

UACM

Universidad Autónoma
de la Ciudad de México

Nada humano me es ajeno

COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

LICENCIATURA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

Acciones de Promoción de la Salud en el Programa de Salud Federal "Fortalecimiento a la Atención Médica"

TESIS QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADAS EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

PRESENTAN

Judith Fernanda González Guerrero

Rosa Isela González Guerrero

Director del Tesis

Dr. Miguel Ángel Godínez Gutiérrez

Ciudad de México agosto, 2023.

SISTEMA BIBLIOTECARIO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE LA CIUDAD DE MÉXICO COORDINACIÓN ACADÉMICA

RESTRICCIONES DE USO PARA LAS TESIS DIGITALES

DERECHOS RESERVADOS[©]

La presente obra y cada uno de sus elementos está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor; por la Ley de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, así como lo dispuesto por el Estatuto General Orgánico de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México; del mismo modo por lo establecido en el Acuerdo por el cual se aprueba la Norma mediante la que se Modifican, Adicionan y Derogan Diversas Disposiciones del Estatuto Orgánico de la Universidad de la Ciudad de México, aprobado por el Consejo de Gobierno el 29 de enero de 2002, con el objeto de definir las atribuciones de las diferentes unidades que forman la estructura de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México como organismo público autónomo y lo establecido en el Reglamento de Titulación de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

Por lo que el uso de su contenido, así como cada una de las partes que lo integran y que están bajo la tutela de la Ley Federal de Derecho de Autor, obliga a quien haga uso de la presente obra a considerar que solo lo realizará si es para fines educativos, académicos, de investigación o informativos y se compromete a citar esta fuente, así como a su autor ó autores. Por lo tanto, queda prohibida su reproducción total o parcial y cualquier uso diferente a los ya mencionados, los cuales serán reclamados por el titular de los derechos y sancionados conforme a la legislación aplicable.

AGRADECIMIENTOS

Rosa Isela González Guerrero

A mis padres, que son mi motor en todos los años de mi vida, a mi madre Rosa Guerrero quien me enseñó a salir adelante y ser una mujer independiente, como lo es ella una *GUERRERA*.

A mi padre Francisco Xavier González Galindo que siempre fue mi confidente y que ahora que está en la vida eterna me cuida como ese gran ángel que ahora es y que también lo es para mi hija, a mi principal motor en este presente mi hija Samantha González Guerrero, que por ella hare lo que sea para que no le falte nada y también a mi brazo izquierdo, mi hermana que siempre ha estado conmigo y me ha ayudado de una manera que no sé cómo agradecerle.

A mi profesor Miguel Ángel Godínez quien nos dio un espacio y dedico tiempo, por aceptar ser parte de este proceso tan importante en que me faltaba para sentirme capaz de avanzar en esta etapa laboral en la que me siento bien y en la que quiero dejar huella para grandes logros en la Promoción de la salud.

Al Dr. Rafael Moguel Carrillo por todo lo que me proporciono para poder realizar este gran trabajo y por confiar en mí.

A todas esas personas que han pasado por mi camino y me han dejado experiencias y he podido valorar cada momento de mi vida.

Y por último y no por no ser lo más importante a mi padre Dios que es quien me ha dado fuerza para poder salir adelante con todas y cada una de las pruebas que me ha puesto, principalmente la partida de mi papi al cielo, gracias Dios por darme las fuerzas de seguir adelante y poder darle este triunfo más a mis padres, mi hermana y mi hija.

AGRADECIMIENTOS

Judith Fernanda González Guerrero

A mis dos grandes ejemplos de vida, las dos personas que influyen en mí, ROSA GUERRERO y FRANCISCO XAVIER GONZÁLEZ GALINDO mis padres. Ellos me enseñaron a nunca rendirme con las adversidades de la vida, aun cuando uno de ellos ya no está con nosotros en este plano sigue siendo una pieza fundamental para lograr objetivos y metas en esta vida. GRACIAS madre por seguirme apoyando en este proceso.

Agradezco a DIOS por haberme permitido concluir esta etapa de mi vida, nunca es tarde para lograr uno de mis objetivos de vida.

A mi hermana que ha estado en este largo proceso hombro a hombro, ya que ambas elegimos esta carrera y nos apasiona de la misma forma.

Un agradecimiento muy especial a nuestro director de tesis quien ha estado en esta etapa importante de mi vida al Doctor Miguel Ángel Godínez Gutiérrez.

INDICE

Introducción	6
Problema de Investigación	7
Hipótesis	7
Objetivos de la Investigación	7
General	7
Específicos	7
1.Salud, Promoción de la Salud y Promotor de la Salud	8
1.1 Concepto de salud	8
1.2 Concepto de Promoción de la Salud.....	8
1.3 Perfil del Promotor de la Salud	9
1.4 Conferencias Internacionales de Promoción de la Salud	11
1.4.1 Primera conferencia: Ottawa, Canadá (1986) (Escuelas Promotoras de la Salud, s.f.).....	11
1.4.2 Segunda Conferencia: Adelaida, Australia (1988) (EPS, s.f.).....	12
1.4.3 Tercera conferencia: Sundsvall, Suecia (1991) (EPS, s.f.).....	12
1.4.4 Reunión: Santa Fé de Bogotá, Colombia (1992) (EPS, s.f.)	13
1.4.5 Cuarta conferencia: Yakarta, Indonesia (1997) (EPS, s.f.)	13
1.4.6 Quinta conferencia: Ciudad de México, México (2000) (EPS, s.f.).....	14
1.4.7 Sexta conferencia: Bangkok, Tailandia (2005) (EPS, s.f.).....	15
1.4.8 Séptima conferencia: Nairobi, Kenia (2009) (SS, 2015).....	15
1.4.9 Octava conferencia: Finlandia, Helsinki (2013) (SS,2015).....	16
1.4.10 Novena conferencia: China, Shanghái (2016).....	16
1.4.11 Décima conferencia Ginebra, Suiza (2021) (OMS,2021)	17
1.5 Modelos de Promoción de la Salud	18
1.5.1 Modelo Empoderante	18
1.5.2 Modelo Emancipatorio	19
1.5.3 Modelo Médico Hegemonico	20
1.6 Políticas Públicas de Promoción de la Salud	23
2. Secretaria de Salud	25
2.1 Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES)	27
2.2 Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI)	27
2.3 Programa de Caravanas de la Salud después Fortalecimiento a la Atención Médica (PFAM) ..	32

2.3.1 Diseño del Programa	35
2.3.2 Objetivo General del Programa:	36
2.3.3 Objetivos Específicos del Programa:	36
2.3.4 Características del Programa	37
2.3.5 Tipología de la Unidades Médicas Móviles (UMM)	42
2.3.6 Población objetivo del Programa	43
2.3.7 Derechos	44
2.3.8 Obligaciones	45
2.3.9 Participantes	46
2.3.10 Ejecutores	48
2.3.11 Funciones de acuerdo al Convenio Específico de Colaboración	50
2.3.12 Seguimiento	57
2.3.12 Evaluación	57
2.3.12.1 Interna.....	58
2.3.12.2 Externa.....	61
2.3.13 Cobertura	62
2.3.14 Indicadores	66
2.4 Acciones de Promoción de la Salud	68
2.4.1 Gráfica	70
Glosario	77
Bibliografía	78

Introducción

A lo largo del documento encontraremos conceptos de salud de diferentes Instituciones, para nosotras como Promotoras de salud es importante dar a conocer un concepto de salud más integral que nos permita tener un panorama completo y realizar un análisis del Programa que elegimos de mejor manera.

Es importante conocer los conceptos de Promoción de la Salud de las Instituciones y en las Conferencias Internacionales de Promoción de la Salud que se han llevado a cabo en diferentes países. Damos a conocer el perfil del promotor de la salud desde la visión de la Secretaría de Salud misma, la Carta de Ottawa además de la visión de nuestra propia casa mater la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM).

También encontraran los diferentes enfoques de Promoción de la Salud, ya que es importante conocerlas, considerando que es nuestra principal herramienta y nos permite tener una visión más amplia de salud dejándonos confirmar esa tridimensionalidad de la misma que como promotoras de la salud podemos ver e identificar cuando estamos en el campo de trabajo.

Otro de los conceptos que se mencionan es políticas públicas, conociendo que de ahí se desprenden los programas que aplica el Gobierno Federal y en nuestro caso los relacionados a la Salud y/o Promoción de la Salud.

Se darán a conocer brevemente los antecedentes de la ahora conocida Secretaría de Salud a lo largo del tiempo, la creación de las subsecretarías que ayudan a la formación e implicación de los diferentes programas, como parte fundamental de la integración de la salud a través del gobierno en la creación de instancias que se encarguen de este tema.

En el presente trabajo mostramos un recorrido del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica que ha ido evolucionando desde el año 2007 que inicio con el nombre de Programa de Caravanas de la Salud, partiendo de un análisis donde se implementan los conocimientos adquiridos en la Licenciatura de Promoción de la Salud con las acciones que se realizan en la población a nivel Federal a través de las Unidades de Salud Móviles que tiene el Programa.

Terminamos el análisis con una serie de conclusiones que nos permitirá identificar el o los enfoques de promoción de la Salud que se desarrollan en cada una de las acciones que se implementan de acuerdo a las etapas de la vida de una persona.

Problema de Investigación

¿Se realizan acciones de Promoción de la Salud dentro del Programa de Fortalecimiento a la Atención Médica a través de su personal catalogado como promotor de la salud?

¿Las Acciones de Promoción de la Salud hacen referencia a un modelo?

Hipótesis

El Programa de Fortalecimiento a la Atención Médica implementa acciones de promoción de la Salud

El Programa de Fortalecimiento a la Atención Médica implementa acciones de prevención de Enfermedades

Objetivos de la Investigación

General

- Identificar la aplicación de las acciones de promoción de la salud que se llevan a cabo en el PFAM.

Específicos

Definir las mejoras en salud en la población a través de estas acciones

- Definir el modelo que se maneja/conduce en el programa
- Definir mejoras en la implementación del programa
- Metodología (conceptos)

1. Salud, Promoción de la Salud y Promotor de la Salud

Es indispensable comenzar con conceptos que nos permitan entender mejor la línea de trabajo que queremos presentar en este documento como parte de nuestra capacidad que desarrollamos como Promotoras de la Salud, pero sobre todo para poder marcar un cambio dentro de la sociedad a beneficio de cada una de las personas en cuanto a su proceso de salud.

1.1 Concepto de salud

A lo largo de la historia de la humanidad los seres humanos nos hemos preocupado por nuestro estado de salud incluso sin darnos cuenta que en la prehistoria nuestros antepasados lo hacían sin tener mucho conocimiento de ello por ejemplo dando los remedios caseros desde un té hasta un procedimiento realizado en sus hogares, en la actualidad ya tenemos una definición de lo que es la salud aun que esta ha ido evolucionando como la misma humanidad.

Tenemos la definición de organismos internacionales como la de Organización Mundial de la Salud (OMS, s.f.) que la define como: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

En la cámara de Diputados (s.f.) también tienen un concepto de salud más amplio y apegado al concepto de salud que visualiza un promotor de la salud; la salud es más que una noción médica: es un concepto predominantemente social porque se vincula con las costumbres, tradiciones, actitudes y juicios de valor de los diversos grupos de una sociedad, y porque involucra la participación de todos los agentes de la comunidad. En el plano individual requiere la educación de higiene que deben tener las personas; en el plano colectivo requiere la participación del poder público en la satisfacción de las necesidades sociales. (Frenk, 2006)

1.2 Concepto de Promoción de la Salud

Ahora conoceremos el origen de la palabra Promoción de la Salud que proviene del origen latín *promotio* que describe al acto y consecuencia de promover. Este verbo puede emplearse para nombrar al impulso que se le puede dar a un objeto o procedimiento, a tomar la iniciativa para concretar algo, a una mejora de las condiciones o al desarrollo de acciones para dar a conocer un

determinado asunto o aumentar sus ventas. Por salud, asimismo, se entiende al estado de absoluto bienestar físico, mental y social. Se trata del grado de eficacia tanto metabólica como funcional de un cuerpo, ya sea a pequeña o a gran escala. El concepto de promoción de la salud, por lo tanto, está asociado a todas aquellas actividades que se realizan para mejorar el estado de salud de los seres humanos. La promoción tiende a formar a los individuos para que puedan incrementar el control sobre su propio organismo y detecten eventuales anomalías (Pérez Porto, 2011)

En la Secretaría de Salud (2015) encontramos la historia de la palabra Promoción de la Salud:

“Podríamos decir que fue el Galeno, médico de antigua Grecia, quien por primera vez definió que la buena salud depende de los factores como: aire y luz, alimentos y bebidas, ejercicio, sueño y descanso, sentimientos y pasiones. El pensamiento de Galeno es una de las primeras evidencias escritas acerca de la relación entre "estilos de vida" y salud”.

El historiador alemán Henry Sigerist, en 1946 fue el primero en usar la palabra promoción de la salud. “La salud se promueve proporcionando un nivel de vida decente, buenas condiciones de trabajo, educación, ejercicio físico y los medios de descanso y recreación”) (Secretaría de Salud,2015)

En el Modelo Operativo de Promoción de la Salud (MOPS,2001) dice que es una disciplina básica de la Salud al igual que la Epidemiología; que se aboca a reconocer los determinantes de la Salud y la Promoción de la Salud a intervenir en las condiciones e instrumentar las acciones necesarias para incidir sobre ellas (p.23)

1.3 Perfil del Promotor de la Salud

Una vez conociendo el origen y el significado de la palabra Promoción de la Salud es hora de conocer como visualizamos el perfil de un Promotor de la Salud.

De acuerdo con la Universidad Autónoma de Ciudad de México (UACM) el perfil de un promotor de la salud debe contener las siguientes habilidades:

1. Promoverá la participación e integración en cada una de las acciones a realizar a todos y cada uno de los individuos, grupos, instituciones y comunidad en general con quienes se realicen

acciones concretas o generales para llevar a cabo las tareas relacionadas con la promoción y educación para la salud.

2. Analizará el contexto individual, familiar, socioeconómico y cultural y sus efectos sobre la salud integral de las personas, grupos y comunidades.

3. Diseñará y desarrollará modelos de intervención para la prevención, atención, resolución o rehabilitación de problemas específicos que afecten a la salud integral de los miembros de la comunidad.

4. Participará en el fortalecimiento de la promoción de la salud comunitaria con la creación de ambientes saludables y contribuirá a reorientar los servicios de salud hacia la equidad, la calidad y la prevención. Existe también documentos como la Carta de Ottawa de 1986 que define al promotor de la salud como aquella persona que es capaz de proporcionar las herramientas necesarias a los individuos de una comunidad para mejorar su salud y poder ejercer un mayor control sobre la misma, alcanzar un estado adecuado físico, mental y social como individuo o grupo.

La Secretaría de Salud define al promotor como una persona comprometida con la salud de la población a través de su trabajo nos ayudan a tener nuevos hábitos saludables tanto físicos como mentales, por lo que son una parte fundamental en nuestro entorno ya que nos ayudan a mejorar nuestro estilo de vida (SS, 2022)

El trabajo de promover la salud está basado en una pedagogía de autoconstrucción, de autodesarrollo¹⁷. El promotor de la salud no empodera, no da poder sino genera las condiciones que faciliten el fortalecimiento del otro. De la misma manera el promotor de la salud no emancipa, genera las condiciones para que el otro tome conciencia de los discursos de dominación que ha corporizado en su historia y que lo influyen en la formulación de sus proyectos.

1.4 Conferencias Internacionales de Promoción de la Salud

Dentro de este apartado se enlista lo que destaca de cada una de las 10 conferencias de promoción de la Salud que se han presentado a nivel Mundial, como objetivo primordial de realizar un cambio significativo en la Salud en los problemas epidemiológicos globales.

1.4.1 Primera conferencia: Ottawa, Canadá (1986) (Escuelas Promotoras de la Salud, s.f.)

- Analizará el contexto individual, familiar, socioeconómico y cultural y sus efectos sobre la salud integral de las personas, grupos y comunidades. Se fundamentó en una visión holística y positiva de la salud, que considera a ésta como un recurso importante para el desarrollo social, económico y personal y una dimensión importante de la calidad de vida.
- El concepto de salud, que va mucho más allá de las competencias y las responsabilidades del sector salud, se asoció con el bienestar y la calidad de vida.
- Enfatizó en la intersectorialidad y en el logro de la equidad en salud como aspectos esenciales de la estrategia de promoción de la salud.
- Destacó la importancia de ocho factores como condiciones y recursos fundamentales para la salud: paz, vivienda, educación, alimentación, ingreso, ecosistema estable, recursos sostenibles, y justicia social y equidad.
- Enfatizó en la construcción de salud por las propias personas y en los espacios de la vida cotidiana, en donde se aprende, trabaja, juega y ama.
- Concedió un papel fundamental al empoderamiento de las personas y los pueblos, para que mejoren su salud y ejerzan un mayor control sobre los factores que la determinan.
- Propuso cinco grandes áreas de acción para llevar al discurso de la promoción al terreno de la práctica: construir políticas públicas saludables; crear entornos favorables a la salud; fortalecer la acción comunitaria; desarrollar habilidades personales; y reorientar los servicios de salud.

1.4.2 Segunda Conferencia: Adelaida, Australia (1988) (EPS, s.f.)

- Considerada la segunda conferencia de Promoción de la Salud, se centró en el tema de las políticas públicas saludables, que son aquellas que se caracterizan por un interés explícito en la salud y la equidad en todas las áreas de la política.
- Destacó que el principal objetivo de las políticas públicas saludables es crear ambientes de apoyo que faciliten a las personas vivir una vida saludable. Las políticas públicas saludables facilitan a los ciudadanos tomar decisiones relacionadas con su salud.
- Destacó el papel y la importancia de las políticas públicas en el mejoramiento de las desigualdades sociales y la inequidad.
- Enfatizó la obligación que tienen todos los gobiernos y niveles de la administración pública, de rendir cuentas sobre el impacto que tienen sus políticas en la salud y bienestar de las personas y comunidades.
- Destacó el papel que tienen los gobiernos, las ONG, la industria privada, las asociaciones académicas y las alianzas estratégicas entre otros, en el fomento de la salud de las personas.
- Identificó cinco áreas de acción prioritarias en el tema de políticas saludables: apoyo a la mujer; mejoramiento de la seguridad e higiene alimentaria; reducción del consumo del tabaco y el alcohol; y creación de ambientes de apoyo.
- Reiteró la importancia de seguir avanzando en la promoción de la salud mediante cinco áreas de acción propuestas en Ottawa (1986).

1.4.3 Tercera conferencia: Sundsvall, Suecia (1991) (EPS, s.f.)

- La tercera conferencia internacional de Promoción de la Salud, se centró en la importancia de los entornos o ambientes en las condiciones de salud de las personas y comunidades.
- Destaco cuatro aspectos de los entornos de apoyo: la dimensión social, que incluyen las formas en que las normas, costumbres y procesos sociales afectan la salud; la dimensión política, que requiere que los gobiernos garanticen la participación democrática en la toma de decisiones, y la descentralización de las responsabilidades y recursos; la dimensión económica, que requiere una redistribución de los recursos para alcanzar la Salud para Todos y el desarrollo sostenible; y la necesidad de reconocer el conocimiento y las

habilidades de las mujeres, con el fin de desarrollar una infraestructura más positiva para los entornos de apoyo.

