

PROGRAMA FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN MÉDICA



SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO EN SALUD

DIAGNÓSTICO DEL PROGRAMA FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN MÉDICA

3. Estructura General del Diagnóstico del Programa Nuevo

3.1. Antecedentes

El artículo 4to, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece el derecho humano a la protección de la salud y prevé la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general.

Durante casi cuatro décadas, la Secretaría de Salud ha desarrollado diversas estrategias y programas para atender la cobertura de servicios esenciales de salud mediante equipos itinerantes. Destacan las experiencias en orden cronológico: el Programa de Extensión de Cobertura (PEC), el Programa Comunitario Rural (PCR), el Programa de Salud Rural (PSR), el Programa de Apoyo a los Servicios de Salud para Población Abierta (PASSPA), el Programa de Ampliación de Cobertura (PAC), el Componente de Salud del Programa PROPERA (antes OPORTUNIDADES), el Programa Caravanas de la Salud, en 2015 denominado Programa Unidades Médicas Móviles.

3.1.1 Cronología de la ampliación de cobertura del sistema de salud en México en poblaciones en condiciones de vulnerabilidad.

En 1976, la Secretaría de Salubridad y Asistencia desarrolló el Programa de Extensión de Cobertura (PEC), destinado a proporcionar mayor atención en materia de salud a las comunidades del área rural de difícil acceso. Dos años después, hacia 1978 surge a nivel nacional el Programa Comunitario Rural (PCR) que, al igual que el Programa de Extensión de Cobertura, estaba orientado a la atención de poblaciones que habitaban localidades de difícil acceso; es decir, con menos de 2,500 habitantes, con carencia de recursos y distantes de los centros de salud. Dicho programa tenía como principal responsabilidad las acciones de planificación familiar, control del embarazo y atención a las niñas y niños hasta los cinco años de edad, estas actividades eran llevadas a cabo por auxiliar de comunidad.

En vista que los programas, de Extensión de Cobertura y Comunitario Rural, podían ser complementarios y con la finalidad de administrar eficientemente los recursos y proporcionar una atención integral, en 1981 se tomó la decisión de fusionarlos, desarrollándose el Programa de Salud Rural (PSR).

En 1985, el Programa de Salud Rural pasó a ser la Estrategia de Extensión de Cobertura (PEC), y asumió el compromiso de otorgar servicios de salud a todas aquellas personas que habitaban en comunidades rurales de difícil acceso, en un rango de 500 a 2,500 habitantes.

De 1991 a 1995, operó el Programa de Apoyo a los Servicios de Salud para la Población Abierta (PASSPA) en cinco entidades federativas (Chiapas, Guerrero, Hidalgo, Oaxaca y Distrito Federal) y sirvió como antecedente inmediato sobre el que construyeron las bases para el desarrollo del Programa de Ampliación de Cobertura (PAC).

En 1996, se inició el PAC, como un esfuerzo federal con los objetivos de ampliar la cobertura de los servicios de salud, atender a la población con nulo o limitado acceso a dichos servicios y para hacer frente a los retos en materia de salud pública, en particular de la población más desprotegida de 18 entidades federativas del país.

En 1997, inició operaciones el Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA). El PROGRESA atendía exclusivamente a personas en pobreza extrema que vivieran en zonas rurales. El padrón de beneficiarios para el 2000 fue de más de 2 millones de familias.

El Componente de Salud de PROGRESA amplió la cobertura de atención a través de unidades médicas móviles que contaban con médico, enfermera y promotor de salud. Durante la administración federal 2000-2006, el programa recibió el nombre de Programa Desarrollo Humano Oportunidades y pasó de ser exclusivamente rural a atender zonas urbanas y semi-urbanas, por lo que creció la población atendida que actualmente es de 6.1 millones de familias.

La Secretaría de Salud puso en marcha desde el 2007 el Programa Caravanas de la Salud, con el propósito de atender a poblaciones dispersas de comunidades caracterizadas por su tamaño y pocos habitantes, que residen en zonas orográficas de difícil acceso y que por lo tanto no tienen la posibilidad de acceder a la red de servicios de salud debido a su ubicación geográfica.

Con este Programa se estableció un esquema de transferencia de recursos hacia las entidades federativas que transparentó su ejercicio y permitió una estrecha colaboración entre los Servicios Estatales de Salud y la Secretaría de Salud Federal.

Desde entonces, el diseño del componente del programa contempló el uso de caravanas de la salud, tanto estatales como federales. El financiamiento se ha realizado para las unidades médicas móviles fedérelas a través de convenios de transferencias de recursos entre la federación y las entidades federativas, mientras que las unidades estatales operan con recursos propios de cada estado.

En 2015, el Programa Unidades Médicas Móviles, retomó el esquema general de operación descrito, para incidir en los factores multidimensionales de la pobreza y determinantes sociales de la salud a través de acciones de prevención, promoción de la salud y atención médica.

3.1.2 Antecedente inmediato del Programa: “Fortalecimiento a la Atención Médica”

Como se mencionó, la estrategia ha permitido acercar la oferta de servicios en zonas rurales y marginadas del país con alta dispersión poblacional y difícil acceso geográfico, el cual se ha propuesto desde su creación, contribuir a resolver la problemática de cobertura mediante atención itinerante.

Por sus características (enfoque geográfico, fortalecimiento de las redes de servicios de salud, focalización, atención de las poblaciones en condiciones de vulnerabilidad, entre otras), las unidades médicas móviles es el eje fundamental del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica como una estrategia que reorienta la conducción y la puesta en marcha de programas destinados a resolver las necesidades sociales de los mexicanos que hoy carecen de acceso a servicios de salud.

El Programa Fortalecimiento a la Atención Médica se ejecutará a través de unidades médicas móviles con acciones transversales del Gobierno Federal. Para incidir en los factores multidimensionales de la pobreza y determinantes sociales de la salud a través de acciones de prevención y promoción de la salud en las poblaciones que por su dispersión geográfica, bajo Índice Desarrollo Humano¹, alta y muy alta marginación se encuentran sin acceso a los servicios de salud.

Esto aunado a la publicación del Decreto por el que se estableció la Cruzada Nacional Contra el Hambre. El Programa de Fortalecimiento a la Atención Médica seguirá orientando su crecimiento a los municipios priorizados en la citada estrategia de inclusión y bienestar social.

El Programa de Fortalecimiento a la Atención Médica forma parte de las experiencias previas que han comprobado sus beneficios, se ha basado en el modelo de equipos itinerantes, con unidades móviles que cuentan con un médico, un odontólogo, una enfermera y un promotor de la salud.

3.2. Identificación y descripción del problema

Históricamente uno de los principales retos de los sistemas de salud en el mundo es el asegurar a la población el acceso universal a los servicios de salud y el problema se torna mucho más complejo cuando se trata de poblaciones en condiciones de vulnerabilidad² que por su asentamiento geográfico altamente disperso dificulta su desarrollo, lo que complica el acceso universal a los servicios de salud.

El primer reconocimiento expreso por parte los gobiernos y la comunidad internacional es “La Declaración de ALMA-ATA Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata,

¹ **Seminario. “Las desigualdades y el progreso en México: enfoques, dimensiones y medición”** El Colegio de México, marzo 2013 Manuel Suárez-Lastra, Naxhelli Ruiz Rivera, Javier Delgado Campos. Sobre el **Índice de Desarrollo Humano**: es un indicador compuesto elaborado por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) que busca medir el bienestar y calidad de vida de la población, poniendo énfasis en crear las condiciones propicias para que hombres y mujeres disfruten de una vida prolongada, saludable y creativa (PNUD, 2005). El IDH mide:

- Una vida larga y saludable, medida por la esperanza de vida al nacer.
- Conocimientos, medidos por la tasa de alfabetización de adultos y la tasa bruta de matriculación combinada en educación primaria, secundaria y terciaria.
- Un nivel de vida decoroso, medido por la estimación de ingreso proveniente del trabajo (en dólares PPC).

² “Se consideran en condición de vulnerabilidad “aquellas personas que, por razón de su edad, género, estado físico o mental, o por circunstancias sociales, económicas, étnicas y/o culturales, y geográficas se encuentran ante especiales dificultades para ejercitar con plenitud [...] los derechos reconocidos por el ordenamiento jurídico”. Es abundante la referencia en la materia no obstante se recomienda para amplitud del concepto. Instituto Interamericano de Derechos Humanos “**Manual autoformativo sobre acceso a la justicia y derechos económicos, sociales y culturales**”, Los derechos de los colectivos en condición de vulnerabilidad: retos para el acceso a la justicia IIDH: 2011 p.p. 29-43. <http://www.iidh.ed.cr/IIDH/media/1451/manual-autofor-desc-2010.pdf>

URSS, 6-12 de septiembre de 1978 (cuyo lema fue “salud para todos en el año 2000”).³ Se estableció que a partir de criterios básicos de justicia social distributiva se debe llamar la atención y obligación de los gobiernos sobre la necesidad de una acción urgente para proteger y promover la salud.

La Declaración, aportó el primer intento para definir la Atención Primaria a la Salud (APS) como estrategia para permitir el mayor acceso posible a toda la población y sobre todo buscó sentar las bases para la construcción de un nuevo sistema de salud que permita el ejercicio pleno del derecho humano a la salud.

La Declaración de Alma-Ata posee un total de diez puntos no vinculantes para los estados miembros enfocados a la corresponsabilidad tanto de los gobiernos y población, de entre los cuales destaca el siguiente:

*V “Los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos, obligación que sólo puede cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas. Uno de los principales objetivos sociales de los gobiernos, de las organizaciones internacionales de la comunidad mundial en el curso de los próximos decenios debe ser el de que todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. La atención primaria de salud es la clave para alcanzar esa meta como parte del desarrollo conforme al espíritu de la justicia social.”*⁴

A casi 40 años de la Declaración, es evidente que la meta señalada aún está lejos de alcanzarse, no obstante, existen avances relevantes en la materia. Sobre todo si se considera que el acceso es un proceso permanente de las políticas públicas en salud⁵.

En la perspectiva del Derecho Internacional de los Derechos Humanos, el Derecho a la Salud se define como lo establece el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y

³ Se reunieron 134 Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud y 67 Organizaciones Internacionales en la antigua capital de Kazajistán (patrocinada por la desaparecida URSS) Alma-Ata, con motivo de una conferencia internacional para llegar a un acuerdo decisivo: Adoptar la APS como la estrategia clave para alcanzar la “salud para todos” en el 2000”.

⁴ **The Pan American Health Organization Promoting Health in the Americas**

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19004&Itemid=2518

⁵ **Para una definición amplia de Políticas Públicas en Salud:** Conjunto de objetivos, decisiones y acciones que lleva a cabo un gobierno para solucionar los problemas de salud pública de las poblaciones y que el propio gobierno y ciudadanos consideran prioritarios, la importancia de su definición incluye un enfoque ético de ahí la trascendencia del análisis, del diseño y la implementación de políticas públicas en salud que reconozcan y den respuesta a los problemas que este proceso conlleva el acceso justo de todos los bienes públicos en salud, siendo de mayor exigencia en las poblaciones en condiciones de vulnerabilidad.

Para mayor referencia en Políticas Públicas véase: “**La Hechura de las Políticas**” Theodore J. Lowi, Graham T. Allison Charles E. Lindblom, Yehezkel Dror Amitai Etzioni, Robert Goodin, Ilmar Waldner, John Forester Giandomenico Majone, Arnold J. Meltner Luis F. Aguilar Villanueva estudio introductorio y edición. Antologías de Política Pública segundo tomo. Primera edición, México julio de 1992 Porrúa.

Culturales (PIDESC)⁶ como: *“El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”*. Lo anterior incluye la protección de la salud, así como los factores sociales determinantes.

Generalmente se considera que estas obligaciones son de progresiva realización “hasta el máximo de los recursos disponibles del Estado” (para usar los términos del artículo 26 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos), no son exigibles de manera inmediata, no obstante los Estados tienen la obligación concreta y constante de avanzar lo más expedita y eficazmente posible hacia la plena realización.

Es así que los elementos esenciales que integran el Derecho al disfrute del “más alto nivel posible de salud” son:

- a. Disponibilidad,
- b. Accesibilidad, en sus cuatro dimensiones, no discriminación, accesibilidad física,
- c. Accesibilidad económica y acceso a la información,
- d. Aceptabilidad, y
- e. Calidad.

En este contexto de justicia, derechos humanos, políticas públicas y grupos vulnerables es donde se encuentran los esfuerzos más importantes de la Organización Mundial de la Salud a través de la *Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud*⁷, trabajando para subsanar las desigualdades sociales que conlleven a disminuir la inequidad en el acceso a los servicios de salud e incidir en las determinantes sociales de la salud, siendo condición imprescindible la equidad en las políticas públicas y programas de los sistemas de salud.

La Comisión sobre determinantes Sociales de la Salud define la atención universal de salud de la siguiente forma:

“El acceso y la utilización de los servicios de atención de salud son esenciales para gozar de buena salud y alcanzar la equidad sanitaria. El sistema de atención de salud es en sí mismo un determinante social de la salud; influye en los efectos de otros determinantes sociales y se ve influido por éstos. El género, la educación, el trabajo, el nivel de ingresos, el grupo étnico al que se pertenece

⁶ **Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales**, United Nations Human Rights Office of the High Commissioner for Human Rights. <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>

⁷ La Comisión fue creada con el fin de recabar pruebas fehacientes sobre posibles medidas e intervenciones que permitan fomentar la equidad sanitaria y promover un movimiento mundial para alcanzar ese objetivo, la Comisión es un órgano de colaboración internacional integrado por instancias normativas, investigadores y miembros de la sociedad civil, y dirigido por personas que gozan de una experiencia única que combina la política, la actividad académica y la acción de sensibilización. Un aspecto importante de la Comisión es que centra su labor en países con todo tipo de niveles de ingresos y desarrollo. La equidad sanitaria es una cuestión que afecta a todos nuestros países y en la que influyen de forma considerable el sistema económico y político mundial. World Health Organization <http://www.who.int/en/>

y el lugar de residencia están íntimamente ligados al acceso de la población a los servicios de salud, la eficacia de estos y a la experiencia que se tiene como paciente. Los responsables de los servicios de atención de salud tienen una importante función de rectoría que desempeñar en todos los ámbitos de la sociedad, para que las políticas y las intervenciones de otros sectores contribuyan a aumentar la equidad sanitaria.”⁸

En la 62ª Asamblea Mundial de la Salud, WHA62.14 celebrada en mayo del 2009, la OMS revisó el informe sobre la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud⁹ y confirmó la importancia de que se aborden los determinantes de la salud y se examinen las medidas y recomendaciones establecidas en la serie de conferencias internacionales sobre la promoción de la salud, desde la Carta de Ottawa para el Fomento de la Salud¹⁰ hasta la Carta de Bangkok para el Fomento de la Salud en un Mundo Globalizado.¹¹

Este con el fin de conseguir que la promoción de la salud sea un componente primordial del programa mundial de desarrollo, como responsabilidad básica de todos los gobiernos (resolución WHA60.24).¹² La 62ª Asamblea Mundial de la Salud, con el objeto de Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud, entre muchos otros puntos, insta a los gobiernos:

“[...] que tengan en cuenta la equidad sanitaria en todas las políticas nacionales relativas a los determinantes sociales de la salud, y consideren la posibilidad de establecer políticas de protección social integrales y universales, y de fortalecerlas que prevean el fomento de la salud, la prevención de la morbilidad y la atención sanitaria, y promuevan la disponibilidad y el acceso universales a los bienes y servicios esenciales para la salud y el bienestar”.

3.2.1. Identificación y estado actual del Problema

El acceso universal a la salud, unido a la protección social en salud, constituyen una condición indispensable para mejorar la equidad sanitaria. En los sistemas que han logrado casi una cobertura casi universal, esas reformas se deben complementar con otra serie de medidas dinámicas para

⁸ *Ibídem.*

⁹ Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. **Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud.** Informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra Suiza, Organización Mundial de la Salud, 2008 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_9-sp.pdf.

¹⁰ **La primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud reunida en Ottawa** el día 21 de noviembre de 1986 emite La Carta de Ottawa dirigida a la consecución del objetivo “Salud para Todos”. <http://www.fmed.uba.ar/depto/toxico1/carta.pdf>

¹¹ En la **Carta de Bangkok** se establecen las medidas, los compromisos y las promesas necesarias para abordar los factores determinantes de la salud en un mundo globalizado mediante la promoción de la salud. http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf

¹² Documentación/resoluciones de la Organización Mundial de la Salud. http://apps.who.int/gb/s/s_wha60.html

llegar a los grupos desatendidos, que son aquellos en los que los servicios y la protección social apenas ayudan a contrarrestar las consecuencias sanitarias de la estratificación social.

Muchos sistemas en el mundo con cobertura universal dependen de medidas concretas para reducir la exclusión de redes de atención que se encargan de la salud de comunidades enteras. Aquí es donde entra en juego un segundo tipo de conjunto de reformas: las reformas de la prestación de servicios.

Cuando la población carece de protección social y suele tener que pagar la atención de su propio bolsillo, puede verse enfrentada a gastos catastróficos. Más de 100 millones de personas caen en la pobreza todos los años por verse obligadas a costear la atención sanitaria¹³, lo cual se agrava si consideramos que los servicios que prestan atención sanitaria a los pobres y los grupos marginados casi siempre están muy fragmentados y sufren una gran falta de recursos¹⁴, aunado a ello la asignación de recursos se concentra en los servicios curativos, que son muy costosos, sin priorizar las posibilidades que ofrecen las actividades de prevención primaria y promoción de la salud de prevenir hasta el 70% de la carga de morbilidad.^{15 y 16}

La APS se ha definido, descrito y estudiado en los contextos de los países de ingresos bajos, llegando a las siguientes conclusiones:

- *La APS es un ámbito al que las personas pueden llevar toda una serie de problemas de salud; es inaceptable que en los países de ingresos bajos la atención primaria solo se ocupe de unas cuantas enfermedades prioritarias,*
- *La atención primaria es una base desde la que se guía a los pacientes por todo el sistema de salud; es inaceptable que en los países de ingresos bajos la atención primaria se reduzca a un simple puesto sanitario o a un agente de salud comunitario aislado,*
- *La atención primaria facilita las relaciones entre pacientes y médicos, y los pacientes participan en la adopción de decisiones sobre su salud y atención sanitaria; además, crea vínculos entre la atención de salud individual y las familias y comunidades de los pacientes; es inaceptable que en los países de ingresos bajos la atención de salud se reduzca a un canal unidireccional de prestación de servicios para intervenciones de salud prioritarias,*
- *La atención primaria abre oportunidades a la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, así como a la detección temprana de enfermedades; es inaceptable que en los países de ingresos bajos la atención primaria sirva solo para tratar dolencias comunes,*

¹³ Xu K. **Protecting households from catastrophic health expenditures.** Health Affairs, 2007, 6:972–983.

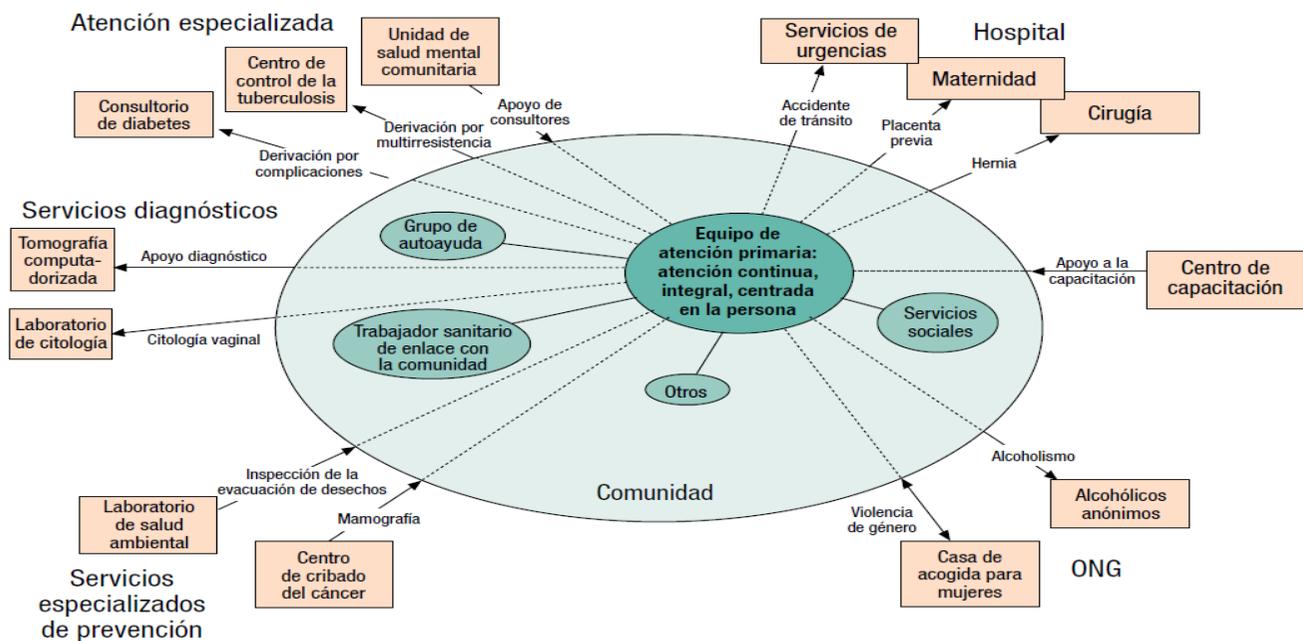
¹⁴ Moore G, Showstack J. **Primary care medicine in crisis: towards reconstruction and renewal.** Annals of Internal Medicine, 2003, 138:244–247.

¹⁵ Fries JF et al. **Reducing health care costs by reducing the need and demand for medical services.** New England Journal of Medicine, 1993, 329:321–325.

¹⁶ **Informe sobre la salud en el mundo 2002: reducir los riesgos y promover una vida sana.** Ginebra Suiza, Organización Mundial de la Salud, 2002.

- La atención primaria requiere equipos de profesionales sanitarios: médicos, personal de enfermería y personal auxiliar con aptitudes sociales y conocimientos; es inaceptable que en los países de ingresos bajos la atención primaria sea sinónimo de atención prestada por personal no profesional con escasos conocimientos técnicos a los pobres de zonas rurales que no pueden permitirse nada mejor,
- La atención primaria requiere inversiones y recursos suficientes, pero se revela luego como una buena inversión en comparación con las demás opciones disponibles; es inaceptable que en los países de ingresos bajos la atención primaria se tenga que financiar con pagos directos, partiendo del supuesto equivocado de que es barata.^{17 y 18}

La atención primaria como centro de coordinación del sistema de salud, como ventana de acceso en la creación de redes y asociados externos se describe a continuación:^{19 y 20}



¹⁷ **Primary Care America's Health in a New Era**, Molla S. Donaldson, Karl D. Yordy, Kathleen N. Lohr, and Neal A. Vanselow, Editors Committee on the Future of Primary Care Division of Health Care Services Institute of Medicine National Academy Press Washington, D.C. 1996.

¹⁸ Starfield Barbara. **Primary care: balancing health needs, services, and technology**. New York, Oxford University Press, 1998.

¹⁹ Adapted from Wollast E, Mercenier P. Pour une regionalisation des soins. In: Groupe d'Etude pour une Reforme de la Medecine. **Pour une politique de la santé**. Bruxelles, Editions Vie Ouvriere/La Revue Nouvelle, 1971.

²⁰ Criel B, De Brouwere V, Dugas S. **Integration of vertical programmes in multi-function health services**. Antwerp, ITGPress, 1997 (Studies in Health Services Organization and Policy 3).

Fuente adaptada y reelaborada en **Informe sobre la salud en el mundo 2010**. Financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal. Organización Mundial de la Salud.

El esquema anterior muestra como la APS se convierte en el eje que articula el acceso de entrada a toda la red de servicios de cualquier sistema.

Los países industrializados, especialmente en Europa, comenzaron a implantar sistemas de protección de la salud a finales del siglo XIX, desplazándose hacia la universalidad en la segunda mitad del siglo XX ²¹.

La Organización Mundial de la Salud reconoce en la actualidad que los países de ingresos bajos y medios tienen la oportunidad de aplicar criterios comparables, resaltando como ejemplo Costa Rica, México, la República de Corea, Tailandia y Turquía como algunos de los países que ya han introducido sistemas de cobertura universal y que están progresando con mayor rapidez que los países industrializados en el pasado. El reto técnico que plantea avanzar hacia la cobertura universal estriba en ampliar la cobertura a lo largo de tres ejes:

- 1) *La amplitud de la cobertura*
- 2) *Profundidad de la cobertura*
- 3) *Nivel de cobertura*

La amplitud de la cobertura es la proporción de población que goza de protección social en salud, esta debe ampliarse progresivamente para abarcar a las personas no aseguradas, es decir, a los grupos de población que carecen de acceso a los servicios o de la protección social contra las consecuencias financieras de recurrir a la atención de salud.

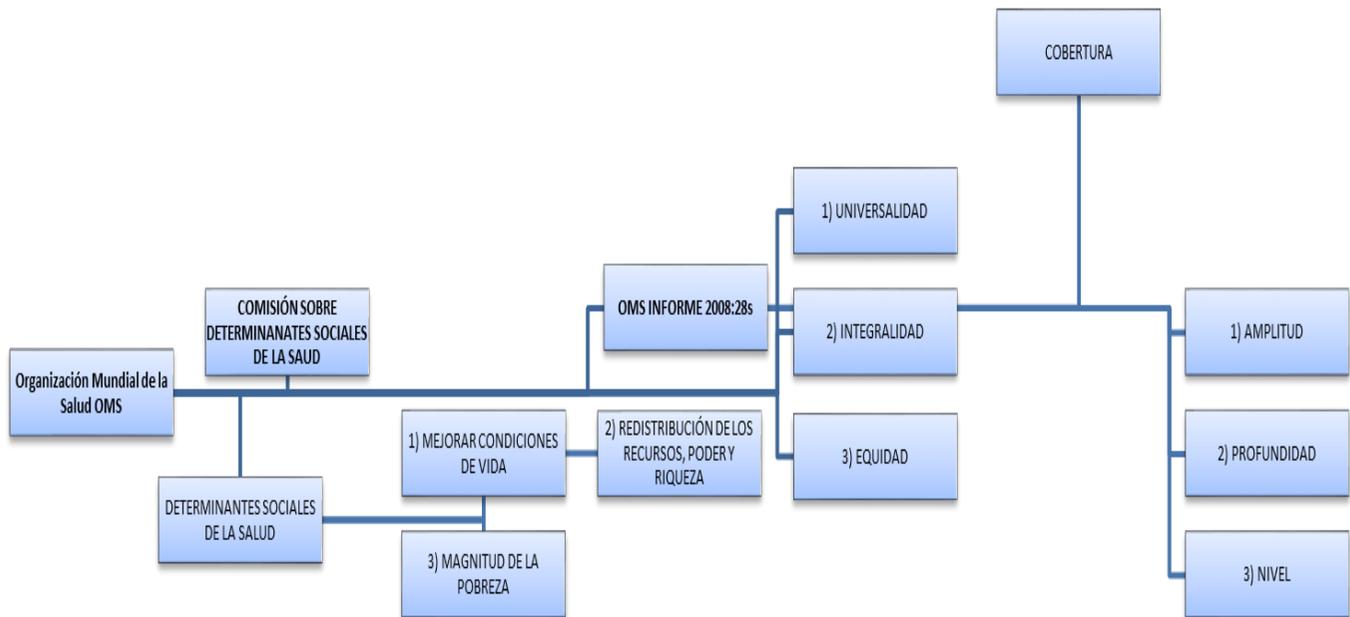
Esa ampliación es un proceso complejo de expansión y fusión progresivas de distintos modelos de cobertura. Durante ese proceso hay que prestar atención a garantizar que haya redes de protección social para los más pobres y vulnerables hasta que ellos se beneficien también del sistema. Se puede tardar años en atender a toda la población pero, como demuestra la experiencia reciente de una serie de países de ingresos medios, es posible avanzar mucho más rápidamente que los países industrializados durante el siglo XX.

*Paralelamente debe aumentarse también la **profundidad de la cobertura**, ampliando la gama de servicios esenciales requeridos para atender con eficacia las necesidades sanitarias de las personas y teniendo en cuenta la demanda y las expectativas, así como los recursos que la sociedad desea y puede asignar a la salud. Un aspecto fundamental en ese sentido es la determinación del «paquete básico» de prestaciones correspondiente, siempre y cuando el proceso se lleve a cabo adecuadamente.*

²¹ Gilson L, McIntyre D. **Post-apartheid challenges: household access and use of care.** International Journal of Health Services, 2007, 37:673-691.

La tercera dimensión, **el nivel de cobertura**, es decir, la proporción de los gastos sanitarios afrontados también debe aumentar de modo que se reduzca la dependencia de los pagos complementarios directos en el punto de prestación de servicios^{22, 23 y 24}.

Esquemáticamente, tenemos el siguiente resumen:



Esquema de elaboración propia DGPLADES 2015.

²² **Informe sobre la salud en el mundo 2008:** La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Ginebra Suiza, Organización Mundial de la Salud, 2008.

²³ **Reclaiming the resources for health. A regional analysis of equity in health in East and Southern Africa.** Kampala, Regional Network on Equity in Health in Southern Africa (EQUINET), 2007.

²⁴ Gilson L. **The lessons of user fee experience in Africa.** *Health Policy and Planning*, 1997, p.p 273-285.

Tres formas de avanzar hacia la cobertura universal:

Figura 1 ²⁵
2008

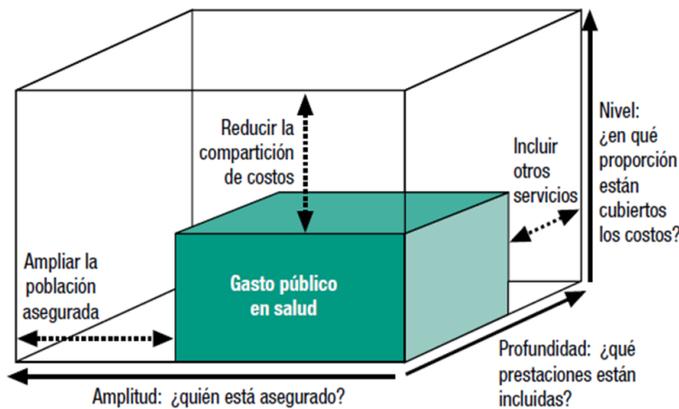
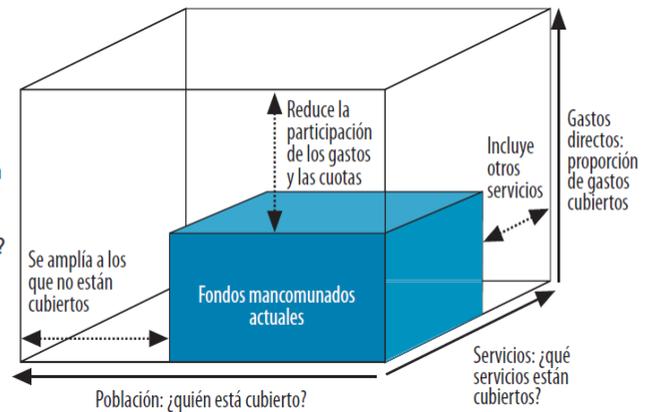


Figura 2 ²⁶
2010



El garantizar el acceso a la APS es imprescindible para construir sistemas de salud con criterios de justicia y equidad, dicha problemática también puede abordarse desde el marco de determinantes sociales de la salud, que es un enfoque innovador y relevante para el estudio de la vulnerabilidad y la cobertura.

Los determinantes sociales de la salud se refieren a las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, es decir, el contexto de su vida cotidiana, sus acciones y las consecuencias de ellas.

En el 2005 la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) con el propósito de revisar el conocimiento existente, crear conciencia social y promover el desarrollo de políticas que reduzcan las inequidades en salud entre los países y al interior de ellos. La CDSS refiere que *"los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto, constituyen los determinantes sociales de la salud que son la causa de la mayor parte de las desigualdades sanitarias entre los países y dentro de cada país"* (CDSS-2008).

Bajo este enfoque, es necesario enfatizar el papel de los factores sociales, políticos y económicos, los cuales adquieren una relevancia especial para entender la salud de los grupos poblacionales.

²⁵ Busse R, Schlette S, eds. **Focus on prevention, health and aging and health professions**. Gutersloh, Verlag Bertelsmann Stiftung, 2007 (Health Policy Developments 7/8).

²⁶ Fuente adaptada y reelaborada en **Informe sobre la salud en el mundo 2010. Financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal**. Organización Mundial de la Salud, p. XVII a partir Busse R, Schlette S, eds. Focus on prevention, health and aging and health professions. Gutersloh, Verlag Bertelsmann Stiftung, 2007 (Health Policy Developments).

Por ello resulta importante analizar la evidencia que sustenta las múltiples inequidades sociales que afectan la salud de la población y señalar tres principios de acción:

- 1) Mejorar las condiciones de vida,
- 2) Abordar la distribución inequitativa del poder, dinero y recursos; y
- 3) Medir el problema y evaluar los efectos de las intervenciones.

Esta acometida requiere contar con enfoques trans-disciplinarios, que permitan la aplicación e interpretación de diferentes métodos para la generación de información crítica que contribuya al análisis y comprensión de la salud como un fenómeno social. Asimismo, que sirva como insumo para la toma de decisiones en políticas de salud basadas en evidencias científicas.

Desde la perspectiva multi e inter disciplinaria es importante comprender la cobertura universal como el hecho de que *“todos los habitantes de un país pueden acceder a la misma oferta de servicios (de buena calidad), en función de sus necesidades y preferencias, con independencia de su nivel de ingresos, posición social o residencia, y que todo el mundo está capacitado para hacerlo. También significa que toda la población puede beneficiarse de las mismas prestaciones. No hay nada que justifique que otros países, incluidos los más pobres, no puedan aspirar a alcanzar la cobertura sanitaria universal”*²⁷.

*“La promoción y la protección de la salud son esenciales para el bienestar humano y para un desarrollo socio-económico sostenido, no es de sorprender que las personas también consideren la salud como una de sus mayores prioridades, situándose en la mayoría de los países sólo por detrás de problemas económicos como el desempleo, los salarios bajos y el coste de vida elevado”*²⁸.

Cuando se pregunta a las personas por los problemas más importantes con que se enfrentan ellas y sus familias, casi siempre se citan en primer lugar los apuros económicos, seguidos de cerca por la salud.

