampliar la infraestructura en salud generando el máximo impacto y beneficio a la población.
L.A. 2	Fomentar la calidad en la prestación de servicios de salud mediante el incentivo al personal a través de la entrega de estímulos a la calidad del desempeño.
L.A. 3	Fomentar la capacitación y formación laboral de los trabajadores de las instituciones del sector salud como un mecanismo de mejoramiento en la atención que se brinda a la población.
L.A. 4	Fomentar la acreditación de unidades para elevar la calidad en la atención de las unidades prestadoras de servicios de salud.
L.A. 5	Fortalecer las acciones para el abasto oportuno que garantice la disponibilidad de medicamentos en las instituciones del sector salud.
E.T. 6	Educación, Conocimiento y Desarrollo Tecnológico Fortalecer las políticas institucionales y los instrumentos derivados de éstas para promover el progreso económico y social sostenible de la entidad, a través de un mayor impulso y vinculación de los programas y acciones de gobierno con la educación, el conocimiento y el desarrollo tecnológico.
L.A. 1	Desarrollar y fortalecer el uso de la tecnología en las unidades del Sistema Estatal de Salud.
L.A. 2	Difundir los programas de promoción de la salud y prevención de enfermedades, para que la población pueda ejercer un mayor control sobre los determinantes de salud, evitando o disminuyendo los riesgos.
L.A. 3	Crear condiciones para promover la inversión y desarrollo de la ciencia y tecnología para la salud a través de programas de colaboración, bases de conocimiento y desarrollo de investigadores.
L.A. 4	Fortalecer los programas de investigación e innovación en salud además de impulsar el desarrollo de capital humano especializado y permanente en las instituciones del sector salud.

L.A. 5	Establecer estrategias colaborativas para implementar proyectos, nuevos procesos o servicios que impacten a la creación de valor, como estrategia de competencia en salud.
E.T. 7	Beneficios para que tú avances Asegurar el acceso de la población a los satisfactores básicos; alimentación, salud, educación, vivienda, medio ambiente, información, recreación y cultura, vestido, calzado y cuidado personal, transporte público, comunicaciones, acceso a los servicios públicos y empleo, que mejoren la calidad de vida de la población en forma corresponsable con la sociedad y los participantes de estos beneficios. Propósitos y evaluación de Impacto.
L.A. 1	Fortalecer el acceso a los servicios de salud para satisfacer de manera eficaz y oportuna las necesidades de la población.
L.A. 2	Desarrollar y/o consolidar un sistema de salud equitativa, sostenible y de calidad en la prestación de los servicios.
L.A. 3.	Fortalecer el acceso a servicios de salud en localidades marginadas de difícil acceso y bajo desarrollo.
L.A. 4	Fortalecer y asegurar la incorporación al sistema de protección social en salud de la población que radica en localidades marginadas de difícil acceso y bajo desarrollo.
L.A.5	Asegurar el acceso básico garantizado de salud y la ampliación progresiva a las intervenciones de salud a la población que radica en localidades marginadas de difícil acceso y bajo desarrollo.
E.T. 8	Medio Ambiente y Sustentabilidad Impulsar y orientar un crecimiento incluyente y sustentable que preserve el patrimonio natural y al mismo tiempo genere riqueza, competitividad y empleo de manera eficaz, estableciendo criterios y acciones específicas en los programas, procesos e instrumentos que lleva a cabo la Administración Estatal.
L.A. 1	Fomentar la cultura de la salud en las comunidades del Estado, a través de la certificación de las Comunidades Promotoras de la Salud y de los Municipios Saludables, coadyuvando de esta manera en la solución de los problemas de salud.
L.A. 2	Fomentar la adopción de tecnologías para el desarrollo sustentable, en la infraestructura, que coadyuven en la protección del medio ambiente.

L.A. 3	Identificar políticas de calidad ambiental mediante la participación de las instituciones del sector salud.
L.A. 4	Promover la modificación de las conductas de consumo, impulsando programas e incentivos al interior de cada institución del sector salud.
L.A. 5	Promover la disminución de la emisión de residuos en las unidades de salud del Estado.