- Enfatizó dos principios fundamentales de todas las acciones: la equidad y la interdependencia de todos los seres humanos.
- Identificó cuatro estrategias de salud pública para la creación de entornos de apoyo en el ámbito comunitario: fortalecer la abogacía mediante la acción comunitaria; hacer posible que las personas y las comunidades asuman el control y el empoderamiento; crear alianzas para la salud y los entornos de apoyo; y mediar entre los intereses sociales en conflicto con el fin de garantizar el acceso equitativo a entornos de apoyo para la salud.
- Esta Conferencia demostró, una vez más, que los temas de salud, ambiente y desarrollo son inseparables.

1.4.4 Reunión: Santa Fé de Bogotá, Colombia (1992) (EPS, s.f.)

- Esta reunión, que contó con la participación de todos los países de América Latina, analizó temas e hizo propuestas de enorme importancia para los países de la Región.
- Afirmó que el principal desafío de la promoción de la Salud en América Latina consiste en transformar las relaciones excluyentes, conciliando los intereses económicos y los propósitos sociales de bienestar para todos, así como en trabajar por la solidaridad y la equidad social, condiciones indispensables para la salud y el desarrollo.
- Enfatizó en el derecho y el respeto a la vida y la paz como valores éticos fundamentales de la promoción de la salud en América Latina.

1.4.5 Cuarta conferencia: Yakarta, Indonesia (1997) (EPS, s.f.)

- La cuarta conferencia internacional de Promoción de la Salud fue la primera en celebrarse en un país en desarrollo y en dar participación al sector privado en el apoyo a la promoción de la Salud.
- Reiteró la importancia de los requisitos para la salud, aunque con una visión ampliada de los mismos que incluyó, además, el empoderamiento de la mujer, el respeto de los derechos humanos y la equidad.

- Planteó la necesidad de avanzar en la lucha contra la pobreza y otros determinantes de la salud en los países en desarrollo.
- Destacó la importancia de: abordar los problemas de salud mediante la combinación de las cinco áreas de acción de la promoción de la salud; aprovechar los distintos escenarios (escuela, lugares de trabajo, mercados, etc.) para ampliar medidas integrales; la participación de las personas y comunidades en la toma de decisiones; y el acceso a la educación y la información, para lograr una participación efectiva y la movilización de la gente y las comunidades.
- Definió cinco prioridades para la promoción de la salud en el siglo XXI: promover la responsabilidad social por la salud; aumentar las inversiones en el desarrollo de la salud; consolidar y ampliar las alianzas estratégicas en pro de la salud; ampliar la capacidad de las comunidades y empoderar al individuo; y consolidar la infraestructura necesaria para la promoción de la salud.

1.4.6 Quinta conferencia: Ciudad de México, México (2000) (EPS, s.f.)

- El programa técnico de la quinta Conferencia Internacional de Promoción de la Salud se estructuró con base a las cinco prioridades para la promoción de la salud en el siglo XXI definidas en la Conferencia de Yakarta (1997).
- Se concentró en lograr una mayor equidad tanto dentro de los países como entre un país y otro.
- La “Declaración Ministerial de México para la Promoción de la Salud: De las Ideas a la Acción”, comprometió a los países a situar la salud en la agenda política y de desarrollo y a poner en marcha planes de acción estratégicos para promover la salud de los pueblos.
- Temas claves que surgieron de esta reunión: reafirmación de la pertinencia de la promoción de la salud; énfasis en los factores determinantes de la salud; la importancia de la promoción de la salud como respuesta estratégica para abordar las inequidades en salud; la naturaleza intrínsecamente política de la promoción de la salud puesto que tiene que ver esencialmente con el empoderamiento del individuo y la comunidad; y el papel de la mujer en el desarrollo de la salud.

1.4.7 Sexta conferencia: Bangkok, Tailandia (2005) (EPS, s.f.)

- La sexta conferencia Internacional de Promoción de la Salud se centró en analizar los desafíos y oportunidades que enfrentan la salud y la promoción de la salud en el contexto del mundo globalizado.
- Esta conferencia ratificó los valores, principios y áreas de acción que se establecieron en la Carta de Ottawa, así como las recomendaciones de las sucesivas conferencias mundiales sobre promoción de la salud.
- Propuso que los cuatro compromisos claves son lograr que la promoción de la salud sea: un componente primordial de la agenda de desarrollo mundial; una responsabilidad esencial de todo el gobierno; un objetivo fundamental de las comunidades y la sociedad civil; y un requisito de las buenas prácticas empresariales.
- Destacó la importancia de las asociaciones, alianzas, redes y otros mecanismos de colaboración, para conseguir reunir a personas y organizaciones en torno a objetivos comunes y acciones conjuntas que mejoren la salud de las poblaciones.

1.4.8 Séptima conferencia: Nairobi, Kenia (2009) (SS, 2015)

- Propuso compromisos globales que abarcaron decisiones políticas para resolver problemas nacionales y globales como cambio climático, amenazas globales de pandemia y crisis Económicas; renovar la atención primaria de salud fomentando la participación comunitaria, políticas públicas saludables y colocando a las personas en el centro de la atención; construir sobre la resiliencia de las comunidades y aprovechar sus recursos para abocarse a la doble carga de enfermedades transmisibles y no transmisibles (crónicas).
- Fomento estrategias y acciones para capacitación en promoción de la salud de la salud, fortalecimiento de los sistemas de salud, alianzas y acción intersectorial, empoderamiento comunitario, alfabetismo en salud y conductas en salud.
- Llamo a llevar a cabo acciones para construir acciones a las que llamo la diferencia: fortalecimiento de liderazgo; implementación de una nueva política; mejorar y ampliar la implementación; y construir y ampliar la base de evidencias.

- Apoya el empoderamiento de comunidades dándoles la capacidad de compartir el poder, recursos y la toma de decisiones para asegurar y sostener las condiciones para la equidad de salud.
- Mostro su preocupación en lo que llamo alfabetización en salud y comportamiento en salud; propone acciones para modificarlas con acciones como: apoyar el empoderamiento; comprender y adoptar tecnología de información y comunicación; y construir y aplicar la base de evidencias.

1.4.9 Octava conferencia: Finlandia, Helsinki (2013) (SS,2015)

- Priorizaron la salud y la equidad como una responsabilidad centra de los gobiernos hacia sus ciudadanos; afirmaron la necesidad apremiante y urgente de una política efectiva y coherente para la salud y el bienestar; reconocen que para realizar estas acciones se requiere voluntad política, coraje y prevención estratégica.
- Realizo u llamado a los gobiernos a cumplir con sus obligaciones sobre la salud y el bienestar de su ciudadanía llevando a cabo las siguientes acciones: comprometer como prioridad política la salud y la equidad en salud; asegurar estructuras, procesas y recursos eficaces; fortalecer la capacidad de los ministerios de salud para comprometer a otros sectores del gobierno; construir capacitación institucional y habilidades; adoptar mecanismos transparentes de auditoría y rendición de cuentas; establecer medidas frente a los movimientos sociales y la sociedad civil; e incluir a las comunidades, los movimientos sociales y la sociedad civil.
- Pide el apoyo de la Organización Mundial de la Salud (OMS); utilizando el enfoque Salud en todas las políticas incluyendo a la agenda de desarrollo post-2015 de las Naciones Unidas.

1.4.10 Novena conferencia: China, Shanghái (2016)

- Se comprometieron a aplicas los mecanismos de que disponen los gobiernos para proteger la salud y promover el bienestar mediante políticas públicas; reforzar la legislación, la reglamentación y la fiscalidad de los productos saludables; aplicar políticas fiscales como herramienta poderosa para posibilitar nuevas inversiones en la salud y el bienestar,

especialmente en sistemas sólidos de salud pública; introducir la cobertura sanitaria universal como forma eficaz de lograr la protección sanitaria y financiera; velar por la transparencia y la responsabilidad social y posibilitar una participación amplia de la sociedad civil; reforzar la gobernanza mundial para abordar mejor las cuestiones sanitarias transfronterizas; y considerar la importancia y el valor crecientes de la medicina tradicional, la cual podría contribuir a mejorar los resultados sanitarios, incluidos los contemplados en los ODS.

- Las ciudades y las comunidades son entornos esenciales para la salud por ello se comprometen a: dar prioridad a las políticas que generen beneficios conjuntos para la salud y el bienestar y a las políticas urbanas en otros ámbitos, aprovechando al máximo las tecnologías de innovación e interacción social; ayudar a las ciudades a promover la equidad y la inclusión social, aprovechando los conocimientos, las capacidades y las prioridades de sus diferentes poblaciones mediante un fuerte compromiso comunitario; y reorientar los servicios sanitarios y sociales para optimizar el acceso equitativo y dar a las personas y las comunidades un papel preponderante.
- Los conocimientos sanitarios empoderan y fomentan la equidad: reconoce los conocimientos sanitarios como un determinante fundamental de la salud y a invertir en su desarrollo; formular, aplicar y hacer un seguimiento de las estrategias intersectoriales nacionales y locales para reforzar los conocimientos sanitarios de todas las poblaciones y en todos los entornos educativos; aumentar el control de los ciudadanos sobre su propia salud y sus determinantes mediante el aprovechamiento del potencial de la tecnología digital; y asegurarse de que los entornos de consumo promuevan elecciones saludables mediante políticas de fijación de precios, información transparente y un etiquetado claro.

1.4.11 Décima conferencia Ginebra, Suiza (2021) (OMS,2021)

- Acordaron una Carta de Ginebra en pro del Bienestar, basada en la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud y las 9 conferencias a nivel mundial sobre Promoción de la Salud.
- Resalta la necesidad de asumir compromisos mundiales para lograr resultados sanitarios y sociales equitativos ahora y en las generaciones futuras.

- Encamina a las instancias normativas y los dirigentes mundiales para que adopten ese enfoque y se comprometan a tomar medidas concretas.
- El Director Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director General de la Organización Mundial de la Salud dijo:
 - “Debemos cambiar fundamentalmente la manera en que los dirigentes políticos, el sector privado y las instituciones internacionales piensan y valoran la salud, y promover el crecimiento basado en la salud y el bienestar de las personas y el planeta, de los países de todos los niveles de ingresos”.
- La Carta contiene aspectos necesarios de una sociedad del bienestar y señala lo que se requiere para prevenir y responder las crisis sanitarias y ecológicas que se dan en todo el mundo.
- La carta menciona cinco medidas clave:
 - diseñar una economía equitativa que sirva al desarrollo humano dentro de los límites planetarios;
 - crear políticas públicas favorables al bien común;
 - lograr la cobertura sanitaria universal;
 - abordar la transformación digital para contrarrestar los daños y el debilitamiento y reforzar los beneficios; y
 - valorar y preservar el planeta.
- Esta carta hace un llamado a las organizaciones no gubernamentales y cívicas, los círculos académicos, los gobiernos, las organizaciones internacionales y todas las partes interesadas a trabajar en alianzas con cada uno de los sectores de la sociedad en favor de aplicar las estrategias en pro de la salud y el bienestar, que tendrá como resultado la transformación hacia sociedades del bienestar en especial a las poblaciones más marginadas.
- Los países deberán avanzar en la priorización de la salud como parte de un ecosistema que abarque los factores medioambientales, sociales, económicos y políticos.
- Una cobertura sanitaria de forma universal, que se base en la atención primaria de salud como centro en la estabilidad social, económica y política.

1.5 Modelos de Promoción de la Salud

Se enuncian 3 modelos para este trabajo con el fin de identificar qué modelo es el que prevalece en el programa que consideramos de valioso aporte para la promoción de la salud, así como la oportunidad de poder poner nuestro granito de arena para que la promoción de la Salud sea considerada primer punto de partida para la salud.

1.5.1 Modelo Empoderante

La categoría empoderamiento tiene mucho para ofrecerle a la Promoción de la Salud, se tienen dos posibles visiones sobre empoderamiento: la visión “psicológica” y la comunitaria.

Con la diferencia de estas dos visiones se encuentran múltiples dimensiones de la categoría “poder” que ponen en evidencia la contradicción de los elementos que la constituyen. Esta categoría es comprendida como una práctica social e histórica y no como una cosa, un objeto natural, que se posee.

Podemos definir el empoderamiento psicológico como “un sentimiento de mayor control sobre la propia vida que los individuos experimentan a través de su pertenencia a distintos grupos”, un sentimiento que puede ocurrir sin que haya necesidad de que los sujetos participen de acciones políticas colectivas.

El empoderamiento social (dado que en la cultura política latinoamericana la palabra “comunitario” tiene muchas veces una connotación) no significa la negación de los elementos que componen el empoderamiento psicológico, sino todo lo contrario, dado que propone que este último alcance un nuevo nivel que posibilite la ampliación de la capacidad reflexiva y la participación de los individuos en proceso decisorios.

Es considerado un proceso de validación de la experiencia de terceros y de legitimación de su voz y, al mismo tiempo, de remoción de las barreras que limitan la vida en sociedad. Indica procesos que buscan promover la participación apuntando el aumento del control sobre la vida por parte de los individuos y las comunidades, la eficacia política, mayor justicia social y la mejora de la calidad de vida. (Resende Calvalho, 2008)

El empoderamiento se entiende como la devolución del poder a las personas y a los grupos sociales; como el desarrollo de valores, conocimiento e instrumentos útiles para el logro de sus expectativas; y como desarrollo de sistemas gubernamentales y políticas incluyentes.

1.5.2 Modelo Emancipatorio

La promoción de la salud emancipadora de un ser humano sólo es posible en su relación con el otro, es una inscripción, corporeización y sufrimiento.

El cuerpo humano esta atribuido con relaciones de poder y dominación convirtiéndose en una fuerza útil para la hegemonía en la medida en la que pueda ser productivo y sujeto, es decir, subordinado a sus intereses. Para lograr los propositos de la hegemonía es necesario romper la integridad de las personas para controlar su cuerpo y someter su libertad.

Foucault (1997) argumenta:

Desde hace mucho tiempo los historiadores comienzan a escribir la historia del cuerpo. Lo han estudiado en el campo de la demografía histórica o la patología; lo han considerado como asiento de necesidades y apetitos, como el locus de procesos fisiológicos y metabolismos, como blanco del ataque de gérmenes o virus. Pero el cuerpo también ésta directamente envuelto en el campo político; las relaciones de poder inmediatamente la capturan; lo caracterizan, lo entrenan, lo torturan. Lo fuerzan a desempeñar tareas, a realizar ceremonias, a emitir signos.(p.259)

Consuelo Chapela dice que es una intervención que se sustenta en la búsqueda de la emancipación del conocimiento, la palabra y las capacidades humanas, teniendo como resultado cambios en las inscripciones en los cuerpos, entre otras, en las enfermedades. (citado por Torres Montoya, 2017)

1.5.3 Modelo Médico Hegemonico

Entendido como el conjunto de practicas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologias teoricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de entender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado.

El análisis integral del Modelo Médico Hegemonico no puede reducirse a si mismo, sino que el mismo debe ser analizado tanto en un nivel de autonomía, como referido a las condiciones históricos en los cuales opera. La hegemonia del modelo médico debe ser analizada en relación con las prácticas a las cuales subalterniza, pero sin por ello poder eliminarlas.

El Modelo Médico Hegemonico constituye una construcción teórica en varios niveles de abstracción.

La construcción de este modelo suponen detectar una serie de rasgos considerados como estructurales, los cuales deben ser entendidos como modelo a partir de la estructura de relaciones que opera entre los mismos.

Los principales rasgos estructurales son: biologismo, individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, mercantilismo, eficacia pragmática, asimetría, autoritarismo, participación subordinada y pasiva del paciente, exclusión del conocimiento del consumidor, legitimación jurídica., profesionalización formalizada, identificación con la nacionalidad científica, tendencias inductivas al consumo médico.

El rasgo estructural dominante es el biologismo, el cual constituye el factor que garantiza no sólo la cientificidad del modelo, sino la diferenciación y jerarquización respecto de otros factores explicativos. El biologismo constituye un carácter tan obvio del modelo, que no aparece reflexionado en las consecuencias que él tiene para la orientación dominante de la perspectiva Médica hacia los problemas de salud/ enfermedad. De hecho el biologismo subordina en términos metodológicos y en términos ideológicos a los otros niveles explicativos posibles.

El médico en su formación de grado y posgrado no aprende a manejar la enfermedad en otros términos que los de los paradigmas biológicos, sino en la práctica epidemiológica. El biologismo del Modelo Médico Hegemonico se expresa no sólo en la práctica clínica, sino en la práctica epidemiologica.

Ello no quiere decir que no utilice variables como localización, ocupación, niveles de ingresos o estratificación, sino que las variables biologizadas son las de mayor y más extenso uso y que respecto de las otras existe en la mayoría de los casos sólo una propuesta descriptiva en el cual se pierde el contenido dinámico social de las mismas.

La estratificación social no solo ha sido la “variable” de menor uso comparativo, sino que cuando se le usa se le reduce a mera posición.

La naturalización de los procesos tiende a simplificarlos y a opacar parte de las determinaciones.

Para la práctica médica la enfermedad es en primer lugar un hecho natural, biológico y no un hecho social, histórico. La enfermedad evoluciona y no tiene historia. Otro de los rasgos estructurales del Modelo Médico Hegemónico es justamente la ahistoricidad del mismo.

La carencia de un análisis histórico facilita suponer que fue la eficacia médica la determinante de dicho proceso. El biologismo, la ahistoricidad hallan su confirmación a través de otro rasgo: la asociabilidad.

El conjunto de la práctica médica puede tal vez asumir en un nivel, que el acto médico constituye no sólo un acto técnico sino también un acto social e ideológico; pero no lo reconoce en su propia práctica.

Lo social constituye un rasgo que la práctica médica puede reconocer en un nivel manifiesto, pero que no aplica a sí misma aunque los datos sean obvios debe ponerse en primer plano el hecho de que el médico hace su aprendizaje sobre la enfermedad y la muerte a partir de cuerpos muertos y vivos. La desigualdad social emerge en la práctica médica desde el primer momento del aprendizaje profesional; es decir se procesa desde la interioridad y no desde procesos externos a su práctica.

El análisis histórico social de la constitución de este modelo, implica describir su constitutividad a través de cuatro dimensiones: económico-político, institucional; teoría, saber y práctica médica e ideológica.

El Modelo Médico Hegemónico cumple una serie de funciones que podemos reagrupar en tres tipos: el que incluye las funciones curativas, preventivas y de mantenimiento, el segundo tipo que se integra con las funciones de control, normalización, medicalización y legitimación y un tercer tipo en el cual incluimos la función económico-ocupacional. (Menéndez, 1988)

Las acciones de promoción de la salud propuestas en la carta de Ottawa y las que se agregan después (advocacy y establecimiento de alianzas) pueden ser interpretadas desde una perspectiva Emancipatoria como dirigidas al desarrollo de capacidades saludables para construir futuros y alcanzarlos, en la medida en la que se dirijan a abrir el cuestionamiento del doxa- presupuestos acerca del mundo no cuestionados, no hablados-, y el desarrollo de campos de opinión entre los grupos sociales. Las acciones de promoción de la salud Emancipatoria requieren del desarrollo de

valores. Conocimiento y habilidades individuales y colectivas para lograr comunicación efectiva, apoderamiento y capacidad de gestión para acceder al campo político.