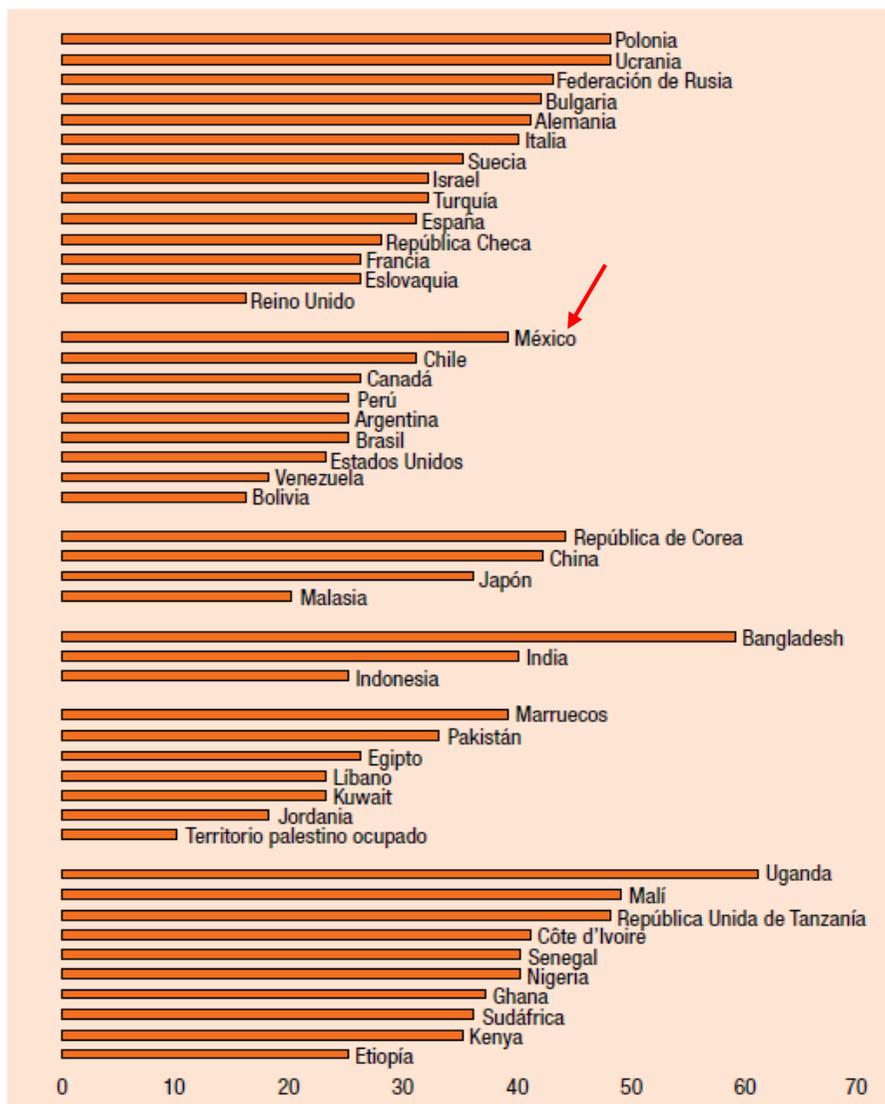
En uno de cada dos países, las enfermedades propias, los costos de la atención sanitaria, la mala calidad de la atención y otros temas de salud son las principales preocupaciones personales de más de una tercera parte de la población encuestada²⁹.

²⁷ Organización Mundial de la Salud a través de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud **Subsanar las Desigualdades en una Generación: Alcanzar la Equidad Sanitaria**, Informe Final Ediciones Journal Buenos Aires Argentina, 2009 p.p.9 OMS. http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/ .

²⁸ **A global look at public perceptions of health problems, priorities**, and donors: the Kaiser/Pew global health survey. The Henry J Kaiser Family Foundation, 2007 <http://www.kff.org/kaiserpolls/upload/7716.pdf>.

²⁹ Blumenthal D, Hsiao W. **Privatization and its discontents** – the evolving Chinese health care system. New England Journal of Medicine, 2005, 353:1165-1170.

A continuación se muestra el porcentaje de la población de distintos países que cita a la salud como su principal preocupación, por delante de otras cuestiones como los problemas económicos, la vivienda y la delincuencia.



30

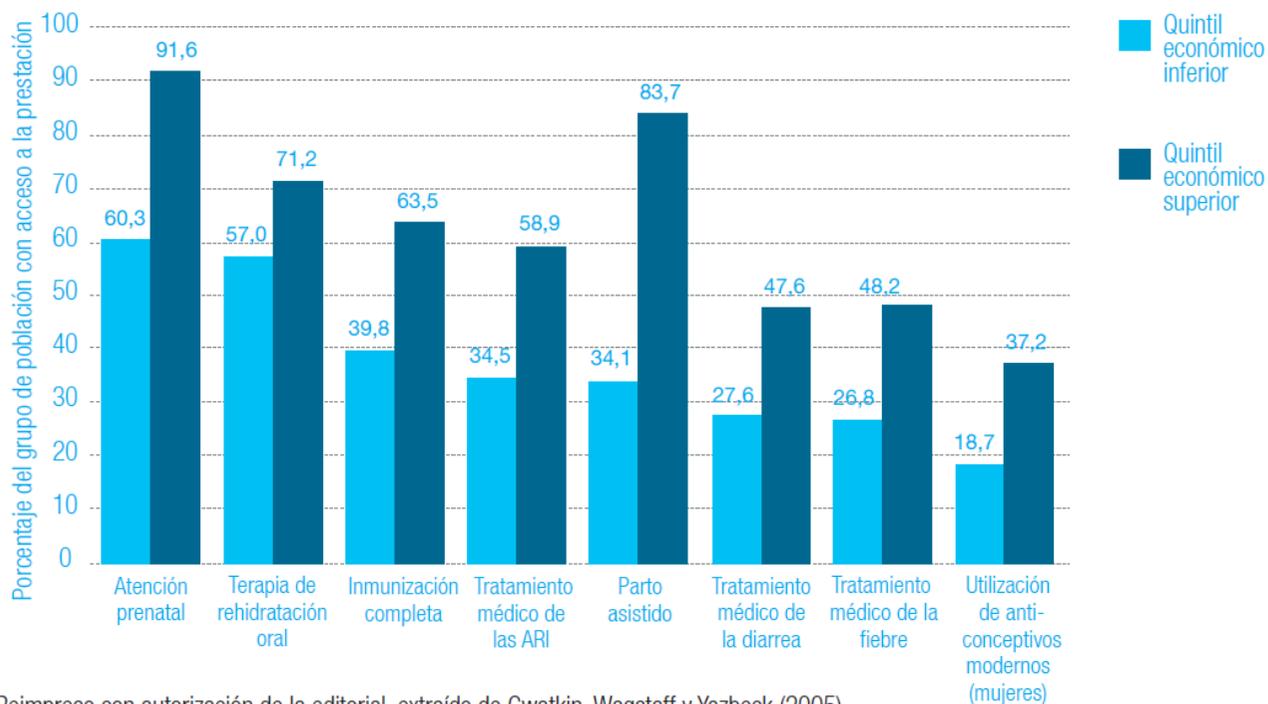
En la misma se observa que México se encuentra por encima de la media internacional de la población que cita a la salud como su principal preocupación.

Evidentemente la complejidad del tema no se limita a la percepción pública de los problemas de salud (public perceptions of health problems).

³⁰ Fuente adaptada y reelaborada en **Informe sobre la salud en el mundo 2010. Financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal**. Organización Mundial de la Salud, p. XVII a partir A global look at public perceptions of health problems, priorities, and donors: the Kaiser/Pew global health survey. The Henry J Kaiser Family Foundation, 2007 (<http://www.kff.org/kaiserpolls/upload/7716.pdf>, accessed 23 June 2010).

Cabe señalar la importancia de la percepción pública de los problemas sociales, ya que es el origen que legitima cualquier política pública que se precie de incorporar esquemas de corresponsabilidad pública y gobernanza; ya que eliminar las diferencias de cobertura entre ricos y pobres en 49 países de ingresos bajos salvaría la vida de más de 700,000 mujeres en un periodo de 5 años entre el 2010 y el 2015³¹.

Para demostrar las inequidades en el acceso de la utilización de los servicios de salud materno-infantil básicos, se muestra la siguiente gráfica³², por los quintiles económicos superior e inferior en más de 50 países.



Reimpreso con autorización de la editorial, extraído de Gwatkin, Wagstaff y Yazbeck (2005).

Gráfico: Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. **Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud.** Informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra Suiza, Organización Mundial de la Salud, 2008. A partir de la reimpresión autorizada de la editorial y extraída de Gwatkin, Wagstaff Yazbeck 2005. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_9-sp.pdf.

En ella, podemos comprobar las diferencias sustanciales que existen para poder acceder a servicios de salud básicos como la atención materno-infantil entre de la población de menores y mayores

³¹ **Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems.** Working Group 1. WHO background paper: constraints to scaling up and costs. International Health Partnership, 2009.

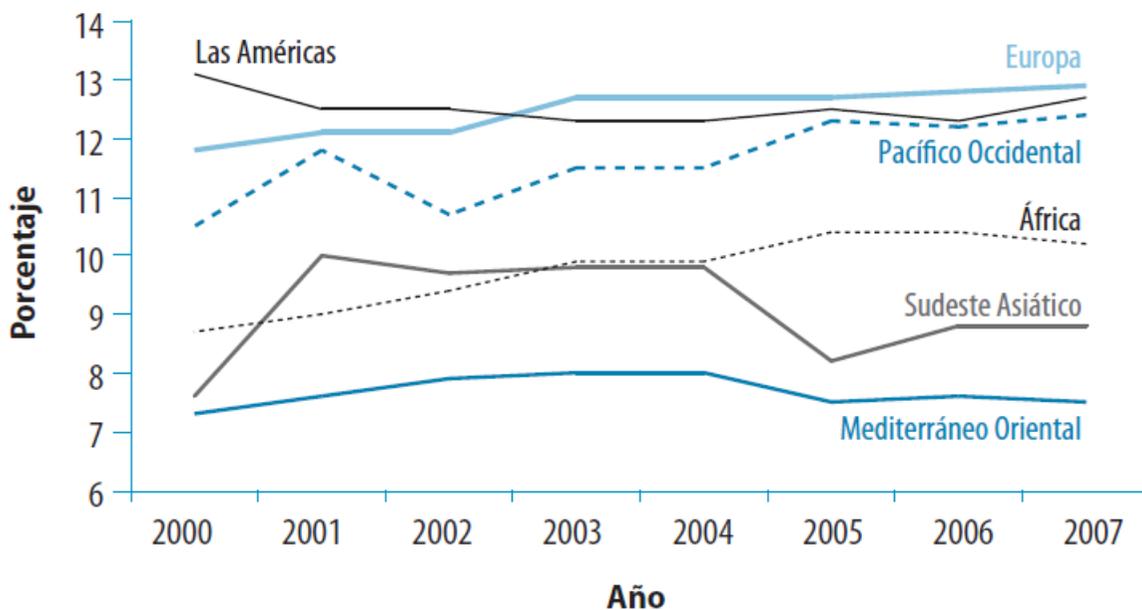
³² Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. **Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud.** Informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra Suiza, Organización Mundial de la Salud, 2008. A partir de la reimpresión autorizada de la editorial y extraída de Gwatkin, Wagstaff Yazbeck 2005. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_9-sp.pdf.

ingresos, siendo este factor una condicionante restrictiva y excluyente para las poblaciones más vulnerables.

La capacidad económica de las familias y las personas no deben limitar su derecho de acceder a los servicios de salud, no obstante estos gastos representan en muchas ocasiones razones de inequidad profunda, por lo cual el pago directo no es adecuado para la prestación de servicios de salud que desincentivan el acceso a los mismos, sino que además, determinan el empobrecimiento de las personas en las poblaciones más pobres, condicionando el pago por acceder a servicios básicos de salud.

Por lo anterior, se explica que el gasto que ejercen los gobiernos se justifica y por ello los sistemas de salud en el mundo siguen siendo soportados de manera significativa con recursos públicos.

El siguiente gráfico que muestra el gasto público sanitario como porcentaje de los gastos totales de los gobiernos por regiones de la OMS, 2000–2007



Fuente adaptada a partir **National Health Accounts** [online database]. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/nha>)
En Informe Sobre la Salud en el Mundo: **La financiación de los sistemas de salud, el camino hacia la cobertura universal OMS**
<http://www.who.int/whr/2010/es/>

Nota: el gasto público sanitario incluye el gasto en salud realizado por todos los ministerios y todos los niveles del gobierno. También incluye el gasto de las cotizaciones de la seguridad social obligatorias.

En promedio, los gobiernos de las regiones de las Américas, de Europa y del Pacífico Occidental destinan una cantidad mayor a la salud que el resto de regiones y en general, la salud exige una mayor proporción del gasto público total.

En este contexto nuestro país ha tenido avances importantes, pero aún insuficientes, por ejemplo la Organización Mundial de la Salud señala tres aspectos financieros a superar para alcanzar la cobertura universal en salud:

1. La disponibilidad de recursos.
2. Dependencia excesiva de los pagos directos en el momento en que la gente necesita asistencia.
3. El uso ineficiente y no equitativo de los recursos.

Al respecto la OMS señala los logros obtenidos en nuestro país en el Informe sobre la Salud en el Mundo 2010. *“Muchos países de ingresos bajos y medios han demostrado en la última década que acercarse a la cobertura universal no es un derecho exclusivo de los países de ingresos elevados. Recientemente, países como Brasil, Chile, China, México, Rwanda y Tailandia han dado pasos agigantados para abordar los tres problemas descritos anteriormente.”*³³. En donde México a partir de la implementación del Seguro Popular impulsó de forma renovada los esfuerzos por alcanzar la cobertura universal^{34 y 35}.

Conforme a datos de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) en 2012, el gasto total en salud en México fue de 6.2% del Producto Interno Bruto (PIB), este porcentaje se encuentra entre los más bajos de los países de la OCDE.

El gasto total en salud que México ejerce representa contraste con los avances que reconoce la OMS, si bien es cierto que en la última década se ha hecho avances importantes en alcanzar la cobertura universal, también los datos de los estudios de la OCDE en salud, demuestran que estamos lejos de la meta.

Lo anterior si lo contextualizamos sólo estamos por encima de Estonia y Turquía y muy por debajo del promedio de los países de la OCDE.

Como resultado de una gran expansión en la cobertura de salud para los pobres y los no asegurados que comenzó en el 2004, la participación pública en el financiamiento del cuidado de la salud en México se ha incrementado en alrededor de 10 puntos porcentuales para situarse en 50% en el 2012.

Sin embargo, esta tasa se mantiene como una de las más bajas entre los países de la OCDE donde el promedio es del 72%, y alrededor de la mitad de todo el gasto en salud en México es pagado directamente por los pacientes.

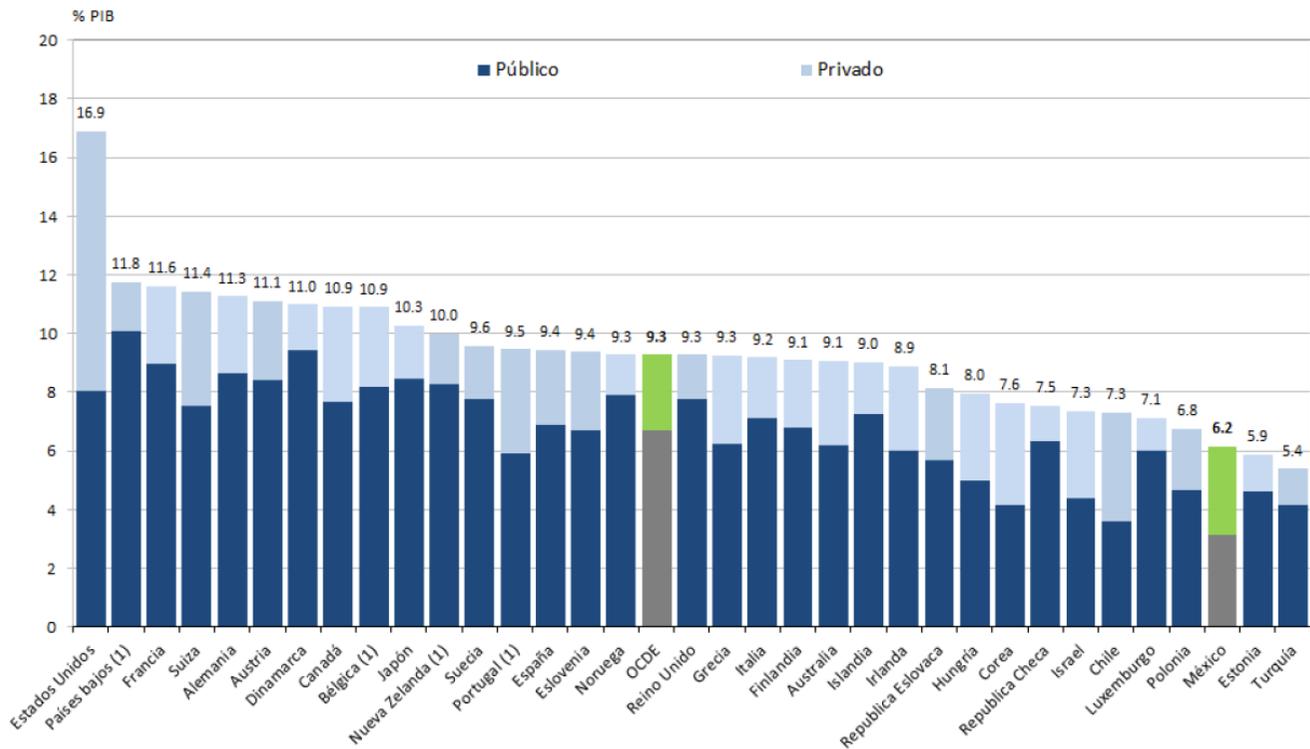
³³ Informe sobre la salud en el mundo 2010. **Financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal. Organización Mundial de la Salud.**

³⁴ Frenk J. **Comprehensive policy analysis for health system reform.** *Health Policy*, 1995,32:257-277. doi:10.1016/0168- 8510(95)00739-F PMID:10156642.

³⁵ Gakidou E et al. **Assessing the effect of the 2001–06 Mexican health reform: an interim report card.** *Lancet*, 2006,368:1920-1935. PMID:17126725.

Lo anterior se representa en la siguiente gráfica³⁶:

Gasto en salud, público y privado, como proporción del PIB, países de la OCDE, 2012 o último año



Datos y gráfica: Estadísticas de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos OCDE sobre la salud 2014. México en comparación.

Resulta importante plantear los siguientes hechos:

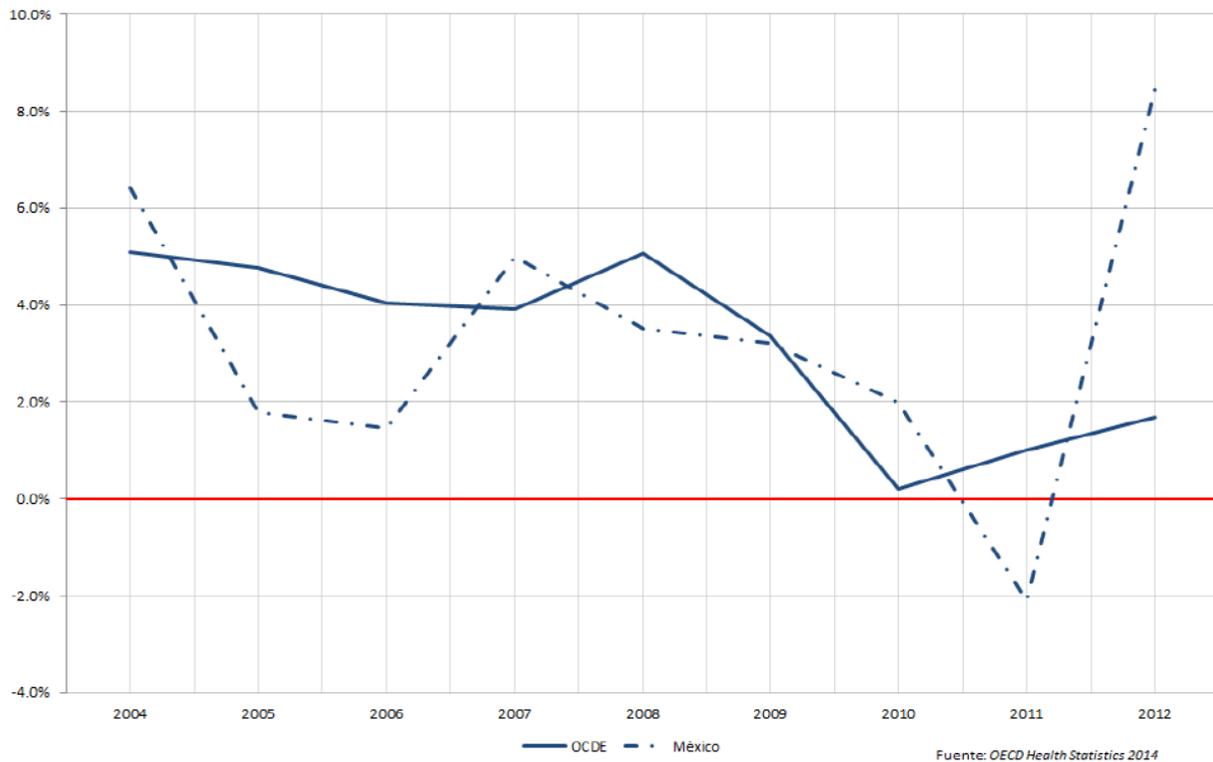
- ✓ México ha tenido avances importantes y acelerados en incrementar los niveles de cobertura universal a partir del 2004.
- ✓ México comparado con otros países está muy lejos de alcanzar estándares satisfactorios de cobertura.
- ✓ Los niveles de pobreza e ingreso per cápita en México imposibilitan que la población asuma el costo de sus servicios de salud, por ello el Estado necesita políticas públicas efectivas.

³⁶ **Datos y gráfica: Estadísticas de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos OCDE sobre la salud 2014.** México en comparación.

<http://www.oecd.org/general/searchresults/?q=M%C3%89XICO%20SALUD&cx=012432601748511391518:xzeadu b0b0a&cof=FORID:11&ie=UTF-8> <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm#indicator-chart>

Conforme a las mismas estadísticas de la OCDE, en México, el crecimiento en el gasto en salud ha tendido a seguir el patrón general de los países de la OCDE desde el 2004. Después de una fuerte caída en el gasto de los hogares en el 2011, como consecuencia de la crisis económica, en el país hubo un aumento significativo en el gasto en salud durante el 2012, particularmente en el sector hospitalario, como se aprecia en la siguiente gráfica.³⁷

Tasas de crecimiento en el gasto de salud (en términos reales) desde el 2004, México y el promedio de la OCDE



Datos y gráfica: Estadísticas de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos OCDE sobre la salud 2014. México en comparación

Por su parte el número de médicos y enfermeras está aumentando en México, pero se mantiene bajo para los estándares de la OCDE.

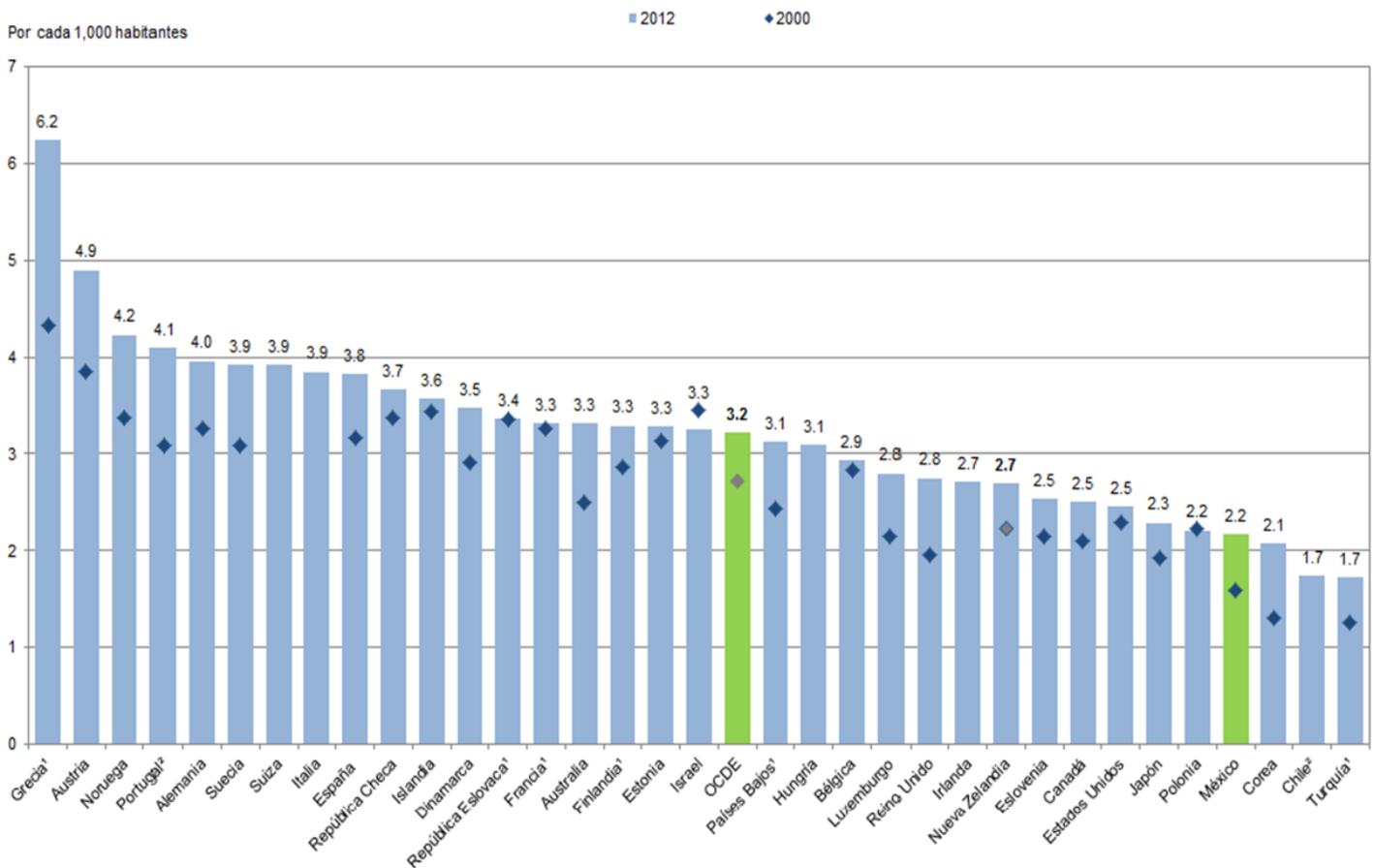
Las estadísticas de la OCDE sobre la salud 2014 también muestran que la oferta de trabajadores de la salud en México se ha incrementado durante la última década, pero se mantiene baja para los estándares de la OCDE³⁸.

³⁷ Ibídem.

³⁸ Ibídem.

Desde el 2000, el número de médicos per cápita se ha incrementado substancialmente en México, pasando de 1.6 médicos por cada 1,000 habitantes en el 2000 a 2.2 en el 2012, sin embargo esta cifra sigue siendo inferior al promedio de la OCDE de 3.2³⁹.

Médicos por cada 1,000 habitantes, países de la OCDE, 2000 y 2012 (o último año)



OECD (2013), **OECD Regions at a Glance 2013**, OECD Publishing, Paris. DOI: http://dx.doi.org/10.1787/reg_glance-2013-en

Como lo describe la OCDE: Garantizar el acceso a los servicios de salud para toda la población es un objetivo importante en las políticas de los países de la OCDE [...] En 2010 la variación regional en el número de médicos por habitantes, es un indicador común para medir las deferencias en el acceso a los servicios de salud. *“Ensuring adequate access to health services for all the population is an important policy objective in OECD countries [...] In 2010, the regional variation in the number of*

³⁹ Ibídem.

physicians per population, a common indicator to measure differences in access to health services⁴⁰.

Hechos claves para México de las Estadísticas de la OCDE sobre la salud 2014

Indicador	México		Promedio-OCDE		Posición entre los países de la OCDE
	2012	2000	2012	2000	
Estado de salud					
Esperanza de vida al nacer (años)	74.4	73.3	80.2	77.1	34 de 34
Esperanza de vida al nacer, hombres (años)	71.4	70.5	77.5	74	33 de 34
Esperanza de vida al nacer, mujeres (años)	77.3	76.1	82.8	80.2	33 de 34
Esperanza de vida a los 65 años, hombres (años)	16.7	16.5	17.7	15.6	28 de 34
Esperanza de vida a los 65 años, mujeres (años)	18.6	18.4	20.9	19.1	31 de 34
Mortalidad por enfermedades cardiovasculares (tasas estandarizadas según edad por cada 100,000 habitantes)	272.9	298.1	296.4	428.5	14 de 34
Mortalidad por cáncer (tasas estandarizadas según edad por cada 100,000 habitantes)	125.1	140.2	213.1	242.5	34 de 34
Factores de riesgo para la salud (conductuales)					
Consumo de tabaco entre adultos (% de fumadores diarios)	11.8	12.9	20.7	26	34 de 34
Consumo de alcohol entre adultos (litros per cápita)	5.7	5.1	9	9.5	32 de 34
Tasas de obesidad entre adultos, reportada (%)	15.4	11.9	..
Tasas de obesidad entre adultos, medida (%)	32.4	24.2	22.7	18.7	2 de 16
Gasto en salud					
Gasto en salud como % del PIB	6.2	5	9.3	7.7	32 de 34
Gasto en salud per cápita (EE.UU. \$ PPP)	1048	497	3484	1888	33 de 34
Gasto farmacéutico per cápita (EE.UU. \$ PPP)	70	97	498	300	33 de 33
Gasto farmacéutico (% del gasto en salud)	6.8	19.9	15.9	17.9	32 de 33
Gasto público en salud (% del gasto en salud)	50.6	46.6	72.3	71.4	32 de 34
Pagos por cuenta propia para el cuidado de la salud (% del gasto en salud)	45.2	50.9	19	20.5	1 de 34
Recursos para el cuidado de la salud					
Número de médicos (por cada 1,000 habitantes)	2.2	1.6	3.2	2.7	31 de 34
Número de enfermeras (por cada 1,000 habitantes)	2.6	2.2	8.8	7.5	33 de 34
Camas de hospital (por cada 1,000 habitantes)	1.6	1.8	4.8	5.6	34 de 34

⁴⁰ OECD (2013), **OECD Regions at a Glance 2013**, OECD Publishing, Paris.
DOI: http://dx.doi.org/10.1787/reg_glance-2013-en

En México, el número de enfermeras ha aumentado de 2.2 enfermeras por cada 1,000 habitantes en el 2000 a 2.6 en el 2012. Esta cifra sigue estando muy por debajo del promedio de la OCDE de 8.8⁴².

En cuanto al estado de salud y factores de riesgo la esperanza de vida en México se ha incrementado mucho más lentamente en los últimos diez años que en cualquier otro país de la OCDE; hoy en día, México tiene la esperanza de vida más baja entre todos los países de la OCDE⁴³.

Mientras que la esperanza de vida se incrementó en promedio en tres años entre el 2000 y el 2012 en los países de la OCDE (aumentando de 77.1 años a 80.2 años), la esperanza de vida en México se incrementó solamente en un año durante el mismo periodo (de 73.3 a 74.4 años). Por lo tanto, la brecha en longevidad entre México y otros países miembros de la OCDE se ha ampliado de aproximadamente cuatro a cerca de seis años⁴⁴.

El lento progreso en la esperanza de vida en México se debe a los dañinos comportamientos relacionados con la salud incluyendo malos hábitos de nutrición y a las muy altas tasas de obesidad, como también, al incremento en las tasas de mortalidad debido a la diabetes y a la no reducción en la mortalidad por enfermedades cardiovasculares⁴⁵.

Las muy altas tasas de mortalidad por accidentes de tráfico y homicidios, como también persistentes barreras en el acceso de cuidado de alta calidad, también explican el progreso relativamente lento en la esperanza de vida⁴⁶.

En México, la tasa de obesidad en la población adulta basada en medidas reales de talla y peso fue de 32.4% en el 2012 (en comparación con una tasa de 24.2% en el 2000), la cual representa la segunda tasa más alta de los países de la OCDE, después de los Estados Unidos (35.3% en el 2012). La creciente prevalencia de la obesidad presagia incrementos en la incidencia de problemas de salud (tales como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares), como también costos de salud más elevados en el futuro⁴⁷.

El escenario descrito, complica la problemática a resolver si analizamos los indicadores del gasto en salud como % del PIB, el gasto público en salud y los pagos por cuenta propia para el cuidado de la salud, debido a que demuestran que México es de los países con mayor rezago en comparación con los Estados miembros de la OCDE.

⁴¹ *Ibíd.*

⁴² *Ibíd.*

⁴³ *Ibíd.*

⁴⁴ *Ibíd.*

⁴⁵ *Ibíd.*

⁴⁶ *Ibíd.*

⁴⁷ *Ibíd.*

En la evolución del problema podemos anotar que, hacia 1980 el Sistema Nacional de Salud en México, se encontraba fuertemente centralizado, la mayor parte de la toma de decisiones públicas correspondía a la Secretaría de Salud o en su defecto a las direcciones de centrales de naturaleza federal, lo anterior como resultado en gran medida de un desarrollo histórico de centralización de todo el país.

No obstante en los primeros años de la década de 1980 se produjo un movimiento generalizado de descentralización y desconcentración de la administración pública federal que sin duda tuvo repercusiones trascendentales en el sector salud.

En 1983 por decreto del poder ejecutivo se marcaron las “Bases para la descentralización de los servicios de salud de la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia” estableciendo entre otros puntos, los acuerdos de coordinación entre la federación y las entidades federativas y las facultades y acciones para la integración y funcionamiento de los sistemas estatales, en dichos acuerdos la parte normativa quedaba a cargo de la Secretaría y la parte operativa a cargo de los Servicios Coordinados de Salud, hasta 1984 que se promulga la Ley General de Salud, señalando entre sus objetivos impulsar el ya iniciado proceso de descentralización de competencias entre la federación y las entidades federativas.

El proceso evidentemente respondió de forma gradual y conforme a la capacidad administrativa de cada entidad, lo importante para la presente justificación es destacar que la descentralización se limitó a los servicios de salud de la población abierta (es decir, toda aquella población que no tiene ningún tipo de seguridad social y por tanto sin acceso explícito a servicios de salud) la cual corresponde atender a la Secretaría de Salud Federal.

Al igual que en la década de 1980, en el 2003, se inicia otro proceso reformador importante pero en esta ocasión enfocada al aspecto del financiamiento, dando vida al Sistema de Protección Social en Salud y, como parte de éste el Seguro Popular⁴⁸ inicialmente como esquema de aseguramiento familiar y a partir del 2010, individual, aunque resuelve parcialmente la problemática de cobertura y acceso, fundamentalmente está orientado a reducir el gasto de bolsillo y evitar el impacto negativo en las finanzas familiares de los hogares más pobres ante gastos catastróficos de salud.

Con la entrada en vigor de dicho sistema ha reducido de forma importante la población que no cuenta con esquemas de aseguramiento financiero para poder acceder a los servicios de salud. Así en 2007 el número de derechohabientes del IMSS llegó a 50.6 millones, el del ISSSTE a 11 millones, el de las fuerzas armadas (Sedena y Semar) a 0.88 millones, el de Pemex a 0.71 millones, servicios estatales a 1.4 millones, y el del Seguro Popular, a 21.8 millones, con ello la población no derechohabiente del país se redujo a 19.4 millones (o a 18.34% de la población total).

⁴⁸ **Sistema de Protección Social en Salud** (SPSS) fue creado para administrar fondos públicos con el fin de garantizar la prestación de servicios de salud a través de un aseguramiento voluntario a la población sin un vínculo formal en el mercado laboral, y persigue tres objetivos específicos: a) mejorar las condiciones de salud de la población, b) proteger a las familias no aseguradas de sufrir gastos catastróficos y empobrecedores en salud y c) responder a las expectativas de atención de la población.