8. INDICADORES ESTRATÉGICOS

a) Fichas técnicas de indicadores estratégicos

SECRETARÍA DE SALUD	
SERVICIOS DE SALUD DE HIDALGO	
Ficha del Indicador	
Elementos	Características
Nombre del indicador	Desempeño del Sistema Integral de Evaluación Institucional
Descripción del Indicador	El Sistema Integral de Evaluación Institucional constituye una herramienta de planeación para evaluar los programas específicos y con ello determinar su impacto en la población de responsabilidad de los Servicios de Salud de Hidalgo.
Objetivo General	Fortalecer la conducción de los Servicios de Salud de Hidalgo
Fórmula de Cálculo y Definición de Variables	$PASIEI = (AR / AP) * 100$ <p>PASIEI= Porcentaje de avance en la elaboración del Sistema Integral de Evaluación Institucional.</p> <p>AR= Avance realizado en la elaboración del Sistema Integral de Evaluación Institucional.</p> <p>AP= Avance programado en la elaboración del Sistema Integral de Evaluación Institucional.</p>
Periodicidad	Anual
Fuente	<p>Numerador: Dirección de Planeación, Presupuesto y Evaluación.</p> <p>Denominador: Programación Meta Anual</p>
Referencias Adicionales	Dirección de Planeación, Presupuesto y Evaluación.
Línea Base 2011	Meta 2016
0%	50%

SECRETARÍA DE SALUD	
SERVICIOS DE SALUD DE HIDALGO	
Ficha del Indicador	
Elementos	Características
Nombre del indicador	Médicos por mil habitantes en el primer nivel de atención
Descripción del Indicador	Conocer la tasa de médicos generales y pasantes en servicio social en contacto con paciente por mil habitantes en el estado.
Objetivo General	Garantizar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad
Fórmula de Cálculo y Definición de Variables	$MMH = (NM/PR) * 1000$ <p>MMH= Número de médicos por mil habitantes NM= Número de médicos generales y médicos pasantes en servicio social en contacto con paciente en el primer nivel de atención PR= Población de responsabilidad</p>
Periodicidad	Anual
Fuente	<p>Numerador: Plantilla de recursos humanos médicos de los Servicios de Salud de Hidalgo.</p> <p>Denominador: Proyección CONAPO en base a INEGI 2010.</p>
Referencias Adicionales	Servicios de Salud de Hidalgo
Linea Base 2011	Meta 2016

SECRETARÍA DE SALUD	
SERVICIOS DE SALUD DE HIDALGO	
Ficha del Indicador	
Elementos	Características
Nombre del indicador	Porcentaje de Población sin seguridad social afiliada al Sistema de Protección Social en Salud
Descripción del Indicador	Mide la incorporación al Sistema de Protección Social en Salud de la población hidalguense que no cuenta con seguridad social, para evitar el gasto de bolsillo por motivos de salud.
Objetivo General	Garantizar el aseguramiento al Sistema de Protección Social en Salud a la población sin seguridad social.
Fórmula de Cálculo y Definición de Variables	$PPSSIS = \frac{PSSIS}{TPSS}$ <p>PPSSIS= Población sin seguridad social afiliada al Sistema de Protección Social en Salud PSSIS=Personas sin seguridad social incorporada al SPSS TPSS=Total de población sin seguridad social</p>
Periodicidad	Anual
Fuente	<p>Numerador: SAP, INEGI, CONAPO</p> <p>Denominador: Validación del padrón por parte de la DGAO de la CNPSS</p>
Referencias Adicionales	Dirección del Régimen Estatal de Protección Social en Salud.
Linea Base 2011	Meta 2016
1,569,901	1,808,972



SECRETARÍA DE SALUD	
SERVICIOS DE SALUD DE HIDALGO	
Ficha del Indicador	
Elementos	Características
Nombre del indicador	Unidades de salud acreditadas y/o reacreditadas.
Descripción del Indicador	La acreditación y/o reacreditación de unidades es el procedimiento de auditoría inicial de las condiciones de capacidad, seguridad y calidad con que los establecimientos de prestación de servicios de atención médica otorgan los servicios incluidos en los catálogos vigentes o aquellas patologías determinadas por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS).
Objetivo General	Fortalecer la generación y uso efectivo de los recursos en salud
Fórmula de Cálculo y Definición de Variables	$UA = \frac{UP}{NUA}$ <p>UA= Unidades Acreditadas/Reacreditadas NUA= Número de unidades acreditadas UP= Número de unidades programadas para acreditar/reacreditar</p>
Periodicidad	Anual
Fuente	Dictámen de Acreditación y/o Reacreditación.
Referencias Adicionales	Servicios de Salud de Hidalgo.
Linea Base 2011	Meta 2016
477	497