En la Figura 1 se observan las diferencias entre la promoción de la salud Empoderante y Emancipatoria.

Figura 1

Promoción de la Salud Emancipante y Emancipatoria

	Empoderante	Emancipatoria
La enfermedad	Es el enfoque	Es uno de tantos resultados
Prioridad	La enfermedad	La integridad de los sujetos
Meta	Que la gente entienda y reflexione sobre conocimientos construidos y seleccionados por expertos	Autonomía del sujeto cognoscente para construir conocimiento
Medios	Reflexión sobre problemas propuestos, conformados o dirigidos desde el conocimiento experto que tienen que ver con la realidad vivida por el sujeto. Provisión de conocimiento seleccionado acerca de esos problemas	Reflexión sobre problemas de la realidad de los sujetos, identificados por ellos mismos. Acceso libre a todo tipo de conocimiento necesario para estudiar y resolver esos problemas. Acceso a los instrumentos para construir autónomamente conocimientos y habilidades nuevas.

Nota: Adaptado de *Promoción de la salud. Un instrumento del poder y una alternativa Emancipatoria (p.)* por M.C. Chapela (s.f.)

1.6 Políticas Públicas de Promoción de la Salud

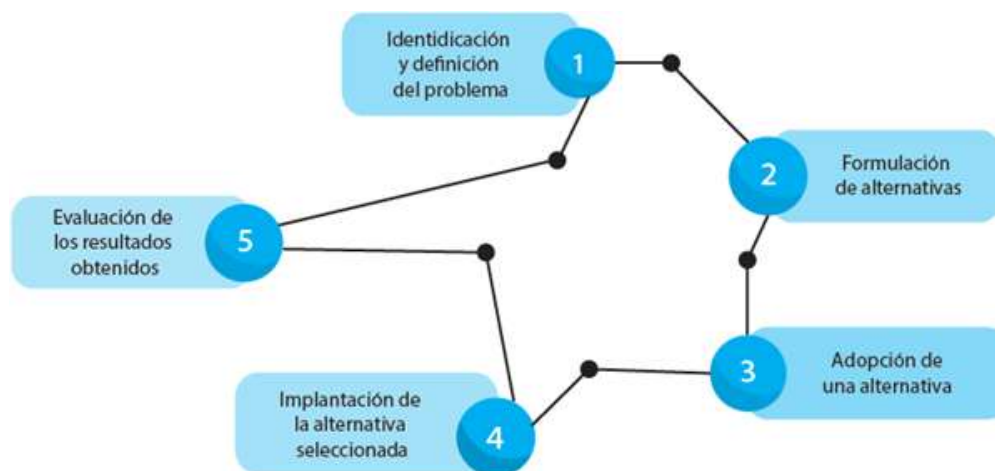
Se sabe que las Políticas Públicas es uno de los tantos pasos que se consideran dentro de la promoción de la Salud ya que es el medio que nos permite abordar los requisitos previos como herramienta intersectorial dando camino a una equidad y sustentabilidad en salud, por lo que es necesario tener el concepto de políticas públicas lo más claro posible y por eso se enuncia a continuación:

Kraft y Furlong; según ellos, la política pública es un “curso de acción o inacción gubernamental en respuesta a problemas públicos”. (E. Kraft, 2007) José Antonio Ocampo, para quien política

pública es “toda forma de acción organizada, encaminada al logro de objetivos de interés común (...)” (Ocampo, 2004) Jean Claude Thoenig “La política pública se presenta bajo la forma de un programa de acción , propio de una o varias autoridades públicas o gubernamentales”; definición que ignora elementos esenciales de la política pública como su finalidad, sus instrumentos para alcanzar los fines previstos y la posible participación de los particulares en la formación de la política. (Thoenig, 1999) Raúl Velázquez Gavilanes propone una nueva definición Política pública es un proceso integrador de decisiones, acciones, inacciones, acuerdos e instrumentos, adelantado por autoridades públicas con la participación eventual de los particulares, y encaminado a solucionar o prevenir una situación definida como problemática. La política pública hace parte de un ambiente determinado del cual se nutre y al cual pretende modificar o mantener. (Dye, 2008)

Figura 2

Etapas de las Políticas Públicas



Nota: Adaptado de *El “ciclo de las políticas” en la enseñanza de las políticas públicas* (p.6) por Arias de la Mora, R. (2019).

En México, la disciplina de políticas públicas se instaló en la década de los años ochenta en un contexto de importantes cambios mundiales como el fin del socialismo real, la emergencia de las luchas sociales por vías pacíficas en esos países pero también en América Latina ligadas a los procesos de democratización de la región, sobre las que Cohen y Arato (2002) llamarían la atención a través del concepto de tercer sector, la transformación del Estado de Bienestar por un Estado que se justificaba por buscar la eficiencia, reducir la carga de demandas sobre la propiedad

pública y trasladarla al espacio público no-estatal (Bresser y Cunill, s.f. y 1998). (Fonseca López, 2017)

2. Secretaria de Salud

En este apartado damos un recorrido a lo largo de los años del inicio, proceso, avance y cambios en la Integración de la ahora conocida como Secretaria de Salud, así como lo que es la DGPLADES e INSABI.

El Tribunal del Protomedicato reguló a la medicina y a los que la practicaban hasta noviembre de 1831 cuando fue sustituido por un organismo denominado Facultad Médica del Distrito Federal. Este funcionó hasta 1841 cuando fue sustituido por el Consejo Superior de Salubridad.

Con Benito Juárez se inician los servicios de atención a la salud como obligación del gobierno y no como obra de caridad de la Iglesia. El paso intermedio fue la beneficencia que era regulada por el gobierno, pero con una participación importante de la sociedad civil. El proyecto de sociedad de Juárez desplazaba el poder de la Iglesia. Curiosamente, en la Constitución de 1857 no aparecen preceptos relacionados con la salud a pesar de que su ideario era el humanismo y que, desde entonces, Juárez pretendía sustituir la caridad cristiana por la asistencia pública. Así en 1861 decretó la creación del Consejo Nacional de Beneficencia Pública que coordinaba la beneficencia y hospitales para convertirlos en un servicio público dependiente del Estado (Moreno, 1982, p. 28).

En 1916 el Instituto Bacteriológico Nacional produjo la vacuna anti variolosa a gran escala. El Consejo Superior de Salubridad adquirió mayor importancia pasando a depender directamente del presidente de la República. En 1917 se creó el Departamento de Salubridad Pública que tuvo que ver con la legislación sanitaria del país, es decir, policía sanitaria en puertos y fronteras; vacunas, medidas contra el alcoholismo, epidemias, enfermedades contagiosas, preparación y administración de vacunas y sueros, control de alimentos, bebidas, drogas (Álvarez Amézquita et alii, 1960, pp. 97-8).

En 1917 fue publicada la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, pero fue en 1983 donde se considera el artículo 4º para la salud que dice:

Toda Persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución. La Ley definirá un sistema de salud para el bienestar, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social.

Párrafo adicionado DOF 03-02-1983. Reformado DOF 08-05-2020

<https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf>

Manuel Ávila Camacho, presidente de 1940 a 1946, gobernó con una política llamada de "unidad nacional". Sin embargo, el capital extranjero siguió siendo poderoso en México. La reforma agraria y la actividad de los movimientos obreros languidecieron (*perder la energía-espíritu*). Con relación a la salubridad, Álvarez Amézquita (1960, p. 31), piensa que los resultados de los programas fueron buenos ya que disminuyeron los coeficientes de mortalidad y morbilidad y mejoraron las condiciones de vida de los habitantes en general.

En 1973 se inició el Plan Nacional de Salud que se proyectó por un periodo de diez años y que logró disminuir la mortalidad infantil de 69 a 38 por mil niños y la mortalidad general de 9,9 a 7 (Plan Nacional, 1974). También en 1973 entró en vigor la Ley para Prevenir y Controlar la Contaminación, que en vista de la triste situación en que se encuentra actualmente la ciudad de México, parece que fue mal planeada o fracasó.

En 1983 apareció el Plan Nacional de Desarrollo (1983-88) del cual derivó el Plan Nacional de Salud y cuyos objetivos eran incrementar la atención médica, la salud pública y la asistencia social. (Rodríguez de Romo, 1998)

El 21 de marzo de 1985 la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), se transformó en Secretaría de Salud. Su secretario fue el Dr. Guillermo Soberón (Historia de la Salud, 1988).

Actualmente, la Secretaría de Salud, como dependencia del Poder Ejecutivo, se encarga primordialmente de la prevención de enfermedades y promoción de la salud de la población, y tiene como misión establecer las políticas de Estado necesarias para que la población ejerza su

derecho a la protección a la salud. Su visión es lograr un Sistema Nacional de Salud Universal, equitativo, integral, sustentable, efectivo y de calidad, con particular enfoque a los grupos vulnerables, a través de:

- el fortalecimiento de la rectoría de la autoridad sanitaria y la intersectorialidad;
- la consolidación de la protección y promoción de la salud y prevención de enfermedades, así como la prestación de servicios plurales y articulados basados en la atención primaria;
- la generación y gestión de recursos adecuados;
- y la evaluación e investigación científica, fomentando la participación de la sociedad con corresponsabilidad.

2.1 Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES)

La Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud es una Unidad que genera, congrega e impulsa propuestas innovadoras y de vanguardia, fortalecedoras del Sistema Nacional de Salud, que transforman y mejoran los servicios de salud, y se concentra en diseñar, desarrollar, apoyar e impulsar propuestas innovadoras para el fortalecimiento y reposicionamiento de los servicios de salud, sustentables y pertinentes con las necesidades de la población. (Salud, Gobierno de México, 2019).

2.2 Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI)¹

Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) es un organismo descentralizado de la Administración Pública Federal, con personalidad jurídica y patrimonio propios, sectorizado en la Secretaría de Salud, El INSABI comienza funciones el primero de enero de 2020.

El INSABI tiene por objeto proveer y garantizar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados a las personas sin seguridad social, así como impulsar,

¹ Tomado de la pagina oficial de INSABI. <https://www.gob.mx/insabi>

en coordinación con la Secretaría de Salud en su calidad de órgano rector, acciones orientadas a lograr una adecuada integración y articulación de las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud.

Para el cumplimiento de su objeto, el Instituto de Salud para el Bienestar tiene las funciones siguientes:

I. Prestar de manera gratuita servicios de salud y asegurar el suministro de medicamentos e insumos asociados y demás elementos necesarios para la atención a las personas sin seguridad social, de conformidad con los instrumentos jurídicos que al efecto suscriba con las instituciones integrantes del Sistema Nacional de Salud;

II. Celebrar y proponer convenios y demás instrumentos jurídicos de coordinación y colaboración con las instituciones de salud públicas, entidades federativas y municipios, para asegurar el cumplimiento de su objeto;

III. Coordinar las acciones para ejecutar, dar seguimiento y evaluar el cumplimiento de los instrumentos jurídicos a que se refiere la fracción anterior, de conformidad con las disposiciones generales que para tal efecto emita la Secretaría de Salud;

IV. Proponer, a la Secretaría de Salud, adecuaciones a la normatividad reglamentaria que resulten necesarias en materia de prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados;

V. Impulsar, en coordinación con la Secretaría de Salud, la implementación de redes integradas de servicios de salud en las que participen todas las instituciones públicas de salud, federales o locales, que confluyan en una zona, a fin de garantizar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados, así como la continuidad de la misma;

VI. Contribuir con la Secretaría de Salud y con la participación que, en su caso, corresponda a las entidades federativas, en la planeación estratégica de esquemas que permitan privilegiar el uso racional de los recursos humanos debidamente capacitados, del equipo médico y de la infraestructura médica. Dicha planeación se hará tomando en cuenta las redes integradas de servicios de salud;

VII. Supervisar que, en las unidades médicas a su cargo, se cuente de manera permanente con el personal profesional, auxiliar y técnico para la salud necesario para la prestación de los servicios, con especial énfasis en las comunidades marginadas.

Dicho personal deberá ser acorde al nivel resolutivo de la unidad médica de que se trate;

VIII. Impulsar, en términos de las disposiciones aplicables, el establecimiento de estímulos como parte de la remuneración correspondiente, para el personal profesional, técnico y auxiliar para la salud, que preste sus servicios en comunidades marginadas o de difícil acceso;

IX. Colaborar con la Secretaría de Salud en la promoción de actividades tendientes a la formación, capacitación y actualización de los recursos humanos que se requieran para la satisfacción de las necesidades del país en materia de salud;

X. Proponer, con sujeción a los recursos disponibles, programas de regularización del personal profesional, técnico y auxiliar para la salud que participe en la prestación de los servicios a que se refiere el presente Título, en el que se consideren, entre otros aspectos, la antigüedad y el desempeño;

XI. Formular y mantener actualizada la plantilla ocupada de los trabajadores que participan en la prestación de los servicios a que se refiere el presente Título, y operar, conforme a lo que se establezca en las disposiciones reglamentarias, un sistema de administración de nómina, en el cual se deberá identificar al menos el tipo, nivel, clave de la plaza y del centro de trabajo correspondiente, conforme a los lineamientos que al efecto emita la Secretaría de Hacienda y Crédito Público. El sistema de administración de nómina deberá observar los criterios de control presupuestario de servicios personales, así como los principios de transparencia, publicidad y de rendición de cuentas;

XII. Participar, en los procedimientos de contratación consolidada que instrumente la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, en los términos previstos en la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público y demás disposiciones aplicables, en los que intervengan las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal que presten servicios de salud, así como las correspondientes a las entidades federativas que ejerzan recursos federales para dicho fin, que tengan por objeto la adquisición y distribución de los medicamentos

y demás insumos asociados para la salud que se requieran para la prestación de los referidos servicios, con la finalidad de garantizar el abasto de los mismos;

XIII. Transferir a las entidades federativas con oportunidad y cuando así sea procedente, los recursos que les correspondan para la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social, en los términos del artículo 77 bis 15 y demás disposiciones aplicables del Capítulo III de este Título;

XIV. Establecer el mecanismo conforme al cual las unidades médicas que presten los servicios a que se refiere este Título efectúen el registro de las personas atendidas por las mismas;

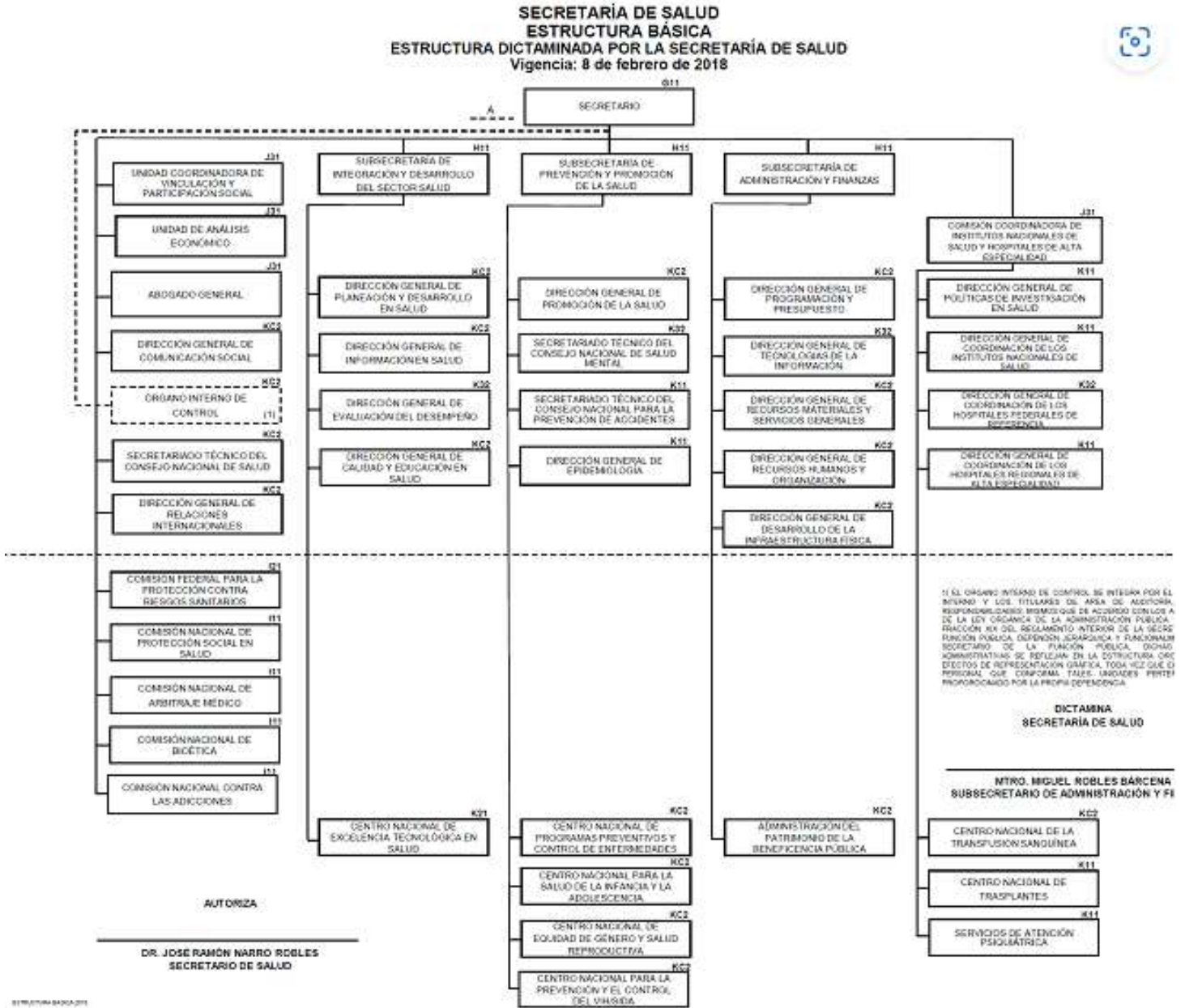
XV. Operar, de conformidad con las disposiciones jurídicas aplicables, centros de mezcla que provean a las unidades médicas a su cargo, las mezclas parenterales, nutricionales y medicamentosas que se requieran para la atención de los beneficiarios de los servicios a que se refiere el presente Título, así como impulsar que las unidades médicas de las entidades federativas que prestan los referidos servicios constituyan y operen dichos centros;

XVI. Definir las bases para la compensación económica entre entidades federativas, instituciones y establecimientos del Sistema Nacional de Salud por concepto de la prestación de los servicios a que se refiere el presente Título, previa opinión de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público. (Secretaría de Salud, 2020)

Derivado de que la Secretaría de Salud en la actualidad se encarga primordialmente de la prevención de enfermedades y promoción de la salud de la población, y tiene como misión establecer las políticas de Estado necesarias para que la población ejerza su derecho a la protección a la salud, es que el programa de Caravanas de la Salud es implementado como prioritario.