De continuar esta tendencia, es muy posible acercarse a la meta del acceso universal, exclusivamente en el aspecto de eliminar la barrera financiera que impide el acceso a servicios de salud, abasteciendo un sistema de afiliación eminentemente económico, no obstante seguirá existiendo un porcentaje de población cercano a 10% sin afiliación y sin ningún sistema de protección a la salud, y no solo por la condición laboral o de afiliación a algún sistema de salud, sino por razones de dispersión poblacional⁴⁹.

Para abordar la problemática planteada, es imprescindible considerar el perfil epidemiológico, (morbilidad y mortalidad). Ello se debió en parte a la propia demografía, a la evolución económica y social, a cambios en el entorno y el hábitat de los mexicanos, a los desiguales avances en el conocimiento y tratamiento de las diferentes enfermedades y padecimientos y por supuesto a la creación de instituciones de atención a la salud hacia la segunda mitad del siglo XX⁵⁰.

La transición epidemiológica en un país de ingresos medios y alta concentración de la riqueza como México, se ha descrito como “prolongada y polarizada”, con los siguientes atributos ⁵¹:

- a) Traslapo de etapas, con una persistencia simultánea de niveles altos de patología “pretransicional” (predominio de las enfermedades infecto-parasitarias) y “potransicional” (predominio de las enfermedades crónico-degenerativas);
- b) Contratransiciones, con episodios regresivos en los que resurgen algunos padecimientos que ya habían sido controlados (como paludismo, dengue o tuberculosis);
- c) Transición prolongada, con una aparente falta de resolución de la transición en un sentido definido y
- d) Polarización epidemiológica, con una agudización de las desigualdades en materia de salud, derivadas de las grandes desigualdades sociales que persisten en el país. Mientras la población pobre y rural sigue padeciendo principalmente desnutrición e infecciones comunes, la población urbana de clase media y alta sufre niveles crecientes de enfermedades crónicas y lesiones⁵².

Estas características de la transición epidemiológica de México implican que en el futuro, más que sustituir los problemas de salud existentes por nuevos problemas, a los primeros se montarán al

⁴⁹ Con datos en Enrique Ruelas-Barajas E, Concheiro AA. **Los futuros de la salud en México 2050**. México: Consejo de Salubridad General, 2010.

⁵⁰ Ibídem.

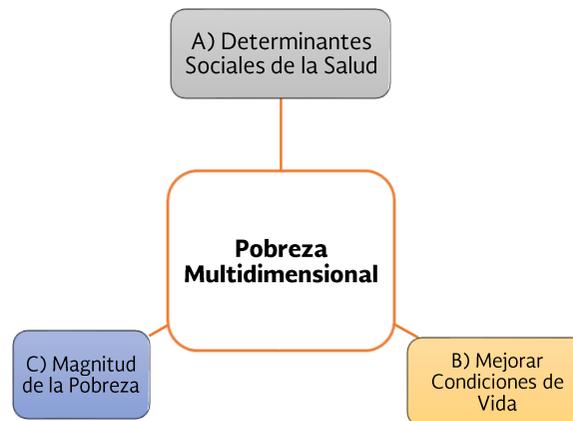
⁵¹ Ibídem.

⁵² Julio Frenk, J. L. Bobadilla, J. Sepúlveda y M. López Cervantes, **Health transition in middle-income countries: new challenge for health care**, Health Policy and Planning, núm. 4 1989 p.p.29-39
<http://heapol.oxfordjournals.org/content/4/1/29.abstract>

menos parte de los segundos, complicando las necesidades a las que debe responder al Sistema Nacional de Salud⁵³.

Es importante considerar dentro del modelo de transición epidemiológica polarizada el papel determinante que tienen las desigualdades sociales en salud, para poder señalar las siguientes consideraciones:

- a) Las determinantes sociales de la salud desde la perspectiva sistémica e interdisciplinaria conjugan las variables cualitativas de la definición y componentes de la pobreza multidimensional⁵⁴.
- b) Es decir, las determinantes sociales de la salud son variables e indicadores complementarios de las consideraciones de la pobreza multidimensional, y parten de la misma dimensión social en la que se debe incidir para la superación de las condiciones de injusticia y desigualdad en el acceso a los servicios de salud y los factores que la dificultan⁵⁵.



Esquema de elaboración propia DGPLADES 2015.

⁵³ Julio Frenk y José Bobadilla, **Los futuros de la Salud**, Nexos número 59, enero p.p. 64. A inicios del 2000 Frenk sigue refiriéndose al modelo mexicano como el “modelo polarizado” cuyo rasgo más característico es la inequidad entre entidades federativas y grupos vulnerables.

⁵⁴ Para la definición de la pobreza multidimensional: Lineamientos y criterios generales para la definición, identificación y medición de la pobreza, publicados en el Diario Oficial de la Federación el miércoles 16 de junio de 2010. Título segundo de la Definición de la Pobreza Capítulo Único Cuarto.- La definición de pobreza considera las condiciones de vida de la población a partir de tres espacios: el del bienestar económico, el de los derechos sociales y el del contexto territorial [...] Octavo.- **La población en situación de pobreza multidimensional será aquella cuyos ingresos sean insuficientes para adquirir los bienes y los servicios que requiere para satisfacer sus necesidades y presente carencia en al menos uno de los siguientes seis indicadores: rezago educativo, acceso a los servicios de salud, acceso a la seguridad social, calidad y espacios de la vivienda, servicios básicos en la vivienda y acceso a la alimentación.**

⁵⁵ Lo anterior de conformidad con lo establecido en cuanto a las determinantes sociales de la salud por la OMS, el perfil epidemiológico descrito y Lineamientos y criterios generales para la definición, identificación y medición de la pobreza, publicados en el Diario Oficial de la Federación el Miércoles 16 de junio de 2010 a partir del cuales el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) evalúa y mide la pobreza en México.

Por otra parte, la evolución del problema y del análisis de los recursos disponibles para poder enfrentarlo, tenemos que ver en el Sistema de Protección Social en Salud un medio y factor determinante para avanzar al fortalecimiento a la atención médica que contribuya a la cobertura y acceso universal de los servicios de salud.

Es decir, si bien es cierto el Seguro Popular contribuye a disminuir la barrera financiera que las familias y personas enfrentan para poder tener acceso a servicios de salud del primer nivel de atención, (sin dejar de mencionar que este también les abre las puertas a la red de atención) también es cierto que de forma *per se*, no les asegura el acceso, por lo tanto se requiere del esfuerzo institucional para enfrentar la dispersión geográfica y poblacional para llevar las unidades médicas móviles como una estrategia para las regiones más dispersas del país que están alejadas del desarrollo económico y del acceso a cualquier servicio público⁵⁶.

Por lo tanto, es importante conocer las características sociodemográficas de la población, susceptible de Recibir los componentes del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica y considerar que el SPSS representa la principal fuente de financiamiento del Programa para acercar los servicios a sus afiliados.

La distribución porcentual en 2006 de los hogares beneficiarios del SPSS muestra que 60% de la distribución del grupo con ningún esquema de afiliación se encontraba en los quintiles I a III; en el 2008, los quintiles I y II superan el 20% cada uno, y únicamente en el 2010 el quintil I supera el 20%.

El grupo afiliado al SPSS presentó el mismo patrón de distribución que el grupo que no tiene ninguna afiliación; en el 2010 más de 50% de la distribución se encontró en los quintiles I y II. El grupo que tiene otra afiliación (Pemex, Sedena, Semar, otra institución, privado, IMSS, ISSSTE) presentó un patrón de distribución opuesto a los otros dos grupos, ya que concentra 60% en los quintiles III, IV y V, sin ningún cambio importante a través del periodo 2006- 2010. No se observó un cambio mayor a 2% en la distribución porcentual de los deciles de gasto de los hogares en los tres grupos; el grupo afiliado al SPSS disminuyó su proporción en los deciles I-III y creció en los deciles IV, VI-X del 2006 a 2010⁵⁷, como se observa en la siguiente tabla⁵⁸.

⁵⁶ **Toward Universal Health Coverage and Equity in Latin America and the Caribbean Evidence from Selected Countries**, Tania Dmytraczenko and Gisele Almeida, Editors. World Bank Group- Pan American Health Organization- World Health Organization. **Directions in Development** Human Development. 2015 International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank 1818 H Street NW, Washington, DC 20433.

⁵⁷ Lazcano-Ponce E, Gómez-Dantés H, Rojas R, Garrido-Latorre F. **Sistema de Protección Social en Salud**. Evaluación externa 2012. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2013.

⁵⁸ *Ibidem*.

Distribución porcentual de los hogares afiliados al SPSS. México, 2006-2010

Número de hogares (muestral)	2006			2008			2010		
	Ninguno	SPSS	Otra*	Ninguno	SPSS	Otra*	Ninguno	SPSS	Otra*
	9 058	2 635	8 453	8 936	5 957	13 828	6 738	8 316	11 825
Características del hogar									
Quintil de nivel socioeconómico									
I	26.0	30.5	9.9	25.9	34.2	9.9	24.2	33.0	8.6
II	21.7	24.9	16.5	21.3	24.8	17.1	19.7	24.8	16.4
III	20.2	21.4	20.7	19.4	18.9	20.8	19.8	19.2	20.9
IV	17.2	16.0	23.4	18.1	13.8	24.1	19.4	14.1	24.5
V	15.0	7.2	29.5	15.4	8.4	28.1	17.0	9.0	29.6
Decil de gasto de los hogares									
I	15.9	18.1	1.0	16.7	17.9	2.1	15.4	16.8	2.1
II	13.6	17.3	3.2	13.2	17.2	4.5	12.6	15.4	4.3
III	11.8	15.8	5.8	11.8	14.6	6.6	11.5	14.2	5.9
IV	10.9	12.6	8.1	11.3	12.1	8.2	10.1	12.9	7.7
V	9.9	11.3	9.9	10.0	11.0	9.7	9.7	11.1	9.5
VI	9.0	8.5	11.8	8.5	9.3	11.4	9.0	9.3	11.2
VII	8.2	7.4	13.0	8.1	7.2	12.6	8.8	7.5	12.6
VIII	7.7	4.5	14.5	7.1	5.9	13.8	8.0	6.2	14.0
IX	6.5	3.2	16.2	6.8	3.6	15.0	7.6	4.2	15.6
X	6.7	1.3	16.6	6.4	1.3	16.2	7.4	2.3	17.1

Nota: Datos obtenidos a partir de la ENIGH

* Incluye Pemex, Sedena, Semar, otra institución, privado, IMSS, ISSSTE

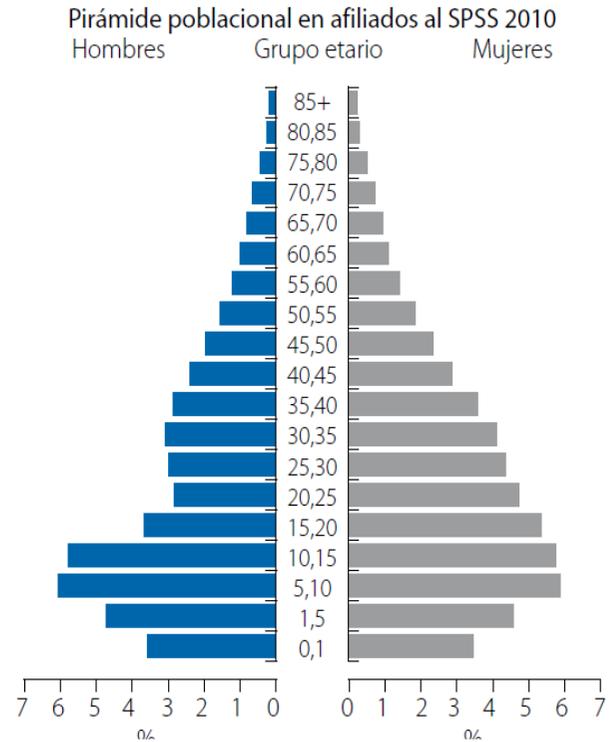
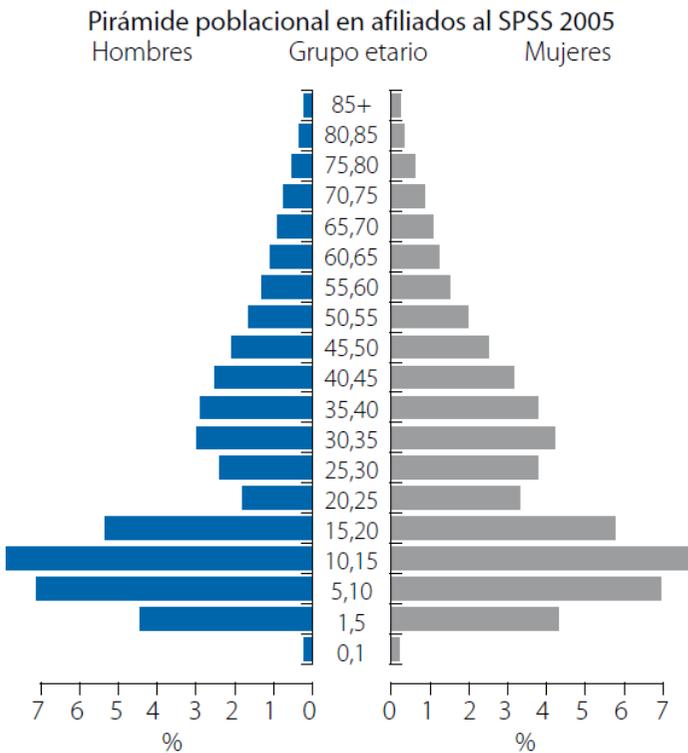
“En 2010, la estructura de la población afiliada sigue mostrando el predominio de las mujeres en los grupos de edad mayores de 20 años [...] por el predominio de una oferta de intervenciones dirigidas a la protección de los menores de cinco años y las mujeres en edad reproductiva así como a que el SPSS atiende a las poblaciones rurales y más pobres del país, estas zonas son las que también producen los mayores volúmenes de población masculina migrante”⁵⁹.

En general, el SPSS integra en su padrón de afiliación a una mayor proporción de población pobre, con baja escolaridad, de integrantes del hogar menores de cinco años (40%) y de mujeres en edad reproductiva (81%), en comparación con los otros dos grupos, población que atenderá el Programa de FAM. Para ello se retoman los actuales indicadores de la MIR del Programa Unidades Médicas Móviles en mortalidad-materno infantil y menores de 5 años en control nutricional, así como referencias de mujeres con embarazos de alto riesgo.

En los hogares afiliados encontramos una mayor proporción de integrantes de 60 años y que pertenece a la población indígena además de que 35.3% de los hogares afiliados al SPSS se encuentra en localidades rurales. Este patrón de afiliación nos indica que el SPSS atiende de forma preferencial a la población más vulnerable del país, con mayores riesgos a la salud, menor capacidad de pago y acceso a servicios médicos preventivos”⁶⁰.

⁵⁹ Ibídem.

⁶⁰ Ibídem.



61

En este sentido, considerando las determinantes sociales de la salud y la pobreza multidimensional en su factor de acceso a servicios de salud, resulta importante citar los hallazgos de la OCDE en el trabajo denominado “Diagnóstico de Desarrollo Territorial en México”⁶² presentados este 2015.

“El país muestra diferencias tan grandes como las que se pueden encontrar en un continente, en México existen alrededor de 188 mil localidades con menos de 2,500 habitantes. En ellas viven más de 26 millones de personas. Estas localidades sufren de dispersión y aislamiento; especialmente en relación al acceso a servicios públicos y las conexiones con los mercados. El panorama general del país es uno de ciudades muy grandes (caracterizadas por altos niveles de congestión) un gran número de asentamientos pequeños (algunos de ellos aislados) y una presencia limitada de las ciudades de tamaño medio”⁶³.

Existen grandes diferencias entre las regiones norte y sur; entre las ciudades y las zonas rurales; así como dentro de la mayoría de los Estados. La distribución del PIB per cápita entre los estados es muy desigual. En 2010, el índice de Gini⁶⁴ de la desigualdad regional en México fue de 0,35, un valor más

⁶¹ *Ibidem*.

⁶² **Diagnóstico de Desarrollo Territorial en México**, OCDE 2015. Prof. Gianfranco Viesti, Universidad de Bari, Italia <http://es.slideshare.net/EUROsociAL-II/gianfranco-vesti-universidad-de-bari-italia>.

⁶³ *Ibidem*.

⁶⁴ **El índice o coeficiente de GINI**: Es una medida relativa de concentración en la distribución de los ingresos de los hogares el cual permite ver las diferencias en la estratificación de los hogares distribuidos en deciles.

alto que el resto de los grandes países emergentes y más del doble con respecto a los países más grandes de la OCDE⁶⁵.

En 2012, 53.3 millones de mexicanos vivían en pobreza, es decir el 45.5% de la población total. La tasa de pobreza disminuyó levemente desde mediados de la década de 1990 hasta mediados de la década de 2000; sin embargo, volvió a aumentar con la crisis financiera internacional. La pobreza se deriva en gran parte del vasto sector informal de empleos de baja productividad con bajos salarios, la falta de acceso a la formación y las redes de protección social limitada. También refleja la amplia dispersión geográfica de la población en zonas remotas.⁶⁶

A partir de 2012 en México había 7 millones de personas en extrema pobreza de nutrición, seis estados tienen más de medio millón de personas en pobreza alimentaria extrema. También debido a la pobreza extrema, México es el segundo país con mayor desigualdad en el área de la OCDE⁶⁷.

Es así que las disparidades regionales se proyectan en la misma magnitud a las diferencias e inequidades que existen en el acceso a los servicios de salud, producto de la estructura del gasto del presupuesto federal y evidentemente de la insuficiencia de políticas públicas que disminuyan las inequidades existentes.

Aunado a lo anterior debemos de considerar que el papel del gasto público en México es relativamente limitado.

Es decir, el gobierno de nuestro país tiene la mayor carga del gasto en salud, no obstante es muy por debajo de los deseado y lo que se invierte no todo es eficiente ni asegura reducir las brechas de desigualdad, por su parte el gasto de bolsillo que destinan las familias sigue siendo elevado e insuficiente para atender los padecimientos básicos responsabilidad del primer nivel de atención.

Lo anterior, contrasta con el hecho que México ha cumplido con sus respectivas disposiciones constitucionales e instrumentos internacionales en cuanto a garantizar el Derecho a la Salud como se muestra en la siguiente tabla; pero no así con las suficientes políticas públicas.

⁶⁵ Ibídem.

⁶⁶ Ibídem.

⁶⁷ Ibídem.

Constitutional Provisions and International Instruments Concerning the Right to Health in Latin America and the Caribbean

Country	Constitutional right to health provision	Universal Declaration of Human Rights ^a	International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights ^b
Antigua and Barbuda			
Argentina		✓	✓
Bahamas			✓
Barbados			✓
Belize			✓
Bolivia	✓	✓	✓
Brazil	✓	✓	✓
Chile	✓	✓	✓
Colombia		✓	✓
Costa Rica		✓	✓
Cuba	✓	✓	✓
Dominica			✓
Dominican Republic	✓	✓	✓
Ecuador	✓	✓	✓
El Salvador	✓	✓	✓
Grenada			✓
Guatemala	✓	✓	✓
Guyana	✓		✓
Haiti	✓	✓	✓
Honduras	✓		✓
Jamaica			✓
Mexico	✓	✓	✓
Nicaragua	✓	✓	✓
Panama	✓	✓	✓
Paraguay	✓	✓	✓
Peru	✓	✓	✓
Saint Kitts and Nevis			
Saint Lucia			
Saint Vincent and the Grenadines			✓

68.

Toward Universal Health Coverage and Equity in Latin America and the Caribbean Evidence from Selected Countries, Tania Dmytraczenko and Gisele Almeida, Editors. World Bank Group- Pan American Health Organization- World Health Organization. Directions in Development Human Development. 2015 International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank 1818 H Street NW, Washington, DC 20433.

Por otra parte, si consideramos que la mayor proporción de los ingresos de los gobiernos estatales se originan a través de transferencias federales, es decir, las participaciones representan el 40% del total, mientras que las aportaciones representan el 38%⁶⁹.

⁶⁸ Note: Esta tabla incluye sólo países independientes y naciones insulares de América Latina y el Caribe. “This table includes only independent countries and island nations of Latin America and the Caribbean region”.

⁶⁹ Ibídem.

De las aportaciones que se detallan del Ramo 33 del presupuesto federal, incluyen 8 diferentes fondos. El FASSA (Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud) que se destina a los servicios de salud representa el 12% del Ramo 33. A pesar de que el gasto federal total en salud aumentó considerablemente en el período más reciente; los gastos de salud aumentaron un 30% entre 2006 y 2012; a pesar de este incremento, México sigue siendo uno de los países de la OCDE con el menor porcentaje de los gastos de salud respecto al PIB, el financiamiento de la salud pública concedida por el FASSA permanece inversamente correlacionada con el PIB per cápita y los indicadores de necesidad⁷⁰.

En particular en cuanto a cobertura universal, la siguiente tabla muestra las principales reformas en América latina y el Caribe.

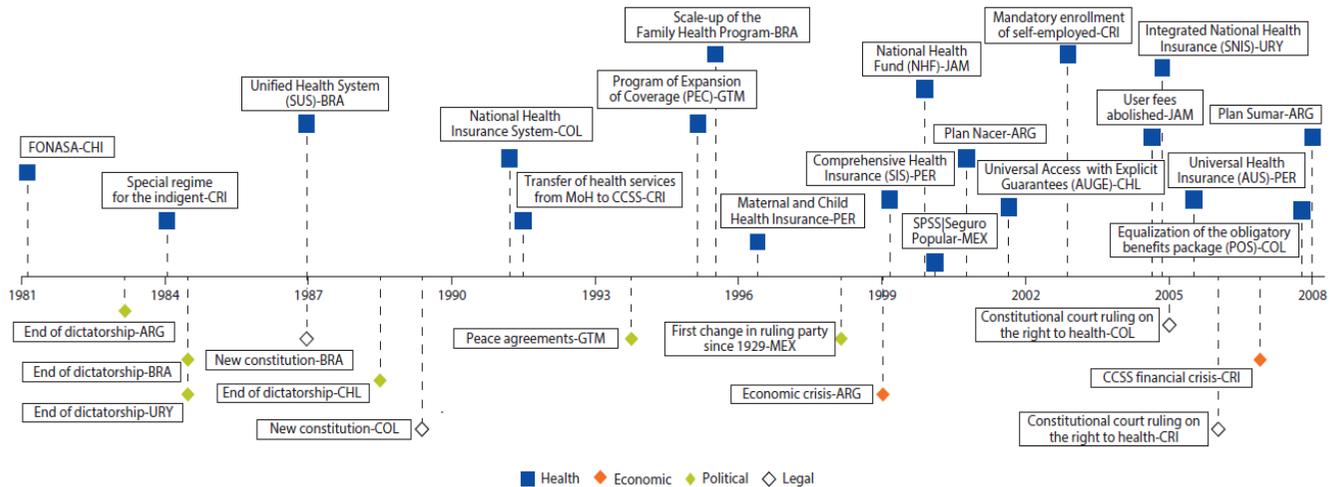
<i>Country</i>	<i>Reforms</i>	<i>Year</i>
Argentina	Plan Nacer	2004
	Plan Sumar	2012
Brazil	Unified Health System (SUS)	1988
	Scale-up of Family Health Program (FHP)	1998
Chile	FONASA	1981
	Universal Access with Explicit Guarantees (AUGE)	2005
Colombia	National Health Insurance System	1993
Costa Rica	Special regime for the indigent	1984
	Transfer of health services from MoH to CCSS	1993
	Mandatory enrollment of the self-employed	2006
Guatemala	Program of Expansion of Coverage (PEC)	1997
Jamaica	National Health Fund (NHF)	2003
	User fees abolished	2008
Mexico	Social Protection System in Health (SPSS)/Seguro Popular	2003
Peru	Maternal and Child Health Insurance	1999
	Comprehensive Health Insurance (SIS)	2002
	Universal Health Insurance (AUS)	2009
Uruguay	FONASA	2007
	Integrated National Health System (SNIS)	2007

71

El comparativo en la evolución de la cobertura universal como medio para garantizar el acceso a los servicios de atención en salud de primer nivel, México comparado con los países de América Latina y el Caribe, podemos mencionar que con el proceso de descentralización y las reformas de la década de 80 y la incorporación del Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular), en México existen dos reformas de primera generación, esencialmente financieras, el reto de la evolución tendrá que ser en el futuro en la ampliación de la cobertura en términos de infraestructura, para garantizar la prerrogativa constitucional del acceso a la salud de los mexicanos que viven en las localidades de difícil acceso por su ubicación y distribución geográfica.

⁷⁰ *Ibíd.*

⁷¹ *Ibíd.*



72

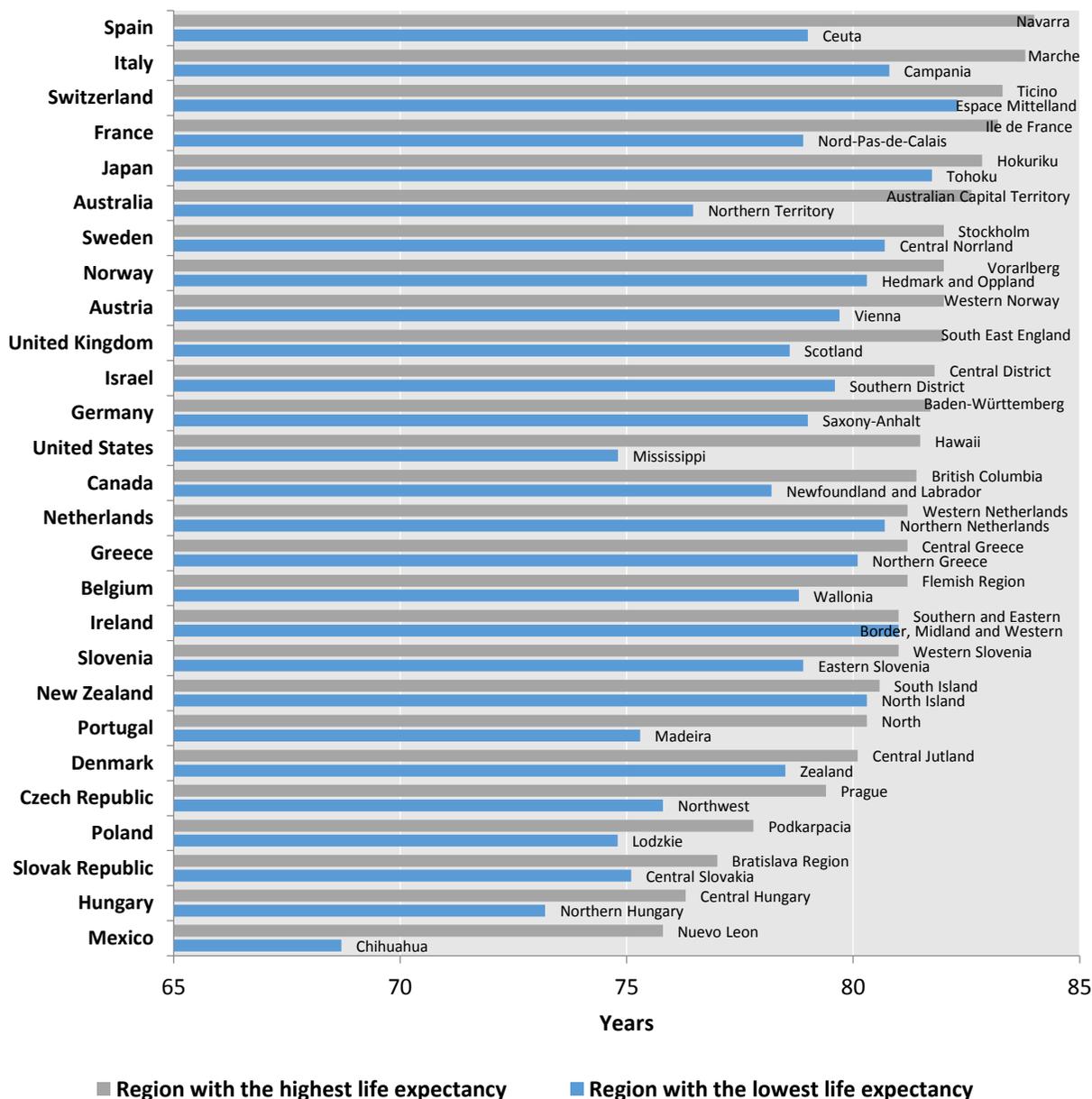
La legislación en salud ha permitido la ampliación de la cobertura y acceso a servicios de primer nivel de atención, aunado a la eliminación de las barreras financieras (seguro popular), aunado a la evolución epidemiológica, las determinantes sociales de la salud, la falta de acceso a los servicios de salud, impactan en los indicadores de salud de la población y en los sectores en condiciones de vulnerabilidad, es decir, la población mexicana, que vive en los estados menos desarrollados, permanece excluida de los beneficios del crecimiento general.

Dichos factores, se incrementan en la amplia dispersión geográfica de la población en zonas alejadas, en las que resulta difícil prestar servicios, junto con una alta concentración en zonas urbanas, en donde la infraestructura y los servicios públicos sufren enorme presión.

Por ejemplo dentro de los países de la OCDE, haciendo un comparativo regional de la esperanza de vida al nacer, México tiene la menor en el estado de Chihuahua, respecto al resto de los estados y regiones de los miembros de la OCDE.

⁷² **Toward Universal Health Coverage and Equity in Latin America and the Caribbean Evidence from Selected Countries**, Tania Dmytraczenko and Gisele Almeida, Editors. World Bank Group- Pan American Health Organization-World Health Organization. **Directions in Development** Human Development. 2015 International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank 1818 H Street NW, Washington, DC 20433.

Maximum and minimum regional life expectancy at birth, 2010.



OECD (2013), **OECD Regions at a Glance 2013**, OECD Publishing, Paris. DOI: http://dx.doi.org/10.1787/reg_glance-2013-en Regions at a Glance 2013 - © OECD 2013

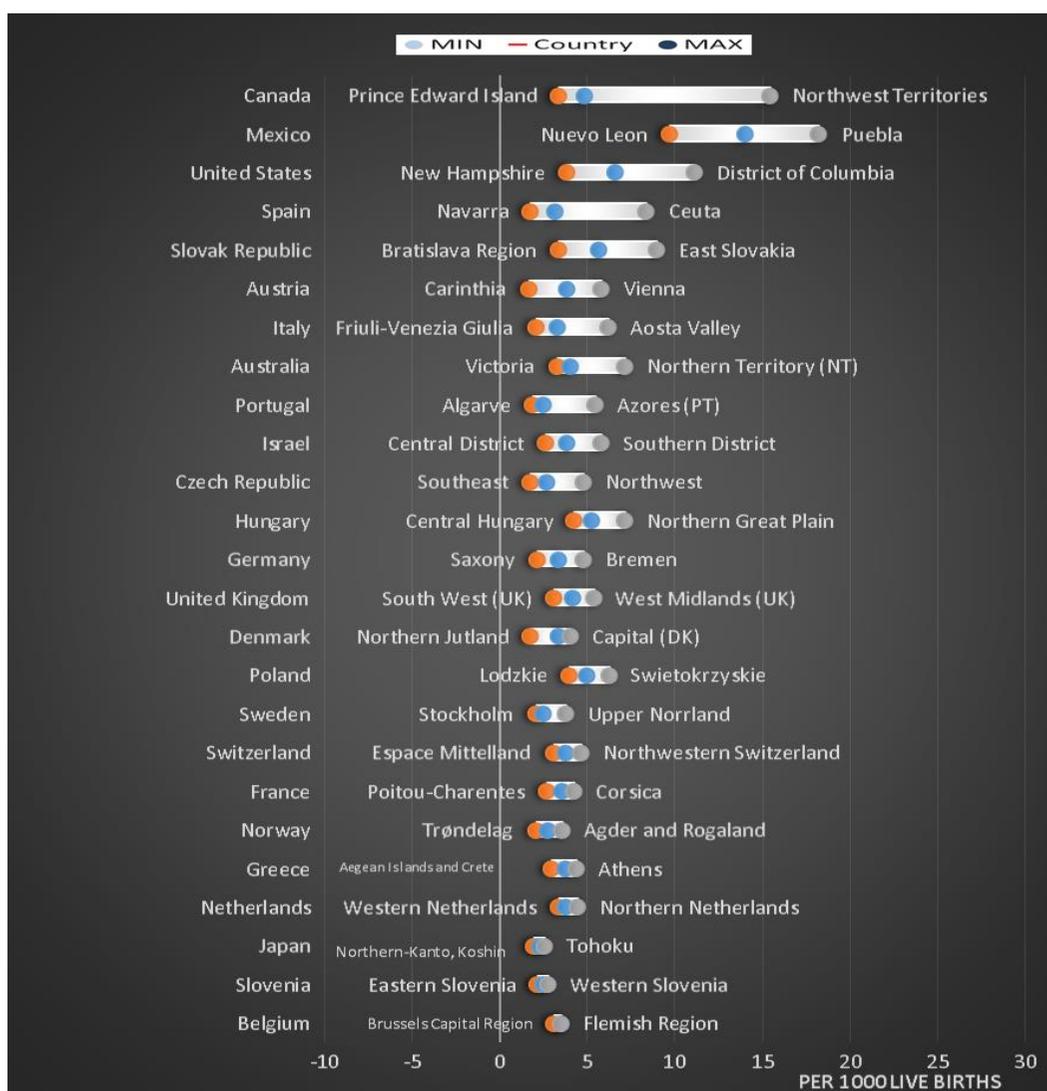
La importancia de la esperanza de vida al nacer radica en que es un indicador básico de salud, que está estrechamente relacionado con las condiciones sanitarias y de acceso a servicios de salud al tiempo que refleja también variables demográficas, influencias sociales, económicas y ambientales.

Al ser uno de los indicadores de salud que más se tienen en cuenta en el ámbito del desarrollo social y del crecimiento económico, constituye uno de los componentes del Índice de Desarrollo Humano (IDH) del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

Para el Programa de Fortalecimiento a la Atención Médica, las localidades que pertenecen a los municipios de menor IDH son zonas prioritarias de atención, por lo tanto, este representa uno de los criterios de inclusión para constituir las localidades beneficiarias de la atención a través de unidades médicas móviles.

En la siguiente gráfica se incluyen valores máximos y mínimos por región y/o entidad de las tasas de mortalidad infantil de cada país que pertenece a la OCDE.

Maximum and minimum regional values of infant mortality rates by country, 2010.