SECRETARÍA DE SALUD	
SERVICIOS DE SALUD DE HIDALGO	
Ficha del Indicador	
Elementos	Características
Nombre del indicador	Cumplimiento de la normatividad sanitaria
Descripción del Indicador	Evaluar el nivel de cumplimiento de la normatividad sanitaria de los sectores regulados.
Objetivo General	Fortalecer acciones preventivas y de atención contra riesgos sanitarios que afecten la salud de la población.
Fórmula de Cálculo y Definición de Variables	<p>CNS=PCNS/PCNSPA</p> <p>CNS=Cumplimiento de la Normatividad Sanitaria</p> <p>PCNS=Promedio de cumplimiento de la normatividad sanitaria por los sectores regulados</p> <p>PCNSPA=Promedio de cumplimiento de la normatividad sanitaria por los sectores regulados durante el periodo anterior</p>
Periodicidad	Anual
Fuente	Registros de información de las acciones de protección contra riesgos sanitarios.
Referencias Adicionales	Comisión de Protección contra Riesgos Sanitarios del Estado de Hidalgo.
Linea Base 2011	Meta 2016
NA	(±) 2

SECRETARÍA DE SALUD	
SERVICIOS DE SALUD DE HIDALGO	
Ficha del Indicador	
Elementos	Características
Nombre del indicador	Cobertura de Vacunación con esquema completo en población menor de 1 año de edad con base a población de responsabilidad.
Descripción del Indicador	Por ciento de niñas y niños menores de 1 año de edad que cuentan con esquema vacunal básico completo en una población y un periodo determinado.
Objetivo General	Fortalecer el esquema básico de vacunación.
Fórmula de Cálculo y Definición de Variables	$CVE = (NN / TN) * 100$ <p>CVE= Cobertura de Vacunación con esquema completo en población en menores de 1 año de edad con base a población registrada en SINAC</p> <p>NN= Número de Niños menores de 1 año de edad con esquema completo de vacunación para su edad, en un periodo de tiempo determinado</p> <p>TN= Total de niños menores de 1 año de edad proyectados por CONAPO SINAC, para un período de tiempo determinado.</p>
Periodicidad	Anual
Fuente	<p>Numerador: S.I.S.</p> <p>Denominador: POBLACIÓN DE PROYECCIÓN CONAPO SINAC</p>
Referencias Adicionales	Servicios de Salud de Hidalgo
Línea Base 2011	Meta 2016
40%	95%



SECRETARÍA DE SALUD	
SERVICIOS DE SALUD DE HIDALGO	
Ficha del Indicador	
Elementos	Características
Nombre del indicador	Porcentaje de comunidades certificadas como saludables
Descripción del Indicador	El indicador mide el avance en la cobertura de las comunidades que son certificadas como saludables. Una comunidad saludable se define como aquella en donde todos sus integrantes (personas, familias, instituciones, organizaciones de la sociedad civil) participan activamente sobre los determinantes de la salud, para mejorarla y crear ambientes favorables a la misma. La unidad de medida del indicador es la comunidad.
Objetivo General	Mostrar el avance en la cobertura de las comunidades que son certificadas como saludables.
Fórmula de Cálculo y Definición de Variables	$CC = (CC/CPC) * 100$ <p>CC= Comunidades certificadas CPC= Total de comunidades certificadas en el periodo CPC= Número de comunidades programadas a certificarse en el periodo</p>
Periodicidad	Anual
Fuente	<p>Numerador: S.I.S. Concentrado por unidad médica. Apartado 103 Participación Social. Variable PPS06: Comunidades saludables certificadas.</p> <p>Denominador: Meta estatal POA</p>
Referencias Adicionales	Dirección de Primer Nivel de Atención
Linea Base 2011	Meta 2016
44	63