Figura 3

Organigrama de la Secretaría de Salud, Estructura Básica



Nota: Manual de Organización General de la Secretaría de Salud. Ciudad de México, México
Diario Oficial de la Federación de México (2018, 27 de agosto)

2.3 Programa de Caravanas de la Salud después Fortalecimiento a la Atención Médica (PFAM)²

El Programa surge de la consolidación del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) y de la implementación del Modelo Integrador de Atención a la Salud (MIDAS). 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.

Es un Programa Nacional en el que anualmente se celebra un Convenio Específico de Transferencia de Recursos para su operación entre el Ejecutivo de la Ciudad de México y la Secretaría de Salud, a través de la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES).

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece el derecho que tiene todas las personas a la protección de la salud, de conformidad con el artículo 4^o³.

El Gobierno Federal ha establecido como uno de sus programas prioritarios el de Caravanas de la Salud que tenía como objeto acercar la oferta de la red de servicios de salud con criterios de calidad, anticipación, integralidad y resolutivez, mediante equipos itinerantes de salud a la población que habita en microrregiones con bajo índice de desarrollo humano que carecen de atención médica oportuna debido a su ubicación geográfica, dispersión y/o condiciones de acceso, en las cuales resulta muy complejo y en algunos casos imposible el establecimiento en el corto plazo de unidades médicas fijas.

² Tomado de Documento Interno realizado por El Director del Programa de Fortalecimiento a la Atención Médica, en su Diagnostico desde el inicio del Programa (2008) hasta el 2019 cuando se pasó al INSABI.

³ Toda Persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución. La Ley definirá un sistema de salud para el bienestar, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social.

El Programa Caravanas de la Salud comenzó su operación en 2007 y está constituido por dos elementos fundamentales, el primero, una estrategia de acercabilidad y accesibilidad, y el segundo, ser complemento de la Red de Servicios de Salud (REDESS). Por otra parte,

El fin del Programa era contribuir a mejorar las condiciones de salud de la población sin acceso o con acceso limitado a los servicios de salud a través de la oferta de servicios de **prevención, promoción** y atención ambulatoria. El propósito del Programa de Caravanas de la Salud era que la población de localidades geográficamente dispersas y de difícil acceso cuente con servicios regulares de promoción, prevención y atención médica mediante equipos de salud itinerantes y unidades médicas móviles.

El Programa de Caravanas de la Salud opera a través de Caravanas de la Salud integradas, equipos de salud itinerantes (ESI) integrados por recursos humanos capacitados, unidades médicas móviles (UMM) de diferente capacidad resolutive, rutas de atención ambulatoria (RAA) y con el apoyo de casas de salud comunitarias. Las Caravanas de la Salud forma parte de la Red de Servicios de Salud (REDESS).

El Programa, en un primer momento o en su primera fase de operación, estuvo centrado en localidades que no cuentan con acceso a servicios de salud fijos o visitados por otros programas de salud itinerante, que se localizan en los 125 municipios con menor Índice de Desarrollo Humano (IDH) del País, ubicados en los estados de Chiapas, Durango, Guerrero, Nayarit, Oaxaca, Puebla y Veracruz.

Resolver las actuales limitaciones de cobertura de servicios que aún prevalecen en el sistema de Salud con la estrategia llamada “Caravanas de la Salud”

La Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de Operación 2008 del Programa Caravanas de la Salud, estas han sido formuladas de acuerdo con los criterios generales vigentes emitidos por la Secretaria de Hacienda y Crédito Público y de la Función pública, así como de la Comisión federal de Mejora Regulatoria y de la Secretaria de Economía, garantizando que no se contraponen, afectan o presentan duplicidad de otros programas y acciones del Gobierno Federal en cuanto a su diseño, beneficios, apoyos otorgados y población objetivo.

En el Diario Oficial de la Federación se publican las primeras reglas de operación el día domingo 30 de diciembre de 2007.

El Programa de Caravanas de la Salud se alinea al Programa Nacional de Salud 2007-2012, con el objetivo que refiere “reducir las brechas o desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas” y contribuirá con las metas estratégicas “disminuir a la mitad la razón de mortalidad materna en los municipios de menor Índice de Desarrollo Humano” y la de “Disminuir cuarenta por ciento la mortalidad infantil en los municipios de menos Índice de Desarrollo Humano”.

Asimismo, el Programa Nacional de Salud (PRONASA) 2007-2012 estableció en la estrategia de “Organizar e integrar la prestación de servicios del Sistema Nacional de Salud” y específicamente en la línea de acción referida a “Extender la cobertura de atención a las zonas altamente marginadas con escaso o nulo acceso a servicios de salud, a través de Caravanas de la Salud (unidades móviles y equipos de salud itinerantes), que estaban integradas a las redes de servicios”. RISS

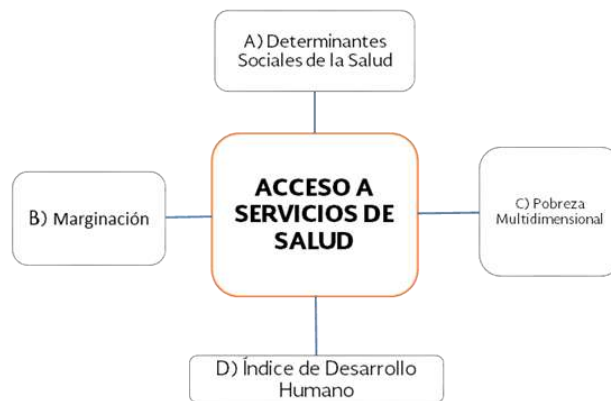
El Programa tuvo como misión “Acercar la oferta de la red de servicios de salud con criterios de calidad, anticipación, de manera integral y resolutive, mediante equipos itinerantes de salud a la población que habita prioritariamente en las micro regiones de menor índice de desarrollo humano y alto grado de marginación, todos ellos carentes de atención médica oportuna debido a su ubicación geográfica, dispersión y/o condiciones de acceso, en las cuales resulta muy complejo y en algunos casos imposible, el establecimiento en el corto plazo de unidades médicas fijas”.

Para lograr esta misión se definió desde la perspectiva de la planeación estratégica la visión de “En México para el año 2012 no existirá ninguna persona o familia que carezca de atención médica básica independientemente de su status socioeconómico, laboral y su lugar de residencia; esta atención será otorgada por todas las instituciones del sector salud ya sea a través de unidades fijas o de unidades móviles, todas ellas contarán con una acreditación que asegure la calidad y eficacia de los servicios que prestan”.

En la figura 4 se muestran las variables que se considera intervienen en el acceso a los servicios de salud y que por ende son determinantes sociales de la salud complementarios para poder incidir en la superación de las condiciones de injusticia y desigualdad en el acceso a estos servicios de salud.

Figura 4

Variables que intervienen en el acceso a servicios de salud



Nota: Adaptado de *Diagnóstico del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica* por Montiel C., Rafael (2020)

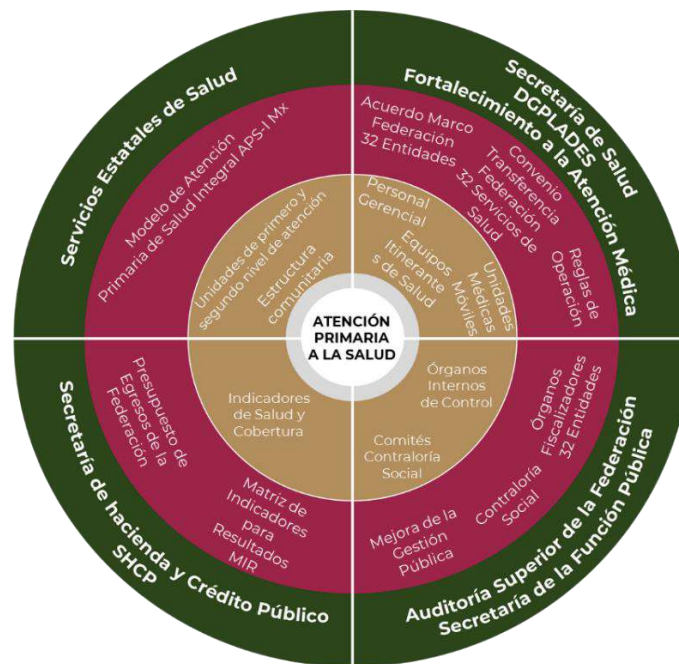
En su momento la Administración Federal, a través de la Secretaría de Salud diseñó una nueva estrategia de atención itinerante que beneficiaría prioritariamente a 1.2 millones de personas que habitan en un poco más de 20 mil localidades que cuentan con problemas de acceso regular a servicios integrales e instituciones de salud.

2.3.1 Diseño del Programa

El Programa Fortalecimiento a la Atención Médica pertenece al Romo 12 de Salud, con modalidad presupuestaria “S” (Sujetos a reglas de Operación). La unidad administrativa responsable del Programa hasta el año 2019 fue la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES), dependiente de la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud (SIDSS), de la Secretaría de Salud.

Figura 5

Diseño del Programa FAM



Nota: Adaptado de *Diagnóstico del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica* por Montiel C., Rafael (2020)

2.3.2 Objetivo General del Programa:

- Proporcionar servicios regulares de promoción, prevención y atención médica y odontológica a la población que habita en localidades geográficas dispersas y de difícil acceso, mediante equipos de salud itinerante y unidades médicas móviles, que trabajan de forma complementaria, auxiliados con otros medios de transporte de personal en salud y el apoyo de unidades médicas fijas ubicadas en las rutas de atención ambulatoria.

2.3.3 Objetivos Específicos del Programa:

- Garantizar que la prestación equitativa, oportuna y con calidad de los servicios de salud, con sensibilidad intercultural y respecto a la diversidad se proporcione a través de un conjunto de recursos que incluyen unidades médicas móviles y con recursos humanos capacitados.

- Promover la participación social y comunitaria para el desarrollo de una cultura de auto cuidado de la salud, basado en la promoción, prevención y control-atención oportuna de enfermedades, que coadyuve a mejorar estilos de vida en las personas, familias y comunidades.
- Proporcionar atención médica y odontológica a la población objetivo de manera equitativa, con calidad y oportunidad, articulando los recursos estatales con los federales que han sido alineados al modelo operativo de Caravanas de la Salud.
- Coadyuvar con la CNPSS (Comisión Nacional de Protección Social en Salud) y los REPSS (Régimen Estatal de Protección Social en Salud) en la afiliación de la población objetivo del Programa al SPSS (Seguro Médico para una nueva generación y seguro popular de salud).

2.3.4 Características del Programa

Estaban constituidas en una estrategia de acercabilidad y complemento de la Red de Servicios de Salud, tenían como centro de atención la persona, la familia y la comunidad, estas son:

- Gratuidad en el servicio, a través de promover la incorporación al SPSS
- Anticipación y resolutiveidad
- Continuidad en la atención integral
- Calidad y seguridad en la atención
- Práctica médica basada en la mejor evidencia científica
- Sensibilidad intercultural y respeto a la diversidad
- Gestión operativa por grupo de edad y sexo
- Conexión efectiva con la red de servicios de atención a la salud a las personas
- Participación y corresponsabilidad ciudadana.

La Secretaría de Salud con base en la reforma jurídica que diera origen al SPSS, estableció un nuevo paradigma para la atención de las necesidades de salud de la población, el “Modelo Integrador de Atención a la Salud” (MIDAS), que busco eliminar las barreras de acceso a los servicios, asegurar la calidad, seguridad y continuidad de la atención, fortalecer la capacidad de decisión de los usuarios de los servicios, responder a una realidad epidemiológica en la que hay

un predominio de enfermedades no transmisibles y lesiones, reconocer la diversidad cultural de la población y aprovechar, en beneficio de los beneficiarios, la actual pluralidad de prestadores de servicios de salud.

El MIDAS plantea el tránsito del esquema de atención pasiva o reactiva, al de atención proactiva; de la atención centrada en la curación de la enfermedad a la atención anticipatoria; de la atención rudimentaria a la resolutive; de la atención fragmentada a la integrada y continua, de la atención basada en la práctica individual del médico a la atención en equipo interdisciplinario; de la atención “anónima” a la centrada en las necesidades de las personas (pacientes y familiares), incluyendo el reconocimiento y respeto a la diversidad cultural, y finalmente de la atención por padecimiento a la atención integrada por procesos relacionados con las etapas de la vida.

El componente sustantivo del MIDAS son las redes de servicios de salud (REDESS). Para el caso de los servicios a la persona, la red inicia desde el primer contacto, básico entre el equipo de prestadores de servicios, que, en las localidades más remotas y aisladas del país, está conformado por personal profesional itinerante, apoyado por auxiliares de salud, parteras tradicionales y en algunos casos médicos tradicionales, los cuales llevan a cabo actividades de salud pública, medicina preventiva y atención básica en casas de salud provistas por la comunidad.

Los equipos itinerantes se vinculan a su vez con el resto de unidades de atención fijas de la red, que poseen diversos grados de complejidad estructural-funcional y capacidad resolutive (centros de salud, centros de salud con servicios ampliados -UNEMES-, hospitales comunitarios, hospitales generales, de especialidades y de alta especialidad), los cuales interactúan de manera flexible mediante procesos organizativos y de comunicación, con el fin de garantizar el flujo eficiente de personas con padecimientos de mayor complejidad a unidades médicas de mayor capacidad resolutive. En la red de servicios participan, por tanto, todo tipo de estrategias de atención, diverso personal auxiliar, técnico y profesional, así como establecimientos de atención ambulatoria y hospitalaria para acercar el servicio, captar la necesidad de la persona y poner a su disposición los beneficios de la atención en un proceso continuo.

La cobertura geográfica del Programa a partir de 2008 será progresiva y de carácter nacional; se consolidará en el 2010 de manera simultánea con el SPSS. Se cubrirá con servicios de Caravanas de la Salud, a todas las localidades que por sus condiciones de accesibilidad puedan considerarse

como geográficamente dispersas y de difícil acceso a la infraestructura institucional de salud. Tales localidades se ubican generalmente en regiones marginadas, en condiciones de aislamiento y menor Índice de Desarrollo Humano.

La progresión en la aplicación de la estrategia establece como prioridad el alcanzar la cobertura de 600 localidades que se encuentran en los 125 municipios de menor Índice de Desarrollo Humano (IDH) en los estados de Chiapas, Durango, Guerrero, Nayarit, Oaxaca, Puebla y Veracruz. En paralelo el crecimiento de la cobertura de servicios se dará en las localidades de alta y muy alta marginación y que no cuentan con servicios regulares de salud en el resto del territorio nacional.

La cobertura poblacional que se esperó en el año 2010, es del orden de 1.2 millones de habitantes que se ubican en aproximadamente 20,000 localidades en las 32 entidades federativas.

La Red de Servicios de Salud represento una innovación para la organización de la prestación de servicios a la comunidad y a la persona, pues, a diferencia de la atención por niveles, en que cada uno de estos constituyen un filtro o mecanismo de contención de la demanda, la REDESS busca garantizar que los recursos financieros, materiales y tecnológicos, así como la información, no se mantengan estáticos, sino que fluyan de manera continúa asegurando la calidad y oportunidad en el servicio.

A través de las Unidades Médicas Móviles habilitadas con servicios de telemedicina y telecomunicaciones, se establecen los mecanismos de atención satelital in situ y referencia de pacientes que requieren de atención de mayor complejidad a unidades médicas fijas de mayor capacidad resolutive.

La cartera de servicios comprende intervenciones de salud de dos tipos: dirigida a la persona y a la comunidad.

Para el Programa las intervenciones de salud a la persona comprenden, de forma directa, 79 intervenciones de atención ambulatoria del CAUSES que incluyen acciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades, atención médica y vigilancia epidemiológica; a través de las UMM y mediante el sistema de la referencia y contra referencia se tendrá acceso al complemento de las 255 intervenciones del CAUSES.

El Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) es el documento de referencia del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) para la atención a la salud dirigida a la persona; ahí se describen las intervenciones médicas a las que tiene derecho el beneficiario del Seguro Popular. Se actualiza cada 2 años; se presenta ahora la versión 2019.

De 78 intervenciones que contenía el Catálogo de Beneficios Médicos de 2002, se han incrementado a 294 intervenciones médicas en el Catálogo Universal de Servicios de Salud CAUSES, agrupadas en 5 conglomerados:

Prevención y promoción en salud, con 27 intervenciones, que consideran la aplicación de vacunas a diferentes grupos de edad, tipo de población y grupos de riesgo como las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia, así como acciones específicas para la detección oportuna de enfermedades. De nueva inclusión es la Vacunación contra tétanos, difteria y pertussis acelular (TDPA) en el embarazo.

Medicina general y de especialidad, con 120 intervenciones, que cubren diagnóstico y tratamiento de padecimientos infecciosos, crónico-degenerativos, de salud mental, manejo paliativo ambulatorio y tamizaje de patologías que, por su complejidad, permiten el acceso a coberturas del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos y Seguro Médico Siglo XXI para su resolución.

Urgencias, con 69 intervenciones para la atención oportuna de patologías que ponen en riesgo la vida del beneficiario o la función de alguno de sus órganos; incluye la estabilización en el servicio de urgencias sin importar si el padecimiento es cubierto por alguna de las carteras de servicios del SPSS, permitiendo el tránsito a la cobertura de servicios de hospitalización, cirugía y cuidados intensivos.

Cirugía general, con 54 intervenciones de cirugía general que atienden padecimientos agudos y/o crónicos, incluyendo diagnósticos de mayor frecuencia quirúrgica: digestivos, ginecológicos, genitourinarios, proctológicos, oftalmológicos, otorrinolaringológicos, dermatológicos y ortopédicos, requieran o no estancia hospitalaria; se incluyen insumos especializados como marcapasos, lentes intraoculares, material de osteosíntesis, prótesis de cadera y rodilla, mallas quirúrgicas y válvula de derivación ventrículo-peritoneal.

Obstetricia, con 24 intervenciones que resuelven padecimientos relacionados con el estado de gravidez y el recién nacido, incluyendo los diagnósticos de mayor frecuencia médico-quirúrgica.

Cada una de las intervenciones incluyen los Auxiliares de diagnóstico, como los estudios de laboratorio, gabinete y procedimientos a los que el médico recurre para el diagnóstico de una enfermedad; al igual que los medicamentos su uso no es limitativo y pueden utilizarse de acuerdo a las necesidades del afiliado y al criterio clínico del médico tratante.

Para las intervenciones de salud a la comunidad, la Cartera de Servicios 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.

Las caravanas de la salud atendieron:

- A personas y familias que habiten en localidades que no tengan unidades fijas de atención a la salud y que, para poder acceder a ellas, tengan que trasladarse un tiempo superior a una hora través de los medios de transportes disponibles; o
- A personas y familias que habiten en municipios catalogados como de bajo índice de desarrollo humano; o
- A personas y familias que habiten en localidades con alto o muy alto grado de marginación;
- A personas y familias que se encuentren en sitios donde por razones de alguna contingencia haya un incremento en la demanda de servicios;

Existieron unidades médicas móviles dotadas de características especiales para la oferta de servicios diagnósticos o de atención a la salud que reforzarán la capacidad de oferta de servicios en las REDESS y que podrán ubicarse en puntos estratégicos de la red que no cumplan con los criterios anteriormente mencionados.