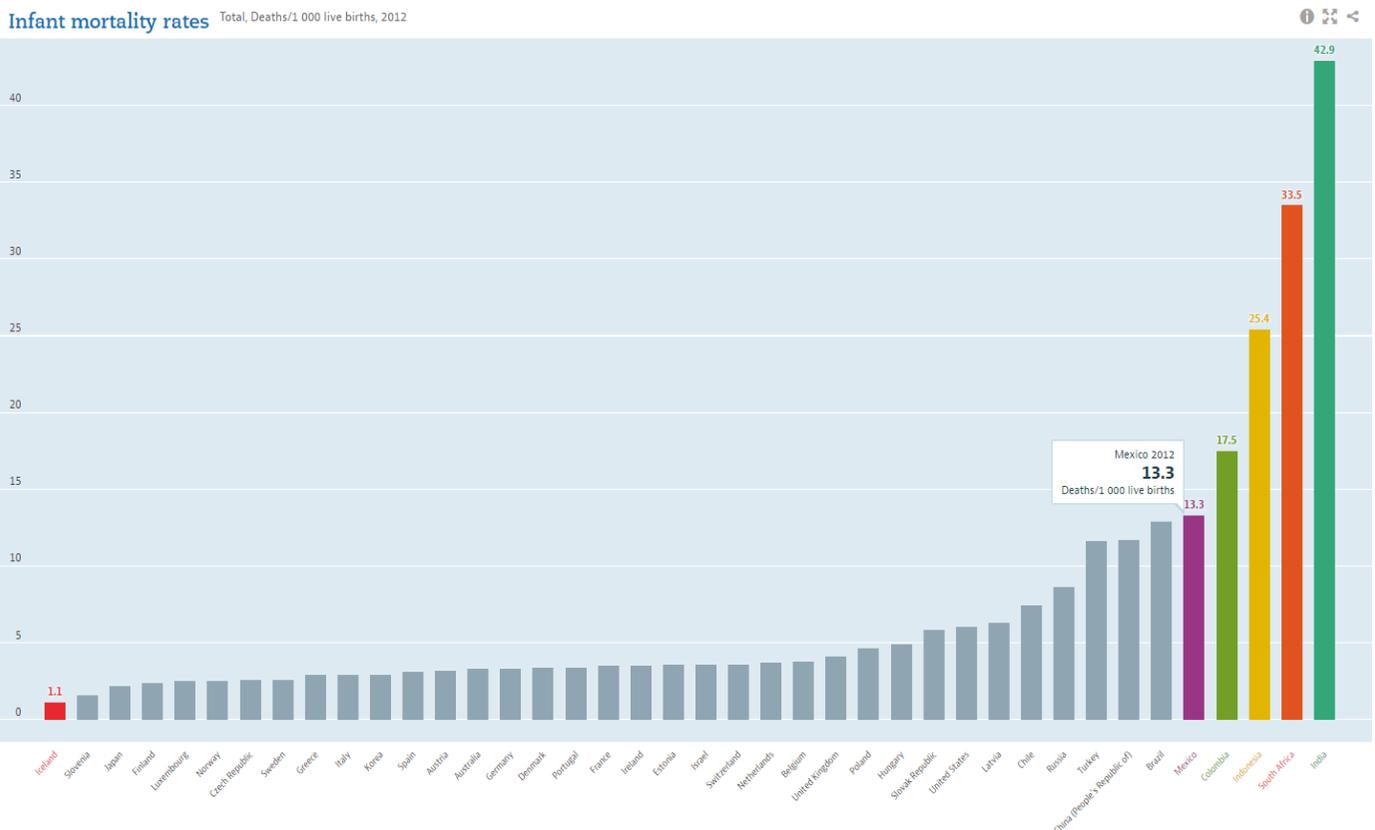
OECD (2013), **OECD Regions at a Glance 2013**, OECD Publishing, Paris. DOI: http://dx.doi.org/10.1787/reg_glance-2013-en Regions at a Glance 2013 - © OECD 2013

Como se observa, México tiene el segundo mayor rango de diferencia entre la entidad que registra valores mínimos de mortalidad infantil (Nuevo León) y la de mayor incidencia (Puebla), en comparación con el resto de los países miembros de la OCDE.

La importancia de las tasas de mortalidad infantil, es porque reflejan los recién nacidos que mueren durante el primer año de vida por cada mil nacidos vivos. La mortalidad infantil incluye la mortalidad neonatal, referida a las muertes ocurridas durante las cuatro primeras semanas de vida, generalmente a causas relacionadas con el parto y por lo tanto resultantes de cuidados prenatales y obstétricos inadecuados, las muertes neonatales son responsables de los dos tercios de las muertes infantiles en los países en vías de desarrollo, principalmente por la falta de acceso a servicios médicos adecuados.

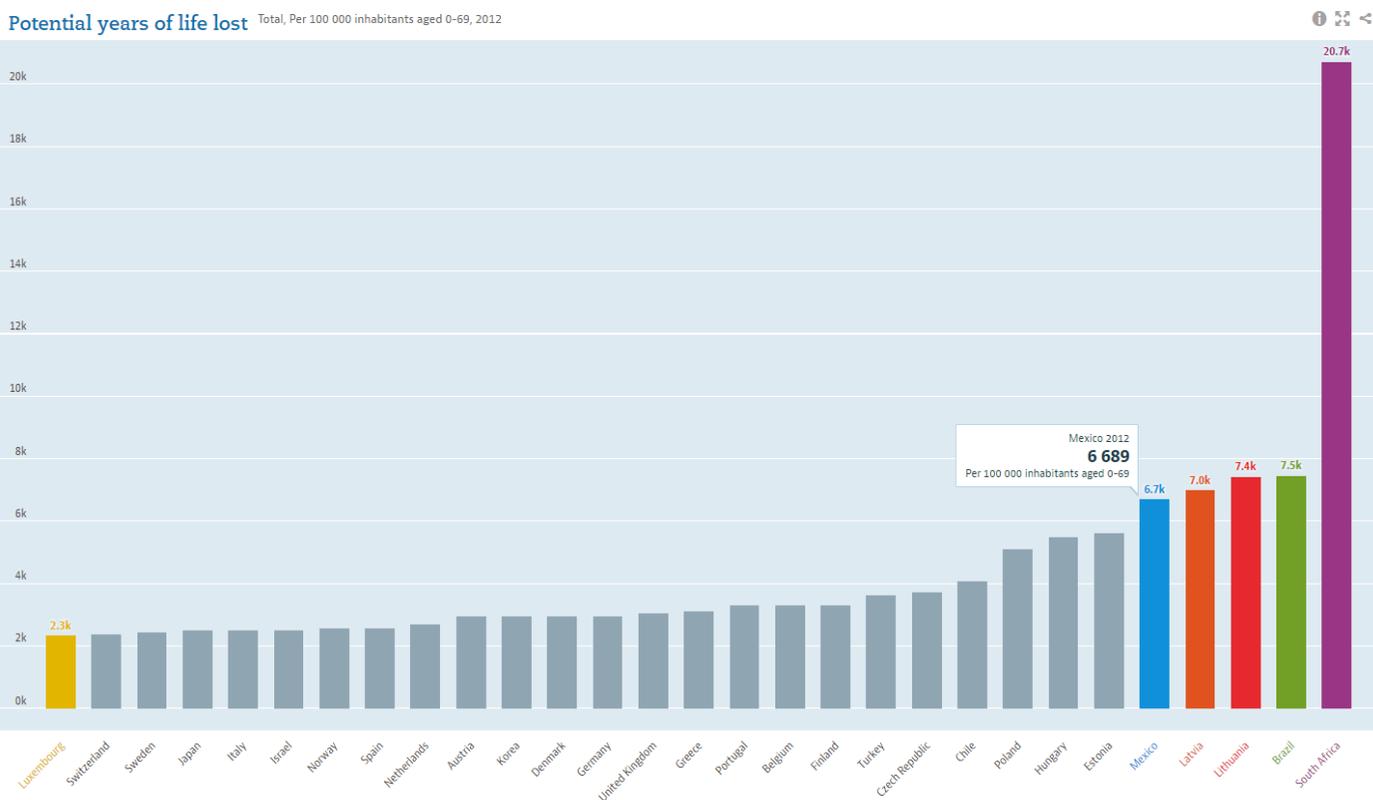
Es extensamente usada por la comunidad internacional como un indicador confiable sobre el estado de la salud de la población y de manera indirecta, del desarrollo socioeconómico. Refleja con fidelidad el nivel de problemas maternos derivados del embarazo y del parto y los problemas neonatales, y en algunos casos permite evaluar el entorno necesario para el crecimiento satisfactorio de los niños de más edad, en este sentido, es uno de los indicadores más sensible del estado de salud de la población.

Consistentemente con lo anterior, se muestra en al siguiente gráfica la tasa de mortalidad infantil al 2012 donde se observa la posición que ocupa México respecto a los países integrantes de la OCDE, donde se mantiene la tendencia entre los primeros cinco lugares con la tasa de mortalidad infantil más alta solo por debajo de Colombia, Indonesia, Sudáfrica y la India.



OECD (2015), **Infant mortality rates** (indicator). doi: 10.1787/83dea506-en (Accessed on 17 August 2015) <https://data.oecd.org/healthstat/infant-mortality-rates.htm#indicator-chart>

Otro indicador relevante a nivel internacional son los años potenciales de vida perdidos, es decir, la muerte de personas jóvenes o de fallecimientos prematuros en su mayoría por falta de acceso a los servicios de primer nivel de salud⁷³, en resumen refleja las muertes prematuras y que son prevenibles en términos de salud pública, de igual forma México se encuentra dentro de los cinco países miembros de la OCDE que tienen registrado los mayores años potenciales de vida perdidos, junto con Brasil y Sudáfrica.



OECD (2015), **Potential years of life lost** (indicator). doi: 10.1787/193a2829-en (Accessed on 17 August 2015) <https://data.oecd.org/healthstat/potential-years-of-life-lost.htm#indicator-chart>

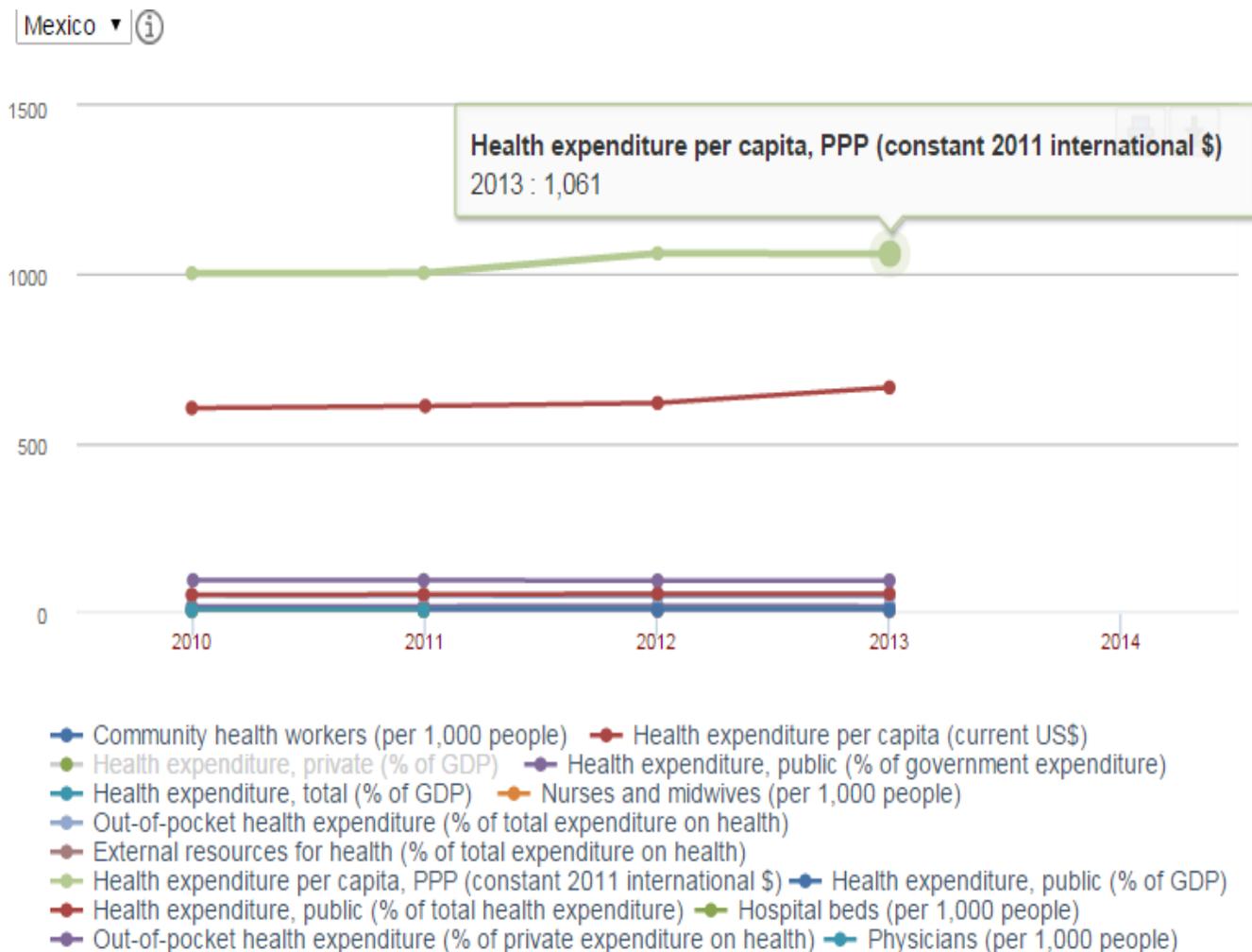
*Este indicador es un resumen de la mortalidad prematura, proporciona una forma explícita de ponderación de muertes a edades tempranas, que pueden ser prevenibles [...] Se mide en años perdidos por 100 000 habitantes (hombres y mujeres) de edad 0-69. "This indicator is a summary measure of premature mortality, providing an explicit way of weighting deaths occurring at younger ages, which may be preventable [...] It is measured in years lost per 100 000 inhabitants (men and women) aged 0-69".*⁷⁴

⁷³ OECD (2015), **Potential years of life lost** (indicator). doi: 10.1787/193a2829-en (Accessed on 17 August 2015) <https://data.oecd.org/healthstat/potential-years-of-life-lost.htm#indicator-chart>

⁷⁴ Ibídem

Como se he mencionado, uno de los avances en materia de cobertura y acceso universal a servicios de salud, ha sido a través de la eliminación de barreras financieras por el Seguro Popular, en donde incluso el impacto sustantivo se ve marginalmente si lo comparamos con la falta de infraestructura que garantice de manera objetiva el acceso a los servicios del primer nivel de atención en las zonas de mayor rezago.

Por ejemplo, con datos del Banco Mundial se muestra que el gasto per cápita en salud en el periodo del 2010 al 2013, no muestra una tendencia significativa de modificación.



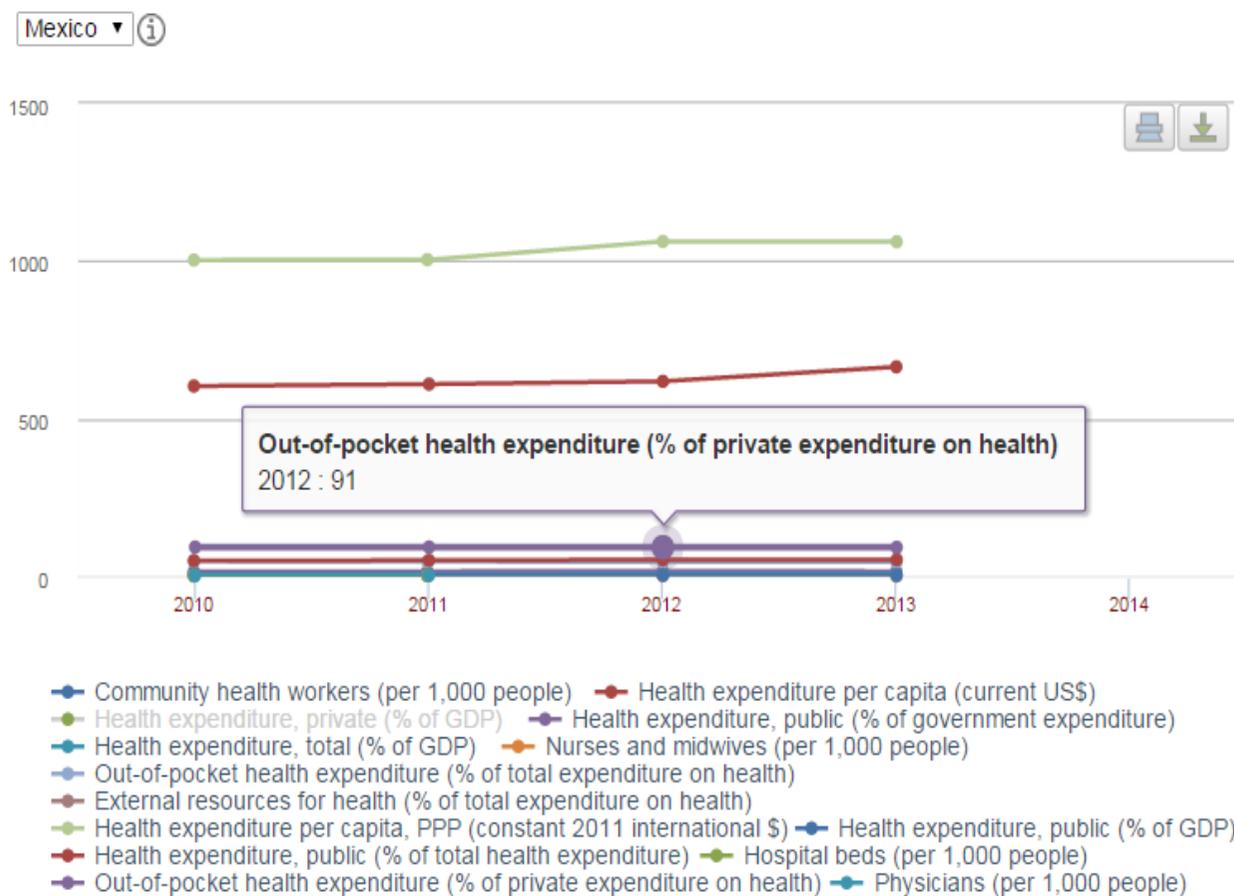
Source: World Development Indicators

Help/Feedback

Gráfica elaborada con datos The World Bank a través de su página y bases de datos de libre acceso disponibles en <http://databank.worldbank.org/data/>

Complementariamente, con datos del Banco Mundial se muestra que el gasto de bolsillo en salud, es decir, el gasto que las personas designan para la salud (pueden incluir honorarios del médico, medicamentos, insumos de atención, análisis de laboratorio etc.) no muestra ninguna tendencia creciente.

Lo anterior, se debe al bajo ingreso per cápita de la población y a un destino precario de los gastos de bolsillo en salud, se estima anualmente asociada a la capacidad de pago de cada persona y/o segmento de la población, que carecen de acceso a servicios de salud.



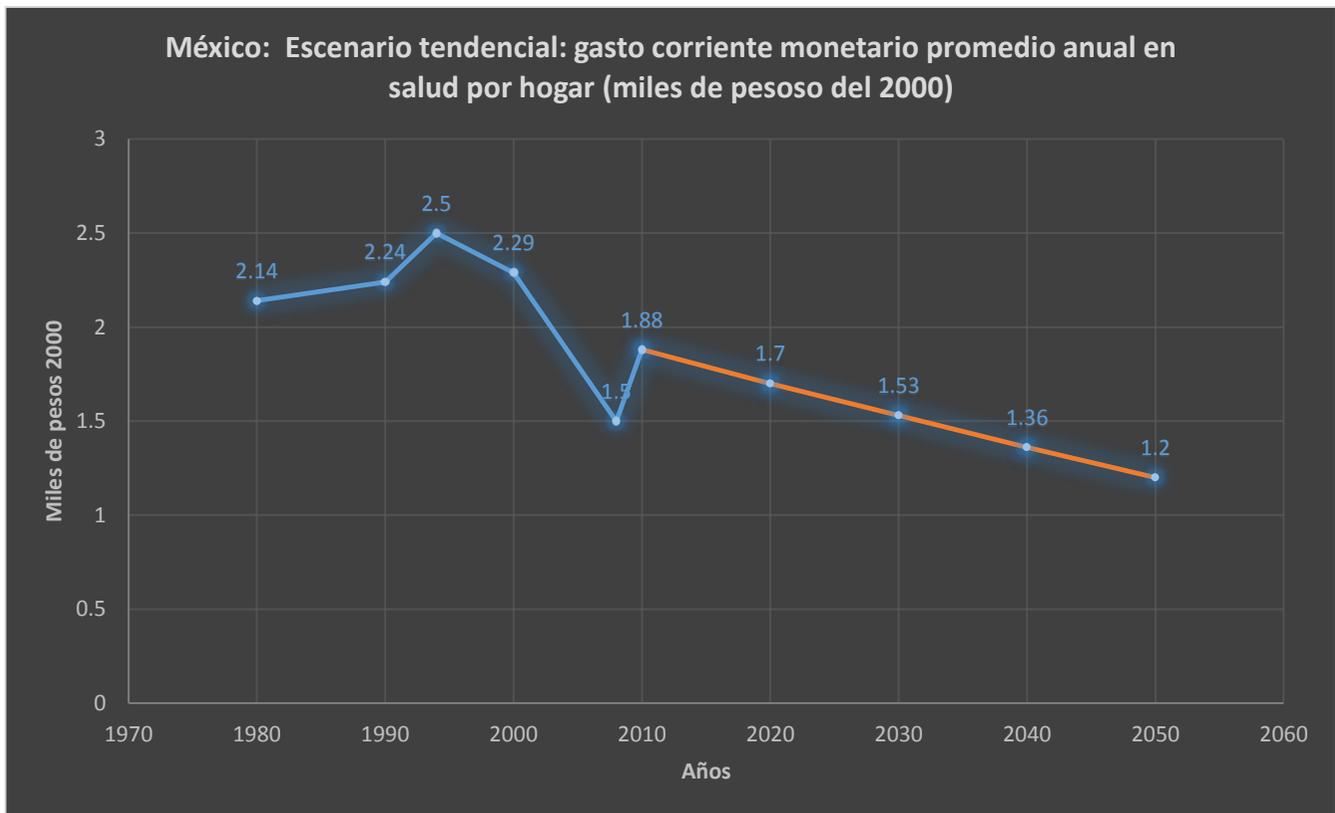
Source: World Development Indicators

Help/Feedback

Gráfica elaborada con datos The World Bank a través de su página y bases de datos de libre acceso disponibles en <http://databank.worldbank.org/data/>

3.2.2 Evolución del Problema

Para reforzar el planteamiento de la grave problemática que se debe atender a través del Programa de Fortalecimiento a la Atención Médica con unidades médicas móviles. Se muestra el siguiente escenario tendencial del gasto corriente monetario promedio anual en salud por hogar (miles de pesos del 2000).



Gráfica elaborada para el presente con los datos históricos. INEGI, Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares, varios años, México en Enrique Ruelas-Barajas E, Concheiro AA. **Los futuros de la salud en México 2050**. México: Consejo de Salubridad General, 2010.

Desde inicios de la década de los 80 el gasto corriente monetario promedio en salud de todos los hogares del país se ha mantenido apenas entre el 3 y el 4% del total de los gastos corrientes monetarios, con una ligera tendencia central a la baja. Cabe señalar que entre 1984 y 2008 el porcentaje de hogares del país que reportaron haber hecho algún gasto monetario en salud se mantuvo relativamente estable entre 58 y 67%, ello significa que para los hogares que sí realizaron

algún gasto monetario en salud, dicho gasto representó entre 4 y 5% de sus gastos monetarios totales⁷⁵.

Según con el escenario tendencial, en 2030 el gasto corriente promedio monetario anual en salud podría ser cercano a 3.3% del gasto total promedio de los hogares y en 2050 podrían descender poco más de 3.1%, o puesto de otra manera podría equivaler a 1,500 pesos del 2000 y descender a cerca de 1,200 pesos en 2050.

Con este escenario hay evidencia, para afirmar que la intervención del Estado en materia de salud seguirá siendo fundamental para la mayor parte de las familias mexicanas.

Sin dicha intervención y ante muy posibles incrementos en los costos de los servicios de atención a la salud, aunado a la evolución epidemiológica, la mayor parte de los hogares del país estarán expuestos a la descomposición económica y social por motivos de salud y si esta evidencia se aplica a las localidades, regiones y grupos en condiciones de vulnerabilidad que por sus condiciones geográficas están marginadas a cualquier tipo de desarrollo y superación de la pobreza, la prospectiva es mucha más reveladora y alarmante para las más de 180 mil localidades con menos de 2,500 habitantes geográficamente dispersas y que no cuentan con acceso a servicios de salud.

En los hogares rurales, precisamente en las localidades con menos de 2,500 habitantes, que son de las más pobres del país, el gasto promedio en salud ha sido siempre menor al promedio nacional y muestra también una tendencia central decreciente, pasando de poco menos de 1,900 pesos en 1988 a 880 pesos en 2008, a precios constantes del 2000⁷⁶.

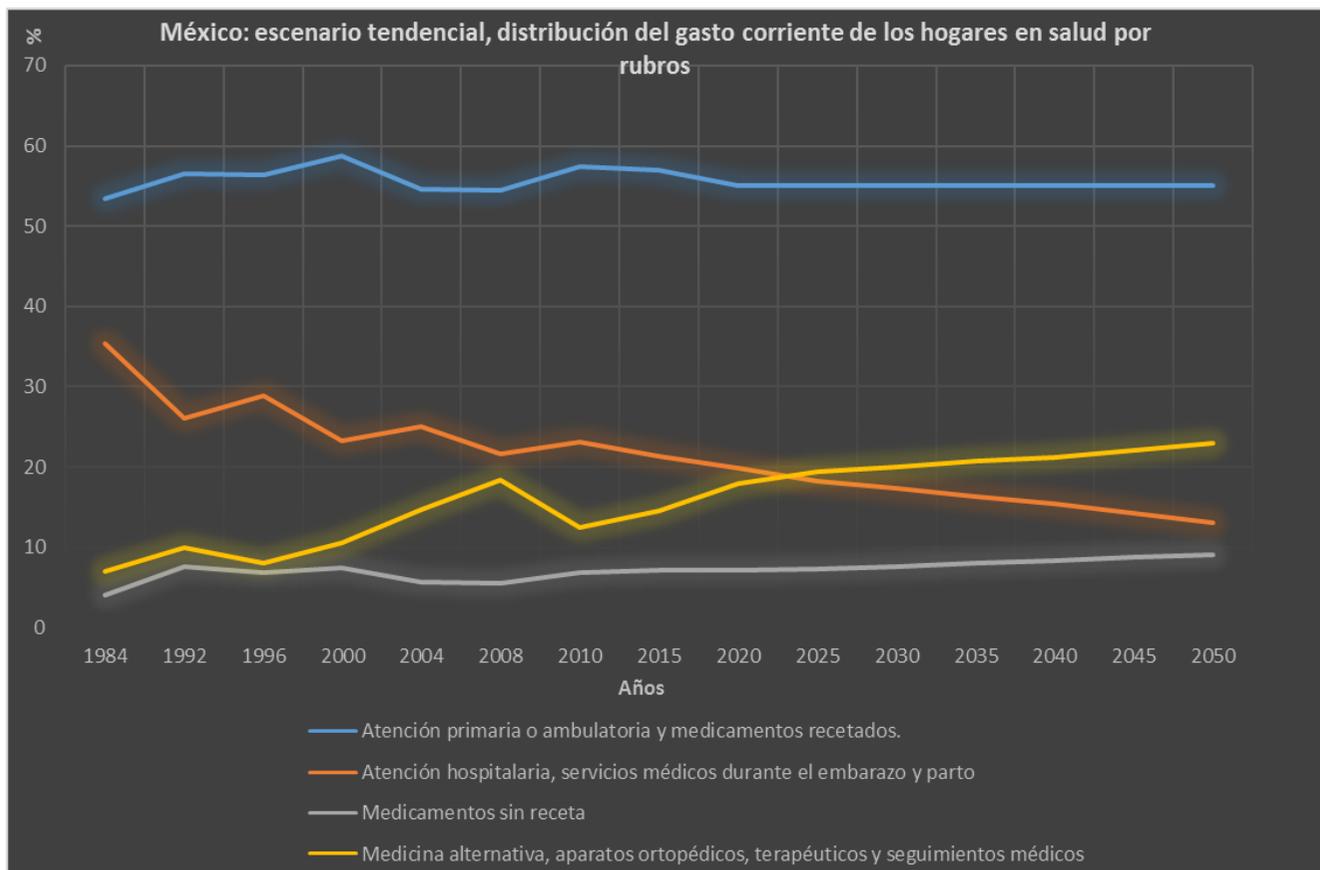
La razón del gasto en salud, del 10% más rico respecto al 10% más pobre de los hogares es elevada, pero menos que la razón de los ingresos totales de estos dos deciles de hogares, oscilando alrededor de 14, contra los 23 a 24 de la razón de ingresos. Ello significa que los gastos de bolsillo en atención a la salud representan una mayor carga para los hogares más pobres que para los más ricos⁷⁷.

La siguiente gráfica muestra el papel del Estado como imprescindible en la prospectiva al 2050, como garante del acceso a los servicios de salud, y más aún, en las localidades dispersas con habitantes que presentan las mayores condiciones de vulnerabilidad y rezago, el siguiente escenario tendencial de la distribución del gasto corriente monetario de los hogares en salud por rubros, es significativo para considerar como prioritario el Programa de Fortalecimiento a la Atención Médica, a través de unidades médicas móviles

⁷⁵ Enrique Ruelas-Barajas E, Concheiro AA. **Los futuros de la salud en México 2050**. México: Consejo de Salubridad General, 2010

⁷⁶ *Ibíd.*

⁷⁷ *Ibíd.*



Gráfica reelaborada para el presente con los datos históricos. INEGI, Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares, varios años, México en Enrique Ruelas-Barajas E, Concheiro AA. **Los futuros de la salud en México 2050**. México: Consejo de Salubridad General, 2010

Con la información disponible en las encuestas de ingreso-gasto de los hogares de 1984 a 2008 se puede mostrar que para la totalidad de los hogares, el rubro de gastos de atención de primer nivel o ambulatoria y medicamentos con receta es la más importante y se ha mantenido relativamente constante entre 54 y 59% del total de los gastos en salud, (entre 25 y 30% corresponde, según el año, a consultas médicas, entre 15 y 25% a medicamentos recetados, y entre 5 y 9% a otras atenciones de primer nivel⁷⁸.

Le sigue en importancia el rubro de atención hospitalaria y servicios médicos durante el embarazo y parto, que muestra una tendencia descendente, habiendo pasado de algo más del 35% de los gastos en salud en 1984 a poco más del 21.5% en 2008, (durante todo el lapso cubierto por los datos, entre 8 y 12% en un patrón relativamente estable, corresponde a servicios, médicos durante el embarazo y parto, mientras que los gastos de atención hospitalaria muestran una tendencia central a la baja⁷⁹.

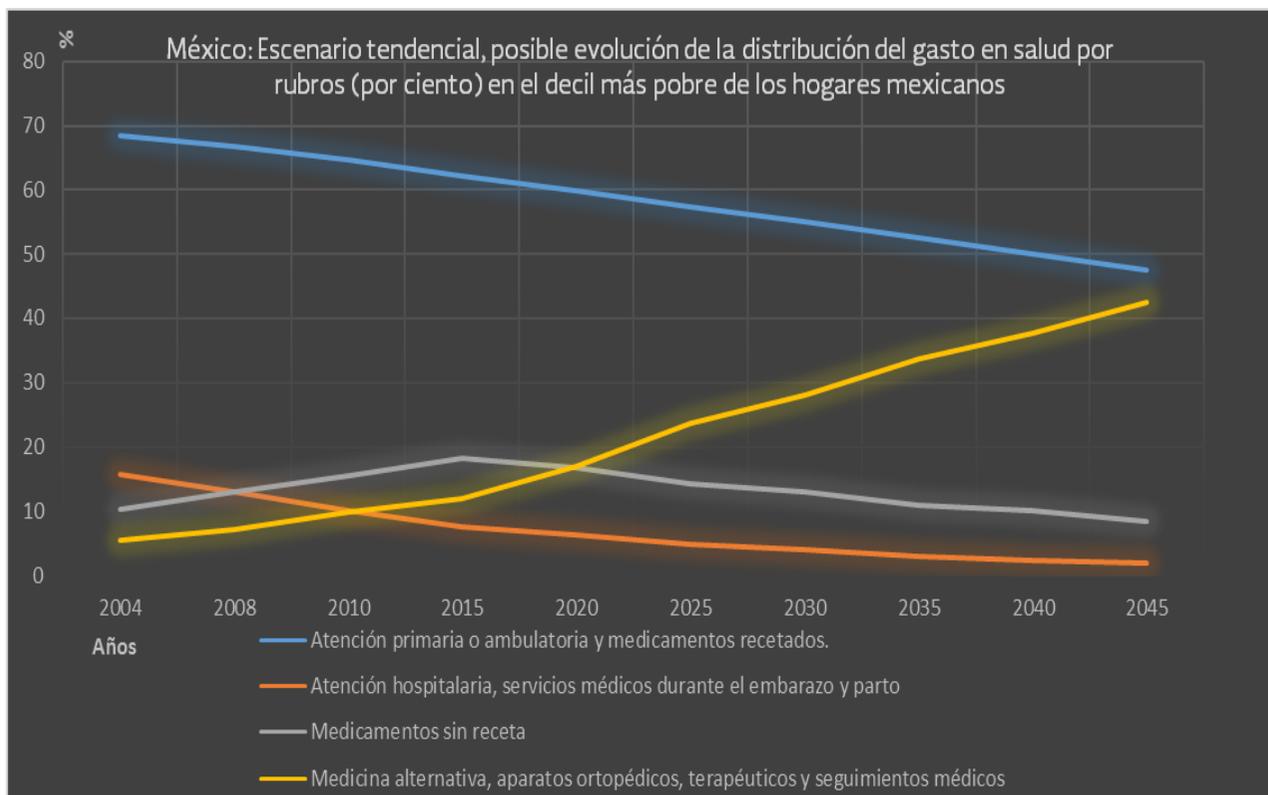
⁷⁸ Ibídem.

⁷⁹ Ibídem.

Para el 2050 la participación de los gastos en atención de primer nivel o ambulatoria y medicamentos con receta se mantendría sin cambio, en alrededor de 55% ⁸⁰.

Si a las tendencias expresadas, agregamos el análisis de la distribución del gasto en salud por rubros para el decil más pobre de los hogares mexicanos⁸¹, se muestra que es necesaria la intervención del Estado a través del gasto público.

Conforme a los escenarios tendenciales que se obtienen al aplicar un modelo logístico de competencia a los datos históricos, en el caso del decil más pobre de los hogares mexicanos, en 2030 entre 57 y 58% del gasto de los hogares corresponderá a la atención de primer nivel o ambulatoria y medicamentos recetados. Mientras que para 2050 los gastos en atención de primer nivel o ambulatoria y medicamentos recetados habrían disminuido entre 47 y 48% de los totales en salud.



Gráfica reelaborada para el presente con los datos históricos. INEGI, Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares, varios años, México en Enrique Ruelas-Barajas E, Concheiro AA. **Los futuros de la salud en México 2050**. México: Consejo de Salubridad General, 2010

⁸⁰ Ibídem

AÑO	Atención primaria o ambulatoria y medicamentos recetados.	Atención hospitalaria, servicios médicos durante el embarazo y	Medicamentos sin receta	Medicina alternativa, aparatos ortopédicos, terapéuticos y seguimientos
2004	67.12	14.85	9.17	8.86
2008	68.44	15.7	10.32	5.53
2010	66.8	13	13	7.2
2015	64.65	10	15.45	9.9
2020	62.25	7.6	18.25	11.9
2025	59.85	6.3	16.8	17.05
2030	57.45	4.75	14.2	23.6
2035	55	3.9	13	28.1
2040	52.5	2.95	10.9	33.65
2045	50	2.4	10	37.6

Lo anterior resulta relevante para sostener la intervención por parte del Estado mediante estrategias de fortalecimiento a la atención médica que contribuyan a la cobertura universal en salud en las localidades y grupos poblacionales más desfavorecidos, es decir, en los hogares de menores ingresos a los que pertenece buena parte de la población.