Ficha del Indicador	
Elementos	Características
Nombre del indicador	Cobertura de notificación del Sistema Único Automatizado de Vigilancia Epidemiológica
Descripción del Indicador	Proporcionar información de la incidencia de enfermedades.
Objetivo General	Fortalecer las acciones de vigilancia epidemiológica.
Fórmula de Cálculo y Definición de Variables	$C = (U / T) * 100$ <p>C= Cobertura de notificación del Sistema Único Automatizado de Vigilancia Epidemiológica U= Unidades médicas de los Servicios de Salud que notifican casos nuevos de enfermedad sujetos a vigilancia epidemiológica T= Total de unidades médicas de los Servicios de Salud de Hidalgo tiene dadas de alta en SUAVE</p>
Periodicidad	Anual
Fuente	Plataforma SUAVE
Referencias Adicionales	Subdirección General de Servicios de Salud Pública
Línea Base 2011	Meta 2016
98%	100%

9. REFERENCIAS GENERALES

a) Evaluación y Seguimiento

En cumplimiento a las estrategias, objetivos y líneas de acción desarrolladas en la Actualización del Plan Estatal de Desarrollo 2011-2016 y en la Actualización del Programa Sectorial de Salud 2011-2016, la Actualización del Programa Institucional de los Servicios de Salud de Hidalgo está compuesto por 8 objetivos generales alineados a los 6 subprogramas o Programas Presupuestarios, instrumentando indicadores estratégicos por objetivo general los cuales están asociados a metas que deberán cumplirse, la construcción de cada uno de estos indicadores son variables que permitirán medir en forma cuantitativa el programa, evaluando de manera anual su comportamiento en el tiempo y con ello determinar directa o indirectamente modificaciones para mejora del programa y a su vez contribuir con un impacto positivo en la salud de la población.

b) Recursos y Responsables de Ejecución

Servicios de Salud de Hidalgo a través de la Dirección de Planeación, Presupuesto y Evaluación de acuerdo a las funciones establecidas en el Reglamento Interior vigente.

c) Transparencia

Será publicado en el apartado de transparencia de la página web al día siguiente de su publicación en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Hidalgo: www.hidalgo.gob.mx

d) Autorización y Rubrica del Programa Estatal de Desarrollo

Lic. Pedro Luis Noble Monterrubio
Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud de Hidalgo



SECRETARÍA DE PLANEACIÓN,
DESARROLLO REGIONAL
Y METROPOLITANO



SEPLADERyM/SSPD/DGPP/0165/2014
Pachuca de Soto, Hgo., miércoles 15 de octubre de 2014

LIC. PEDRO LUIS NOBLE MONTEERRUBIO
SECRETARIO DE SALUD
PRESENTE

En atención al requerimiento realizado de forma oficial vía oficio no. DPPE-SPE-PES-571 5470 del día 23 de septiembre de 2014, en el cual fue presentado ante esta Dependencia el documento que contiene la Actualización del Programa Institucional de los Servicios de Salud para el periodo 2011-2016, y de conformidad a lo establecido en la Ley de Planeación para el Desarrollo del Estado de Hidalgo, en sus artículos 20, fracciones III, IV, VIII, XI, XIV, XV, XVI, XX, 28, 34, 35 y 36 y en la Ley Orgánica de la Administración Pública para el Estado de Hidalgo, en su artículo 27, fracciones I, II, III y VI.

Hago de su conocimiento, que habiendo revisado el documento presentado por la Secretaría de Salud en su estructura y contenido; conformación de acuerdo a lo establecido por los Lineamientos Generales para la Formulación de los Programas Sectoriales de Desarrollo; alineación con la Actualización del Plan Estatal de Desarrollo 2011-2016 y Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018; observancia normativa y congruencia con el marco metodológico estatal y nacional, en mi carácter de Secretario de Planeación, Desarrollo Regional y Metropolitano y Coordinador General del Comité de Planeación para el Desarrollo del Estado de Hidalgo, extendiendo el presente Oficio para la Validación del **Programa Institucional de los Servicios de Salud**, a efecto de consignar al mismo para su Publicación, Instrumentación y los fines que a la Dependencia que usted coordina le correspondan.

ATENTAMENTE
SECRETARIO DE PLANEACIÓN,
DESARROLLO REGIONAL Y METROPOLITANO

ALBERTO MELÉNDEZ APODACA

C.c.p. Lic. José Francisco Olvera Ruiz.- Gobernador Constitucional del Estado de Hidalgo.

AML/DHM/JRL/rbl



www.hidalgo.gob.mx

Palacio de Gobierno 4º piso, Plaza Juárez s/n, Col. Centro, Pachuca de Soto, Hidalgo, C.P. 42000
Tel. 01 (771) 717 60 00 Ext. 6355 Fax 6513