Se entiende como una ruta de Caravanas de la Salud al espacio geográfico delimitado que abarca uno o varios municipios con la categoría de menor índice de desarrollo humano, o municipio(s), que agrupan a un conjunto de localidades de alta y muy alta marginación, sin acceso permanente

a servicios de salud en una región determinada, y que son atendidas por equipos itinerantes de salud y/o unidades médicas móviles de acuerdo a una programación mensual.

Para el establecimiento de *rutas* de Caravanas de la Salud, además de cumplir con los criterios de inclusión arriba mencionados, se debió cumplir con los siguientes requisitos:

- Una ruta de una Caravana de la Salud estará conformada al menos por 10 localidades o 1500 habitantes.
- Una Caravana de la Salud trabajará 20 días por 10 de descanso, conforme a la ruta mensual programada.
- Cada localidad dentro de una ruta deberá ser visitada al menos dos veces al mes por la Caravana de la Salud.
- La permanencia de la Caravana de la Salud será por un día en cada localidad visitada, cumpliendo una jornada de trabajo completa de 8 horas, a partir del momento en que llega a la localidad sede.
- Se deberá de identificar y acondicionar las casas de salud o las sedes de medio camino para acortar tiempos de desplazamiento a las localidades más alejadas en donde podrán concentrarse expedientes clínicos, medicamentos e insumos para reabastecerse.
- Se establecerá una programación mensual, con dos propuestas operativas; una para “temporada seca”, considerando que se tendrá acceso a todas las localidades de la ruta y se desplegarán todos los criterios de programación (10 localidades, 1,500 habitantes y visitas dos veces por mes), y otra para “temporada de lluvias”, considerando que se tendrá acceso limitado a las localidades y las unidades médicas móviles se ubicarán en localidades de acceso posible, o en localidades con centro de salud para ampliar la capacidad resolutive del servicio del centro.

2.3.5 Tipología de la Unidades Médicas Móviles (UMM)

- **TIPO 0.** Son unidades médicas móviles 4X4 que transportan personal de salud, medicamentos e insumos para la atención de las localidades de una micro región, que forman parte de la ruta de una UMM, en tanto las condiciones del camino o acceso geográfico no le permiten llegar a la o las localidades de la ruta. Este tipo de unidad móvil está conformado por un médico general, enfermera y un promotor de la salud-chofer (polivalente).

- **TIPO I.** Es una unidad médica móvil equipada con un consultorio de medicina general, con equipo estándar para atención primaria, química seca y toma de muestras para cáncer cérvico-uterino y equipo de electrocardiografía. Este tipo de unidad móvil está conformado por un médico general, enfermera y un promotor de la salud-chofer (polivalente).
- **TIPO II.** Es una unidad médica móvil equipada con un consultorio de medicina general y un consultorio dental, laboratorio de química seca y toma de muestras para cáncer cérvico-uterino y equipo de electrocardiografía. Este tipo de unidad móvil está conformado por un médico general, un odontólogo, enfermera y un promotor de la salud-chofer (polivalente).
- **TIPO III.** Es una unidad médica móvil equipada con un consultorio de medicina general y un consultorio dental, equipada con enlace satelital para telemedicina, equipo de videoconferencia, ultrasonografía y electrocardiografía. Asimismo, contiene un laboratorio de química seca y toma de muestras para cáncer cérvico-uterino. Este tipo de unidad móvil está conformado por un médico general, un odontólogo, enfermera y un promotor de la salud-chofer(polivalente).

Asimismo, durante el desarrollo del Programa se estará en posibilidad de incorporar otros tipos de UMM conforme a la demanda y que respondan a condiciones epidemiológicas y geográficas de las diferentes entidades federativas.

2.3.6 Población objetivo del Programa

El Programa definió como población potencial a la totalidad de familias y personas que habitan en un poco más de 20 mil localidades del país que no tienen acceso o que es irregular a los servicios institucionales de salud. En general esta población se caracteriza por vivir en pobreza extrema y son parte del indicador de menor Índice de Desarrollo Humano y alta y muy alta marginación.

La población objetivo del Programa estuvo constituida, en primer término, por las familias y personas de las entidades federativas definidas como prioritarias y que se concentran en los 125 municipios de menor IDH; representa la atención de más de 600 localidades y una población aproximada a los 180 mil habitantes que se localizan en los estados de Chiapas, Durango, Guerrero, Nayarit, Oaxaca, Puebla y Veracruz.

De forma paulatina y habiéndose atendido la prioridad referida con anterioridad, el Programa continuará la ampliación de su cobertura con la focalización en localidades con índices de marginación alto y muy alto y sin acceso regular a la red de servicios de salud. En esta cobertura se considerará la totalidad de entidades federativas, incluyendo los estados prioritarios antes definidos.

Para evitar duplicidad en la atención, se excluirán beneficiarios de otros programas de salud oficiales y a los derechohabientes de la seguridad social.

2.3.7 Derechos

Para toda la población beneficiaria del Programa sea o no afiliada al Sistema de Protección Social en Salud:

- Recibir la visita de los equipos de salud itinerantes dos veces al mes, de acuerdo con la calendarización establecida por Caravanas de la Salud en cada entidad federativa.
- Recibir gratuitamente hasta 79 intervenciones de atención médica derivadas del CAUSES y las acciones de promoción y prevención de la salud.
- Recibir servicios de salud efectivos, seguros, sensibles a la diversidad cultural, con pleno respeto de las prácticas culturales de la comunidad y que responden a sus expectativas.
- Acceso equitativo a la atención
- Ser tratados con dignidad, respeto y a recibir atención de calidad
- Recibir los medicamentos necesarios y que correspondan a los servicios de salud ofertados en la Cartera de Servicios del programa
- Contar con información precisa, clara, oportuna y veraz, así como la orientación necesaria sobre la atención de su salud acerca de los riesgos y alternativas respecto a los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y quirúrgicos que se les indiquen o apliquen
- Contar con un expediente clínico
- Otorgar o no consentimiento para recibir tratamientos o procedimientos
- Ser tratado con confidencialidad

- Presentar quejas por falta o inadecuada prestación de servicios, así como recibir información acerca de los procedimientos, plazos y formas en que se atenderán las quejas y consultas.
- Recibir orientación para ser atendido cuando exista inconformidad por la atención médica recibida.

Adicionalmente, la población que estuvo afiliada al del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) gozará de los siguientes derechos:

- Recibir la Cartilla de Salud que les corresponda, de acuerdo con su edad y sexo
- Podrán acceder a toda la red de servicios de salud y obtener todas las intervenciones del CAUSES en unidades de diferente capacidad resolutive.
- Contar con facilidades para obtener una segunda opinión
- Recibir atención de urgencias tanto por Caravanas, así como en otras unidades médicas de la red de servicios, según el requerimiento y complejidad de la atención.
- Recibir información sobre mecanismos de acceso y obtención de servicios de atención médica en los establecimientos que para tal efecto se designen.
- No cubrir cuotas de recuperación por el servicio recibido
- Conocer el informe anual de gestión de Caravanas de la Salud y del Seguro Popular, conforme a las disposiciones legales de transparencia y acceso a la información de entidades públicas.

2.3.8 Obligaciones

Para toda la población beneficiaria del Programa sea o no afiliada al SPSS.

- Ejercer la corresponsabilidad en el auto cuidado de su salud
- Asistir a las actividades de capacitación para el autocuidado de la salud.
- Participar activamente en la identificación de causas y soluciones a los problemas de salud de su comunidad
- Adoptar conductas de promoción de la salud y prevención de enfermedades.
- Llevar a la práctica las recomendaciones emitidas por el equipo de salud itinerante y el auxiliar de salud.

- Colaborar con el equipo de salud, informando verazmente y con exactitud sobre los antecedentes, necesidades y problemas de salud.
- Cumplir con las recomendaciones, prescripciones, tratamiento o procedimiento general al que haya aceptado someterse.
- Informarse acerca de los riesgos y alternativas de los procedimientos terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen, así como de los procedimientos de consultas y quejas.
- Dar un trato respetuoso al personal médico, auxiliar y administrativo de los servicios de salud, así como a los otros usuarios y sus acompañantes.
- Cuidar las instalaciones de los establecimientos de salud
- Hacer uso responsable de los servicios de salud.

Adicionalmente, la población que esté afiliada al SPSS tendrá las siguientes obligaciones:

- Proporcionar de manera fidedigna la información necesaria para documentar su incorporación al Sistema de Protección Social en Salud
- Presentar la Cartilla Nacional de Salud correspondiente al momento de solicitar atención médica.
- Hacer uso de la credencial que los acredite como beneficiarios como documento de naturaleza personal e intransferible y presentarla siempre que se requieran servicios de salud
- Informarse sobre los procedimientos que rigen el funcionamiento de los establecimientos para el acceso y servicios de atención médica.

2.3.9 Participantes

- Secretaría de Salud

El Programa fue una estrategia federal; en consecuencia, la rectoría fue responsabilidad de la Secretaría de Salud, la que, conforme a las presentes Reglas de Operación, determina la normatividad para su operación, misma que debe ser observada por las unidades administrativas centrales que intervienen en el Programa y por los Servicios Estatales de Salud.

- Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud

La Secretaría de Salud ejerció la rectoría del Programa a través de la DGPLADES adscrita a la Subsecretaría de Innovación y Calidad. Entre las principales responsabilidades destacaron:

- La programación de metas anuales, conjuntamente con los Servicios Estatales de Salud
- La presupuestación de recursos materiales, financieros y humanos
- La difusión del Programa
- El seguimiento y evaluación de las acciones en todo el país
- La gestión de recursos humanos, financieros y materiales

Para facilitar la coordinación de las acciones referidas y contar con una instancia de comunicación permanente con los actores centrales y estatales del Programa, se creó la Coordinación Nacional del Programa Caravanas de la Salud.

- Unidades Administrativas Centrales

La DGPLADES consideró como indispensable la participación activa de las unidades administrativas centrales cuyas áreas de responsabilidad se relacionan con el diseño, normativa, operación, supervisión o evaluación del Programa, así como para la asesoría técnica a las entidades federativas; para ello, estableció la estrategia de coordinación permanente. En particular destacaron las siguientes relaciones:

- La programación, presupuestación, afiliación de familias al SPSS y asegurar el financiamiento del programa, conjuntamente con la Comisión Nacional de Protección Social en Salud y sus representaciones en las entidades federativas (Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS))
- El diseño de la estrategia de difusión del Programa en coordinación con la Dirección General de Comunicación Social
- El establecimiento de los sistemas de información para el seguimiento y evaluación de las acciones en todo el país en coordinación con las Direcciones Generales de Información en Salud, de Evaluación del Desempeño y de la Dirección General de Tecnologías de la Información

- La definición y puesta en marcha del procedimiento de acreditación de unidades médicas móviles bajo la tutela de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud
- La gestión de recursos humanos ante la Dirección General de Recursos Humanos
- La coordinación entre las áreas administrativas sustantivas y normativas centrales para la asesoría técnica, evaluación y seguimiento de las acciones del programa en materia de inversiones, adquisición de nuevas unidades, así como para la inversión en tecnología y telecomunicaciones del Programa, en específico con el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud y la Dirección General de Tecnologías de la Información.

2.3.10 Ejecutores

- Servicios Estatales de Salud

La corresponsabilidad de las entidades federativas se concretó a través de la participación de los Servicios Estatales de Salud como órganos responsables de los programas de salud en los estados. Su participación fue fundamental para la definición, conducción y evaluación del Programa, así como para la constitución de la plataforma social, mediante la participación de las redes sociales que apoyan la implementación.

Con base en el Acuerdo de Coordinación del Programa destacan, entre las principales responsabilidades de los Servicios Estatales de Salud las siguientes:

- La comunicación con el nivel federal
- La coordinación del Programa en su ámbito territorial y administrativo
- La difusión del Programa, así como replicar la campaña de comunicación educativa del Programa, difundiendo los materiales impresos, de radio y televisión que se autoricen, utilizando los medios de comunicación a su alcance
- La vigilancia y control de la aplicación de los recursos
- La supervisión, seguimiento y evaluación del Programa en todos los niveles
- Contratación de recursos humanos de nuevas UMM, financiadas por el Gobierno Federal bajo los criterios establecidos y los perfiles determinados por cada uno de los puestos del Programa, tanto operativos como gerenciales

- La vinculación con gobiernos municipales
- La coordinación con otras dependencias del gobierno estatal
- Adquisición y dotación de insumos y medicamentos para las UMM
- El proporcionar todos los apoyos y facilidades para el mejor desempeño del Programa en la entidad federativa.

Asimismo, los Servicios Estatales de Salud aportarán los recursos humanos, financieros, materiales y de infraestructura estatales derivados de los programas de atención itinerante de salud existentes con el fin de que sean alineados al modelo operativo del Programa.

- Régimen Estatal de Protección Social en Salud

La Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) a través de los REPSS o su equivalente, realizarán de manera conjunta con la Coordinación Estatal del Programa las siguientes acciones:

- La definición de la estrategia estatal de difusión del Seguro Popular y del Seguro Médico para una Nueva Generación en las localidades objetivo del Programa
- La revisión y validación de las rutas proporcionadas por el Coordinador Estatal del Programa
- El establecimiento de mecanismos para la afiliación y/o re afiliación de familias al SPSS y su difusión a la población objetivo del Programa
- La instrumentación de criterios con el área competente de los Servicios Estatales de Salud para la compra de servicios de salud proporcionados por las Caravanas de la Salud.
- El financiamiento a los Servicios Estatales de Salud por la prestación de servicios a la población atendida por el Programa
- Coordinación Estatal de Caravanas de la Salud

Para la coordinación y ejecución de todas las etapas del proceso administrativo: planeación, programación, presupuestación y evaluación del Programa en cada entidad federativa, se contará con un Coordinador Estatal. El Coordinador Estatal del Programa cuya línea de autoridad jerárquica es la Secretaría de Salud Federal a través de la DGPLADES, reportará los avances del programa en todas sus etapas del proceso administrativo de manera quincenal, mensual, trimestral, semestral y anual, así como los informes que se establezcan de manera extraordinaria. Asimismo,

deberá atender las disposiciones del Titular de los Servicios Estatales de Salud, para la operación del Programa.

2.3.11 Funciones de acuerdo al Convenio Específico de Colaboración

Entre las principales funciones destacaron las siguientes, conforme a convenios específicos de colaboración.

- Efectuar la planeación, programación, presupuestación y evaluación del Programa con base en los lineamientos normativos establecidos en estas Reglas de Operación y los determinados por la DGPLADES
- Promover y coordinar la organización, control y supervisión del Programa, en el ámbito estatal y jurisdiccional con base en la normatividad establecida por la DGPLADES y los programas federales
- Coordinar, dirigir y apoyar la operación y aplicación del marco normativo del Programa en los niveles jurisdiccional y operativo.
- Apoyar la atención de las observaciones y recomendaciones normativas emitidas a las jurisdicciones sanitarias y a las Caravanas de la Salud.
- Realizar visitas de asesoría, supervisión, seguimiento y control de nivel operativo
- Coordinar y fomentar la capacitación y actualización del personal de salud, incluyendo el personal comunitario
- Organizar y conducir las réplicas, conjuntamente con el jefe estatal de enseñanza, del Curso de Formación de Capacitadores de Caravanas de la Salud, impartido en el marco del Núcleo de Liderazgo en Salud por el INSP y la DGPLADES.
- Coordinar las actividades de competencia estatal y jurisdiccional
- Promover la actualización y validación de la micro regionalización ante autoridades estatales y nacionales
- Revisar y validar las rutas definidas para las Caravanas con el REPSS

Jurisdicción Sanitaria

Es responsabilidad de la Jurisdicción Sanitaria coadyuvar en la correcta aplicación de las acciones contempladas en el Programa y contribuir en el marco de sus atribuciones a resolver problemas de ejecución que se presentarán en la aplicación del programa.

Las principales responsabilidades son:

- Llevar a cabo las acciones de coordinación municipal y colaboración comunitaria para la gestión de apoyos necesarios para la operación de los equipos de salud itinerantes y de las UMM de las Caravanas de la Salud.
- Apoyo para el uso eficiente y racional de los recursos humanos, materiales y financieros destinados a la ejecución de las acciones del Programa.
- Vigilancia del cumplimiento de la programación mensual de las rutas, así como de la productividad establecida para cada una de ellas.
- Participación en la elaboración de los reportes conforme la normatividad establecida por la Secretaría de Salud en coordinación con el Coordinador Estatal del Programa y mantener una comunicación constante y permanente.
- Implementación de otros mecanismos o procedimientos de coordinación que surjan de manera fortuita o extraordinaria durante la operación.
- Vigilar la conformación y correcto funcionamiento de los comités locales de salud y del personal auxiliar de salud
- Constitución del Centro Regulador de Caravanas de la Salud y designación del responsable del Centro, quien establecerá el enlace de la parte operativa con el coordinador estatal de caravanas para la planeación y control de las UMM y equipos itinerantes de salud, y dará seguimiento a los procesos propios de la operación y para la entrega de información de la productividad registrada.
- Comité Local de Salud

Los comités locales de salud son la instancia de concertación en la localidad para la gestión de apoyos logísticos de la operación del Programa, a fin de contribuir a la operación óptima de las Caravanas de la Salud. Es de prioritaria importancia la incorporación de la participación comunitaria y vinculación de los comités de salud en las tareas que desarrollan los equipos de salud itinerantes y UMM del Programa con pleno respeto a la cultura y usos y costumbres de las localidades. Con base en la participación comunitaria, los comités de salud coadyuvarán en la

planeación y programación de acciones de salud, así como en la elaboración y validación de la productividad de las acciones desarrolladas por los equipos de salud.

El Comité de Salud propone al auxiliar comunitario de salud (ACS) conforme los criterios propios de dicho comité. Entre las principales tareas del ACS destacan:

- Promover los servicios de las caravanas y convocar a la población durante las visitas
- Coadyuvar a las acciones de prevención, promoción y atención
- Participar en la referencia a los pacientes que requieran atención a las unidades de salud
- Detección de riesgos, levantamiento de censos y registro de actividades
- Atención a problemas básicos de salud en los periodos de ausencia de la caravana

Cabe mencionar que el Comité de Salud y el auxiliar comunitario de salud (ACS) realizan las funciones de manera voluntaria y gratuita a favor de la salud de su comunidad.