Las familias de menores ingresos en su gran mayoría ocupada en actividades informales, cuya atención a la salud no está cubierta por los sistemas de seguridad social existentes, son protegidas con la afiliación del Seguro Popular o bien a través de los gastos de bolsillo de cada familia, y como bien se ha demostrado el Seguro Popular no asegura de forma *per se*, el acceso a los servicios de salud, solo ayuda a eliminar la barrera financiera, pero corresponde a la Secretaría de Salud el aseguramiento de la infraestructura para su acceso.

Por lo anterior, la propuesta del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica, en las zonas más desfavorecidas del país con equipos de salud itinerante a través de unidades médicas móviles, es una estrategia federal que ha demostrado sus logros, con sus antecedentes inmediatos en los Programas Caravanas de la Salud y Programa Unidades Médicas Móviles.

En un segundo plano, en los sistemas de salud en donde se ha logrado niveles altamente aceptables del aseguramiento financiero y la cobertura con infraestructura suficiente y oportuna, entran demás componentes cualitativos como la “cobertura efectiva”, en vez de medir simplemente la cobertura de “contacto” y para otros servicios, se necesitan indicadores adicionales para evaluar la “calidad de la cobertura en los servicios”.

El compromiso es con la equidad como un elemento fundamental de la cobertura universal de salud. Sin embargo, en los países que trabajan para avanzar hacia la cobertura universal existe el riesgo de que los sectores más pobres y desfavorecidos de la población se queden atrás⁸².

En ese sentido, además de medir los niveles de cobertura de los servicios esenciales de salud y de protección financiera, resulta crucial disponer de diferentes medidas adaptadas a cada uno de los elementos sociodemográficos y económicos existentes.

⁸² Gwatkin DR, Ergo A. **Universal health coverage**: friend or foe of health equity? Lancet. 2011;377(9784):2160–1.

Para analizar el nivel de equidad en la cobertura de salud en el ámbito nacional, la elección de los elementos estratificadores debería realizarse teniendo en cuenta tanto los elementos destacados como los elementos que pueden medirse, según los datos disponibles.

Por ejemplo en el marco del trabajo global propuesto por la OMS delinea tres elementos principales que pueden medirse por separado y compararse en todos los escenarios: ingresos por hogares, nivel de gastos o riqueza (cobertura del segmento más pobre de la población en comparación con los segmentos más ricos) y lugar de residencia (rural o urbano) y género⁸³. En apego a estos tres elementos se ha delimitado el problema público que se atenderá con el Programa de Fortalecimiento a la Atención Médica.

En el documento “Monitoreo del progreso hacia la cobertura universal de salud a nivel nacional y global marco de trabajo, medidas y metas mayo de 2014” el cual fue redactado de forma conjunta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Banco Mundial (BM) a partir de consultas y debates con representantes de países, técnicos especializados y socios de desarrollo y salud a nivel mundial definieron la cobertura universal para quedar como a continuación se describe⁸⁴.

La cobertura universal de salud se define como el resultado deseado del funcionamiento del sistema de salud, un contexto en el que cualquier persona que necesite acceder a los servicios de salud (promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y servicios paliativos) pueda hacerlo, sin que ello suponga dificultades financieras⁸⁵.

La cobertura universal de salud tiene dos componentes interrelacionados: por un lado, todos aquellos factores que intervienen en unos servicios de salud esenciales y de calidad según las necesidades; por el otro, la protección financiera frente a las necesidades de salud, incluyendo las situaciones de pobreza provocadas por los pagos directos en el momento en que se necesita el servicio. Toda la población debería poder beneficiarse de ambos componentes⁸⁶.

En el mismo documento se establecen, entre otros, los principios rectores para realizar el monitoreo del progreso hacia la cobertura universal de salud bajo los siguientes acuerdos⁸⁷:

⁸³ A menudo, el segmento más pobre de la población se define a través de los datos del índice de ingresos de un hogar, que permiten analizar la cobertura por quintil de riqueza, el 40% o el 20% de hogares más pobres.

⁸⁴ **Technical meeting on measurement and monitoring of universal health coverage**, Singapore, 17–18 September 2013. Geneva: World Health Organization; 2013.

⁸⁵ **Monitoring progress towards universal health coverage: a conversation with civil society partners**, 21 January 2014. Geneva: World Health Organization; 2014
http://www.who.int/entity/healthinfo/universal_health_coverage/UHC_Meeting_CivilSociety_Jan2014_Report.pdf?ua=1

⁸⁶ *Ibidem*.

⁸⁷ **Monitoreo del progreso hacia la cobertura universal de salud a nivel nacional y global Marco de trabajo, medidas y metas mayo de 2014**, Organización Mundial de la Salud y Banco Internacional de Reconstrucción y

- El marco de trabajo deberá comprender dos medidas separadas aunque interrelacionadas: cobertura de la población con servicios de salud esenciales y cobertura de la población con protección financiera. El progreso en ambos casos deberá medirse simultáneamente.
- Dichas medidas de cobertura deberían comprender todo el espectro de intervenciones de salud esenciales (promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y paliación) y sus costos asociados.
- Las medidas de cobertura con servicios de salud y protección financiera deberían beneficiar a toda la población a lo largo de su curso de vida, incluyendo todas las edades y ambos géneros.
- Las medidas deberían contemplar todos los niveles del sistema de salud [...] que se facilitan en instituciones de salud. Asimismo, las medidas de protección financiera deberían abarcar todos los niveles del sistema de salud, ya que, los costos derivados de los servicios pueden variar en gran medida.

Es así, que la fusión del Programa Unidades Médicas Móviles con el Programa Fortalecimiento de las Redes de Servicios de Salud dará lugar al Programa Presupuestario S-200 “Fortalecimiento a la Atención Médica” (FAM), que permita no solo atender la problemática descrita sino también establecer políticas públicas para convenir con los estándares internacionales y avanzar en un sistema de salud más equitativo e igualitario que facilite a las familias superar la pobreza en su dimensión de carencia de acceso a servicios básicos de salud.

El Programa Fortalecimiento a la Atención Médica (FAM), constituirá uno de los principales esfuerzos de la políticas públicas en salud del Estado Mexicano, para resolver las graves limitaciones de cobertura de servicios de salud que aún prevalecen en los municipios de menor IDH, así como en los municipios y localidades de muy alta y alta marginación, dadas las condiciones de acceso geográfico, dispersión poblacional y tamaño de la población y pocos habitantes que residen en zonas orográficas de difícil acceso y que por lo tanto no tienen capacidad de acceder a la red de servicios de salud debido a esta ubicación geográfica y que constituyen el objetivo del programa.

Con el diseño de la presente política pública la presente administración refrenda el compromiso social con los grupos altamente vulnerables, en tanto busca en la práctica el derecho a la protección a la salud al que tienen todos y todas las mexicanas y que se encuentra consagrado en el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Lo anterior, teniendo siempre como referente mejorar y mantener la salud de la población menos favorecida por las condiciones epidemiológicas y de mortalidad propias de sus regiones y comunidades, mediante la oferta de una cartera de servicios de salud, acorde a la morbilidad que actualmente prevalece, buscando revertir los indicadores de mortalidad materna e infantil y de otros

factores de riesgo que afectan de manera directa e indirectamente la salud de la población que habita en estos municipios.

El Programa se ha comprometido en llevar los servicios sanitarios a comunidades que requieren modificar las determinantes sociales de la salud y en consecuencia su bienestar contribuyendo a alcanzar la cobertura universal de los servicios de salud, a través de la afiliación al Seguro Popular de Salud, al Seguro Médico Siglo XXI y PROSPERA de la población que hasta el inicio del Programa no contaba con esquemas de seguridad social.

Todos los habitantes de las localidades cubiertas por el Programa podrán recibir los servicios de atención a la salud que otorgan las UMM, sin importar su condición de género, edad, origen étnico, posición social, económica o creencia religiosa.

Con el FAM, se contribuirá a la ejecución de acciones transversales del Gobierno Federal, que busca incidir en la pobreza multidimensional, en la falta de acceso a servicios de salud y con ello a impactar en las determinantes sociales de la salud a través de acciones de prevención, promoción y atención médica en las localidades donde reside la población objetivo del Programa que les permita la superación de la desigualdad en el acceso a los servicios y los factores que la dificultan.

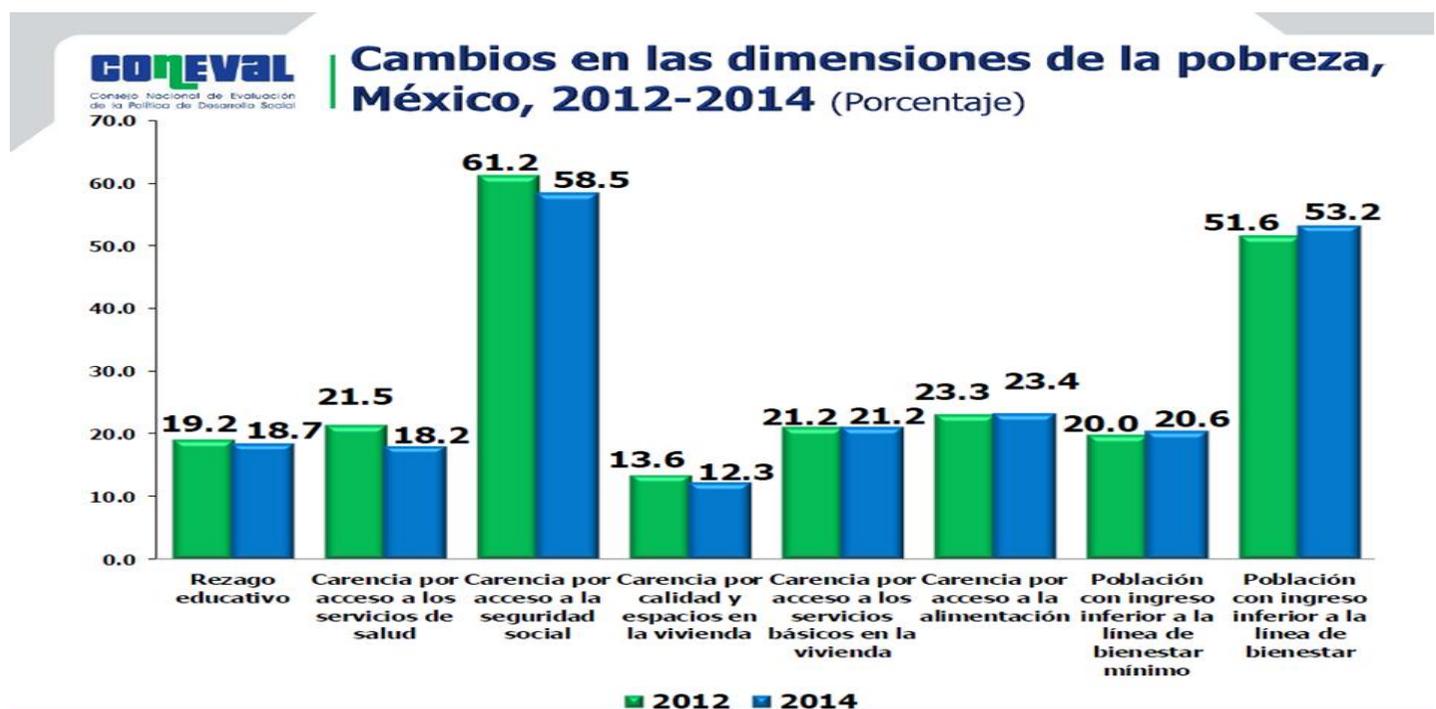
Con el FAM se dará continuidad a las acciones realizadas por los programas antes mencionados y centrará sus actividades en las personas sin acceso a la atención médica en municipios con bajo Índice de Desarrollo Humano, localidades de alta y muy alta marginación, así como localidades con dispersión poblacional y geográfica en las cuales, resulta muy complejo por la inversión requerida, así como por el bajo número de habitantes el establecimiento en el corto plazo de unidades médicas fijas; asimismo, y de acuerdo con el Decreto por el que se establece la Cruzada contra el Hambre, el programa orienta su crecimiento a los municipios ahí priorizados.

Conforme a estimaciones del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) el total de la población nacional que carece de servicios de salud en 2014 es de 21.8 millones de personas como se muestra el cuadro 1 de la anexo estadístico de la pobreza en México que publica el CONEVAL y que a continuación se reproduce:

Cuadro 1
Medición de la pobreza, Estados Unidos Mexicanos, 2014
Porcentaje, número de personas y carencias promedio por indicador de pobreza, 2010-2014

Indicadores	Estados Unidos Mexicanos								
	Porcentaje			Millones de personas			Carencias promedio		
	2010	2012	2014	2010	2012	2014	2010	2012	2014
Pobreza									
Población en situación de pobreza	46.1	45.5	46.2	52.8	53.3	55.3	2.6	2.4	2.3
Población en situación de pobreza moderada	34.8	35.7	36.6	39.8	41.8	43.9	2.2	2.0	1.9
Población en situación de pobreza extrema	11.3	9.8	9.5	13.0	11.5	11.4	3.8	3.7	3.6
Población vulnerable por carencias sociales	28.1	28.6	26.3	32.1	33.5	31.5	1.9	1.8	1.8
Población vulnerable por ingresos	5.9	6.2	7.1	6.7	7.2	8.5	0.0	0.0	0.0
Población no pobre y no vulnerable	19.9	19.8	20.5	22.8	23.2	24.6	0.0	0.0	0.0
Privación social									
Población con al menos una carencia social	74.2	74.1	72.4	85.0	86.9	86.8	2.3	2.2	2.1
Población con al menos tres carencias sociales	28.2	23.9	22.1	32.4	28.1	26.5	3.6	3.5	3.5
Indicadores de carencia social									
Rezago educativo	20.7	19.2	18.7	23.7	22.6	22.4	3.1	2.9	2.8
Carencia por acceso a los servicios de salud	29.2	21.5	18.2	33.5	25.3	21.8	3.0	2.8	2.8
Carencia por acceso a la seguridad social	60.7	61.2	58.5	69.6	71.8	70.1	2.5	2.3	2.3
Carencia por calidad y espacios en la vivienda	15.2	13.6	12.3	17.4	15.9	14.8	3.6	3.4	3.3
Carencia por acceso a los servicios básicos en la vivienda	22.9	21.2	21.2	26.3	24.9	25.4	3.3	3.2	3.1
Carencia por acceso a la alimentación	24.8	23.3	23.4	28.4	27.4	28.0	3.0	2.9	2.8
Bienestar									
Población con ingreso inferior a la línea de bienestar mínimo	19.4	20.0	20.6	22.2	23.5	24.6	2.9	2.5	2.5
Población con ingreso inferior a la línea de bienestar	52.0	51.6	53.2	59.6	60.6	63.8	2.3	2.1	2.0

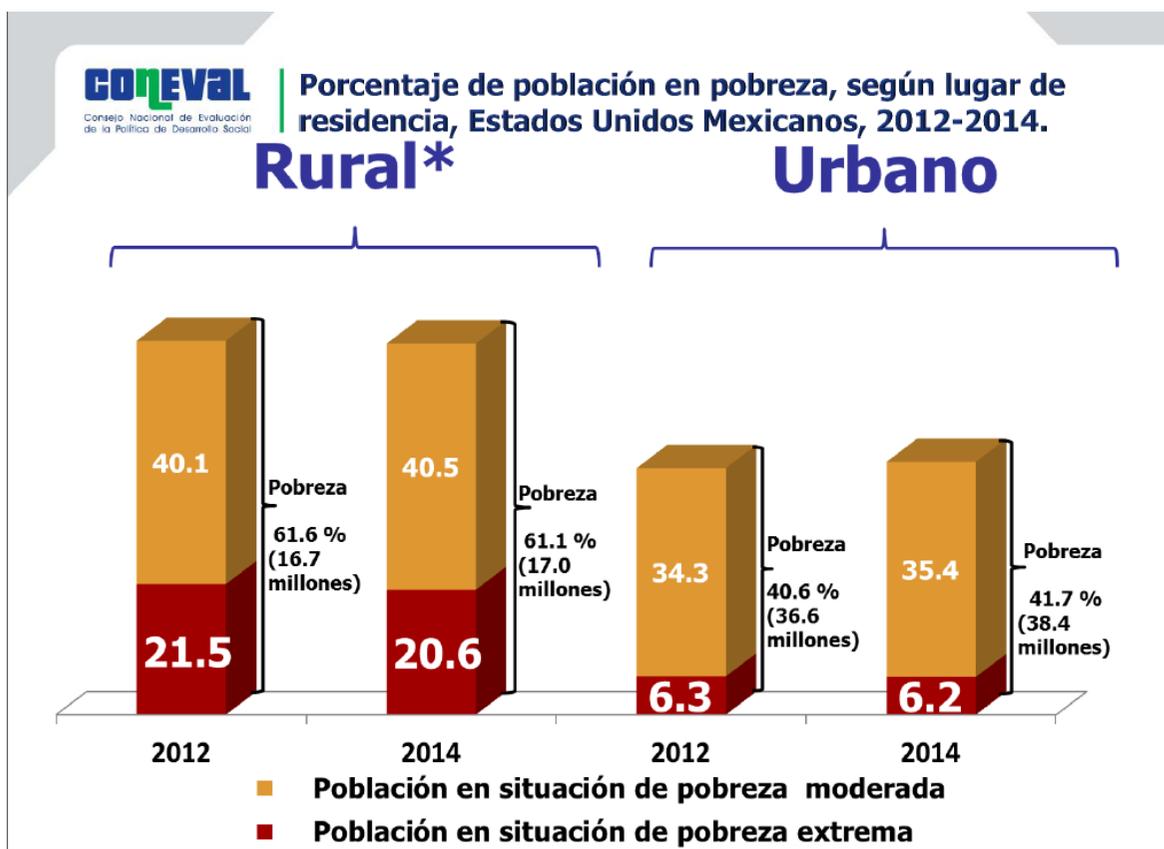
En cuanto a las consideraciones de la pobreza multidimensional podemos observar en la siguiente gráfica, los retos para la superación de la pobreza en la población más desfavorecida.



⁸⁸ **Medición de la pobreza, Estado Unidos Mexicanos 2014**, Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). <http://www.coneval.gob.mx/Paginas/principal.aspx>.

Si bien han existido variaciones positivas, aunque marginales en los cambios de las dimensiones de la pobreza de 2012 y 2014, si analizamos de forma integral y de manera conjunta las carencias por acceso a los servicios de salud y por acceso a la seguridad social, el acceso a la cobertura universal de servicios de salud resulta uno de los componente más importante para la superación de la pobreza, de ahí la importancia de Fortalecer la Atención Médica a través de unidades médicas móviles en los hogares más pobres del país, donde actualmente hay carencias significativas de acceso a servicios de salud y de acceso a la seguridad social.

Con los mismos datos del CONEVAL en la siguiente gráfica podemos observar que la población rural respecto a la urbana continua manteniendo los niveles de pobreza extrema y es precisamente en el ámbito rural donde tendrá incidencia el Programa de Fortalecimiento a la Atención Médica, justo en las localidades con menos de 2,500 habitantes y en México existen alrededor de 188 mil localidades con dicha característica demográfica.



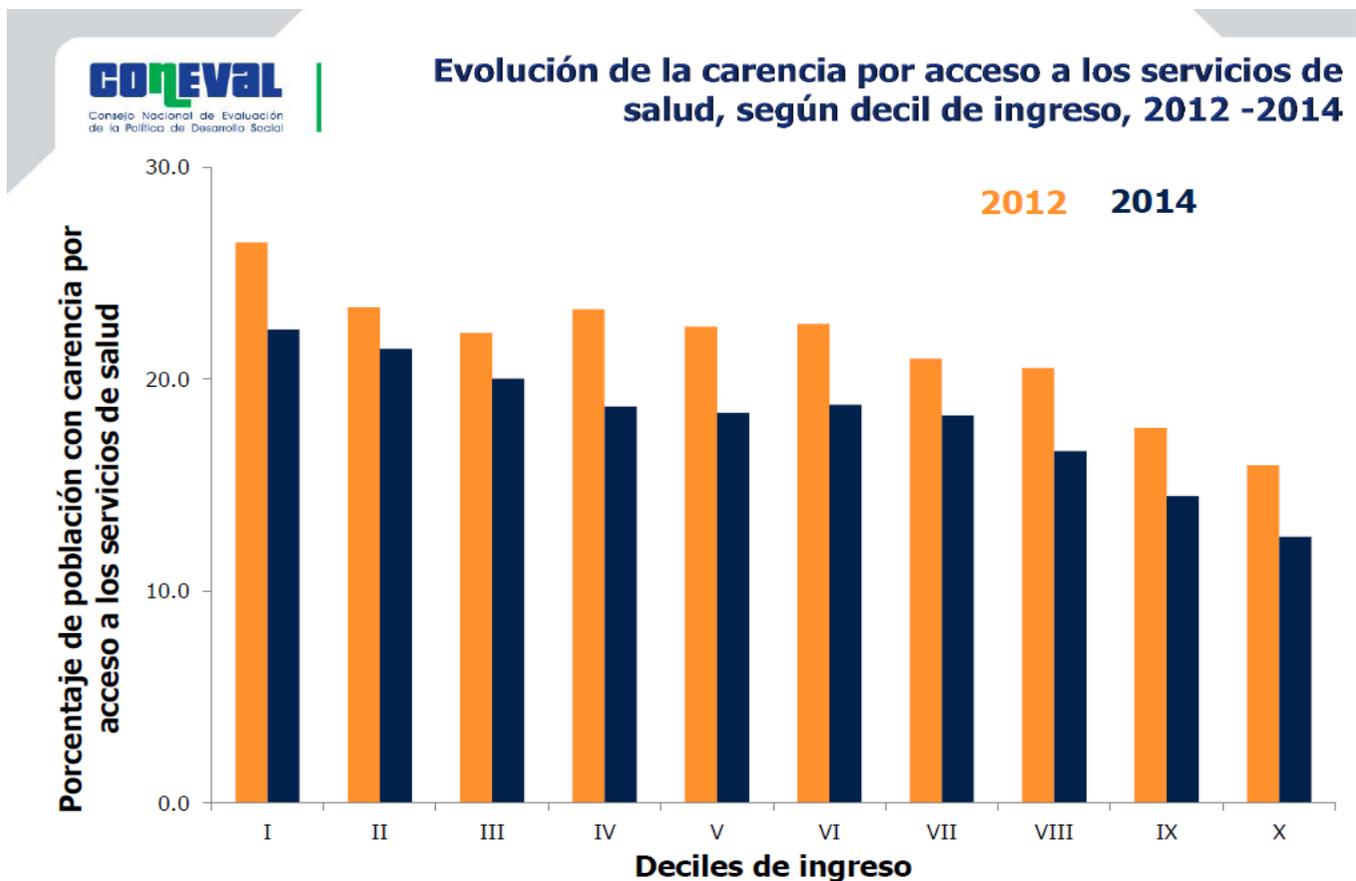
89

En este apartado cabe resaltar que la población que el CONEVAL considera como rural, es aquella que habita en localidades con menos de 2,500 habitantes, justo las que se han determinado de forma consistente como las localidades con mayor dispersión geográfica, marginación y menor IDH y en consecuencia con mayores dificultades para poder acceder a los servicios de salud; es esta

⁸⁹ *Ibíd.* Para la población rural el CONEVAL considera a la población que vive en localidades con menos de 2,500 habitantes.

categorización sociodemográfica en la que el Programa de Fortalecimiento a la Atención Médica concentra sus esfuerzos, considerando la evolución y logros de las estrategias inmediatas anteriores.

También en los datos del CONEVAL, queda en la evidencia la magnitud del problema y su impacto en la evolución de la pobreza multidimensional por falta de acceso a servicios de salud, en la siguiente gráfica por deciles de ingreso, consistentemente con lo que anteriormente ya se ha mencionado, al sostener que son los deciles de menores ingresos de los hogares mexicanos los que necesitan la mayor intervención del Estado.



90

Por lo que el Programa de Fortalecimiento a la Atención Médica contribuirá a cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país, a través del mejoramiento de las condiciones de salud de la población sin acceso a servicios de salud, mediante la oferta de servicios de promoción y prevención de la salud así como intervenciones específicas comprendidas en el primer nivel de atención a la salud otorgado por unidades médicas móviles, así como fortalecer la atención médica ambulatoria a través de la adquisición para sustitución de unidades médicas móviles equipadas, con el fin de que se continúe trabajando de forma complementaria a las unidades médicas fijas del primer nivel de atención.

⁹⁰ Ibídem

Las acciones que se han realizado para la atención del problema o necesidad de política pública sobre la carencia de acceso de servicios de salud se describen a continuación:

- Con el Programa Fortalecimiento a la Atención Médica (FAM) se dará continuidad a la estrategia federal que inicia en 2007 como Programas Caravanas de la Salud, actualmente unidades médicas móviles con el objeto de acercar la oferta de servicios en zonas rurales y marginadas del país con alta dispersión y difícil acceso geográfico. Con este Programa se propone desde su creación contribuir en la resolución de esta problemática.
- El Programa FAM por sus características (enfoque geográfico, concentración en las redes de servicios y focalización, entre otras), actualmente unidades médicas móviles, será un "programa integrador" que orientará la conducción y la puesta en marcha de programas destinados a resolver las necesidades sociales de los mexicanos que hoy en día carecen de acceso a servicios de salud.

Evolución del Programa Unidades Médicas Móviles

Cobertura:

La cobertura se ha ampliado dando cumplimiento al objetivo del Programa, alcanzándose un total de 24,472 localidades en 1,505 municipios, beneficiando a un total de 4,244,167 personas en 2015⁹¹.

La evolución de este logro se presenta en los cuadros siguientes en los que se muestran los resultados y el crecimiento que por año ha presentado el Programa con relación al número de unidades operando y la cobertura de localidades, así como la población beneficiada por entidad federativa.

AVANCE NACIONAL EN LA COBERTURA 2007-2015			
AÑO	UMM EN OPERACIÓN	COBERTURA	
		LOCALIDADES	POBLACIÓN
2007	654	7,771	1.8 MILLONES
2008	842	9,241	2.1 MILLONES
2009	1,350	14,108	3.1 MILLONES
2010	1,403	17,529	3.8 MILLONES
2011	1,448	21,414	3.8 MILLONES
2012	1,448	21,414	3.8 MILLONES
2013	1,568	23,514	4.0 MILLONES
2014	1,568	23,727	3.9 MILLONES
2015	1,505	24,472	4.2 MILLONES

92

⁹¹ **Nota.** Es importante señalar que la cobertura del periodo del 2007 al 2015 se incluyen las unidades médicas móviles federales y estatales.

⁹² **Libro Blanco de 2007 a 2012, Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud DGPLADES 2013 a 2015.** La cobertura del Programa incluye unidades médicas móviles alineadas al modelo operativo del Programa las cuales se complementan a las unidades médicas móviles adquiridas con recursos federales.

Concentrado de Acciones por Año

El Programa Unidades Médicas Móviles actualmente entrega 154 intervenciones del Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) 2014 a través de la consulta médica así como acciones de prevención y promoción de la salud a la población objetivo del Programa.

Estas acciones se definieron a través de una cartera de servicios que comprende intervenciones de salud de dos tipos: servicios de salud dirigidos a la persona y servicios de salud a la comunidad.

Para el Programa las intervenciones de salud a la persona comprenden de forma directa, 154 intervenciones de atención ambulatoria del CAUSES que incluyen acciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades, atención médica, odontológica y vigilancia epidemiológica, además, a través de las UMM y el sistema de la referencia y contra-referencia la población objetivo del Programa tiene acceso al complemento de las 285 intervenciones del CAUSES.

La Cartera de Servicios de Salud contempla un conjunto de intervenciones vinculadas a la Estrategia Nacional de Prevención y Promoción para una Mejor Salud, que incluye acciones de participación comunitaria en salud, promoción de espacios saludables y otras acciones de salud pública con perspectiva de género.

Se considera que la puesta en marcha del Programa ha contribuido a disminuir el impacto de las enfermedades y las lesiones en individuos, familias y comunidades mediante intervenciones específicas dirigidas a las personas que se combinan con intervenciones dirigidas a la construcción de entornos favorables a la salud.

CONCENTRADO DE ACCIONES POR AÑO				
Año	Población	Acciones de Prevención y Promoción	Consulta médica ligada al CAUSES	Total
2007	1,792,044	*	*	*
2008	2,136,502	2,663,209	2,061,747	4,724,956
2009	3,103,959	6,117,913	3,161,846	9,279,759
2010	3,779,118	9,464,433	3,931,181	13,395,614
2011	3,839,056	11,030,737	4,216,899	15,247,636
2012	3,839,056	11,729,916	4,084,082	15,813,998
2013	1,734,553	8,592,755	2,343,935	10,936,690
2014	1,704,245	9,357,710	2,506,013	11,863,723
2015 1/	1,585,729	4,705,329	1,279,554	5,984,883

⁹³ *Información no disponible [...]1/ Corte Primer Semestre Libro Blanco de 2007 a 2011, Informes Gerenciales del Programa 2012 al 2015. A partir del 2007 y hasta el 2012 se contabiliza la productividad de las UMM Federales y las UMM Estatales Alineadas al Programa. De 2013 a la fecha se contabilizan sólo las UMM Federales.

Recursos Humanos

El Programa UMM actualmente cuenta con 33 coordinadores, 102 supervisores, 188 odontólogos, 805 médicos, 804 enfermeras y 804 promotores polivalentes de la salud, distribuidos a nivel nacional como se muestra en el siguiente cuadro:

ENTIDAD FEDERATIVA	UMM	Coordinadores	Supervisores	Odontólogos	Enfermeras	Médicos	Promotores	TOTAL
Aguascalientes	5	1	1	4	5	5	5	21
Baja California	16	1	3	5	16	16	16	57
Baja California Sur	13	1	3	3	13	13	13	46
Campeche	14	1	2	6	14	14	14	51
Coahuila	11	1	3	4	11	11	11	41
Colima	8	1	1	3	8	8	8	29
Chiapas	106	1	5	9	106	106	106	333
Chihuahua	26	1	4	6	26	27	26	90
Distrito Federal	10	1	3	5	10	10	10	39
Durango	32	1	3	6	32	32	32	106
Guanajuato	15	1	2	7	15	15	15	55
Guerrero	54	1	4	7	54	54	54	174
Hidalgo	34	1	3	9	34	34	34	115
Jalisco	15	1	5	5	15	15	15	56
México	18	1	3	7	18	18	18	65
Michoacán	20	1	2	4	20	20	20	67
Morelos	12	1	2	6	12	12	12	45
Nayarit	43	1	4	5	43	43	43	139
Nuevo León	11	1	2	1	11	11	11	37
Oaxaca	63	1	6	8	63	63	63	204
Puebla	50	1	4	6	50	50	50	161
Querétaro	25	1	3	3	25	25	25	82
Quintana Roo	13	1	2	8	13	13	13	50
San Luis Potosí	12	1	5	5	12	12	12	47
Sinaloa	21	1	4	7	21	21	21	75
Sonora	13	1	2	3	13	13	13	45
Tabasco	29	1	3	10	29	29	29	101
Tamaulipas	14	1	3	6	14	14	14	52
Tlaxcala	12	1	2	6	12	12	12	45
Veracruz	43	1	4	7	43	43	43	141
Yucatán	12	1	2	6	12	12	12	45
Zacatecas	20	1	2	6	20	20	20	69
Morelos Contingencias	14	1	5	5	14	14	14	53
TOTAL	804	33	102	188	804	805	804	2736

Corte: 2015

Fuente: DGPLADES/DGA

Indicadores y metas

En el siguiente cuadro se presenta la evolución de los indicadores programados en los ejercicios fiscales del 2008 al 2015 en la Matriz de Indicadores para Resultados MIR.

Nombre del indicador	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Porcentaje del total de la población que habita en comunidades aisladas y con alta marginación que es atendida por el programa.	1	1	1	1	1	1	1	1
Porcentaje del ejercicio presupuestal del Programa.	1	1						
Total de localidades programadas que son atendidas por el programa.	1	1	1	1	1	1	1	1
Porcentaje del total de localidades programadas en las que se llevan a cabo acciones de prevención y promoción.	1							
Porcentaje del total de familias incluidas en el programa que están afiliadas al sistema de protección social en salud.	1	1						
Porcentaje de total de 1es de atención médica ambulatoria realizadas sobre las programadas.	1	1	1	1	1	1	1	1
Porcentaje del total de unidades móviles en operación y totalmente equipadas que cuentan con equipo itinerante completo y capacitado.	1	1	1	1	1	1	1	1
Unidades móviles acreditadas respecto del total en operación.	1	1						
Proporción de acciones de conservación y mantenimiento preventivas realizadas respecto de las programadas.			1					
Porcentaje de personal de salud disponible para el programa que es capacitado.			1	1	1			
Porcentaje de servicios de promoción y prevención ambulatorios realizados con respecto a los programados.			1	1	1	1	1	1
Porcentaje de niños menores de cinco años en control nutricional del programa.						1	1	1
Porcentaje de niños menores de un año con esquema completo de vacunación en localidades responsabilidad del programa.							1	
Porcentaje de mujeres referidas con embarazo de alto riesgo en localidades responsabilidad del Programa.								1

⁹⁴ Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud DGPLADES y Portal de Transparencia Presupuestaria (avance de indicadores).

Entre algunos indicadores destacan para el Programa UMM:

- ✓ En algunas de las localidades atendidas, han logrado reducir las muertes maternas.
- ✓ Brindan **50% más consultas de control nutricional** que los centros de salud.

La **productividad** en las UMM en el año 2014 fue de 13.2 consultas diarias. Por cada consulta de primera vez, se brindan 1.5 subsecuentes, como lo muestra el siguiente cuadro:

Estado	#UMM (a)	Consultas 1a vez (b)	Consultas Subsecuentes (c)	Consultas por día (d)
Aguascalientes	5	10,384	10,173	17.1
Baja California	16	13,576	12,609	6.8
Baja California Sur	13	6,691	11,603	5.9
Campeche	14	18,736	26,877	13.6
Chiapas	106	114,139	218,611	13.1
Chihuahua	26	23,475	45,422	11.0
Coahuila	11	10,582	22,702	12.6
Colima	8	7,674	7,724	8.0
Distrito Federal	10	20,257	23,924	18.4
Durango	32	37,913	62,696	13.1
Guanajuato	14	26,235	40,770	19.9
Guerrero	54	52,685	125,277	13.7
Hidalgo	34	62,758	103,698	20.4
Jalisco	15	8,774	29,976	10.8
México	18	27,695	48,212	17.6
Michoacán	20	9,923	15,558	5.3
Morelos	12	24,752	18,344	15.0
Nayarit	43	26,757	69,617	9.3
Nuevo León	11	18,979	20,918	15.1
Oaxaca	63	84,975	66,237	10.0
Puebla	50	91,872	140,042	19.3
Querétaro	25	31,830	47,440	13.2
Quintana Roo	13	30,760	25,217	17.9
San Luis Potosí	13	14,515	30,031	14.3
Sinaloa	21	46,209	57,228	20.5
Sonora	13	19,868	9,802	9.5
Tabasco	29	43,089	64,297	15.4
Tamaulipas	14	12,112	12,397	7.3
Tlaxcala	12	28,464	20,915	17.1
Veracruz	43	46,365	47,727	9.1
Yucatán	12	9,374	26,562	12.5
Zacatecas	20	20,858	41,131	12.9
Total	790	1,002,276	1,503,737	13.2

95

Las UMM ayudan al compromiso de la presente Administración en el cumplimiento de sus objetivos prioritarios 71% de las localidades, están consideradas en la Cruzada Nacional contra el Hambre (CNCH).⁹⁶

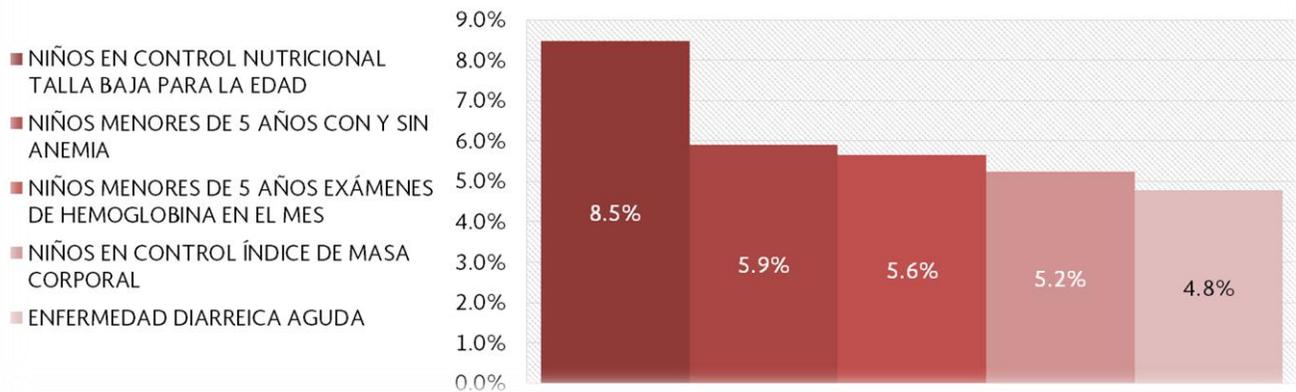
De acuerdo con la Dirección General de Información en Salud (DGIS 2015), en 2014 se tuvieron 14,298 unidades médicas que ofrecen atención de Consulta Externa, de las cuales 790 corresponden a las UMM, las que representan 5.5%.

⁹⁵ Análisis de costo de operación, Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud/ Dirección de Análisis de Costos, Tarifas Y Facturación DGPLADES 2015. Nota: (d) = (b + c) / (a * 12 meses * 20 días hábiles)

⁹⁶ Ibídem

Adicionalmente DGIS reporta que del total de consultas para atención de niños en control nutricional talla baja realizadas a nivel nacional, 8.5% son realizadas por las UMM, de la misma manera, las UMM atienden y diagnostican más de 5% de los casos nacionales en distintos tipos de problemas nutricionales.

Proporción de atenciones realizadas por UMM por tipo de consulta



97

Financiamiento

La Secretaría de Salud, a través de la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES) con base en los recursos aprobados en el Presupuesto de Egresos de la Federación, transfiere recursos presupuestarios, vía subsidio, a las 31 entidades federativas y el Distrito Federal, para financiar el pago de sueldos y salarios del personal operativo y gerencial del Programa, pago de viáticos y pasajes del personal gerencial y aseguramiento de las unidades médicas móviles, en los siguientes capítulos de gasto:

1000 Servicios Personales: Sueldos para el personal gerencial (coordinador estatal y supervisores) así como para el personal operativo (odontólogo, enfermera y promotor).

2000 Materiales y Suministros: (combustibles, lubricantes y aditivos). Solo para el Centro de Contingencias ubicado en Estado de Morelos.

3000 Servicios Generales: Pago de viáticos y pasajes exclusivamente para coordinadores y supervisores. Pago de pólizas de seguros de las unidades médicas móviles.

Lo anterior es realizado mediante el instrumento jurídico denominado: Convenio Específico de Colaboración en materia de Transferencia de Recursos Presupuestarios Federales, que celebran por una parte, el Ejecutivo Federal por conducto de la Secretaría de Salud y por la otra, las 31 Entidades Federativas y el Distrito Federal, con la finalidad de transferir recursos presupuestales federales para el Programa Unidades Médicas Móviles.

⁹⁷ Ibídem

Derivado del citado Convenio, el criterio de la distribución presupuestal de los recursos es por entidad federativa y en este ámbito de responsabilidad la distribución presupuestal, se calcula por el número de unidades médicas móviles asignadas a cada entidad federativa y por consiguiente al número de integrantes que conforman el equipo de salud itinerante.

Recursos Transferidos a través de Convenios entre el Ejecutivo Federal por conducto de la Secretaría de Salud y las 31 Entidades Federativas y el Distrito Federal:

Año	Monto total (Pesos)
2007	\$295,829,033.90
2008	\$174,985,102.39
2009	\$372,705,771.12
2010	321,280,727.89
2011	\$370,717,031.11
2012	\$362,234,860.57
2013	\$449,576,902.24
2014	\$437,879,117.49
2015 *	\$415,085,433.72
Total	\$3,200,293,980.43

⁹⁸

Financiamiento por parte del Seguro Popular

La Comisión Nacional de Protección Social en Salud paga por los servicios ofrecidos por medio del Programa Unidades Médicas Móviles a los afiliados al Seguro Popular a través de la estimación de *cápitales*, es decir, por personas afiliadas atendidas por las unidades médicas móviles conforme a su capacidad resolutive.

Los recursos que proporciona el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) al Programa, son para financiar las necesidades de la operación de las unidades médicas móviles (medicamentos, material de curación, uniformes del personal, mantenimiento de las unidades, instrumental y equipos de diagnóstico, gasolina etc.) y consiste en establecer un costo anual por persona (per-capita) por el número de intervenciones del CAUSES que las unidades médicas móviles proporcionan directamente a la población beneficiaria del Programa afiliada al SPSS.

⁹⁸ Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud DGPLADES, **Convenios Específicos de Colaboración en materia de Transferencia de Recursos Presupuestarios Federales** entre Ejecutivo Federal por conducto de la Secretaría de Salud y por la otra, las 31 Entidades Federativas y el Distrito Federal para el Programa Caravanas de la Salud desde el 2007 hasta el 2014; y para el 2015 el presupuesto modificado transferido con corte al 4 de diciembre para el Programa Unidades Médicas Móviles.

**Financiamiento del Seguro Popular
2010-2015**

ESTADO	2010	2012	2012	2013	2014	2015 *
Aguascalientes	3,390,000	3,230,000	1,000,000	1,600,000	2,500,343	2,500,000
Baja California		6,761,496	8,806,409	9,023,417	6,492,569	3,127,191
Baja California Sur	1,331,188	2,206,372	2,489,784	4,741,113	4,664,570	1,418,774
Campeche	8,826,392	11,037,586	10,128,461	10,415,078	10,912,041	
Coahuila	2,643,913	4,026,136	4,492,786	4,686,574	4,979,268	2,050,027
Colima	1,855,687	3,106,634	3,275,437	4,113,858	3,645,962	1,170,443
Chiapas	17,031,692	28,207,774	30,413,111	58,451,957	53,000,272	20,646,065
Chihuahua	3,000,000	8,405,614	9,510,267	10,486,828	12,113,185	
Distrito Federal	1,051,570	1,568,630	4,200,000	4,714,655	7,369,950	2,464,659
Durango	7,231,725	21,597,888	17,090,275	17,672,755	22,034,129	7,347,346
Guanajuato	5,573,602	12,445,024	13,947,760	14,201,017	16,291,190	15,829,756
Herrero	10,303,632	33,558,617	40,630,316	53,245,109	53,245,107	
Hidalgo	20,804,096	18,225,908	17,661,660	11,314,172	9,891,526	
Jalisco	2,567,956	9,188,612	6,067,837	270,497	10,845,428	
México	11,024,981	20,835,728	23,532,930	20,422,032	33,991,650	6,010,934
Michoacán	7,503,985	11,729,058	15,435,050	15,803,220	11,496,030	3,327,801
Morelos	4,890,159	7,628,627	8,094,734	7,487,155	7,600,106	2,217,921
Nayarit	4,567,246	7,904,612	7,904,613	7,904,613	8,404,397	8,404,456
Nuevo León	4,002,820	7,249,544	5,306,892	3,807,186	4,245,489	
Oaxaca	14,393,509	32,379,264	41,255,333	45,197,961	52,926,332	20,234,790
Puebla	18,268,777	37,442,751	36,499,256	29,571,196	31,838,260	11,590,261
Querétaro	4,000,000	10,225,511	23,920,876	25,704,522	21,746,520	13,719,000
Quintana Roo	562,918	17,675,601	14,512,021	14,968,012	15,821,324	
San Luis Potosí	1,418,748	2,918,466	2,650,478	2,084,931	1,987,917	2,196,516
Sinaloa	9,992,258	9,802,374	18,000,000	18,500,000	18,500,000	7,181,774
Sonora	4,992,698	2,162,445	2,583,980	3,543,880	6,000,000	
Tabasco	10,423,715	14,828,075	28,351,926	29,505,276	30,169,887	5,881,666
Tamaulipas	1,430,487	7,423,982	7,910,740	8,013,339	7,972,376	2,328,457
Tlaxcala	18,000,000	18,125,857	19,748,633	22,513,295	16,903,010	3,383,749
Veracruz	17,479,560	31,545,284	36,857,940	34,665,065	36,275,520	10,825,344
Yucatán	8,591,332	12,471,014	12,346,975	12,133,873	12,675,808	4,436,592
Zacatecas	15,348,382	23,516,518	25,598,679	26,826,438	28,793,437	8,445,940
TOTAL	242,503,029	439,431,004	500,225,159	533,589,025	565,333,603	166,739,463

*Corte 4 de diciembre de 2015.

⁹⁹ Libro Blanco 2010, 2011 y 2012 Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud DGPLADES 2013, 2014 y 2015 con corte al mes de diciembre.

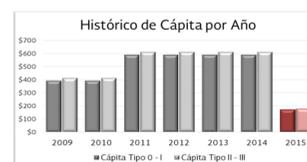
Situación Financiera actual del Programa Unidades Médicas Móviles

La problemática actual relacionada con las fuentes de financiamiento del Programa, se presenta principalmente en el déficit de recursos para que las unidades médicas móviles operen de forma oportuna y brinden servicios de calidad a la población beneficiaria; tal y como se detalla a continuación:

- Recursos derivados del Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF), para transferirse vía subsidio a las entidades federativas, a través de convenios de colaboración.
- Respecto del ejercicio 2014, cabe señalar que la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) en el último trimestre del año, realizó una reducción líquida afectando el pago de sueldos y aguinaldo de 8 entidades federativas (Coahuila, Colima, Chiapas, Puebla, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora y Veracruz); entidades a las cuales a la fecha no se les ha podido radicar su recurso financiero.
- Respecto del ejercicio 2015, es importante mencionar que el presupuesto autorizado de origen presenta un déficit de 165.2 mdp, aunado al hecho de que en el mes de febrero, la SHCP realizó un ajuste para el control presupuestario de 18.7 mdp; adicional a la reducción presupuestal en el gasto de inversión por 60 mdp.
- Recursos asignados al Programa por la Comisión Nacional de Protección de Social en Salud (CNPSS):

Para el ejercicio 2015, la CNPSS, emitió la publicación del Anexo IV, mediante el cual especifica el monto de la cápita por tipo de UMM; momento en el cual se detecta una reducción considerable de recursos al presupuesto, que representan cerca de 70% del presupuesto autorizado en comparación con los 3 años anteriores y al ser esta la principal fuente de financiamiento para la operación del Programa, está actualmente afectando de manera considerable la atención de los servicios brindados a la población vulnerable, demandante de estos servicios.

La cápita asignada a la operación de las UMM de 2011 a 2014 no se modificó. Sin embargo, en 2015 sufrió una **reducción del 71%** para quedar en **\$178.25**, como lo muestra el siguiente cuadro:



No. de Intervenciones del CAUSES reconocidas por la CNPSS, reglamentadas en la operación y la cápita asignada por tipo de unidad

Año	Intervenciones reconocidas por CNPSS		Intervenciones plasmadas en Reglas de Operación		Cápita asignada	
	Tipo 0 y I	Tipo II y III	Tipo 0 y I	Tipo II y III	Tipo 0 y I	Tipo II y III
2009-2010	71	77	68	74	\$ 394.10	\$ 414.80
2011-2014	121	128	121	128	\$ 592.98	\$ 613.66
2015	94	98	147	154	\$ 172.65	\$ 178.25

En el año 2015, se ha reducido la productividad

Dejar sin atención básica a las poblaciones vulnerables que atienden las UMM, se refleja en la pérdida de beneficios sociales con consecuencias negativas:

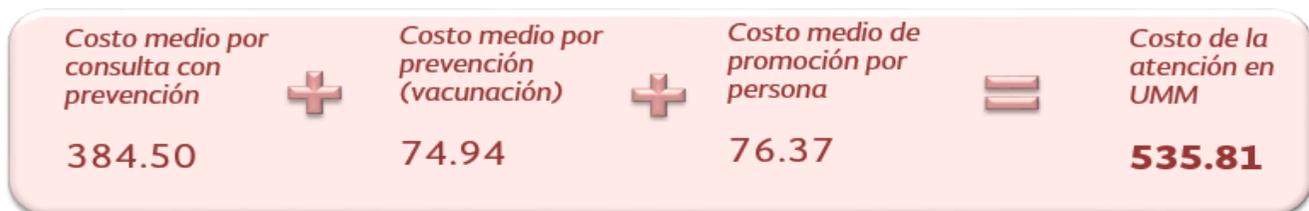
- ✓ La atención médica que no se recibe en el primer nivel puede complicar un caso y requerir de atención hospitalaria.
- ✓ El costo promedio de la atención hospitalaria de acuerdo al CAUSES es **superior en 38 veces** al de una consulta provista en las UMM.

SERVICIOS DE SALUD OTORGADOS Y SU COSTO MEDIO 2014 CÁLCULO COSTO – BENEFICIO ¹⁰¹

Costo real de los servicios provistos en las UMM



Por lo tanto el costo medio de los servicios provistos en las UMM es:



Cálculo del Costo-Beneficio



Monto total de recursos	1,314,542,344
Total de unidades	790
Atenciones 1a vez	1,002,276
Atenciones subsecuente	1,503,737
Consultas otorgadas	2,506,013
Costo promedio real por consulta de una UMM	589.64

Costo promedio CAUSES de atención en **segundo nivel:**
15,252.49

Escenarios del **costo total** de egresos hospitalarios por no atender a la población en UMM

Escenario (%)	Recursos por EH	Diferencia
9.0%	\$ 1,375.85	\$ 61.31
10.0%	\$ 1,528.72	\$ 214.18
15.0%	\$ 2,293.08	\$ 978.54
20.0%	\$ 3,057.44	\$ 1,742.90
25.0%	\$ 3,821.80	\$ 2,507.26
50.0%	\$ 7,643.60	\$ 6,329.06
75.0%	\$ 11,465.40	\$ 10,150.86
90.0%	\$ 13,758.48	\$ 12,443.94
100.0%	\$ 15,287.20	\$ 13,972.66

(+3.3)->9% • \$ 1,375,848,420

(+9.25) ->15% • \$ 2,293,080,700

(+14.25)->20% • \$ 3,057,440,933

100% • \$ 15,287,204,667

Escenarios del % Consultas de 1er nivel no recibidas que llegan a un 2º nivel y el **monto de recursos** en un año para su atención médica

Cifras en millones

* Cifras en millones, las proyecciones consideran el valor presente utilizando una tasa de descuento del 10% y el porcentaje de consultas de primera vez que requerirán atenciones de segundo nivel con costo de \$15,252.49

¹⁰¹ Ibídem

Al respecto se debe señalar que en el documento “Consideraciones para el proceso presupuestario 2016 del CONEVAL” el Programa S200 Unidades Médicas Móviles se señala en su contribución como **altamente prioritario** porque contribuye a la disminución de la carencia por acceso a la salud y como Programa que podría contribuir a elementos para el acceso efectivo al derecho a la salud. Lo anterior debido a que las unidades médicas brindan atención de primer nivel en localidades donde no hay centros de salud.

Evolución del Programa Fortalecimiento de Redes de Servicios de Salud

El Programa de Fortalecimiento a las Redes de los Servicios de Salud ha estado dirigido a la transferencia de recursos federales hacia los Sistemas Estatales de Salud a fin de destinar recursos para la construcción, remodelación o rehabilitación de unidades hospitalarias.

La operación de este Programa se basa en una primera autorización de recursos hacia las entidades federativas, mediante acuerdo secretarial y reuniones con las direcciones de Programación, Organización y Presupuesto, de Desarrollo de Infraestructura Física y de Planeación y Desarrollo en Salud.

A partir de la autorización del proyecto y de los recursos se generan convenios específicos con los Servicios Estatales de Salud mediante los que se determina y acuerda el monto máximo a transferir, así como las reglas para ejercerlos recursos, el calendario de inversión y los mecanismos de evaluación y comprobación.

A partir de 2013, los recursos asignados al Programa Presupuestario (Pp) han venido decayendo de forma que para 2014 se ejercieron 100 millones de pesos y para 2015 hay un presupuesto aprobado de 60 millones de pesos.

**Comportamiento asignación de recursos 2010-2015,
Programa Presupuestario U006**

Ejercicio	Aprobado (Millones de pesos)	Pagado (Millones de pesos)
2010	\$2,611.00	\$3,003.00
2011	\$4,675.00	\$591.00
2012	\$2,251.00	\$143.00
2013	\$230.00	\$374.00
2014	\$364.00	\$100.00
2015	\$60.00	N/D

102

Como puede observarse, desde 2011 ha descendido el ejercicio del gasto para este Programa, así como la cantidad de recursos aprobados.

¹⁰² Secretaría de Salud/ Dirección General de Información en Salud DGIS 2015.

En ese sentido, las transferencias de recursos que se ha realizado al Programa Presupuestario U006, Fortalecimiento a las Redes de los Servicios de Salud han sido cada vez menos importantes y con menor impacto, sobre todo si observamos el declive a partir del ejercicio 2012 en el que se ejerció únicamente 6% del presupuesto aprobado para ese año.

A partir de entonces, la asignación del presupuesto, se ha dirigido al desarrollo de infraestructura en algunas entidades federativas y a gastos operativos de unidades médicas.

La Unidad de la Secretaría de Salud que se ha encargado de la gestión y realización de las transferencias es la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud.

En 2014, se aprobaron un total de 364 millones de pesos, de los cuales se ejercieron sólo 100, en acciones distintas al Programa. En el reporte de la Matriz de Indicadores de Resultados del ejercicio 2014, se detalla esta situación: “No se llevaron a cabo transferencias de recursos a entidades federativas, debido a que las instancias de la Secretaría de Salud a las que se les asignaron recursos en este Programa Presupuestario, reportan que éstos no serán ejercidos en el Pp U-006 durante el ejercicio fiscal 2014 [...]”¹⁰³

Sin embargo, para 2014 se ejercieron 100 millones de pesos dirigidos a “Fortalecer la oferta de los servicios de salud en el Estado de Nuevo León y de manera particular para Infraestructura y equipamiento del hospital tierra y libertad en Monterrey, Nuevo León”¹⁰⁴.

Esta meta fue reportada y justificada en los reportes trimestrales para los Indicadores de los programas presupuestarios de la Administración Pública Federal, y no se cuenta con datos específicos sobre los indicadores que miden cantidad de unidades médicas programadas contra unidades médicas construidas o remodeladas.

Ahora bien, la operación del programa que se refiere a transferencia de recursos a las entidades federativas, como se ha mencionado ya, se ejecuta mediante convenios de colaboración específicos celebrados por la Secretaría de Salud Federal con los Servicios Estatales de Salud. En estos convenios se determinan mecanismos de comprobación de gastos, seguimiento del avance de las obras y el ejercicio del presupuesto. Ello a efecto de garantizar la aplicación de recursos apegada a los convenios y planes establecidos por cada entidad federativa. Así, el ejecutivo estatal que recibe el dinero reporta de manera sistemática avances físicos y financieros de las obras.

Para el caso del 2014, se cuenta con un convenio entre la Secretaría de Salud, por medio de la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud y el gobierno estatal de Nuevo León a través de la Secretaría de Salud Estatal, en éste se determina el tipo de inversión y sus características específicas, así como metas, calendario y mecanismos de seguimiento y evaluación. Así mismo se

¹⁰³ Tomado de Reporte 2014, Avance en los Indicadores de los Programas presupuestarios de la Administración Pública Federal, en <http://www.sistemas.hacienda.gob.mx/ptpsed/datosProgramaLlave.do?id=12U006>

¹⁰⁴ Convenio específico de colaboración en materia de transferencia de recursos presupuestales federales DGPLADES-FOROSS-CECTR-01/14

transfirieron 60 mdp al Programa Unidades Médicas Móviles (antes Caravanas) para complementar la operación del mismo.

Para el presente ejercicio fiscal 2015 el Programa U006 tenía autorizado un presupuesto por 60 millones de pesos y en el mes de marzo sufrió reducción líquida por 758,563.00 y el resto del presupuesto fue transferido al Programa S200 para subsanar el déficit que presenta el Programa Unidades Médicas Móviles. De esta manera, el presupuesto modificado autorizado de dicho Programa en el presente ejercicio fiscal fue de cero pesos.

A continuación se presentan algunas conclusiones que dejen de manifiesto la necesidad de fortalecer la política pública, lo cual será abordado a través del Pp creado o modificado.

El Programa S200 ha contribuido desde su origen a resolver las limitaciones de cobertura de servicios de salud que aún prevalecen, ya que su objetivo principal es llevar acciones de salud del primer nivel de atención a las personas que no cuentan con ningún tipo de atención en salud.

- El Programa se ha posicionado como la estrategia nacional de atención itinerante con sentido de equidad, justicia distributiva, respeto a la diversidad intercultural y a los usos y costumbres de las comunidades indígenas, asimismo, y de acuerdo con el Decreto por el que se establece la Cruzada contra el Hambre, el programa orienta su crecimiento a los municipios ahí priorizados.
- Ha contribuido a alinear, organizar, integrar, unificar criterios y reorganizar las acciones de acercamiento de servicios de salud hacia las localidades que se ubican en zonas marginadas, en condiciones de aislamiento y bajo Índice de Desarrollo Humano, a través de unidades médicas móviles y equipos de salud itinerantes capacitados en la práctica médica efectiva y que son el único acceso a las redes de servicios de salud REDESS, para todas las familias que carecen de los servicios básicos de salud.
- Ha contribuido a disminuir la desigualdad social mediante la garantía del ejercicio del derecho del acceso universal a los servicios de salud.
- Ofrecer servicios de salud: prevención, promoción, control y atención médica y odontológica de calidad, aplicando tecnología médica de vanguardia a las comunidades y grupos vulnerables.
- Incorpora unidades médicas móviles que atiendan contingencias, urgencias epidemiológicas y desastres naturales para la población afectada, en coordinación con instituciones y dependencias de la Administración Pública Federal, Estatal y Municipal.
- A través de unidades médicas móviles y equipos de salud itinerantes, se integra a la red nacional de servicios de atención itinerante, lo cual contribuye a la ampliación de la cobertura de atención y al fortalecimiento de la capacidad resolutoria, acercando más y mejores servicios de salud a la población que carece de acceso.

- El Programa coadyuva en la disminución de la mortalidad materna e infantil en los municipios de menor IDH y en las localidades y los municipios de muy alta y alta marginación y de la Cruzada Nacional contra el Hambre en las 32 Entidades Federativas.
- A través de las unidades médicas móviles se brindan los servicios garantizados en el CAUSES con calidad, seguridad y capacidad, y otros paquetes de servicios de salud orientados a la población objetivo, ya sea beneficiaria o no de algún programa federal: Seguro Popular, Seguro Médico Siglo XXI y PROSPERA.
- El Programa opera en las 31 Entidades Federativas y el Distrito Federal y atiende a las personas de las localidades que hasta hoy han carecido de acceso a servicios de salud.
- Promueve que la población sin acceso a servicios de salud se afilie o re-afilie al SPSS: Seguro Popular y Seguro Médico para una Nueva Generación en las comunidades objetivo del Programa.
- El Programa impulsará la utilización de la tele-medicina en las 31 entidades federativas y el Distrito Federal.
- Contribuye a la consolidación de una estructura orgánico-funcional en los ámbitos federal, estatal, jurisdiccional y local que garantice la continuidad y fortalecimiento de la estrategia de atención itinerante a nivel nacional.
- El Programa contribuye a la consolidación de las modalidades y esquemas de financiamiento, con base en la participación activa y corresponsable del sector público, privado y social en su fortalecimiento y continuidad.
- El Programa mantiene una vigilancia permanente para que los recursos financieros, humanos y materiales se destinen para apoyar los procesos operativos con criterios de transparencia, rendición de cuentas y uso racional y eficiente de los recursos.
- En virtud de que el Pp U006 a la fecha no cuenta con recursos presupuestales, únicamente se están planteando actividades relacionadas con el Pp S200 Unidades Médicas Móviles, independientemente que para el próximo ejercicio fiscal 2016, se plantearan recursos para adquisición de unidades médicas móviles y equipamiento. Lo cual se relacionaba con el objetivo del Pp U006.

Justificación y alineación

Descripción de la vinculación del Pp creado o modificado, con el Sistema Nacional de Planeación Democrática.

- Las Metas Nacionales y objetivos plasmados en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 (PND);

El Programa se alinea directamente con la meta nacional “México Incluyente” del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 (PND) publicado en el Diario Oficial de la Federación el 20 de mayo de 2013, en dicha meta se establece el Objetivo 2.3. Asegurar el acceso a los servicios de salud, del que se desprenden cinco estrategias, cada una con sus respectivas líneas de acción.

Se vincula con la Estrategia 2.3.1 Avanzar en la construcción de un sistema nacional de salud universal, la cual contempla la línea de acción referente a garantizar el acceso y la calidad de los servicios de salud a los mexicanos, con independencia de su condición social o laboral.

Asimismo, está relacionado con la Estrategia 2.3.2 que busca hacer de las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud; dado que el Programa ofrece a su población objetivo ese conjunto de intervenciones.

Forma parte expresa de la Estrategia 2.3.3 Mejorar la atención de la salud a la población en situación de vulnerabilidad, puesto que la misma prevé como una de sus líneas de acción la de fomentar el desarrollo de infraestructura y la puesta en marcha de unidades médicas móviles y su equipamiento en zonas de población vulnerable.

El Programa también forma parte de la Estrategia 2.3.4. Garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad, la cual está enfocada entre otros impactos, a implementar programas orientados a elevar la satisfacción de los usuarios en las unidades operativas públicas.

- Los objetivos sectoriales, plasmados en los Programas derivados del PND, o en su caso, de programas especiales.

Programa Sectorial de Salud 2013-2018

El PROSESA, está vinculado a las Metas Nacionales del PND, en particular a la referente a un México Incluyente, para garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales de todos los mexicanos, que vaya más allá del asistencialismo y que conecte el capital humano con las oportunidades que genera la economía, en el marco de una nueva productividad social, que disminuya las brechas de desigualdad y que promueva la más amplia participación social en las políticas públicas como factor de cohesión y ciudadanía.

El Programa interviene en la ejecución de los compromisos intersectoriales establecidos en el PROSESA. Por ello, se alinea con el Objetivo 2. Asegurar el acceso efectivo de los servicios de salud, Estrategias 2.1. Avanzar en el acceso efectivo a servicios de salud de la población mexicana independientemente de su condición social o laboral y 2.3. Crear redes integradas de servicios de salud interinstitucionales. Ésta última conforme a sus Líneas de Acción. 2.3.6. Ampliar la red de atención a través de unidades móviles en regiones de alta marginación y dispersión poblacional y 2.3.7. Fortalecer la red de atención de telemedicina en regiones de alta marginación y dispersión poblacional; así como con el Objetivo 4. Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país. Estrategia. 4.3. Fortalecer los servicios de promoción y atención brindados a la población indígena y otros grupos en situación de vulnerabilidad, Línea de Acción. 4.3.2. Fortalecer la red de APS con énfasis en unidades móviles en salud.

Los indicadores sectoriales a los que contribuirá el Pp.

El Programa Fortalecimiento a la Atención Médica (FAM) contribuirá al indicador sectorial “razón de mortalidad materna”, incluyendo es su Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) el indicador de “porcentaje de mujeres referidas con embarazo de alto riesgo en localidades responsabilidad del Programa”.

Contribución del Programa FAM a las Metas Nacionales y Objetivos Sectoriales

Con esta función se contribuye de forma significativa para alcanzar el objetivo 2.3 del Plan Nacional de Desarrollo (PND) “Asegurar el acceso a los servicios de salud”, así como el objetivo 3 del Programa Sectorial de Salud (PSS), que es “Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad”.

Para ello, es necesario que se cuente con un Programa sujeto a reglas de operación, que facilite la transferencia de recursos presupuestarios a las entidades federativas, como se realiza actualmente con el Pp S200, otorgando con ello mayor eficiencia en la operatividad de las acciones antes descritas, con el propósito de fortalecer la atención médica en las zonas con mayor índice de marginación¹⁰⁵ y con ello contribuir con la meta nacional del PND México Incluyente y al objetivo 2.3 “Asegurar el acceso a los servicios de salud”.

3.2.3. Experiencias de Atención:

En el ámbito nacional, la experiencia es vasta y existen muchos años de experiencia en la materia para implementar estrategias de extensión de cobertura para el acceso universal de salud a la población más desfavorecida del país.

Durante casi cuatro décadas, la Secretaría de Salud ha desarrollado diversas estrategias y programas para atender la cobertura de servicios esenciales de salud mediante equipos itinerantes. Destacan entre tales experiencias, en orden cronológico, el Programa de Extensión de Cobertura (PEC), el Programa Comunitario Rural (PCR), el Programa de Salud Rural (PSR), el Programa de Apoyo a los Servicios de Salud para Población Abierta (PASSPA), el Programa de Ampliación de Cobertura (PAC), el Componente de Salud del Programa Oportunidades (hoy PROSPERA, Programa de Inclusión Social), y el Programa Caravanas de la Salud, hoy Programa Unidades Médicas Móviles.

Las citadas experiencias a la par de la evolución del propio sistema de salud en México, así como la transformación financiera a través del seguro popular, ha ido consiguiendo avances en la eliminación de las causas que limitan a la población que habitan localidades de municipios con menos IDH, de muy alta y alta marginación y de alta dispersión poblacional, para poder acceder a la cobertura universal de los servicios de salud.

¹⁰⁵ **Seminario: “Las desigualdades y el progreso en México: enfoques, dimensiones y medición”** El Colegio de México, marzo 2013 Manuel Suárez-Lastra (IGg-UNAM)Naxhelli Ruiz Rivera (IGg-UNAM) Javier Delgado Campos (IGg-UNAM).**Para el Índice de Marginación:** la marginación se define como un fenómeno estructural del modelo de desarrollo que se expresa tanto en la dificultad para propagar el progreso técnico en el conjunto de la estructura productiva y en las regiones del país, como en la exclusión de grupos sociales del proceso de desarrollo y del disfrute de sus beneficios.

Por su parte, debemos trabajar en favor el movimiento mundial hacia la cobertura universal de salud (UHC, por sus siglas en inglés) que asegura el acceso a los servicios de salud ofrece un marco general conforme al cual muchos gobiernos y asociados en el desarrollo, incluidos el Grupo Banco Mundial, enfocan su labor para garantizar que todas las personas reciban atención en salud sin tener que experimentar dificultades financieras.

La UHC apunta a lograr mejores resultados en materia de salud y desarrollo, aunado con los objetivos de desarrollo del milenio (ODM), que incluyen entre otros aspectos la reducción de la mortalidad materna e infantil, el mejoramiento de la nutrición de los lactantes y los niños, y la prevención y el tratamiento de las enfermedades transmisibles.

En los últimos años, el movimiento global de la UHC ha ganado impulso gracias a los llamados de la Asamblea Mundial de la Salud y la Asamblea General de las Naciones Unidas a los países para ampliar de manera urgente y significativa las iniciativas dirigidas a acelerar la transición a servicios de salud asequibles y de calidad.

En mayo de 2014, el Grupo del Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicaron un marco de trabajo conjunto para realizar el monitoreo de los avances hacia la cobertura universal de salud, teniendo presente dos objetivos: 1) protección financiera para el 2030, ninguna persona debería caer en la pobreza o estar en esta situación debido a los gastos en salud, y 2) prestación de servicios para el 2030, todos deberían tener acceso a servicios de salud esenciales.

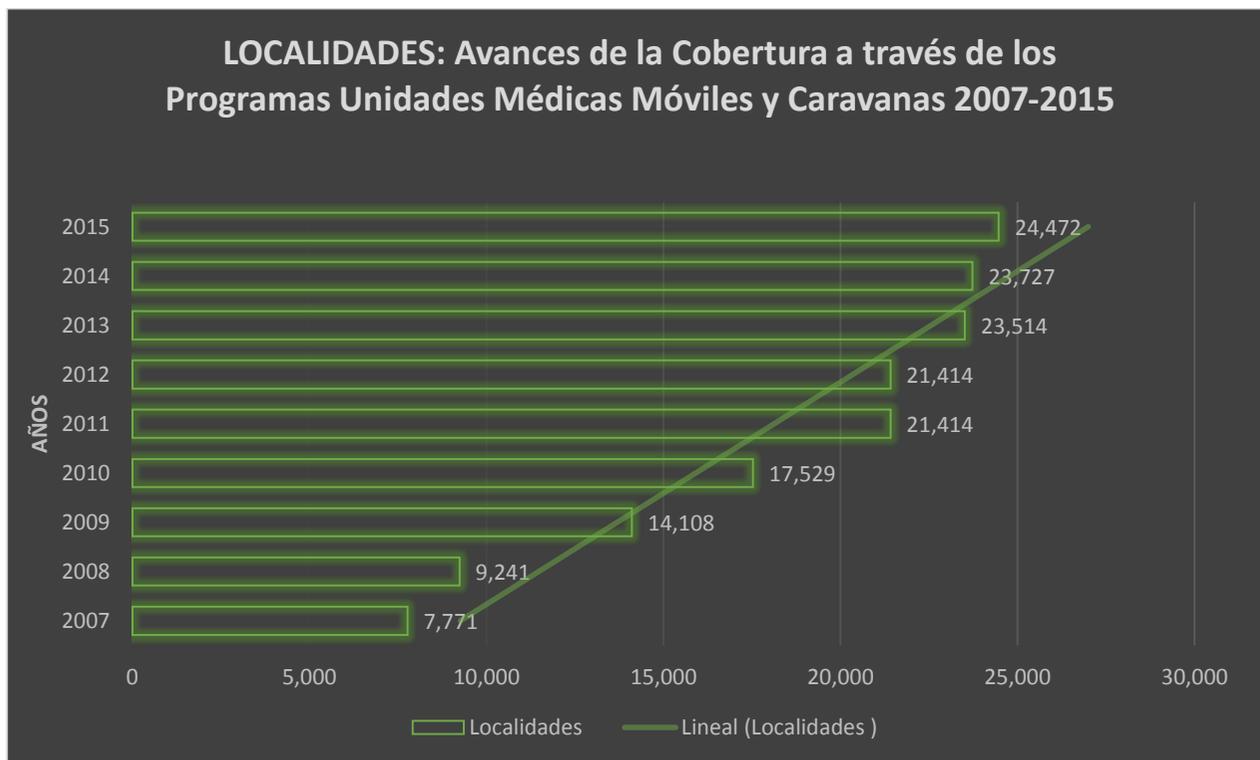
En la actualidad, más de 30 países de ingreso mediano están implementando programas que los deberían conducir a la UHC, y muchas más naciones de ingreso bajo y mediano están considerando el inicio de iniciativas similares.