Tabla 1
Perfil y funciones del personal de salud a contratar para unidades móviles

Puesto	Principales características	Funciones
a) Profesionales de la salud		
- Coordinador estatal de caravanas de la salud	<ul style="list-style-type: none"> ● Profesional de la salud, titulado ● Con formación de posgrado en salud pública, titulado o en proceso de titulación. ● 5 años de experiencia en gerencia de servicios de salud ● 3 años de experiencia en trabajo comunitario y conocimiento de la región ● Liderazgo ● Conocimiento de la red de servicios en su entidad federativa ● Sensibilidad intercultural 	<ul style="list-style-type: none"> ● Planear nuevas rutas de caravanas de la salud ● Programación mensual de rutas ● Coordinación de la operación de las caravanas de la salud con la red de servicios ● Brindar apoyo logístico al personal operativo ● Realizar la capacitación técnica y normativa del personal de caravanas de la salud ● Efectuar el seguimiento y control del programa ● Elaborar informes y reportes sobre todas las acciones del proceso administrativo del programa e informar a la Secretaría de Salud de manera ordinaria y extraordinaria. ● Elaborar el programa operativo anual de caravanas de la salud, con base en la normatividad aplicable
Supervisor	<ul style="list-style-type: none"> ● Profesional de la salud, titulado ● Con formación de posgrado en salud pública, titulado o en proceso de titulación. ● 5 años de experiencia en trabajo comunitario y conocimiento de la región ● Conocimiento de la red de servicios en su entidad federativa ● Con facilidad de comunicación y capacidad de negociación 	<ul style="list-style-type: none"> ● Apoyar en la planeación de las nuevas rutas de caravanas de la salud ● Apoyar en la programación mensual de rutas ● Coordinar la operación de las caravanas de la salud con la red de servicios ● Brindar apoyo logístico al personal operativo ● Realizar la capacitación técnica y normativa del personal de caravanas de la salud ● Efectuar el seguimiento y control del programa

Puesto	Principales características	Funciones
	<ul style="list-style-type: none"> Sensibilidad intercultural 	<ul style="list-style-type: none"> Elaborar informes y reportes sobre todas las acciones del proceso administrativo del programa e informar a la Secretaría de Salud de manera ordinaria y extraordinaria.
En la unidad - Médico - Enfermera - Odontólogo	<ul style="list-style-type: none"> Titulados Disponibilidad para trasladarse y para trabajar tiempo completo Facilidad de comunicación y trabajo en equipo Con experiencia en trabajo de campo Conocimiento de la región y de la red de servicios Habilidades sobre técnicas de enseñanza y capacitación Sensibilidad intercultural 	<ul style="list-style-type: none"> Proponen la programación mensual de visitas en la ruta. Participa en la capacitación técnica y normativa Participa, coordina y proporciona los servicios de salud de acuerdo a la cartera definida, según las condiciones propias de la región Elabora reportes e informes sobre productividad Requisita los expedientes de las personas atendidas Apoyan en la realización de procesos indirectos del Programa.
b) Técnicos de la salud		
Puesto	Principales características	Funciones
En la unidad Técnicos - Promotor de salud-chofer (soporte administrativo)	<ul style="list-style-type: none"> Preparación a nivel de licenciatura o técnico superior en áreas afines a la salud Experiencia en el trabajo comunitario Trabajo de tiempo completo y disponibilidad de traslado Conocimiento de la región y de la red de servicios Habilidades sobre técnicas de enseñanza y capacitación Sensibilidad intercultural Trabajo en equipo Capacidad de negociación y concertación Con licencia de manejo vigente 	<ul style="list-style-type: none"> Visitar las localidades de acuerdo a la programación mensual autorizada Promover la organización y participación comunitaria Brindar información a la comunidad Desarrollar campañas de salud a nivel comunitario Realizar levantamientos de censos nominales Coadyuvar en las acciones de prevención y promoción de la salud. Participar en la referencia a los pacientes que requieran atención a las unidades de salud (fijas o móviles). Detección de riesgos epidemiológicos.

Nota: Adaptado de *Reglas de Operación 2008 del Programa Caravanas de la Salud*. Secretaría de Salud (p.25-26) por Diario Oficial de la Federación (2008)

Este componente se relaciona de forma directa con la Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud que la Secretaría de Salud ha establecido para la presente Administración Federal. Se considera que la puesta en marcha de este componente contribuyó a disminuir el impacto de las enfermedades y las lesiones en individuos, familias y comunidades mediante intervenciones específicas dirigidas a las personas que se combinará con intervenciones dirigidas a la construcción de entornos favorables a la salud.

- Procesos de promoción y prevención

Las actividades del componente de prevención y promoción de la salud se realizaron con base en algoritmos establecidos por la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud de la Secretaría de Salud federal. Para ello, se tiene presente que los servicios de salud de la Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud han sido consensuados con las instituciones del sector salud y conforman un paquete garantizado de servicios de promoción y prevención dirigido a las personas y a las familias, con el fin de lograr una mejor salud, mediante la integración de las mejores prácticas para evitar o retardar la aparición de las enfermedades que amenazan hoy en día a la población de nuestro país.

Las acciones de promoción y prevención para una mejor salud se entregaron en los ámbitos comunitario, familiar e individual mediante conjuntos de intervenciones por grupo de edad y procesos afines.

Para otorgar los servicios, se hizo necesario modificar el actual modelo de atención (desarticulado) para enfocarse en uno de intervenciones integrales dirigidas a cinco grupos poblacionales, los cuales son:

- Niños de 0 a 9 años
- Adolescentes de 10 a 19 años
- Mujeres de 20 a 59 años
- Hombres de 20 a 59 años
- Adultos Mayores de 60 años y más

Cada intervención está articulada por cinco procesos que garantizan la integridad en las acciones:

- Promoción de la salud
- Nutrición
- Prevención y control de enfermedades
- Detección de enfermedades
- Salud reproductiva

A continuación, se resumen los servicios según grupo de población y proceso.

Tabla 2
Programa Caravanas de la Salud
Servicios según grupo de población y proceso

Descripción de los servicios	Niñas y niños de 0 a 9 años	Adolescentes de 10 a 19 años	Mujeres de 20 a 59 años	Hombres de 20 a 59 años	Adultos de 60 y más años
Promoción de la salud					
• Incorporación al Programa de Salud	X	X	X	X	X
• Capacitación al padre y a la madre	X				
• Cuidados del recién nacido, del niño y lactancia materna	X				
• Signos y síntomas de alarma (EDA's e IRA's)	X				
• Crecimiento y desarrollo	X				
• Higiene personal y bucal	X	X			
• Accidentes	X	X	X	X	
• Actividad física	X	X	X	X	X
• Adicciones (tabaco, alcohol y drogas)	X	X	X	X	X
• Entorno favorable a la salud (vivienda, escuelas y patio limpio)	X	X	X	X	X
• Dueños responsables con animales de compañía	X	X	X	X	X
• Incorporación a grupos de ayuda mutua	X	X	X	X	X
• Violencia familiar	X	X	X	X	X
• Salud bucal			X	X	X
• Educación para el (auto) cuidado de la salud		X	X	X	X
• Salud sexual		X	X	X	
• Salud Mental (desarrollo emocional y proyecto de vida)		X			
• Trastornos de la alimentación, violencia y adicciones		X			
• Accidentes, CaCU, CaMa, DM, HTA, salud mental, VIH/SIDA, ITS y TB, (enfermedad prostática, dislipidemias)			X	X	X
• Cultura para la donación de órganos			X	X	
• Diabetes mellitus			X	X	X
• Hipertensión arterial			X	X	X
• Sobrepeso/obesidad			X	X	X
• Dislipidemias			X	X	X
• Accidentes con énfasis en caídas					X
• Higiene postural					X
• Envejecimiento saludable					X
Nutrición					
• Orientación alimentaria	X	X	X	X	X

Descripción de los servicios	Niñas y niños de 0 a 9 años	Adolescentes de 10 a 19 años	Mujeres de 20 a 59 años	Hombres de 20 a 59 años	Adultos de 60 y más años
● Evaluación y vigilancia del estado nutricional	X	X	X	X	X
● Suplementos y complementos nutricionales	X				
● Desparasitación intestinal	X	X			
● Complementos nutricionales a embarazadas		X	X		
Prevención y control de enfermedades					
● Esquema de vacunación	X	X	X	X	X
● Atención preventiva al recién nacido	X				
● Acciones de prevención para EDA's e IRA's	X				
● Enfermedades bucales	X	X	X	X	X
● Quimiopprofilaxis para TBP	X	X			
● Prevención de VIH-SIDA e ITS		X	X	X	X
● Sobrepeso y obesidad		X			
● Tuberculosis pulmonar			X	X	X
● Cáncer cérvico uterino y de mama					X
● Diabetes mellitus					X
● Hipertensión arterial					X
● Obesidad					X
● Dislipidemias					X
Detección de enfermedades					
● Tamiz Neonatal (hipotiroidismo congénito, hiperplasia adrenal congénita, fenilcetonuria)	X				
● Evaluación clínica completa	X	X			
● Defectos visuales	X	X			
● VIH/SIDA e ITS (consentimiento informado)		X	X	X	X
● Tuberculosis pulmonar		X	X	X	X
● Cáncer cérvico uterino y mama			X		X
● Enfermedades bucales			X	X	X
● Diabetes mellitus			X	X	X
● Hipertensión arterial			X	X	X
● Obesidad			X	X	X
● Dislipidemias			X	X	X
Salud reproductiva					
● Orientación/consejería, (Salud sexual y reproductiva)		X	X	X	X
● Otorgamiento de métodos Anticonceptivos (Planificación Familiar)		X	X	X	X
● Anticoncepción postcoito		X			
● Manejo de la embarazada de alto riesgo		X			

Descripción de los servicios	Niñas y niños de 0 a 9 años	Adolescentes de 10 a 19 años	Mujeres de 20 a 59 años	Hombres de 20 a 59 años	Adultos de 60 y más años
• Vigilancia prenatal y puerperal (embarazo y puerperio)		X	X		
• Climaterio y menopausia			X		X

Nota: Adaptado de *Reglas de Operación 2008 del Programa Caravanas de la Salud. Secretaría de Salud (p.28-30)* por Diario Oficial de la Federación (2008)

2.3.12 Seguimiento

El Modelo de seguimiento permitió también identificar las buenas prácticas y promover su aplicación en el resto de los servidores públicos a fin de mejorar la implantación de las políticas y enriquecer la gerencia y su uso gerencial vincularlo a la operación de los servicios. Para ello, fue necesario evolucionar al concepto de monitoreo y evaluación integral que implica la observación completa, permanente y continua de las acciones y la medición de las mismas a través de indicadores de estructura, proceso, resultado e impacto.

Una mayor efectividad de este Modelo, se logró también, a través de su operación descentralizada, con lo que se obtuvo la identificación temprana de riesgos y de inconsistencias y la aplicación oportuna de medidas preventivas y correctivas de las desviaciones.

Se fortalecieron los mecanismos internos de concertación y coordinación de la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, de tal manera, que el Modelo de Monitoreo funcionara de forma dinámica y homogénea, basado en técnicas y métodos establecidos y los acuerdos y compromisos resultados sean sujetos de seguimiento por las áreas técnicas responsables de los programas sustantivos. Para ello, se adecuará el Modelo y los instrumentos operativos, con el objeto de propiciar el desarrollo sistemático y coordinado de actividades de control y seguimiento para identificar y atender los problemas de la operación y anticiparse a su recurrencia.

2.3.12 Evaluación

El fin último de un programa de salud es mejorar las condiciones de bienestar de la población a la que atiende; finalidad que se alcanza a través del otorgamiento de servicios equitativos y de

calidad, congruentes con las necesidades y expectativas de las personas; por lo tanto, el desarrollo e impacto de estos servicios en el logro de este propósito debe vigilarse y evaluarse.

En este contexto y para coadyuvar a que el Programa logre la finalidad y objetivos establecidos fue necesario establecer modelos integrales de seguimiento y de evaluación que se apliquen en todos los niveles de la organización y que además de detectar errores e ineficiencias, permita identificar los ámbitos en los que es necesario hacer correcciones.

La evaluación del Programa permitió la valoración permanente de sus avances; para ello se utilizaron diversos procesos para la recopilación y análisis de información con el objetivo de determinar si se estaba cumpliendo con las actividades que se planearon y la medida en que se está cumpliendo con los objetivos planteados.

2.3.12.1 Interna

En este apartado se incluyeron los instrumentos de medición diseñados por el Programa para dar seguimiento a su desempeño. Para cada uno de los indicadores de resultados planteados se describe: el nombre, la fórmula de cálculo y la periodicidad con la que se obtendrán los resultados de la operación del programa. Los indicadores se han vinculado con los objetivos, de tal manera que la consecución de las metas permita el cumplimiento de éstos.

En este momento, las limitaciones para el procesamiento de la información no permitieron incluir indicadores de resultados desagregados por sexo y por grupo de edad, de forma que se demuestre el acceso equitativo y no discriminatorio de las mujeres e indígenas a los beneficios de los programas, así como propiciar la protección del medio ambiente y de los recursos naturales. Sin embargo, se gestionó ante las instancias correspondientes la desagregación de los indicadores para las desagregaciones de referencia.

La construcción de este apartado se elaboró dando congruencia a la lógica horizontal de la Matriz de Indicadores del Programa, con base en la Metodología de Marco Lógico. En este contexto, se consideró a la evaluación como un proceso permanente con un sistema establecido sistemáticamente y un constante análisis de la información para conocer el avance, la calidad y la eficacia del Programa.

Para tal efecto, con base en la Matriz Lógica se establecieron 21 indicadores. Estos midieron que las unidades móviles en operación, estuvieran equipadas y cuenten con un equipo itinerante completo y capacitado; una plena identificación de las localidades programadas en las que se llevan a cabo acciones de prevención y promoción de la salud; la entrega de un conjunto de acciones de atención médica ambulatoria para las familias y personas beneficiarias; el apoyo para la afiliación de las familias atendidas por el Programa en el Sistema de Protección Social en Salud o las ya incorporadas que reciban atención en su localidad; todo esto en unidades móviles acreditadas para su operación. Estos elementos constituyeron la base del programa que cuenta con una valoración sistemática permitiendo organizar la revisión de sus componentes de diseño y ejecución contribuyendo ampliamente al logro de los objetivos del Programa.

Los indicadores que midieron el desempeño del programa son:

Tabla 3
Indicadores del Programa de Caravanas de la Salud

Nombre	Fórmula	Periodicidad
1.1 Población que habita en comunidades aisladas y con alta marginación que es atendida por el Programa	$1.1 = (\text{Población atendida por el Programa} / \text{Población que habita en comunidades aisladas y con alta marginación}) * 100$	● Anual
11.1 Ejercicio presupuestal del Programa	$11.1 = (\text{Presupuesto ejercido} / \text{Presupuesto modificado}) * 100$	● Semestral
11.2 Localidades programadas que son atendidas por el Programa	$11.2 = (\text{localidades atendidas} / \text{Localidades programadas para ser atendidas}) * 100$	● Anual
111.1 Unidades móviles en operación y totalmente equipadas y con equipo itinerante completo y capacitado	$111.1 = (\text{Unidades móviles en operación y totalmente equipadas que cuentan con equipo itinerante completo y capacitado} / \text{unidades en operación y totalmente equipadas}) * 100$	● Anual
111.2 Unidades móviles acreditadas respecto del total en operación	$111.2 = (\text{Unidades móviles acreditadas} / \text{Unidades móviles en operación}) * 100$	● Trimestral
112.1 Localidades programadas en las que se llevan a cabo acciones de prevención y promoción	$112.1 = (\text{Localidades en las que se llevan a cabo acciones de prevención y promoción} / \text{Localidades programadas para acciones de prevención y promoción}) * 100$	● Trimestral
113.1 Actividades de atención médica ambulatoria realizadas sobre las programadas	$113.1 = (\text{Actividades de atención medica ambulatoria realizadas} / \text{Actividades de atención medica ambulatoria programadas}) * 100$	● Trimestral
114.1 familias incluidas en el Programa que están afiliadas al Sistema de Protección Social en Salud	$114.1 = (\text{familias incluidas por el Programa que están afiliadas al Sistema de Protección Social en Salud} / \text{familias incluidas}) * 100$	● Trimestral

	Familias incluidas programadas a afiliar al Sistema de Protección Social en Salud)*100	
1111.1 Unidades móviles programadas que son adquiridas	1111.1=(Unidades móviles adquiridas/ Unidades móviles programadas)*100	● Anual
1112.1 Unidades móviles operando programadas a incorporarse al Programa que son incorporadas	1112.1=(Total de unidades móviles operando incorporadas/ Total de unidades móviles operando programadas a incorporarse)*100	● Anual
1112.2 Acciones de conservación y mantenimiento programadas que son realizadas	1112.2=(Total de acciones de conservación y mantenimiento realizadas/ Total de acciones de conservación y mantenimiento programadas)*100	● Semestral
1113.1 Personal de salud capacitado de forma específica para el Programa	1113.1=(Total de personal de salud disponible para el programa que es capacitado de forma específica para la operación del programa/ Total de personal de salud disponible para el Programa)* 100	● Semestral
1121.1 Municipios incorporados al Programa	1121.1=(Total de municipios programados que son incorporados al programa/ Total de municipios programados a incorporar al programa)*100	● Semestral
1121.2 Localidades programadas en rutas que se atendieron	1121.2=(Total de localidades programadas en rutas que se atendieron/ Total de localidades programadas en rutas)*100	● Semestral
1121.3 Localidades atendidas por el Programa que cuentan con auxiliar de salud	1121.3=(Total de localidades atendidas por el programa que cuentan con auxiliar de salud/ Total de localidades atendidas por el programa)*100	● Trimestral
1122.1 Acciones de prevención y promoción de la salud realizadas	1122.1=(Total de acciones de prevención y promoción de la salud realizadas/ Total de acciones de prevención y promoción de la salud programadas a realizar)*100	● Trimestral
1131.1 Consultas médicas de primera vez	1131.1=(Total de consultas médicas otorgadas que son de primera vez/ Total de consultas médicas otorgadas)*100	● Trimestral
1131.2 Consultas médicas subsiguientes	1131.2=(Total de consultas médicas otorgadas que son subsiguientes/Total de consultas médicas otorgadas)*100	● Trimestral
1132.1 Pacientes referidos a una unidad de salud de mayor capacidad resolutoria	1132.1=(Total de pacientes atendidos que son referidos a una unidad de salud de mayor capacidad resolutoria/ Total de pacientes atendidos)*100	● Trimestral
1141.1 Caravanas de salud acreditadas	1141.1=(Total de caravanas de salud acreditadas/ Total de caravanas de salud)* 100	● Trimestral
1142.1 Familias afiliadas al Sistema de Protección Social en Salud	1142.1=(Total de familias informadas sobre el Sistema de Protección Social en Salud que son afiliadas/ Total de familias informadas sobre el Sistema de Protección Social en Salud)*100	● Trimestral

Nota: Adaptado de *Reglas de Operación 2008 del Programa Caravanas de la Salud. Secretaría de Salud (p.42-44)* por Diario Oficial de la Federación (2008)

La evaluación fue corresponsabilidad entre la Secretaría de Salud y los Servicios Estatales de Salud, siendo necesaria la participación de las unidades administrativas que intervienen en la operación del Programa, para el mejor desarrollo de la misma, así como para asegurar su involucramiento en la revisión de las recomendaciones que se deriven de la evaluación y, en su caso, las que se determinen procedentes, su implementación y seguimiento.

2.3.12.2 Externa

El Programa estuvo sujeto a evaluaciones externas coordinadas por la Dirección General de Evaluación del Desempeño (DGED) y realizadas por instituciones académicas o privadas del país.⁴

El plan de evaluación contempló tres mediciones:

- Evaluación inicial 2007
- Evaluación de mitad de camino (2009), y
- Evaluación final (2011).

La DGED fue la encargada de elaborar los términos de referencia para cada ejercicio de evaluación, realizar las convocatorias respectivas y seleccionar a la consultora encargada de los trabajos de evaluación.

Asimismo, la DGED se encargó de supervisar los trabajos de campo relacionados con las tres mediciones programadas para asegurar que los productos entregables por las consultoras se adhieran a los requerimientos técnicos y los resultados provean evidencias para mejorar la operación del Programa, a la par de contribuir a la transparencia en el uso de los recursos públicos y a los procesos de rendición de cuentas. En este sentido, los resultados de cada ejercicio de evaluación se pusieron a disposición del público en el sitio de Internet de la DGED y de la Secretaría de Salud.

⁴ Liga de evaluaciones:

<http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/deppes/caravanas.html>

[S200 PAE2013 FM CONEVAL.pdf](#)

De igual forma, estos resultados fueron difundidos en los Informes de Gobierno, de Labores y de Ejecución y en los informes anuales relacionados con el seguimiento de las Metas del PRONASA 2007-2012 en sus apartados específicos.

2.3.13 Cobertura

La cobertura en las comunidades más alejadas de cada municipio dentro de cada Estado del país es uno de los principales motores de este programa; aunado a que este año la Promoción de la Salud es el primer recurso que se quiere implementar en este programa desde las determinantes sociales, todo lo que cada uno de ello implica y la amplia intervención con la que se puede llegar a cada comunidad y abarcando a la población sin seguridad social como es la primera línea de batalla que ha mencionado el Presidente de la república mexicana en el Sistema Nacional de Salud.

Las determinaciones de los objetivos del programa han permitido a contribuir a la disminución de la morbimortalidad en localidades menores a 2500 habitantes, aisladas sin acceso físico a servicios de salud y alto o muy alto grado de marginación atendidas.

Participar en la atención médica y acciones de prevención y promoción a la salud, contribuir en la modificación de los determinantes sociales de la salud que afectan a los individuos y su entorno a través de la participación organizada de la familia y la comunidad.

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.

En 2015, cambió su nombre denominándose Programa Unidades Médicas Móviles, retomó el esquema general de operación descrito en sus respectivas reglas de operación vigentes para ese año.

Para el año 2016 el Programa Unidades Médicas Móviles se fusionó con el Programa U006 Fortalecimiento de las Redes de Servicios de Salud para dar lugar al Programa “Fortalecimiento a la Atención Médica” (FAM).

Tabla 4
Cobertura del Programa al 2019

739 UMM DEL PROGRAMA FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN MÉDICA, 2019											
Entidad	N° UMM	Tipo de UMM				Cobertura					
		0	1	2	3	N° Municipios	N° Localidades	Población Objetivo	Población Indígena	(%) Pobl. Indígena	N° Localidades Indígenas
32	739	451	107	117	64	706	11,049	1,509,983	450,508	29.84	2,765
Aguas calientes	5	0	1	2	2	10	74	36,551	68	0.19	0
Baja California	16	8	3	3	2	4	228	99,999	1,780	1.78	4
Baja California Sur	9	5	2	2	0	5	584	19,861	840	4.23	2
Campeche	14	8	0	4	2	6	125	23,094	5,981	25.90	27
Chiapas	85	69	7	5	4	36	868	133,772	105,099	78.57	614
Chihuahua	26	16	4	4	2	36	745	58,626	10,042	17.13	244
Ciudad de México	10	4	1	3	2	7	18	29,641	648	2.19	0
Coahuila de Zaragoza	11	3	4	2	2	15	148	25,560	87	0.34	1
Colima	8	4	1	1	2	6	187	9,292	500	5.38	16
Durango	32	22	4	4	2	17	1,933	44,240	6,473	14.63	169
Estado de México	18	7	4	5	2	20	151	61,863	1,663	2.69	0
Guanajuato	11	5	0	4	2	11	247	24,718	69	0.28	1
Guerrero	53	39	7	5	2	29	495	92,488	64,170	69.38	284
Hidalgo	33	19	5	7	2	23	314	62,131	30,696	49.41	152
Jalisco	15	7	3	3	2	17	189	19,819	1,734	8.75	19
Michoacán de Ocampo	20	13	3	2	2	24	611	32,042	1,681	5.25	48
Morelos	11	4	1	4	2	25	87	39,012	1,648	4.22	2
Nayarit	43	35	3	3	2	8	465	23,784	16,762	70.48	233
Nuevo León	11	10	0	0	1	14	244	20,905	236	1.13	1
Oaxaca	45	31	7	7	0	94	446	92,701	72,550	78.26	353
Puebla	48	38	4	3	3	54	320	73,010	38,507	52.74	164
Querétaro	25	20	2	1	2	14	270	72,900	2,931	4.02	26
Quintana Roo	13	3	2	6	2	9	145	43,392	19,586	45.14	84
San Luis Potosí	13	5	2	4	2	11	155	32,238	7,755	24.06	32
Sinaloa	21	11	3	5	2	12	323	48,953	1,486	3.04	4
Sonora	13	9	1	1	2	28	194	36,469	9,683	26.55	52
Tabasco	29	6	13	6	4	10	209	56,286	3,368	5.98	6
Tamaulipas	14	6	2	4	2	26	390	21,286	155	0.73	0
Tlaxcala	12	4	2	4	2	33	119	38,601	1,006	2.61	4
Veracruz	43	24	12	5	2	52	476	66,211	25,310	38.23	126
Yucatán	12	4	2	4	2	25	108	25,351	17,598	69.42	96
Zacatecas	20	12	2	4	2	25	181	45,187	396	0.88	1
TOTAL	739	451	107	117	64	706	11,049	1,509,983	450,508	29.84	2,765

Fuente: DGPLADES, Anexos 6 Convenio 2019.

Notas:

1).- La cobertura del Programa FAM 2019 incluye la participación de los SES en el pago de salarios de enfermeras, promobres y en su caso odontólogos, para la operación de 32 UMM durante el ejercicio 2019.

2).- Las UMM-3 durante el ejercicio 2019 desaparecen como tipología, dado que operan y son acreditadas como UMM-2.

Elaboró: Subdirección de Planeación y Coordinación de Procesos Operativos en las Entidades Federativas.

Nota: Adaptado de *Diagnóstico del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica* (p. 50) por Montiel C., Rafael (2020)

Tabla 5
Acciones de prevención y promoción del PFAM 2007-2019

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	1,704,369	8,592,755	2,343,935	10,936,690
2014	1,704,369	9,357,710	2,506,013	11,863,723
2015	1,585,729	9,841,130	2,582,651	12,423,781
2016	1,632,142	8,287,409	2,510,175	10,797,584
2017	1,503,428	11,663,071	2,536,886	14,199,957
2018	1,436,792	9,126,451	2,365,768	11,492,219
2019**	1,501,476	6,338,916	1,738,933	8,077,849
TOTAL	29,558,040	104,213,650	34,040,116	138,253,766
https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/indicadores-de-desempeno-y-productividad?state=published				
* Información no disponible				
** Datos preliminares				

Nota: Adaptado de *Diagnóstico del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica* (p. 51) por Montiel C., Rafael (2020)

Tabla 6
Recurso Humano (Promotores) del
Programa Fortalecimiento a la Atención Médica 2019

Entidad	Total de UMM	Promotores
Aguascalientes	5	5
Baja California	16	16
Baja California Sur	9	9
Campeche	14	14
Chiapas	85	85
Chihuahua	26	26
Ciudad de México	10	10
Coahuila	11	11
Colima	8	8
Durango	32	32
Guanajuato	11	11
Guerrero	53	53
Hidalgo	33	33
Jalisco	15	15
Estado de México	18	18
Michoacán	20	20
Morelos	11	11
Nayarit	43	43
Nuevo León	11	11
Oaxaca	45	45
Puebla	48	48
Querétaro	25	25
Quintana Roo	13	13
San Luis Potosí	13	13
Sinaloa	21	21
Sonora	13	13
Tabasco	29	29
Tamaulipas	14	14
Tlaxcala	12	12
Veracruz	43	43
Yucatán	12	12
Zacatecas	20	20

Nota: Adaptado de *Diagnóstico del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica* (p. 94) por Montiel C., Rafael (2020)

2.3.14 Indicadores

Tabla 7

Los indicadores que se manejaron en 2021 y hasta la fecha con modificaciones mínimas son:

NOMBRE DEL INDICADOR
Razón de Mortalidad Materna de mujeres sin seguridad social
Porcentaje de casos de embarazo de alto riesgo referidos a un segundo nivel de atención de mujeres que habitan en localidades menores a 2500 personas, aisladas sin acceso físico a servicios de salud.
Porcentaje de niños menores de cinco años recuperados de desnutrición en localidades menores a 2500 personas, aisladas sin acceso físico a servicios de salud.
Porcentaje de localidades menores a 2500 personas, aisladas sin acceso físico a servicios de salud con acceso a servicios de salud a través de una unidad médica móvil del Programa.
Porcentaje de servicios de promoción y prevención otorgados a la población que habitan en localidades menores a 2500 personas, aisladas sin acceso físico a servicios de salud.
Porcentaje de citologías cervicales (Papanicolau) realizadas en las mujeres de 25 a 34 años de edad por primera vez en su vida o en un lapso mayor a tres años, que habitan en localidades menores a 2500 personas, aisladas sin acceso físico a servicios de salud.
Porcentaje de consultas de atención médica otorgadas a la población que habitan en localidades menores a 2500 personas, aisladas sin acceso físico a servicios de salud.
Porcentaje de niños menores de 5 años con desnutrición que habitan en localidades menores a 2500 personas, aisladas sin acceso físico a servicios de salud.
Porcentaje de mujeres detectadas con embarazo de alto riesgo, que habitan en localidades menores a 2500 personas, aisladas sin acceso físico a servicios de salud.
Porcentaje del equipo de salud itinerante capacitado de las Unidades Médicas Móviles del Programa.
Porcentaje de personal de salud itinerante completo de acuerdo a la tipología de las Unidades Médicas Móviles del Programa.

Nota: Adaptado de *convenios de colaboración anual y reglas de operación anual del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica (S200)*

Tabla 8
Método de cálculo de cada uno de los indicadores

MÉTODO DE CÁLCULO	FRECUENCIA DE MEDICIÓN
[Número de muertes maternas de mujeres sin seguridad social/Número de Nacidos vivos de madres sin seguridad social]*100,000 por entidad de residencia, en un año determinado.	Anual
(Total de casos referidos de embarazo de alto riesgo a un segundo nivel de atención en el periodo / Número de casos de embarazo de alto riesgo de primera vez en el periodo)*100.	Anual
(Total de niños menores de 5 años recuperados de desnutrición / Número de niños desnutridos menores de 5 años en control nutricional)*100.	Anual
(Total de localidades atendidas por el programa en el periodo / Número de localidades objetivo del Programa en el periodo)*100.	Anual
(Total de servicios de promoción y prevención otorgados / Número de servicios de promoción y prevención programados en las localidades responsabilidad del Programa)*100.	Semestral
(Número de mujeres a las cuales se les realizó citología cervical - Papanicolau en el periodo / (Número de mujeres de 25 a 34 años de edad responsabilidad del Programa)/3)*100.	Semestral
(Total de consultas de primera vez y subsecuentes otorgadas / Número de consultas de primera vez y subsecuentes programadas en las localidades responsabilidad del Programa)*100.	Semestral
(Total de niños menores de 5 años con desnutrición / Número de niños menores de 5 años en control nutricional)*100.	Semestral
(Total de mujeres con embarazo de alto riesgo / Número de mujeres embarazadas en control prenatal en las localidades responsabilidad del Programa)*100.	Semestral
(Total de personas del equipo de salud itinerante capacitadas / Número de personas del equipo de salud itinerante contratadas por tipología para las unidades médicas móviles del Programa)*100.	Trimestral
(Total de personas del equipo de salud itinerante contratadas por tipología para las unidades médicas móviles / Número de personas del equipo de salud itinerante, requeridas por tipología para las unidades médicas móviles del Programa)*100.	Trimestral

Nota: Adaptado de *la matriz de Indicadores de Resultados (MIR)*

El Programa Fortalecimiento a la Atención Médica está catalogado dentro de los programas presupuestarios de la modalidad S “Sujetos a reglas de operación”, que se incluye en el Anexo 3 del Manual de Programación y Presupuesto.

La Secretaría de Salud tiene en operación los programas de “Fortalecimiento a la Atención Médica” (S200) y “Atención a la Salud y Medicamentos Gratuitos para la Población sin Seguridad Social Laboral” (U013), que se alinean directamente con el Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 12 de julio de 2019, el cual contempla en el apartado II Política Social el Eje “Construir un país con bienestar”; estos dos programas son financiados por el Ramo 12 Salud y autorizado en el Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF). Ambos programas se encuentran mencionados como prioritarios en el mismo PEF.

Como parte de este objetivo en INSABI, la Unidad de Coordinación Nacional Médica cuenta con dos programas llamados Programa E023 “Atención para la Salud” y Programa S200 Fortalecimiento a la Atención Médica

De acuerdo a la estructura básica de la Secretaría de Salud la subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud es la encargada de la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud quien llevo el Programa Caravanas en sus inicios, fue en 2021 que se realizó una transición al INSABI de dicho programa.

A la fecha el Programa de Fortalecimiento a la Atención Médica a cargo del Instituto de Salud para el Bienestar lleva dos años contribuyendo con este programa donde se han realizado algunos cambios y los indicadores que ahora se manejan para medir la productividad del Programa de las Entidades Federativas donde ellas reportan la información obtenida en sus rutas es a través de Informe Gerencial y Anexo 6 realizando un concentrado de los mismos.

2.4 Acciones de Promoción de la Salud

En la Tabla 9 se pueden observar las acciones realizadas dentro del programa y una clasificación de acuerdo a los 3 Modelos de Promoción de la Salud mencionados anteriormente

Tabla 9
Acciones y Modelos de Promoción de la Salud, clasificación

Acciones de Promoción de la Salud	Modelo Médico Hegemónico	Modelo Empoderante-Emancipatorio	Modelo Histórico-Social
Incorporación al Programa de Salud		X	X
Capacitación al padre y a la madre		X	
Cuidados del recién nacido, del niño y lactancia materna		X	
Signos y síntomas de alarma (EDA's e IRA's)	X		
Crecimiento y desarrollo		X	
Higiene personal y bucal		X	
Accidentes		X	X
Actividad física	X	X	X
Adicciones (tabaco, alcohol y drogas)	X	X	X
Entorno favorable a la salud (vivienda, escuelas y patio limpio)			X
Dueños responsables con animales de compañía	X	X	
Incorporación a grupos de ayuda mutua		X	
Violencia familiar		X	
Salud bucal		X	
Educación para el (auto) cuidado de la salud		X	
Salud sexual	X		X
Salud Mental (desarrollo emocional y proyecto de vida)	X		X
Trastornos de la alimentación, violencia y adicciones		X	
Accidentes, CaCU, CaMa, DM, HTA, salud mental, VIH/SIDA, ITS y TB, (enfermedad prostática, dislipidemias)	X	X	

Cultura para la donación de órganos			X
Diabetes mellitus	X		X
Hipertensión arterial	X		X
Sobrepeso/obesidad	X		X
Dislipidemias	X		X
Accidentes con énfasis en caídas	X		X
Higiene postural		X	
Envejecimiento saludable	X	X	X

Nota: Adaptado de *Diagnóstico del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica* por Montiel C., Rafael (2020)

2.4.1 Gráfica

En la Tabla 9 podremos observar los 3 Modelos de Promoción de la Salud que se comparten en este documento y el porcentaje que representa cada uno de acuerdo a de las acciones realizadas dentro del Programa de Fortalecimiento a la Atención Médica.

Tabla 9.1

Acciones y Modelos de Promoción de la Salud, porcentaje

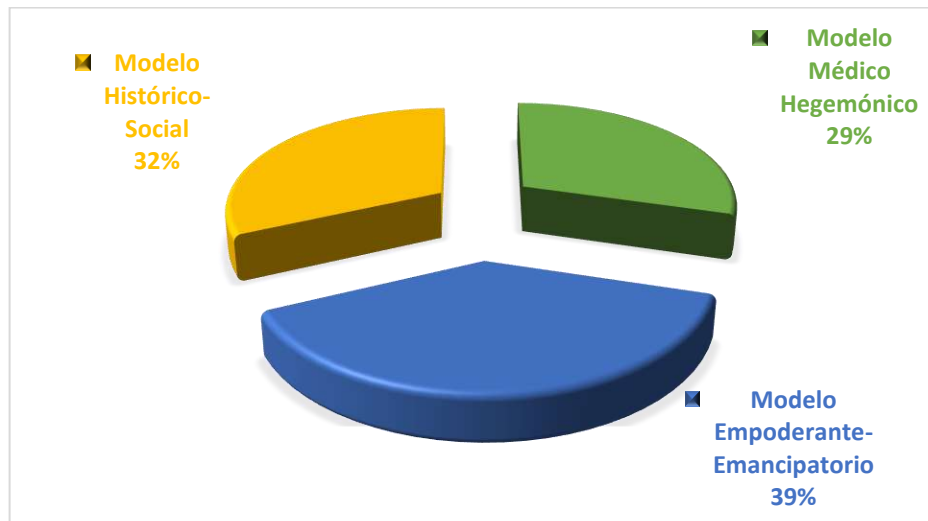
	Modelo Médico Hegemónico	Modelo Empoderante-Emancipatorio	Modelo Histórico-Social
Acciones	13	17	14
Porcentaje	29%	39%	32%

Nota: González, R., González, J. (s. f.). *Acciones y Modelos de Promoción de la Salud, porcentaje*.

Podemos observar en la Tabla que el Modelo Empoderante es el que más se implementa dentro de las Acciones de Promoción de la Salud en el Programa Fortalecimiento a la Atención Médica.

Gráfica 1

Modelos de Promoción de la Salud en el Programa de Fortalecimiento a la Atención Médica



Nota: González, R., González, J. (s. f). *Modelos de Promoción de la Salud en el Programa de Fortalecimiento a la Atención Médica*

3. Conclusiones

- El programa cumple con lo que busca el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos que es “toda persona tiene derecho a la protección de la salud”, busca tener una mejor cobertura, mejorar el estado de salud de las comunidades más lejanas geográficamente y en determinado tiempo cubrir en su totalidad la cobertura a nivel nacional para que toda la población cuente con los servicios básicos de salud.
- Dentro del programa maneja un concepto de salud más amplio ya que busca no solo mejorar la salud física o biológica, existen dentro de este un personaje llamado promotor de la salud el cual juega un rol importante en este esquema donde también se integra un médico y una enfermera, el promotor lleva a cabo la concientización a la comunidad realizando talleres, pláticas y acciones para mejorar la salud del sujeto y su entorno, para que puedan tener empoderamiento en sus decisiones y tomar control de su salud al máximo, a lo largo de su ciclo de vida.
- El Programa inicial de Caravanas de la Salud busca lo que destacó la Conferencia Internacional de Alma Ata “Salud para todos en el 2000” por medio de políticas públicas saludables; reflejado en las acciones que se llevan dentro del programa por medio de los Promotores de la Salud que se encuentran en estas unidades móviles, donde la población sin seguridad social pueda tener el acceso a los servicios básicos de salud.

- Las Conferencias Internacionales buscan que exista en todos los países la equidad en salud para sus pueblos, esto si lo observamos presente dentro de los objetivos del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica que tiene como finalidad:

“contribuir a mejorar las condiciones de salud de la población sin acceso o con acceso limitado a los servicios de salud, a través de la oferta de servicios de prevención, promoción y atención ambulatoria.”