En el documento “Monitoreo del progreso hacia la cobertura universal de salud a nivel nacional y global Marco de trabajo, medidas y metas mayo de 2014” el cual fue redactado de forma conjunta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Banco Mundial (BM):

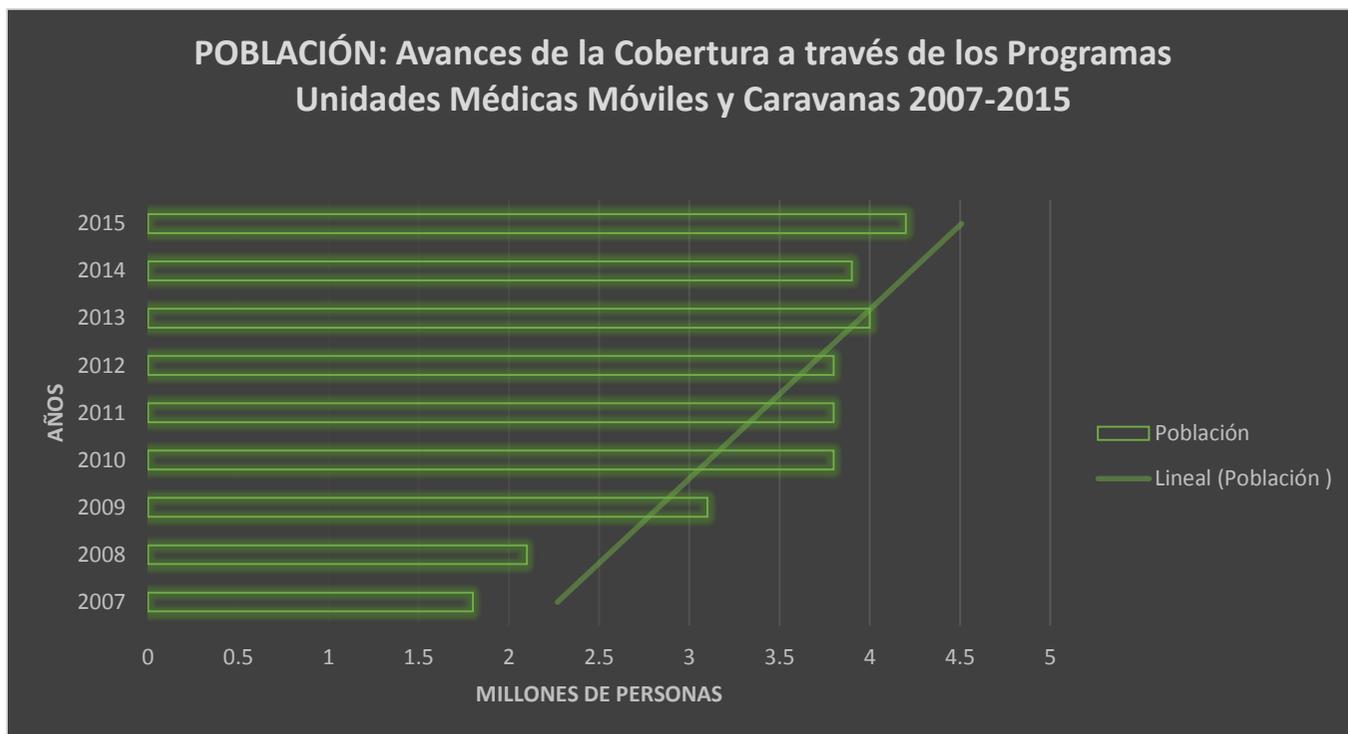
*“El propósito de realizar un monitoreo de la cobertura universal de salud a nivel nacional es garantizar que el progreso hacia una cobertura universal refleje el perfil único propio de cada país en relación con sus características demográficas y epidemiológicas, con su sistema de salud, su nivel de desarrollo económico y las demandas y expectativas de su población [...] por ejemplo, **las economías emergentes deberían centrarse en cómo extender los servicios esenciales en zonas remotas**, [...]”¹⁰⁶.*

¹⁰⁶ **Monitoreo del progreso hacia la cobertura universal de salud a nivel nacional y global Marco de trabajo, medidas y metas mayo de 2014**, Organización Mundial de la Salud y Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/el Banco Mundial 2014. Ediciones de la OMS, Organización Mundial de la Salud, 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza. [www.who.int](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112827/1/WHO_HIS_HIA_14.1_spa.pdf). http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112827/1/WHO_HIS_HIA_14.1_spa.pdf.

En este contexto, México es referencia de programas de ampliación de cobertura para la superación de la falta de acceso a servicios de salud y ejemplo de ello es lo expresado en el presente documento, y de forma más inmediata los dos programas que le anteceden al nuevo Programa Fortalecimiento a la Atención Médica: Caravanas de la Salud y el Programa Unidades Médicas Móviles:



Gráfica y tabla a partir **Libro Blanco de 2007 a 2012, DGPLADES 2013 a 2015**. La cobertura del Programa incluye unidades médicas móviles alineadas al modelo operativo del Programa las cuales se complementan a las UMM adquiridas con recursos federales. A partir de 2007 y hasta 2012 se contabiliza la productividad de las UMM Federales y las UMM Estatales Alineadas al Programa. De 2013 a la fecha se contabilizan solo las UMM Federales.



Gráfica y tabla a partir **Libro Blanco de 2007 a 2012, DGPLADES 2013 a 2015**. La cobertura del Programa incluye unidades médicas móviles alineadas al modelo operativo del Programa las cuales se complementan a las UMM adquiridas con recursos federales. A partir de 2007 y hasta 2012 se contabiliza la productividad de las UMM Federales y las UMM Estatales Alineadas al Programa. De 2013 a la fecha se contabilizan solo las UMM Federales.

Como puede observarse en los gráficos, los avances en materia de cobertura de los dos programas que le anteceden al Programa de Fortalecimiento a la Atención Médica, y en particular las unidades médicas móviles que forma parte sustancial de la fusión descrita, han mantenido de forma constante una tendencia de extensión de cobertura positiva.

Dicha evidencia deja de manifiesto que la estrategia de cobertura que se fusiona con el Programa de FAM recoge la experiencia acumulada en términos de políticas públicas que han demostrado la eficacia en el ejercicio de sus recursos disponibles para abordar los problemas de inequidades en el acceso efectivo a los servicios de salud, en beneficio de la población en condiciones de vulnerabilidad y por consecuencia en lograr el acceso universal a los servicios de salud.

En el plano internacional, la experiencia de políticas públicas de desarrollo social en salud ha permitido avanzar en la consolidación de sistemas con acceso universal en salud, a través de equipos de salud itinerante, esto debido a la complejidad regional en las zonas geográficamente dispersas en las que generalmente operan.

PANAMÁ

Podemos citar la experiencia de Panamá¹⁰⁷, que estableció un **“Paquete Integral de Servicios de Salud para Zona Rural”** por sus siglas PAISS, a través de equipos de salud itinerante.

Las actividades en salud del PAISS para zona rural fueron descritas altamente efectivas, desde el análisis costo-efectividad como se muestra en la siguiente tabla:

Paquete de Atención Integral de Servicios de Salud para zona rural (PAISS)

Actividades	US\$ por AVAD ganado
Educación para el saneamiento ambiental (a)	20
Educación para la salud (a)	20
Educación alimentaria nutricional (estilos de vida saludables y prevención de enf. crónicas) (a)	20
Organización, capacitación y asesoría a los comités de salud, juntas administradoras de acueducto rural y juntas administradoras de subproyectos de producción comunitaria (a)	n.d
Aplicación de inmunizaciones (b)	25
Control de la calidad del agua y fuentes	170
Toma de muestra de PAP	100
Control de crecimiento y desarrollo (0 -59 meses)	100
Administración de micronutrientes; vit. A, hierro, ac. fólico y antiparasitarios	4
Control prenatal	10
Control puerperal	30
Control de la disposición de excretas	170
Control de la disposición de basuras	170
Administración de métodos anticonceptivos	75
Distribución de complemento alimentario a embarazadas de bajo peso	24
Atención a la morbilidad (IRA, EDA, inmunoprevenibles y piodermatitis)	300
Distribución de complemento alimentario a niños menores de 59 meses con desnutrición moderada y severa	63
Atención del parto	30
Atención al déficit de micronutrientes menores de 5 años, MEF, y embarazadas, escolares	13
Distribución de complemento alimentario a tuberculosos	n.d

¹⁰⁷ Cecilia Má, MD, MPP, Auditoria Social en Salud-La experiencia de Panamá, disponible en <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=717375>

HONDURAS

De igual forma están los resultados de Honduras, que ante la necesidad de la falta de acceso implemento el **“Programa de Extensión de Cobertura de Servicios Básicos de Salud”**¹⁰⁸ que ha consistido en suministrar un paquete básico de salud a enormes poblaciones rurales en extrema pobreza, a través de equipos itinerantes de salud.

En sus tres primeros años de funcionamiento llegaron a tener una cobertura de 1,142 comunidades rurales conformadas por 60,000 familias y 289,000 habitantes a lo largo de los 95 municipios más pobres de todo Honduras. La primera fase de este Programa inicio en 2001, en 308 comunidades de 20 municipios.

Este Programa desde el inicio de sus operaciones supone tres ejes fundamentales, el primero la selección de las comunidades beneficiadas, el segundo definir el paquete básico de salud que deberá ofertarse y por último la selección de la contratación de los equipos de salud itinerante.

ARGENTINA

Por su parte la República de Argentina tiene una de las experiencias de mayor impacto a través del **“Programa Médico Comunitarios, Equipos de Salud del Primer Nivel de Atención” (PMC)**¹⁰⁹ el cual opera desde 2005 como una línea de acción tendiente a mejorar la salud y calidad de vida de los Pueblos Originarios a partir de intervenciones socio-sanitarias con equipos comunitarios itinerantes interdisciplinarios.

Se promovió la implementación, a nivel local, de prácticas sanitarias integrales e intersectoriales con criterio de equidad. El área se consolida en julio de 2009 a raíz de una decisión estratégica de la Coordinación Nacional del PMC en cuanto a fortalecer la perspectiva de interculturalidad en salud y ampliar el espacio de los equipos de salud.

Esta nueva área de salud incorpora la experiencia y los recursos humanos del ex Programa denominado ANAHI, con el objetivo de fortalecer a nivel nacional un espacio de trabajo específico para la salud de los pueblos más desfavorecidos.

El objetivo estratégico del área es mejorar la cobertura de salud y las condiciones de accesibilidad al sistema público de salud de las comunidades indígenas de todo el país. Para ello, desarrolla entre otras las siguientes tareas:

¹⁰⁸ **La Reforma de Salud en Honduras**, Adolfo Rodríguez Herrera, Naciones Unidas, Series Comisión Económica para América y el Caribe CEPAL 2006.

¹⁰⁹ Presidencia de la Nación República de Argentina/ Ministerio de Salud. Programa Médicos Comunitarios. Equipos de Salud del Primer Nivel de Atención. Disponible en:
<http://www.msal.gob.ar/medicoscomunitarios/index.php/institucional/area-de-salud-indigena>.

- Promueve la incorporación, en los equipos de salud del primer nivel de atención, de agentes sanitarios pertenecientes a las comunidades indígenas en todas las provincias.
- Diseña materiales pedagógicos con enfoque de interculturalidad en salud.

A la vez, existe un conjunto de recursos humanos financiados por el PMC que es designado con acuerdo y a propuesta de las comunidades y organizaciones indígenas asegurando no sólo la participación activa de las mismas sino también que esos integrantes de equipos sean miembros de dichas comunidades.

Este compromiso se plasma, igualmente, en la creación, a mediados de 2009, dentro del PMC, del área de salud indígena, cuyo objetivo principal es mejorar la cobertura de salud de los pueblos indígenas a través de los equipos comunitarios del primer nivel que garanticen la accesibilidad, la calidad de la atención y la activa participación de la comunidad.

“El resultado más importante de estos intercambios es la paulatina conformación de equipos de salud constituidos por profesionales y no profesionales, principalmente agentes sanitarios, pertenecientes a estas comunidades. La intervención de recursos humanos provenientes de comunidades indígenas implica el impulso, fortalecido desde el equipo central del PMC, de prácticas de salud interculturales.

Se identifican así importantes avances cualitativos que se acrecientan en 2010 con la capacitación en interculturalidad y salud para los integrantes de los equipos de salud que no provienen de comunidades indígenas, sumados al significativo aumento del número de equipos de salud. En el mes de Diciembre, con el ingreso de la 10° cohorte, se llega a 900 agentes sanitarios indígenas en todo el país.

En el 2013: con la incorporación en la 3ª cohorte del curso en salud social y comunitaria, de 115 nuevos/as agentes sanitarios/as indígenas en las provincias de Entre Ríos, Córdoba, Mendoza, San Juan, San Luis, Misiones, Chaco, Tucumán, Catamarca, Santiago del Estero y Jujuy. De tal modo, se sumaron dos nuevas jurisdicciones: Entre Ríos y San Luis. Así, las provincias con representación del área llegaron a 18 en 2013”¹¹⁰.

BRASIL

“Sello de aprobación de la cobertura sanitaria”¹¹¹.

El programa de agentes sanitarios itinerantes forma parte de una iniciativa que puso en marcha El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Programa de la Organización de las Naciones Unidas con base en Nueva York y que provee ayuda humanitaria y de desarrollo a niños y madres en países

¹¹⁰ Ibídem

¹¹¹ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF. Los agentes sanitarios itinerantes prestan servicios esenciales a las familias brasileñas, UNICEF disponible en http://www.unicef.org/spanish/health/brazil_41042.html

en desarrollo) UNICEF en 2005, que recompensa a las comunidades que cumplen con una serie de normas estrictas sobre el mejoramiento de las vidas de los niños y niñas.

La iniciativa, que lleva nombre **“Sellos de Aprobación Municipal de UNICEF”**, ya ha cosechado el apoyo de más de 1.000 ciudades y pueblos en la vasta región semiárida del Brasil, que cuenta con más de 33 millones de habitantes y tiene los indicadores sociales más bajos del país. Se trata de más de un millar de comunidades que se han comprometido a garantizar la salud, educación y protección de más de 10 millones de niños y niñas.

“Testimonio extraído de UNICEF “Brasil, 1 de octubre de 2007 – Maria Dos Santos, una agente sanitaria municipal itinerante que se desplaza a pie, realiza hasta 20 visitas domiciliarias por día. Su trabajo consiste en tratar enfermedades tan diversas como la diabetes y los problemas cardíacos, además de ofrecer una amplia gama de servicios a las mujeres embarazadas y a las que han dado a luz recientemente. Hoy, su primera parada es en el hogar de una joven madre, Iris Nogueira, donde revisa a Amanda, la hija de Iris, de dos meses de edad.”

“Nos visitan una vez por mes”, explica Iris. “Hoy, la agente sanitaria pesó a mi hija, le realizó un examen físico y me dio consejos sobre cómo cuidarla”. La Sra. Dos Santos atiende a muchos bebés como Amanda, ya que mensualmente visita los hogares de casi 240 familias. Aunque la Sra. Dos Santos lleva a cabo sus recorridos a pie, otros agentes sanitarios brasileños emplean bicicletas, botes y carros tirados por caballos para visitar a muchas familias que viven en lugares distantes y recónditos”¹¹².

TELEMEDICINA

Por otra parte, el Programa de Fortalecimiento a la Atención Médica a través de las unidades médicas móviles de manera adicional considerará las intervenciones que se prestarán a través de los servicios de Telemedicina.

Lo anterior, debido al aprovechamiento y uso de las tecnologías de la información y comunicaciones que ha aumentado las expectativas en el cuidado preventivo de la salud, donde se presentan como una herramienta fundamental para lograr la consolidación de un sistema integral de salud.

Este tipo de tecnología permite la transferencia de información de pacientes, procedimientos y tratamientos, derribando barreras geográficas, de espacio y de tiempo, criterios de alta dispersión geográfica y poblacional bajo los que opera actualmente el Programa Unidades Médicas Móviles que retoma su responsabilidad el Programa de Fortalecimiento a la Atención Médica.

Con el fin de apoyar a la implementación de procesos de atención médica basada en infraestructura conocida a como Tele-medicina y Tele-salud, la cual beneficia directamente a los pacientes que no tienen acceso a los servicios de salud especializados, el Programa de Fortalecimiento a la Atención

¹¹² *Ibidem*

Médica considerará adicionalmente operar las intervenciones a través de los servicios de Telemedicina.

La Organización Mundial de la Salud a través del documento “*Health New horizons for health through mobile technologies: second global survey on eHealth.*”¹¹³, encuesta donde se incluye a México, establece lo siguiente en cuanto a la evolución de la Telemedicina y su uso eficiente para alcanzar niveles de cobertura efectiva para toda la población con énfasis en los países en vías de desarrollo.

La telemedicina móvil se definió en la encuesta como la comunicación o consulta entre profesionales de la salud sobre pacientes con voz, texto, datos, imágenes o vídeo de un dispositivo móvil. Se puede aplicar a otras situaciones; la gestión de enfermedades crónicas de pacientes que viven en el país es un ejemplo. En los países en desarrollo, así como las zonas marginadas [...], la escasez de recursos humanos en el sector salud representan una importante barrera para el acceso del paciente a tratamiento o atención especializada. Las tecnologías móviles representan una oportunidad para librar este desafío conectando pacientes, auxiliares comunitarios en salud y médicos en las zonas urbanas y rurales para mejorar la calidad del servicio en el punto de atención y reducir las referencias innecesarias

*“Mobile telemedicine was defined in the survey as the communication or consultation between health professionals about patients using the voice, text, data, imaging, or video functions of a mobile device. But it can be applied to other situations; the management of chronic diseases of patients living at home is one example. In developing countries, as well as underserved areas of developed countries, human resource shortages in the health sector pose a major barrier to a patient’s access to treatment and/or specialized care. Mobile technologies present an opportunity to circumvent this challenge by connecting patients, community health workers and physicians in urban and rural areas to improve quality of care at the point of care and reduce unnecessary referrals.”*¹¹⁴

Es decir, que la Tele-medicina y la Tele-salud viene a complementar de forma integral al Programa de Fortalecimiento a la Atención Médica a través del uso de las tecnologías disponibles que contribuye a eliminar las barreras geográficas de tiempo y distancia, al poner al alcance de la población con menores índices de desarrollo humano y alta y muy alta marginación, atención y servicios especializados en salud, esto es, trazar el camino que permita seguir construyendo el acceso universal en salud, no solo como un paquete básico de tratamientos sino como una puerta de acceso general a todos los niveles y servicios de las Redes de Salud del sistema .

Entre los principales hallazgos de la segunda encuesta, se reportó que un alto porcentaje de países informaron altas tasas de adopción en iniciativas de telemedicina, por regiones para América (75%), Europa (64%) y el sudeste de Asia (62%), dichas iniciativas de Telemedicina incluyen consultas

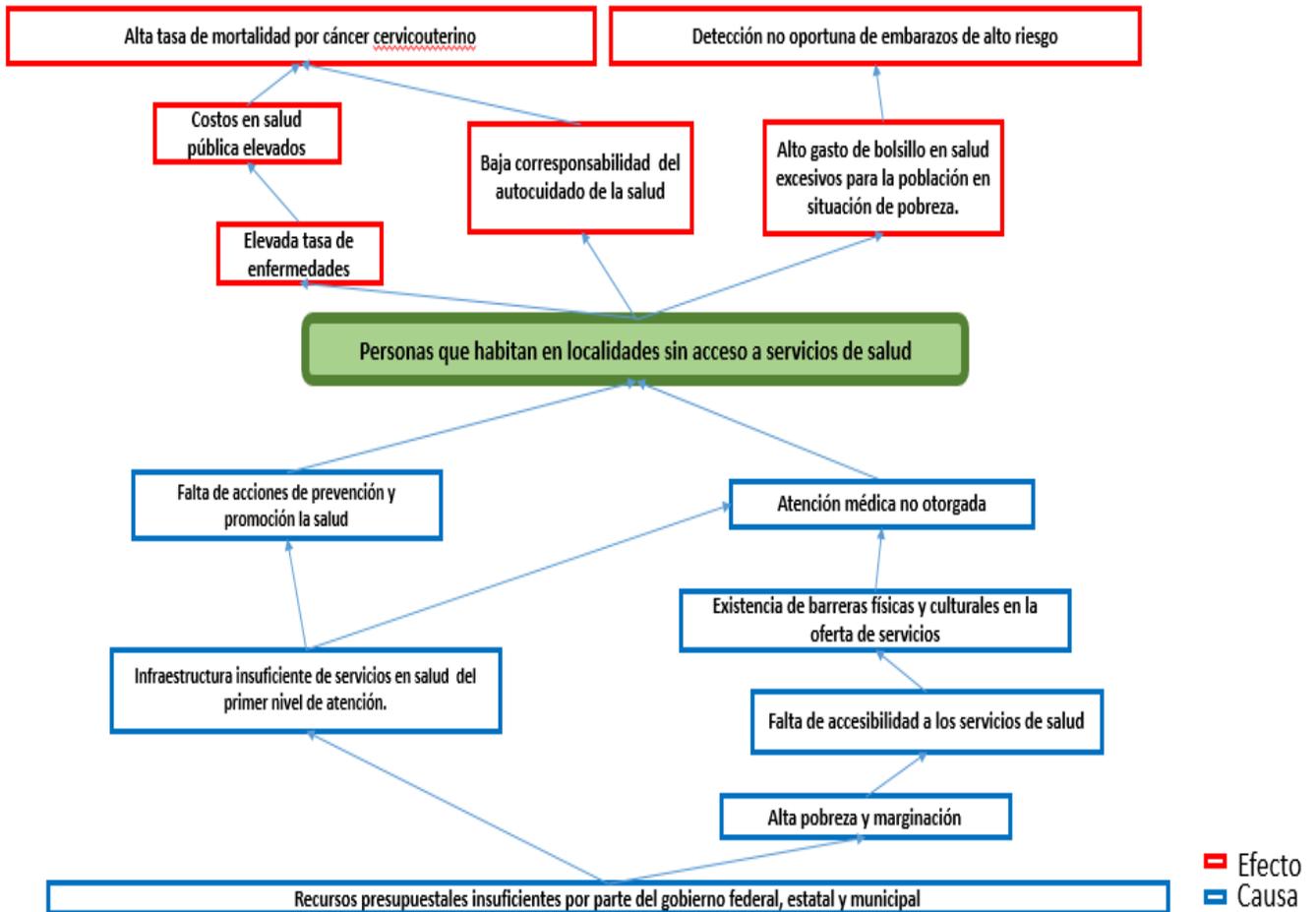
¹¹³ Publications of the World Health Organization are available on the WHO web site (www.who.int) or can be purchased from WHO Press, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland; e-mail: bookorders@who.int).

¹¹⁴ *Ibidem*

entre prestadores de servicios de salud y transmisión de datos relacionados con la salud de pacientes.¹¹⁵

3.2.4. Árbol de Problemas

Programa S-200 “Fortalecimiento a la Atención Médica” Árbol de problemas

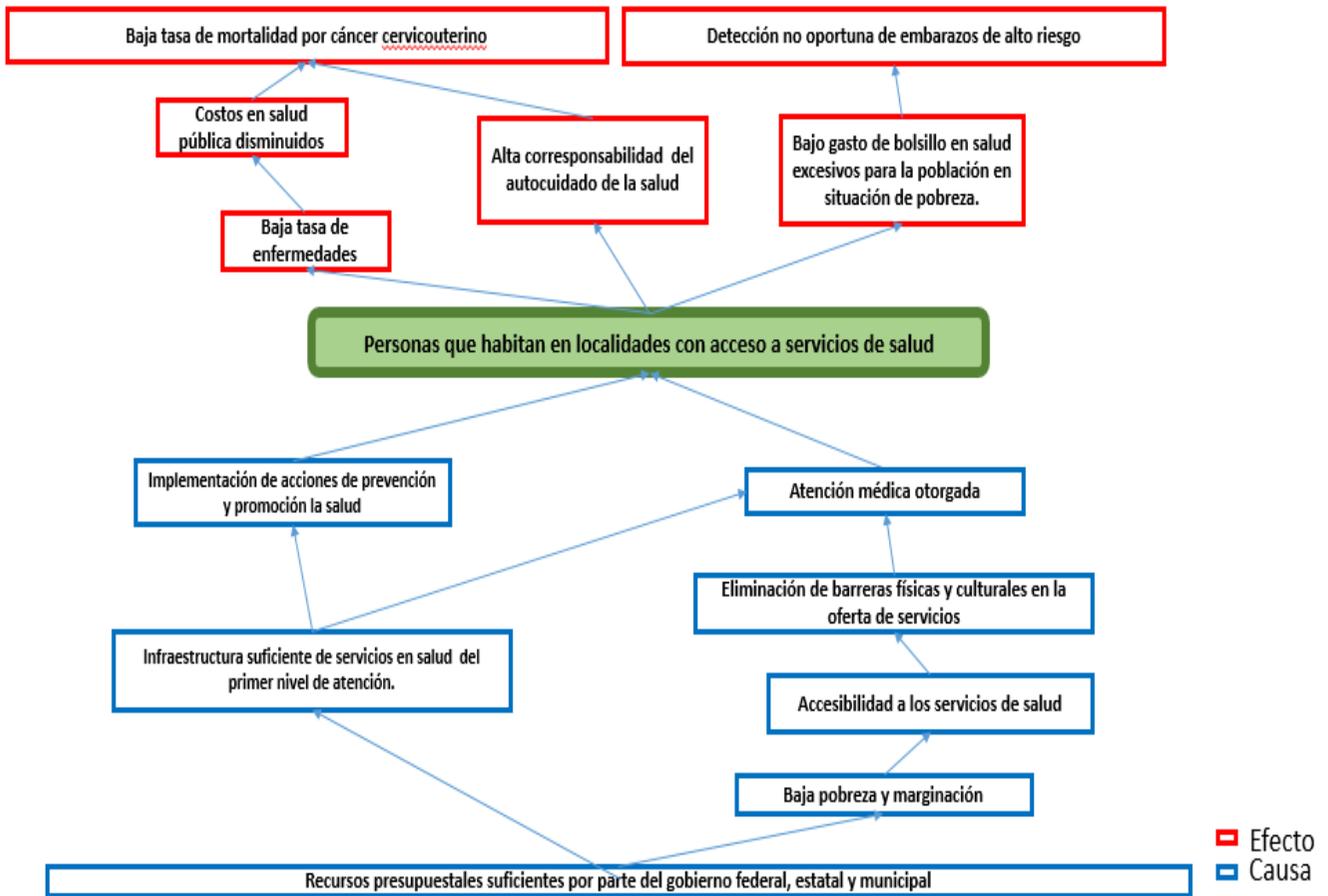


¹¹⁵ Ibídem

3.3 Objetivos

3.3.1 Árbol de Objetivos

Programa S-200 “Fortalecimiento a la Atención Médica” Árbol de objetivos



3.3.2 Determinación y justificación de objetivos de la intervención

Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018

El Programa se alinea directamente con la meta nacional México Incluyente del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 (PND) publicado en el Diario Oficial de la Federación el 20 de mayo de 2013, en dicha meta se estableció el Objetivo 2.3. Asegurar el acceso a los servicios de salud, del que, a su vez, se desprenden cinco estrategias cada una con diversas líneas de acción.

Se vincula con la Estrategia 2.3.1 Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal, la cual contempla la línea de acción referente a garantizar el acceso y la calidad de los servicios de salud a los mexicanos, con independencia de su condición social o laboral.

Asimismo, está estrechamente relacionado con la Estrategia 2.3.2 que busca hacer de las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud; dado que el Programa ofrece a su población objetivo ese conjunto de intervenciones.

Forma parte expresa de la Estrategia 2.3.3 Mejorar la atención de la salud a la población en situación de vulnerabilidad, puesto que la misma prevé como una de sus líneas de acción la de Fomentar el desarrollo de infraestructura y la puesta en marcha de unidades médicas móviles y su equipamiento en zonas de población vulnerable.

El Programa también forma parte de la Estrategia 2.3.4. Garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad, la cual está enfocada, entre otros impactos, a implementar programas orientados a elevar la satisfacción de los usuarios en las unidades operativas públicas.

Programa Sectorial de Salud 2013-2018

El PROSESA, está vinculado a las Metas Nacionales del PND, en particular a la referente a un México Incluyente, para garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales de todos los mexicanos, que vaya más allá del asistencialismo y que conecte el capital humano con las oportunidades que genera la economía, en el marco de una nueva productividad social, que disminuya las brechas de desigualdad y que promueva la más amplia participación social en las políticas públicas como factor de cohesión y ciudadanía.

El Programa interviene en la ejecución de los compromisos intersectoriales establecidos en el PROSESA. Por ello, se alinea con el Objetivo 2. Asegurar el acceso efectivo de los servicios de salud, Estrategias 2.1. Avanzar en el acceso efectivo a servicios de salud de la población mexicana independientemente de su condición social o laboral y 2.3. Crear redes integradas de servicios de salud interinstitucionales. Ésta última conforme a sus Líneas de Acción. 2.3.6. Ampliar la red atención a través de unidades móviles en regiones de alta marginación y dispersión poblacional y 2.3.7. Fortalecer la red de atención de telemedicina en regiones de alta marginación y dispersión poblacional; así como con el Objetivo 4. Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país. Estrategia. 4.3. Fortalecer los servicios de promoción y atención brindados a la población indígena y otros grupos en situación de vulnerabilidad, Línea de Acción. 4.3.2. Fortalecer la red de atención primaria a la salud con énfasis en unidades móviles en salud.

Objetivo General del Programa

Contribuir a cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país, a través del mejoramiento de las condiciones de salud de la población sin acceso a servicios de salud, mediante la oferta de servicios de promoción y prevención de la salud así como intervenciones específicas comprendidas en el primer nivel de atención a la salud y otorgado por unidades médicas móviles, así como fortalecer la atención médica ambulatoria a través de la adquisición de unidades médicas móviles equipadas, para sustitución de las que actualmente se encuentran en operación, con el fin de que se continúe trabajando de forma complementaria a las unidades médicas fijas en el primer nivel de atención.

3.4 Cobertura y Focalización

3.4.1 Identificación y caracterización de la población potencial del Programa FAM.

Se define como el número de personas que carecen de acceso a los servicios de salud y que viven en comunidades de menos de 2,500 habitantes.¹¹⁶

Se cuantificó en 6,224,708 de personas. Se obtuvo de la suma de 4,638,979 personas que habitan en localidades menores de 2,500 habitantes, dado que tienen carencia por acceso a servicios de salud (sin afiliación a servicios de salud); más las 1,585,729 personas que viven en localidades que el programa define en las rutas receptoras de servicios de salud.

3.4.2 Identificación, caracterización y cuantificación de la población objetivo del Programa FAM.

Se define como las personas que cuentan con acceso al primer nivel de atención a la salud mediante las unidades médicas móviles, y a las personas que por razones de emergencia o excepción, sean atendidas en casos de desastres naturales, urgencias epidemiológicas, concentraciones masivas y otros eventos de la misma naturaleza.

La población objetivo estimada para 2016 es de 1,585,729 la cual se actualizará cada año, esta cifra corresponde a la población que se prevé atender únicamente con las unidades médicas móviles que operaran con recursos federales. (En proceso de actualización)¹¹⁷.

La población objetivo podrá ser atendida al menos dos veces al mes por la UMM, a excepción de las UMM que tienen en su ruta de 11 a 15 localidades, las cuales se atenderán una vez al mes.

La permanencia de las UMM será por un día en cada localidad, cumpliendo una jornada de trabajo completa de 8 horas, a partir del momento en que llega a la localidad.

¹¹⁶ Fuente: Análisis de la DGPLADES/DGED y de las estimaciones del CONEVAL con base en el MCS-ENIGH 2014.

¹¹⁷ **Anexo 6 de los Convenios Específicos de Colaboración en Materia de Transferencia de Recursos Presupuestarios, 2015.** (Se considera únicamente a la población que se atenderá con unidades médicas móviles adquiridas con recursos federales)

La cartera de servicios de salud que otorgará el Programa es de 154 intervenciones (en procesos de actualización). Adicionalmente, se considerarán las intervenciones que se prestarán a través de los servicios de Telemedicina.

Estas intervenciones forman parte del CAUSES 2014 y los tipos de UMM son los siguientes. Los tipos de unidades médicas móviles son tipo 0,1,2 y 3, para mayor detalles de la capacidad resolutive de cada una de los diferentes tipos de UMM, se puede consultar las Reglas de Operación del Programa UMM vigentes públicas en el DOF el 27 de diciembre de 2014.

3.4.3 Frecuencia de actualización de la población potencial y objetivo

La población potencial, se actualizará cada dos años de acuerdo a las estimaciones del CONEVAL.

La población objetivo, se actualizará cada año de acuerdo al anexo 6 “Rutas” del Convenio específico de colaboración en materia de transferencia de recursos presupuestarios federales.

3.5 Diseño de la intervención

El Programa de Fortalecimiento a la Atención Médica se ejecutará a través de unidades médicas móviles, que buscan incidir en los factores multidimensionales de la pobreza y determinantes sociales de la salud a través de acciones de prevención y promoción de la salud en las poblaciones que por su dispersión geográfica, bajo índice desarrollo humano, alta y muy alta marginación que se encuentran sin acceso a los servicios de salud y que resulta muy complejo el establecimiento en el corto plazo de unidades médicas fijas, asimismo, y de acuerdo con el Decreto por el que se establece la Cruzada Nacional Contra el Hambre, el Programa de Fortalecimiento a la Atención Médica orienta su crecimiento a los municipios priorizados en la citada estrategia de inclusión y bienestar social.

3.5.1 Tipo de intervención

Número y denominación de subprogramas, componentes u otras vertientes en que se desagrega la operación del Pp FAM para la entrega de subsidios y apoyos:

El Programa FAM articulará recursos humanos capacitados, medios de transporte de personal, casas de salud, recursos materiales (medicamentos, insumos, dispositivos médicos) y recursos tecnológicos, que inciden en un espacio geográfico determinado, a través del establecimiento de rutas de atención que brindan servicios a la población en materia de promoción de la salud, prevención y control de enfermedades, atención de urgencias y algunas intervenciones de hospitalización establecidas en el CAUSES 2014. Asimismo, con la ejecución del Programa se busca la continuidad de la atención a través de la referencia de pacientes a unidades médicas de mayor capacidad resolutive de la Red.

El Programa mantendrá su operación en tres modalidades de atención que son:

- 1) Extensión de cobertura,
- 2) Ampliación funcional de la oferta de servicios y

3) Contingencias.

Lo anterior conservando las características del Programa UMM previo. Para mayor detalle se puede consultar las Reglas de Operación del Programa UMM vigentes públicas en el DOF el 27 de diciembre de 2014.

3.5.2 Etapas de la intervención

El Programa tendrá cobertura nacional, ofrecerá servicios de salud a los habitantes de localidades geográficamente dispersas, de alta y muy alta marginación y localidades sin servicios de salud; dichas localidades están ubicadas en municipios de bajo Índice de Desarrollo Humano y/o en municipios de la Cruzada Nacional Contra el Hambre y/o municipios predominantemente indígenas.

El Programa focalizará su atención en localidades que no tienen cobertura efectiva de servicios de salud por su ubicación geográfica y dispersión poblacional; adicionalmente a esta condición se tomará en cuenta la situación de alta y muy alta marginación que guarden las localidades de acuerdo al "Índice de marginación por localidad 2010" y a la ubicación de dichas localidades en municipios de bajo Índice de Desarrollo Humano, de acuerdo con los registros del Consejo Nacional de Población.

Sin perjuicio de lo anterior y con el propósito de cumplir con el artículo cuarto, del Decreto por el que se establece el Sistema Nacional Contra el Hambre, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 22 de enero de 2013, se procurará que las localidades por atender se ubiquen en los municipios definidos por éste, siempre y cuando cumplan los requisitos de inclusión descritos.

En algunos casos, los servicios que brinden las UMM, podrán ser complementarios a las unidades de salud fijas que no cuentan con los servicios que otorgan las UMM.

Definición específica de los tipos de apoyo o beneficios que otorgará el Pp FAM:

La cartera de servicios de salud que otorgará el Programa es de 154 intervenciones. Adicionalmente, se considerarán las intervenciones que se prestarán a través de los servicios de Telemedicina. Estas intervenciones forman parte del CAUSES 2014.

Los servicios que otorgará el Programa forman parte de los seis conglomerados de intervenciones que tiene el CAUSES. Cabe señalar que el otorgamiento de las intervenciones de salud estará determinado por la capacidad resolutoria de las UMM y que habrá de buscarse, mediante la referencia a otros niveles de atención, el acceso al total de las intervenciones del CAUSES.

Las intervenciones (CAUSES 2014) se describen de manera general y se pueden consultar de manera detallada en la página WEB de la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud DGPLADES <http://www.dgplades.salud.gob.mx/>

3.5.3 Previsiones para la integración y operación del padrón de beneficiarios del Programa FAM

El Programa no cuenta con padrón de beneficiarios, ya que se duplicarían los datos de los padrones oficiales del Programa PROSPERA y de las personas afiliadas al Seguro Popular, en virtud de que el Programa es un prestador de servicios complementario de los sistemas de salud estatales.

Los beneficiarios del Programa serían, todos los habitantes de las localidades atendidas por el Programa que reciben los servicios de atención a la salud que se otorgan a través de las UMM, sin importar su condición de género, edad, origen étnico, posición social, económica o creencia religiosa.

Aun cuando la condición de afiliado al SPSS no es un requisito para recibir los servicios del Programa, es obligación del equipo de salud fomentar la afiliación de las personas que aún no lo estén y que no sean derechohabientes de la seguridad social.

3.5.4 Matriz de indicadores

Consideraciones para la integración de la Matriz de Indicadores para Resultados del Pp FAM:

El actual Programa S200 cuenta con matriz de indicadores la cual prevalecerá con la fusión, y se modificará en la denominación del Programa, se realizaran cambios en el apartado de clasificación funcional y se incorpora con nivel de actividad un indicador el cual se relaciona con la adquisición de UMM. (Se anexa al presente, considerando que se actualizarán con los cambios descritos)

Detalle de la Matriz								
Ramo:	12 - Salud							
Unidad Responsable:	611 - Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud							
Clave y Modalidad del Pp:	5 - Sujetos a Reglas de Operación							
Denominación del Pp:	5-200 - Fortalecimiento a la atención médica							
Clasificación Funcional:								
Finalidad:	2 - Desarrollo Social							
Función:	3 - Salud							
Subfunción:	1 - Prestación de Servicios de Salud a la Comunidad							
Actividad Institucional:	15 - Promoción de la salud y prevención y control de enfermedades fortalecidas e integradas sectorial e intersectorialmente							
Objetivo			Fin			Supuestos		
Contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante la oferta de servicios del primer nivel de atención a la salud por unidades médicas móviles.			1			Existe voluntad política en los diferentes niveles de Gobierno para focalizar acciones en las regiones y en la población con acceso limitado o nulo a servicios de salud. Existen vías de comunicación adecuadas para que lleguen las unidades médicas móviles.		
Indicador	Definición	Método de Cálculo	Tipo de Valor de la Meta	Unidad de Medida	Tipo de Indicador	Dimensión del Indicador	Frecuencia de Medición	Medios de Verificación
Tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino	El indicador mide el efecto de las acciones que la Secretaría de Salud, en coordinación con las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud, desarrolla para detectar y atender el cáncer cérvico-uterino en forma oportuna.	(Total de mujeres de 25 años y más fallecidas a causa de cáncer cérvico-uterino en un año determinado / la Población estimada de mujeres en el mismo grupo de edad para el mismo periodo)*100,000	Relativo	Índice	Estratégico	Eficacia	Anual	
Porcentaje de mujeres referidas con embarazo de alto riesgo en localidades	Se refiere a las acciones del Programa, para fortalecer la referencia de mujeres	(Total de mujeres embarazadas de alto riesgo que fueron referidas/Total de mujeres embarazadas de alto	Relativo	Porcentaje	Estratégico	Eficacia	Anual	2. Total de mujeres embarazadas de alto riesgo detectadas: Registro de la Dependencia.; 1. Total de mujeres embarazadas de alto riesgo que fueron

responsabilidad del Programa	embarazadas de alto riesgo, a unidades de atención médica de segundo nivel.	riesgo detectadas) X 100						referidas.:Registro de la Dependencia
Propósito								
Objetivo			Orden			Supuestos		
La población de localidades geográficamente dispersas y de difícil acceso, cuenta con servicios regulares de promoción, prevención y atención médica mediante equipos de salud itinerantes y unidades médicas móviles.			1			En las localidades dictaminadas por el programa, la población acepta los servicios y participa activamente en las acciones propuestas por los equipos de salud itinerantes. Observación: La difusión de la visita de las unidades médicas móviles se realiza en las localidades, sin embargo, la población puede o no acudir a recibir los servicios, por lo tanto el supuesto se mantiene.		
Indicador	Definición	Método de Cálculo	Tipo de Valor de la Meta	Unidad de Medida	Tipo de Indicador	Dimensión del Indicador	Frecuencia de Medición	Medios de Verificación
Porcentaje de niños menores de cinco años en control nutricional del Programa	Se fortalecen las acciones del Programa para incrementar el control nutricional en menores de cinco años.	(niños menores de 5 años en control nutricional por Unidad Médica Móvil del Programa / Total de niños en áreas de responsabilidad del Programa) X 100	Relativo	Porcentaje	Estratégico	Eficacia	Anual	1.Niños menores de 5 años en control nutricional por Unidad Médica Móvil del programa:Informes, reportes, expedientes, base de datos.; 2. Total de niños en áreas de responsabilidad del Programa.:Informes, reportes, expedientes, base de datos.
Porcentaje del total de personas con acceso a los servicios de salud a través de una unidad médica móvil	Se refiere a la población que tiene acceso a los servicios de salud por el Programa, que habita en comunidades sin acceso a servicios de salud	(Total de personas con acceso a servicios de salud a través de una unidad médica móvil / Total de personas objetivo responsabilidad del Programa) X 100	Relativo	Porcentaje	Estratégico	Eficacia	Anual	1.Total de personas con acceso a servicios de salud a través de una unidad médica móvil:Informes, reportes, expedientes, base de datos.; 2. Total de personas objetivo responsabilidad del Programa:Informes, reportes, expedientes, base de datos.
Componente								
Objetivo			Orden			Supuestos		
Servicios de promoción y prevención ambulatoria de la salud y de participación comunitaria proporcionados a la comunidad.			1			Existe voluntad de la población para cumplir con las recomendaciones del personal de salud y participar en el mejoramiento de las condiciones de Salud. El supuesto se mantiene y aplica tanto para las acciones de promoción y prevención así como las de atención médica; ambas son de tipo ambulatorio, y son los servicios que se otorgan a		

								la población de las localidades beneficiadas, donde puede o no acudir a recibir los servicios que se ofertan. Es decir, se brindan unas u otras o ambas en las visitas de las Unidades Médicas Móviles del Programa en las rutas programadas.
Indicador	Definición	Método de Cálculo	Tipo de Valor de la Meta	Unidad de Medida	Tipo de Indicador	Dimensión del Indicador	Frecuencia de Medición	Medios de Verificación
Porcentaje de servicios de promoción y prevención realizados con respecto a los programados.	Total de actividades de promoción y prevención realizadas sobre las programadas.	(Actividades de promoción y prevención ambulatoria realizadas / Actividades de promoción y prevención ambulatoria programadas) X 100	Relativo	Porcentaje	Estratégico	Eficacia	Semestral	1. Actividades de promoción y prevención ambulatoria realizadas.: Informes, reportes, expedientes, base de datos.; 2. Actividades de promoción y prevención ambulatoria programadas.: Informes, reportes, expedientes, base de datos.
Porcentaje de servicios de atención médica ambulatoria realizados con respecto a los programados.	Total de actividades de atención médica ambulatoria realizadas sobre las programadas.	(Actividades de atención médica ambulatoria realizadas / Actividades de atención médica ambulatoria programadas) X 100	Relativo	Porcentaje	Estratégico	Eficacia	Semestral	2. Actividades de atención médica ambulatoria programadas.: Informes, reportes, expedientes, base de datos.; 1. Actividades de atención médica ambulatoria realizadas.: Informes, reportes, expedientes, base de datos.
Actividad								
Objetivo			Orden			Supuestos		
Operación de unidades médicas móviles debidamente equipadas y con recursos humanos capacitados para la prestación de los servicios con calidad.			1			Existen suficientes proveedores nacionales de las Unidades Médicas Móviles equipadas y existe la disponibilidad del personal profesional y técnico para contratarse.		
Indicador	Definición	Método de Cálculo	Tipo de Valor de la Meta	Unidad de Medida	Tipo de Indicador	Dimensión del Indicador	Frecuencia de Medición	Medios de Verificación
Porcentaje de localidades atendidas respecto de las localidades programadas para atender por el programa.	Localidades atendidas respecto de las localidades geográficamente dispersas y de difícil acceso, atendidas por el Programa.	(Localidades atendidas / Localidades programadas para atender por el programa) X 100	Relativo	Porcentaje	Gestión	Eficacia	Trimestral	2. Localidades programadas para atender por el programa.: Informes, reportes, expedientes, base de datos.; 1. Localidades atendidas.: Informes, reportes, expedientes, base de datos.
Porcentaje de unidades médicas móviles con equipo itinerante completo y capacitado.	Unidades médicas móviles con recursos humanos capacitados, para la prestación de los servicios.	(Unidades médicas móviles con equipo itinerante completo y capacitado / Total de unidades médicas móviles adquiridas) X 100	Relativo	Porcentaje	Gestión	Eficacia	Trimestral	2. Total de unidades médicas móviles adquiridas.: Informes, reportes, expedientes, base de datos.; 1. Unidades médicas móviles con equipo itinerante completo y capacitado.: Informes, reportes, expedientes, base de datos.

3.6 Presupuesto

3.6.1 Fuentes de financiamiento y estimación del costo operativo del programa

Anteriormente se ha citado, la fusión del Programa Unidades Médicas Móviles con el Programa Fortalecimiento de las Redes de Servicios de Salud que dará lugar al Programa Presupuestario S-200 “Fortalecimiento a la Atención Médica” (FAM), conservando las dos fuentes de financiamiento del Programa UMM, mismas que se detallan a continuación:

- 1) La Secretaría de Salud, a través de la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES) de los recursos aprobados en el PEF 2016, transferirá recursos presupuestarios, vía subsidio a las 31 entidades federativas y el Distrito Federal, para financiar el pago de sueldos y salarios del personal operativo (odontólogo, enfermera y promotor) y gerencial (coordinadores y supervisores estatales del Programa), pago de viáticos y pasajes del personal gerencial y aseguramiento de las unidades médicas móviles de las 790 UMM en operación en los siguientes capítulos de gasto:

1000 Servicios Personales.

2000 Materiales y Suministros. Solo para el Centro de Contingencias ubicado en Estado de Morelos.

3000 Servicios Generales.

Lo anterior se realizará con el instrumento jurídico denominado Convenio Específico de Colaboración en materia de Transferencia de Recursos Presupuestarios Federales, que celebran por una parte, el Ejecutivo Federal por conducto de la Secretaría de Salud con las 31 Entidades Federativas y el Distrito Federal.

El criterio de la distribución presupuestal de los recursos es por entidad federativa y en este ámbito de responsabilidad la distribución presupuestal, se calcula por el número de unidades médicas móviles asignadas a cada entidad federativa y por consiguiente al número de integrantes que conforman el equipo de salud itinerante.

A través de oficio de la DGPOP mediante el cual, con fundamento en los artículos 3, 4, 6, 24, 25, 27, 28 y 29 de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria (LFPRH), así como en el Tercer Transitorio del Decreto por que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la LFPRH publicado en el Diario Oficial de la Federación (DOF) del 24 de enero de 2014 (Decreto), demás disposiciones aplicables de su Reglamento; y 27, fracción VI del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud (RISS), y en el oficio número 315-A-02450 del 14 de agosto de 2015 emitido por la Dirección General de Programación y Presupuesto “A” de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), se comunica el techo de gasto asignado a la Unidad Responsable (DGPLADES) (UR) con el cual fue integrado el Proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación 2016 (PPEF2016), se menciona el techo para quedar como sigue:

S200 Fortalecimiento a la atención Médica 472, 595,828.00.

(Cuatrocientos setenta y dos millones quinientos noventa y cinco mil ochocientos veintiocho pesos)

No obstante el Presupuesto de Egresos de la Federación para el ejercicio fiscal 2016 establece para el S200 Fortalecimiento a la atención Médica

326, 315,196.00

(Trescientos veintiséis millones trescientos quince mil ciento noventa y seis pesos)

Se debe mencionar que tanto el techo fijado, así como lo publicado para el PEF 2016 es deficitario para que las unidades médicas móviles operen de forma oportuna y brinden servicios de calidad a la población beneficiaria; tal y como se detalla a continuación:

Las estimaciones de la DGPLADES fijan un presupuesto de 490.000.000 millones de pesos para garantizar la operación de las unidades médicas móviles para el ejercicio fiscal 2016. Sin considerar el gasto de inversión para la adquisición de nuevas unidades que sustituyan las unidades que ya cumplieron su tiempo de vida útil.

- 2)** La segunda fuente de Financiamiento es lo que se recibe del Seguro Popular a través de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud

Para el ejercicio 2015, la CNPSS, emitió la publicación del anexo IV, con el monto de la cápita por tipo de UMM; con una reducción de recursos al presupuesto, que representan cerca del 70% del recurso autorizado en comparación con los 3 años anteriores (ver tabla de comportamiento del financiamiento del Seguro Popular de la página 60) y al ser este recurso la principal fuente de financiamiento para la operación del Programa, de prevalecer para el siguiente ejercicio fiscal afectará de manera considerable la atención de los servicios brindados a la población vulnerable.

Por lo anterior la DGPLADES realizó la siguiente proyección:

Costo real de las consultas en la operación de las UMM

Dentro de la consulta médica se consideran las acciones de prevención, que incluyen: detección, exámenes, orientación personalizada, entre otras. Por lo que el costo asociado a una consulta promedio se puede construir de acuerdo con el monto estimado para las consultas, el cual comprende acciones de prevención ($77\% * 1,005,821,636 = 774,482,659$), y cuyo denominador es el total de consultas otorgadas 2,506,013.

$$\begin{array}{ccc}
 \text{Monto de recursos} & & \text{Monto de recursos} \\
 1,005,821,636 * 77\% & = & 774,482,659 \\
 \hline
 2,506,013 & & 2,506,013 \\
 \text{Consultas otorgadas} & & \text{Consultas otorgadas} \\
 & & = \\
 & & \text{Costo medio por consulta} \\
 & & \mathbf{310.20}
 \end{array}$$

Costo real de las Acciones de Prevención y Promoción a la Salud en la operación de las UMM

Los registros estadísticos de la productividad en las UMM, se realizan 9,357,710 acciones relacionadas con la prevención y promoción de la salud, de las cuales se estima que 701,786 corresponden a vacunación (28% de las personas que recibieron atención médica), el resto (8,655,924) se distribuye entre las pláticas y talleres que realizan los promotores de la salud. En un estudio de una muestra de 8 estados, se determinó que asisten alrededor de 23 personas por plática o taller, por lo que en promedio se realizan $8,655,924 / 23 = 376,345$ pláticas y talleres. En consecuencia, se llevan a cabo $1,078,131 (= 701,786 + 376,345)$ acciones en total.



Nota: La proporción de la población nacional que se encontró en edades menores a 14 años en el año 2014 representa el 28%, en UMM en 2014 se atendieron 2,506,013 personas, lo que representa unas 701,786 acciones de vacunación.

119

Costo real de la operación de las UMM, considerando las consultas y las acciones de prevención y promoción a la salud.

De acuerdo con lo anterior, el cálculo de la consulta con acciones de prevención mediante detecciones, pruebas rápidas y capacitación personalizada es de \$310.20, el costo de las acciones de promoción de la salud son de 211.91, y en conjunto resultan en **\$ 522.10**.



120

De continuar esta afectación al financiamiento impactaría en una disminución de:

- ✓ **237 unidades en lugar de 790 o**
- ✓ **Operación de sólo 4 meses en lugar de 12**

¹¹⁸ Análisis de costo de operación, Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud/ Dirección de Análisis de Costos, Tarifas Y Facturación DGPLADES 2015

¹¹⁹ *Ibidem*

¹²⁰ *Ibidem*

✓ **Se dejan de cumplir compromisos del PND y PROSESA 2013-2018**

Por otra parte, para el ejercicio del capítulo 1000 que contempla el pago del personal médico residente de trabajo comunitario itinerante que opera en las unidades médicas móviles es de **\$ 364,939,239.**

(Trescientos sesenta y cuatro millones novecientos treinta y nueve mil doscientos treinta y nueve pesos)

Por lo tanto, considerando los montos y estimaciones presentadas de todas las fuentes de financiamiento que necesita el Programa para operar regularmente para el ejercicio fiscal 2016 el impacto presupuestal total sería:

- Presupuesto de Egresos de la Federación para el ejercicio fiscal 2016: \$490.000.000.00 (Cuatrocientos noventa millones de pesos)
- Comisión Nacional de Protección Social en Salud: \$565,333,603.00 (Quinientos sesenta y cinco millones trescientos treinta y tres mil seiscientos tres pesos)
- Capítulo 1000 pago del personal médico residente de trabajo comunitario itinerante: \$377,712,112. (Trescientos setenta y siete millones setecientos doce mil ciento doce pesos)

3.6.2 Impacto presupuestario

A continuación se presenta el impacto presupuestario emitido por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, en términos de la normatividad vigente.



Subsecretaría de Egresos
Dirección General de Programación y Presupuesto "A"

"2015, Año del Generalísimo José María Morelos y Pavón"

Oficio No. 315-A-03733

México, D. F. a 03 de diciembre de 2015.

MTRO. GENARO MONTIEL RANGEL
DIRECTOR GENERAL DE PROGRAMACIÓN, ORGANIZACIÓN Y
PRESUPUESTO DE LA SECRETARÍA DE SALUD
P R E S E N T E

Hago referencia al oficio DGPOP-6-04078-2015 de fecha 19 de noviembre de 2015, mediante el cual envía para autorización presupuestaria, los proyectos de modificación a Reglas de Operación para el ejercicio fiscal 2016 de los siguientes Programas:

- De Atención a Personas con Discapacidad
- Fortalecimiento a la atención médica
- Seguro Médico Siglo XXI
- Calidad en la Atención Médica
- De Desarrollo Comunitario "Comunidad Diferente"
- Apoyos para la protección de las personas en estado de necesidad

Al respecto, con fundamento en lo establecido en los Artículos 31, fracciones XVII y XXIII de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 75, fracción VII y 77, fracción I de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria (LFPyRH); 179 de su Reglamento; 29 del Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2016; 65 apartados A, fracción I y B, fracción XIII del Reglamento Interior de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, le comunico que respecto al impacto presupuestario, se autorizan las citadas Reglas de Operación.

.../

Av. Constituyentes 1001, Edificio A Segundo Piso, Col. Belén de las Flores, México D.F. C.P. 01110
Tel. 3688-5178 www.hacienda.gob.mx



Subsecretaría de Egresos
Dirección General de Programación y Presupuesto "A"

-2 de 2-

La presente autorización presupuestaria se emite en términos de lo dispuesto por el Artículo 179 del Reglamento de la LFPyRH, toda vez que se observa que existe declaración expresa de que el Programa no se contrapone, afecta o presenta duplicidad con otros programas y acciones del Gobierno Federal en cuanto a su diseño, beneficios, apoyos otorgados y población objetivo, declaración que atiende a lo dispuesto por el Artículo 75, fracción VII de la LFPyRH, en cuanto a que corresponde a las dependencias y entidades asegurar la coordinación de acciones entre éstas, para evitar duplicación en el ejercicio de los recursos y reducir gastos administrativos.

Por otra parte, la Secretaría de Salud deberá dar cumplimiento a lo señalado en el Decreto que establece las medidas para el uso eficiente, transparente y eficaz de los recursos públicos, y las acciones de disciplina presupuestaria en el ejercicio de gasto público, así como para la modernización de la Administración Pública Federal, y sus Lineamientos para la aplicación y seguimiento de dichas medidas, publicados en el Diario Oficial de la Federación el 10 de diciembre de 2012 y el 30 de enero de 2013, respectivamente, y demás disposiciones aplicables en la materia.

Sin otro particular, hago propicia la ocasión para enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE
EL DIRECTOR GENERAL

ACT. CÉSAR J. CAMPA CAMPOS

C.C.P.- C. SUBSECRETARIO DE EGRESOS.-SHCP.-PRESENTE.

JMS/C/BER/LLC

Vol. EDGPyPA15-8639

Av. Constituyentes 1001, Edificio A Segundo Piso, Col. Belén de las Flores, México D.F. C.P. 01110
Tel. 3688-5178 www.hacienda.gob.mx

Bibliografía y fuentes de consulta.

Seminario. “Las desigualdades y el progreso en México: enfoques, dimensiones y medición” El Colegio de México, marzo 2013 Manuel Suárez-Lastra, Naxhelli Ruiz Rivera, Javier Delgado Campos. Sobre el **Índice de Desarrollo Humano, Índice de marginación y GINI**

“Manual autoformativo sobre acceso a la justicia y derechos económicos, sociales y culturales”, Los derechos de los colectivos en condición de vulnerabilidad: retos para el acceso a la justicia IIDH: 2011 p.p. 29-43. <http://www.iidh.ed.cr/IIDH/media/1451/manual-autofor-desc-2010.pdf>.

The Pan American Health Organization Promoting Health in the Americas

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19004&Itemid=2518

“La Hechura de las Políticas” Theodore J. Lowi, Graham T. Allison Charles E. Lindblom, Yehezkel Dror Amitai Etzioni, Robert Goodin, Ilmar Waldner, John Forester Giandomenico Majone, Arnold J. Meltner Luis F. Aguilar Villanueva estudio introductorio y edición. Antologías de Política Pública segundo tomo. Primera edición, México julio de 1992 Porrúa.

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, United Nations Human Rights Office of the High Commissioner for Human Rights. <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>

World Health Organization <http://www.who.int/en/>

Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. **Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud.** Informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra Suiza, Organización Mundial de la Salud, 2008 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_9-sp.pdf.

La primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud reunida en Ottawa el día 21 de noviembre de 1986 emite La Carta de Ottawa dirigida a la consecución del objetivo “Salud para Todos”. <http://www.fmed.uba.ar/depto/toxico1/carta.pdf>

En la **Carta de Bangkok** se establecen las medidas, los compromisos y las promesas necesarias para abordar los factores determinantes de la salud en un mundo globalizado mediante la promoción de la salud. http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf

Documentación/resoluciones de la Organización Mundial de la Salud. http://apps.who.int/gb/s/s_wha60.html

Xu K. **Protecting households from catastrophic health expenditures.** Health Affairs, 2007, 6:972–983.

Moore G, Showstack J. **Primary care medicine in crisis: towards reconstruction and renewal.** Annals of Internal Medicine, 2003, 138:244–247.

Fries JF et al. **Reducing health care costs by reducing the need and demand for medical services.** New England Journal of Medicine, 1993, 329:321–325.

Informe sobre la salud en el mundo 2002: reducir los riesgos y promover una vida sana. Ginebra Suiza, Organización Mundial de la Salud, 2002.

Primary Care America’s Health in a New Era, Molla S. Donaldson, Karl D. Yordy, Kathleen N. Lohr, and Neal A. Vanselow, Editors Committee on the Future of Primary Care Division of Health Care Services Institute of Medicine National Academy Press Washington, D.C. 1996.

Starfield Barbara. **Primary care: balancing health needs, services, and technology**. New York, Oxford University Press, 1998.

Adapted from Wollast E, Mercenier P. Pour une regionalisation des soins. In: Groupe d'Etude pour une Reforme de la Medecine. **Pour une politique de la santé**. Bruxelles, Editions Vie Ouvriere/La Revue Nouvelle, 1971.

Criel B, De Brouwere V, Dugas S. **Integration of vertical programmes in multi-function health services**. Antwerp, ITGPress, 1997 (Studies in Health Services Organization and Policy 3).

Gilson L, McIntyre D. **Post-apartheid challenges: household access and use of care**. International Journal of Health Services, 2007, 37:673-691.

Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Ginebra Suiza, Organización Mundial de la Salud, 2008.

Reclaiming the resources for health. A regional analysis of equity in health in East and Southern Africa. Kampala, Regional Network on Equity in Health in Southern Africa (EQUINET), 2007.

Gilson L. **The lessons of user fee experience in Africa**. *Health Policy and Planning*, 1997, p.p 273-285.

Busse R, Schlette S, eds. **Focus on prevention, health and aging and health professions**. Gutersloh, Verlag Bertelsmann Stiftung, 2007 (Health Policy Developments 7/8).

Informe sobre la salud en el mundo 2010. Financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal. Organización Mundial de la Salud, p. XVII a partir Busse R, Schlette S, eds. Focus on prevention, health and aging and health professions. Gutersloh, Verlag Bertelsmann Stiftung, 2007 (Health Policy Developments).

Organización Mundial de la Salud a través de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud **Subsanar las Desigualdades en una Generación: Alcanzar la Equidad Sanitaria**, Informe Final Ediciones Journal Buenos Aires Argentina. 2009 OMS.
http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/.

A global look at public perceptions of health problems, priorities, and donors: the Kaiser/Pew global health survey. The Henry J Kaiser Family Foundation, 2007 <http://www.kff.org/kaiserpolls/upload/7716.pdf>.

Blumenthal D, Hsiao W. **Privatization and its discontents** – the evolving Chinese health care system. New England Journal of Medicine, 2005, 353:1165-1170.

Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems, Working Group 1. WHO background paper: constraints to scaling up and costs. International Health Partnership, 2009.

Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. **Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud**. Informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra Suiza, Organización Mundial de la Salud, 2008. A partir de la reimpresión autorizada de la editorial y extraída de Gwatkin, Wagstaff Yazbeck 2005.
http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_9-sp.pdf,

Fuente adaptada a partir **National Health Accounts** [online database]. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/nha>). En Informe Sobre la Salud en el Mundo: **La financiación de los sistemas de salud, el camino hacia la cobertura universal OMS** <http://www.who.int/whr/2010/es/>

Informe sobre la salud en el mundo 2010. **Financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal**. Organización Mundial de la Salud.

Frenk J. **Comprehensive policy analysis for health system reform.** *Health Policy*, 1995,32:257-277. doi:10.1016/0168- 8510(95)00739-F PMID:10156642.

Gakidou E et al. **Assessing the effect of the 2001–06 Mexican health reform: an interim report card.** *Lancet*, 2006,368:1920-1935. PMID:17126725.

Datos y gráfica: Estadísticas de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos OCDE sobre la salud 2014. México en comparación.

<http://www.oecd.org/general/searchresults/?q=M%C3%89XICO%20SALUD&cx=012432601748511391518:xzeadu b0b0a&cof=FORID:11&ie=UTF-8>
<https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm#indicator-chart>

OECD (2013), **OECD Regions at a Glance 2013**, OECD Publishing, Paris. DOI: http://dx.doi.org/10.1787/reg_glance-2013-en

Enrique Ruelas-Barajas E, Concheiro AA. **Los futuros de la salud en México 2050.** México: Consejo de Salubridad General, 2010.

Julio Frenk, J. L. Bobadilla, J. Sepúlveda y M. López Cervantes, **Health transition in middle-income countries: new challeng for health care**, *Health Policy and Planning*, núm. 4 1989 p.p.29-39
<http://heapol.oxfordjournals.org/content/4/1/29.abstract>

Julio Frenk y José Bobadilla, **Los futuros de la Salud**, Nexos número 59, enero p.p. 64. A inicios del año 2000 Frenk sigue refiriéndose al modelo mexicano como el “modelo polarizado” cuyo rasgo más característico es la inequidad entre entidades federativas y grupos vulnerables.

Lineamientos y criterios generales para la definición, identificación y medición de la pobreza, publicados en el Diario Oficial de la Federación el miércoles 16 de junio de 2010.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Toward Universal Health Coverage and Equity in Latin America and the Caribbean Evidence from Selected Countries, Tania Dmytraczenko and Gisele Almeida, Editors. World Bank Group- Pan American Health Organization- World Health Organization. **Directions in Development** Human Development. 2015 International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank 1818 H Street NW, Washington, DC 20433.

Lazcano-Ponce E, Gómez-Dantés H, Rojas R, Garrido-Latorre F. **Sistema de Protección Social en Salud.** Evaluación externa 2012. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2013.

Diagnóstico de Desarrollo Territorial en México, OCDE 2015. Prof. Gianfranco Viesti, Universidad de Bari, Italia
<http://es.slideshare.net/EUROsociAL-II/gianfranco-vesti-universidad-de-bari-italia>.

El índice o coeficiente de GINI: Es una medida relativa de concentración en la distribución de los ingresos de los hogares el cual permite ver las diferencias en la estratificación de los hogares distribuidos en deciles.

OECD (2013), **OECD Regions at a Glance 2013**, OECD Publishing, Paris. DOI: http://dx.doi.org/10.1787/reg_glance-2013-en Regions at a Glance 2013 - © OECD 2013.

OECD (2015), **Infant mortality rates** (indicator). doi: 10.1787/83dea506-en (Accessed on 17 August 2015)
<https://data.oecd.org/healthstat/infant-mortality-rates.htm#indicator-chart>

OECD (2015), **Potential years of life lost** (indicator). doi: 10.1787/193a2829-en (Accessed on 17 August 2015)
<https://data.oecd.org/healthstat/potential-years-of-life-lost.htm#indicator-chart>

The World Bank a través de su página y bases de datos de libre acceso disponibles en <http://databank.worldbank.org/data/>

Datos históricos. INEGI, Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares, varios años, México en Enrique Ruelas-Barajas E, Concheiro AA. **Los futuros de la salud en México 2050**. México: Consejo de Salubridad General, 2010.

Gwatkin DR, Ergo A. **Universal health coverage: friend or foe of health equity?** Lancet. 2011;377(9784):2160–1.

Technical meeting on measurement and monitoring of universal health coverage, Singapore, 17–18 September 2103. Geneva: World Health Organization; 2013.

Monitoring progress towards universal health coverage: a conversation with civil society partners, 21 January 2014. Geneva: World Health Organization; 2014
http://www.who.int/entity/healthinfo/universal_health_coverage/UHC_Meeting_CivilSociety_Jan2014_Report.pdf?ua=1

Monitoreo del progreso hacia la cobertura universal de salud a nivel nacional y global Marco de trabajo, medidas y metas mayo de 2014, Organización Mundial de la Salud y Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/el Banco Mundial 2014. Ediciones de la OMS, Organización Mundial de la Salud, 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza.
[www.who.int](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112827/1/WHO_HIS_HIA_14.1_spa.pdf)
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112827/1/WHO_HIS_HIA_14.1_spa.pdf

Medición de la pobreza, Estado Unidos Mexicanos 2014, Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). <http://www.coneval.gob.mx/Paginas/principal.aspx>.

Libro Blanco de 2007 a 2012, Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud DGPLADES 2013 a 2015.

Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud DGPLADES y Portal de Transparencia Presupuestaria (avance de indicadores).

Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud DGPLADES, **Convenios Específicos de Colaboración en materia de Transferencia de Recursos Presupuestarios Federales** entre Ejecutivo Federal por conducto de la Secretaría de Salud y por la otra, las 31 Entidades Federativas y el Distrito Federal para el Programa Caravanas de la Salud desde al año 2007 hasta el 2014; y para el Programa Unidades Médicas Móviles 2015.

Secretaría de Salud/ Dirección General de Información en Salud DGIS 2015.

Tomado de Reporte 2014, Avance en los Indicadores de los Programas presupuestarios de la Administración Pública Federal, <http://www.sistemas.hacienda.gob.mx/ptpsed/datosProgramaLlave.do?id=12U006>

Convenio específico de colaboración en materia de transferencia de recursos presupuestales federales DGPLADES-FOROSS-CECTR-01/14.

Monitoreo del progreso hacia la cobertura universal de salud a nivel nacional y global Marco de trabajo, medidas y metas mayo de 2014, Organización Mundial de la Salud y Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/el Banco Mundial 2014. Ediciones de la OMS, Organización Mundial de la Salud, 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza.
[www.who.int](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112827/1/WHO_HIS_HIA_14.1_spa.pdf). http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112827/1/WHO_HIS_HIA_14.1_spa.pdf.

Cecilia Má, MD, MPP, Auditoría Social en Salud-La experiencia de Panamá, disponible en <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=717375>

La Reforma de Salud en Honduras, Adolfo Rodríguez Herrera, Naciones Unidas, Series Comisión Económica para América y el Caribe CEPAL 2006.

Presidencia de la Nación República de Argentina/ Ministerio de Salud. Programa Médicos Comunitarios. Equipos de Salud del Primer Nivel de Atención. Disponible en:

<http://www.msal.gob.ar/medicoscomunitarios/index.php/institucional/area-de-salud-indigena>.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF. Los agentes sanitarios itinerantes prestan servicios esenciales a las familias brasileñas, UNICEF disponible en http://www.unicef.org/spanish/health/brazil_41042.html

Equipos Locales Itinerantes de Salud en Perú <http://bvs.minsa.gob.pe/local/contenido/1127.pdf>

Publications of the World Health Organization are available on the WHO web site (www.who.int) or can be purchased from WHO Press, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland; e-mail: bookorders@who.int).

Secretaría de Salud/Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES). **Anexo 6 de los Convenios Específicos de Colaboración en Materia de Transferencia de Recursos Presupuestarios, 2015.**

“Modelo geoespacial automatizado para la regionalización operativa en planeación de redes de servicios de salud” Instituto Nacional de Salud Pública. Av. Universidad 655, Col. Santa María Ahuacatlán. 62100, Cuernavaca, Morelos, México. *salud pública de México / vol. 52, no. 5, septiembre-octubre de 2010*, Juan Eugenio Hernández-Ávila, René Santos-Luna, Lina Sofía Palacio-Mejía, Ana Lidia Salgado-Salgado, Víctor Hugo Ríos-Salgado, Mario Henry Rodríguez-López, Jaime Sepúlveda-Amor.

Anexo 6 de los Convenios Específicos de Colaboración en Materia de Transferencia de Recursos Presupuestarios, 2015.