- A lo largo de las Conferencias Internacionales de Promoción de la Salud se han realizado diversos acuerdos para mejorar la salud y los entornos del sujeto, en estas conferencias se habla de la situación económica, de vivienda e incluso de educación, que dentro del programa se ven en la descripción de los servicios de Promoción como: entorno favorable a la salud (vivienda, escuelas y patio limpio)
- En la quinta conferencia realizada en México en el año 2000 se tocaron temas como políticas saludables, la salud ES RESPONSABILIDAD de los gobiernos, la promoción de la salud debe tener un peso importante para lograrlo; el programa intenta poner a la promoción de la salud en un lugar más activo dentro de este, solo hay que tener más claro que puede realizar un promotor de la salud en campo.
- Dentro de la Promoción de la Salud se encuentran diversas visiones, en el Programa de Fortalecimiento a la Atención Médica observamos que el modelo Emancipatorio es el que más se manifiesta debido a que busca que el sujeto se haga cargo de su propia salud desde esa tridimensionalidad que busca un promotor de la salud; otra de las visiones como el Empoderante (histórico-social) también se ve en menos porcentaje pero está presente ya que busca que el sujeto conozca su proceso de salud a través de la capacidad reflexiva y la participación de los individuos en su proceso decisivo como contribución a las prácticas de cuidados de salud; y la tercera visión que es el Medico-Hegemónico que es la que con menos porcentaje se ve dentro del programa pero es necesaria para saber el estado físico de los sujetos en las comunidades desde un ámbito científico, en su proceso salud-enfermedad.
- El perfil que busca el Programa de Fortalecimiento a la Atención Médica para los promotores de la salud en las unidades es similar con el perfil del egresado de la Lic. de Promoción de la Salud: siendo que el egresado tiene otras habilidades que puede aplicar en el campo, ya en la práctica en las unidades médicas móviles se nota que el promotor de la salud realiza otras tareas relacionadas con la parte administrativa y logística.
- Las personas poseen autonomía para tomar decisiones y tener actitudes que los lleven a practicar hábitos de vida saludable y el papel del promotor de la salud es el de fortalecer esa toma de decisión a través de las acciones que realiza para encaminarlas hacia un estado óptimo de la salud, los cambios de actitudes pueden tener un efecto significativo para la

salud, la autoayuda y el control individual hacen que se transforme su medio o se adaptan a él.

3.1 OBSERVACIONES AL PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN MÉDICA

- Que el promotor de la salud en las Unidades Médicas Móviles solo tenga la función como tal y no tenerlo en un concepto de polivalente, ya que es primordial que dedique su mayor esfuerzo y tiempo a la comunidad que visita para poder realizar las acciones correspondientes de un promotor de la salud.
- Los promotores de la Salud que están actualmente en las UMM cuentan con muchos años de experiencia, pero no se tiene un documento académico que los certifique como tal, ya que el nivel de estudio que tiene es incluso en algunos casos de primaria, por lo que el INSABI a través de una de sus Coordinaciones está realizando una labor ardua porque estas personas puedan contar con un certificado que los avale como tal a través de la SEP y competencias del CONOCER , es decir, evaluarlos de acuerdo a sus experiencias por medio de competencias que nos permiten identificar la capacidad que tiene en acciones para con la comunidad.
- Este empuje que está realizando el INSABI para reconocer el arduo trabajo que realizan los promotores de la salud a nivel Nacional por medio de este programa que es muy noble, poniendo como prioridad a la población sin seguridad social, población de alta y muy alta marginación y como su objetivo lo dice llegar a las zonas de difícil acceso con el compromiso de brindar atención médica a cada uno de las personas de la comunidad, además no solo de diagnosticar sino de dar de forma gratuita los medicamentos que se requieran o poderlos referenciar a otro nivel de atención si así se requiere sin costo alguno.

3.2 Comentarios Generales

Tengo 3 años contribuyendo al Programa de Fortalecimiento a la Atención Médica desde un área administrativa cuando todavía se encontraba en la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, hoy en día se encuentra en transición hacia la OPD IMSS-BIENESTAR.

Puede comentar que es un Programa muy noble que está diseñado para brindar atención a la población sin seguridad social en las zonas más vulnerables de alta y muy alta marginación, a través de unidades médicas móviles para poder acceder a través de una planeación de rutas a estas localidades con un equipo de salud itinerante conformado por 3 personajes y en algunos casos 4, quienes son : un médico/a, un enfermero/a y un promotor de la salud/chofer, en el caso de las algunas unidades que se encuentran equipadas para brindar atención de estomatología,

se cuenta con un personaje odontólogo; siendo así un equipo que brinda servicios de salud a partir de la labor que hace el promotor de la salud o al menos dentro de los tiempos que se pueden considerar para la llegada a la comunidad, ya que tienen en muchas ocasiones que atravesar por caminos muy complicados en su acceso como lo son las barrancas, caminos estrechos, ríos, deslaves y demás situaciones que se presentan en la ruta.

Las actividades realizadas por los promotores de la salud son de suma importancia porque empoderan a la gente para poder asistir a los servicios de salud para su atención y con esto generar el cuidado en la persona y extenderse a la familia.

Tengo el gusto de haber platicado con personal de estas unidades médicas móviles que tienen un compromiso enorme hacia esta labor que se realiza, buscan las forma y se adaptan a las condiciones de cada lugar para poder realizar sus pláticas, generar conciencia y los talleres que se realizan en las escuelas a los estudiantes a permitido que la comunidad incluso habrá las puertas de sus casas para que el personal pueda pernoctar en su hogar.

En las Sigüientes imágenes podemos observar parte las acciones, platicas y talleres que se llevan a cabo en una localidad del Estado de Guerrero por un Promotor que lleva más de 10 años con esta ardua labor y con la mejor disposición y compromiso de apoyar a la gente de su mismo lugar de nacimiento.





Fotografías tomadas por el Promotor de la Salud para sus reportes correspondientes en la Unidad Médica Móvil



Es un gusto saber que este promotor de nombre Adrián Rodríguez tiene una pasión por el trabajo que realiza en una zona de muy alta marginación, pero sobre todo hablando del Estado de Guerrero una Entidad que es muy señalada por la Inseguridad que hay y por el grado de muertes, secuestros y demás a consecuencia del Narcotráfico.

Empoderar a la gente de estas localidades/comunidades es una ardua labor porque no solo es involucrarse profesionalmente con cada uno de los integrantes de cada familia, es ir más allá, es poder conocer su cultura, sus tradiciones, sus costumbres y respetarlas, además de poder aprender dialectos y/o lenguas indígenas para poderse comunicar con las gente y generar esa confianza para hacerles saber que es importante se atiendan para tener un estilo de vida saludable adaptándose a lo que ellos en muchas ocasiones producen a través de la pesca, ganadería, agricultura y demás.

Para mi es un orgullo saber que se cuenta con mucha gente que considera a la Promoción de la Salud como el parte aguas de la Salud y no solamente la Atención Primaria en Salud como lo hacen saber la mayoría de los involucrados en el Sector Salud.

Estoy en la línea de poder poner un granito de arena en este proceso y aunque es padre estar de el lado administrativo espero tener la oportunidad de poder realizar mis funciones desde el campo de trabajo, empaparme de tanta experiencia en las comunidades visitadas por estas unidades médicas móviles, poder conocer la realidad de las necesidades en Salud de todo ese sector que se encuentra aislado de la atención por sus condiciones que lo marca muy bien en el objeto de este programa que es de alta y muy alta marginación.

Glosario

- **CAUSES:** Catalogo Universal de Servicios de Salud
- **CNPSS:** Comisión Nacional de Protección Social en Salud
- **DGPLADES:** Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud
- **ESI:** Equipos de Salud Itinerantes
- **FAM:** Fortalecimiento a la Atención Médica
- **IDH:** Índice de Desarrollo Humano
- **INSABI:** Instituto de Salud para el Bienestar
- **MIDAS:** Modelo Integrador de Atención a la Salud
- **MIR:** Matriz de Indicadores de Resultados
- **PCS:** Programa Caravanas de la Salud
- **PRONASA:** Programa Nacional de Salud
- **RAA:** Rutas de Atención Ambulatoria
- **REDESS:** Red de Servicios de Salud
- **REPSS:** Régimen Estatal de Protección Social en Salud
- **RISS:** Redes integrales de Servicios de Salud
- **SILOS:** Sistemas Locales de Salud
- **SPSS:** Sistema de Protección Social en Salud
- **SS:** Secretaría de Salud
- **UMM:** Unidades Médicas Móviles

Bibliografía

Secretaria de Salud. (2020). Instituto de Salud para el Bienestar.

<https://www.gob.mx/insabi#7512>

Andreassi Cieri, A. (2015). Emancipación: breve recorrido por el término. *Kult-ur*. 2(3),35-54. [Archivo PDF]

<https://www.aacademica.org/alejandros.cieri/5.pdf>

Arias de la Mora, R. (2019). El ciclo de las políticas en la enseñanza de las políticas públicas. *Revista Opera*, 137-157. [Archivo PDF]

[EL "CICLO DE LAS POLÍTICAS" EN LA ENSEÑANZA DE LAS POLÍTICAS PUBLICAS \(redalyc.org\)](https://www.redalyc.org/pdf/3596/359633165006.pdf)

Cerqueira, M. T. (1996). Promoción de la salud: evolución y nuevos rumbos.

<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/15480/v120n4p342.pdf?sequence=1>

Chapela Mendoza, M. (s.f.). Promoción de la Salud. Un instrumento del poder y una alternativa emancipatoria. [Archivo PDF]

https://nanopdf.com/download/promocion-de-la-salud-un-instrumento-del-poder-y-una-alternativa_pdf

Velásquez Gavilanes, R. (2009). Hacia una nueva definición del concepto "política pública". *Desafíos*, 20(), 149-187. [Archivo PDF]

<https://www.redalyc.org/pdf/3596/359633165006.pdf>

E. Krraft, M. a. (2007). Public Policy: Politics, anlysis, and alternatives.

Fonseca López, M. (2017). La disciplina de políticas públicas en México y sus principales autores

<http://www.congresoalacip2017.org/archivo/downloadpublic2?q=YToyOntzOjY6InBhcmFtcyl7czoNToiYToxOntzOjEwOiJJRF9BUiFVSZPIjtzOjQ6IjE3OTMiO30iO3M6MToiaCI7czozMjoiYzRjNWFiZiI3MTczZDJIIM2EwZjI4NjcwNTc5MTY3ODAiO30%3D>

Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública. [Actualización: 19 de junio de 2006]. "Definición", en Salud.

http://archivos.diputados.gob.mx/Centros_Estudio/Cesop/Comisiones/d_salud.htm

Santos, C.(1995). Reseña de "La salud de la población. Hacia una nueva Salud Pública" de J. Frenk. *Salud Pública de México*, 37(1), 88-90.

<https://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=10637113>

Diario Oficial de la Federación de México (2018, 27 de agosto). *Manual de Organización General de la Secretaría de Salud*. Ciudad de México, México: Secretaría de Salud. Recuperado de

https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5535966&fecha=27/08/2018

Menéndez, E. L. (1988). Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención primaria de la Salud. [Archivo PDF]

https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/816_rol_psicologo/material/unidad2/obligatoria/modelo_medico.pdf

Ocampo, J. A. (2004). Redalyc. Obtenido de Redalyc:

Organización Mundial de la Salud. (s.f.). Definición de Salud. <https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions>

Pérez Porto, J., Merino, M. (2011). Definición de Promoción de la Salud- Qué es, Significado y Concepto. Definición de. <https://definicion.de/promocion-de-la-salud/>

Resende Calvalho, S. (2008). Promoción de la Salud, 2empowerment" y educación: una reflexión crítica como contribución a la reforma sanitaria. *Salud Colectiva*, 4(3),335-347. [Archivo PDF] <https://www.redalyc.org/pdf/731/73140306.pdf>

Rodriguez de Romo, A. C., Rodríguez Pérez,M.E. (1998). Historia de la Salud Pública en México siglos XIX y XX. *Scielo*, 293-310. <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/LmH7CcGPqjNjZK6MkxCBDQH/?lang=es#:~:text=La%20salud%20p%C3%BAblica%20mexicana%20se,del%20estado%20hacia%20la%20sociedad.>

Secretaria de Salud. (2015). Promoción de la Salud <https://www.gob.mx/salud/articulos/promocion-de-la-salud-9799>

Secretaria de Salud. (2019). Misión de la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. <https://www.gob.mx/salud/articulos/mision-de-la-direccion-general-de-planeacion-y-desarrollo-en-salud?state=published>

Thoenig, J. C. (1999). Redalyc. Obtenido de Redalyc:

Torres Montoya, J. C. (2017). Promoción de la Salud: Un instrumento del poder y una alternativa Emancipatoria de María del Consuelo Chapela Mendoza. *Silo tips*. [Archivo PDF]

<https://silo.tips/download/promocion-de-la-salud-un-instrumento-del-poder-y-una-alternativa-emancipatoria>

Jean Claude Thoenig, "El análisis de las Políticas Públicas," en Revista Universitarias, núm. 93, diciembre de 1999, p. 75. Libro electrónico https://dpp2017blog.files.wordpress.com/2017/06/libro_app.pdf

Escuelas Promotoras de la Salud. (s.f.) Conferencias Internacionales sobre Promoción de la Salud. De Ottawa a Bangkok: un recorrido de veinte años de la promoción de la salud.

https://escpromotorasdesalud.weebly.com/uploads/1/3/9/4/13940309/resumen_siete_conferencias_internacionales_promocin_de_la_salud.pdf

Secretaría de Salud. (2015) 7ª Conferencia Mundial de Promoción de la Salud; Nairobi, Kenia (2009) [Archivo PDF]

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/10212/Nairobi_2009_sp.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2021). La 10.ª Conferencia Mundial de Promoción de la Salud señala un camino para crear sociedades del bienestar.

<https://www.who.int/es/news/item/15-12-2021-10th-global-conference-on-health-promotion-charters-a-path-for-creating-well-being-societies>

Gobierno de México. (2022). El Promotor de la Salud

<https://www.gob.mx/promosalud/articulos/el-promotor-de-la-salud>

Secretaría de Salud. (2021). 78 años de la Secretaría de Salud

<https://www.insp.mx/avisos/78-anos-de-la-secretaria-de-salud>

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.

Convenio específico de colaboración en materia de transferencia de recursos presupuestales federales

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, 2016.

Anexo 6 de los Convenios Específicos de Colaboración en Materia de Transferencia de Recursos Presupuestarios, 2019.

Documentos /anexos que se integran en el convenio de Colaboración del Programa como parte de la información que se obtiene para una evaluación del desempeño del Programa.

ANEXO 1

CONVENIO ESPECÍFICO DE COLABORACIÓN EN MATERIA DE TRANSFERENCIA DE RECURSOS PRESUPUESTARIOS FEDERALES CON EL CARÁCTER DE SUBSIDIOS, PARA LA OPERACIÓN DEL PROGRAMA FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN MÉDICA S200

DISTRIBUCIÓN DEL GASTO POR CAPÍTULO, CONCEPTO Y PARTIDA PRESUPUESTARIA

GASTOS DE OPERACIÓN ANUALES PARA 30 UMM		TOTAL 2021
1000	“SERVICIOS PERSONALES”	\$
	12101 HONORARIOS	\$
	13202 GRATIFICACIÓN DE FIN DE AÑO	\$
3700	“SERVICIOS DE TRASLADO Y VIÁTICOS” (*)	\$
33604	“IMPRESIÓN Y ELABORACIÓN DE MATERIAL INFORMATIVO DERIVADO DE LA OPERACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE LAS DEPENDENCIAS Y ENTIDADES”	\$
TOTAL		\$13,368,896.44

*Los recursos presupuestarios transferidos en el concepto de gasto 3700, podrán ser ejercidos por la entidad en cualquiera de las partidas presupuestarias señaladas en el Anexo 7 de este Convenio y los rendimientos financieros derivados de esta transferencia, podrán ser aplicados a las partidas presupuestarias señaladas en el Anexo 7A.

En caso de que personal de “EL PROGRAMA” en la entidad federativa, realice comisiones oficiales, en las cuales genere gastos por concepto de otros impuestos y derechos, podrá comprobar el gasto en la partida 39202.

ANEXO 2

CONVENIO ESPECÍFICO DE COLABORACIÓN EN MATERIA DE TRANSFERENCIA DE RECURSOS PRESUPUESTARIOS FEDERALES CON EL CARÁCTER DE SUBSIDIOS, PARA LA OPERACIÓN DEL PROGRAMA FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN MÉDICA S200

INDICADORES DE DESEMPEÑO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS 2021

Entidad Federativa: _____
 Trimestre: _____

TABLA 1. PIRÁMIDE POBLACIONAL (COBERTURA OBJETIVO UNIDADES MÉDICAS MÓVILES)

Hombres	Rango de Edad	Mujeres	Hombres+Mujeres
	70 y más		
	65 a 69		
	60 a 64		
	55 a 59		
	50 a 54		
	45 a 49		
	40 a 44		
	35 a 39		
	30 a 34		
	25 a 29		
	20 a 24		
	15 a 19		
	10 a 14		
	5 a 9		
	2 a 4 años		
	1 año		
	< de 1 año		
	Total		

Cobertura Operativa por trimestre	Consultas de primera vez por diagnóstico y/o tratamiento reportadas en IG* en el periodo	Consultas de primera vez por diagnóstico y/o tratamiento reportadas en DGIS*	Consultas subsecuentes reportadas en IG* en el periodo	Consultas subsecuentes reportadas en DGIS*	Acciones al individuo + acciones a la comunidad reportadas en IG* en el periodo	Acciones al individuo + acciones a la comunidad reportadas en DGIS*	Muertes maternas por lugar de origen en el periodo
1er							
2do							
3er							
4to							
Total							

Causa de diferencia entre cifras de IG* (Informe Gerencial) y plataforma de la DGIS* (Dirección General de Información en Salud)

Consultas de 1ra vez por diagnóstico o tratamiento	
Consultas subsecuentes	
Acciones al individuo y acciones a la comunidad	

Fecha de la consulta en DGIS (ddmmaa): _____

Otros comentarios: _____

Población de Anexo 5: _____

Supervisor Estatal (nombre y firma)
 Responsable de Integración

Coordinador Estatal (nombre y firma)
 Responsable de Validación

CONVENIO ESPECÍFICO DE COLABORACIÓN EN MATERIA DE TRANSFERENCIA DE RECURSOS PRESUPUESTARIOS FEDERALES CON EL CARÁCTER DE SUBSIDIOS, PARA LA OPERACIÓN DEL PROGRAMA FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN MÉDICA S200

INDICADORES DE DESEMPEÑO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS 2021

Entidad Federativa:

Trimestre:

Fecha de revisión: INSABI

I. Control Nutricional

ALCANZADO AL PERIODO	REALIZADO											
	1er. Trimestre			2do. Trimestre			3er. Trimestre			4to. Trimestre		
	(N/D)*100	Numera dor (N)	Denominad or (D)	(N/D)*100	Numera dor (N)	Denominad or (D)	(N/D)*100	Numera dor (N)	Denominad or (D)	(N/D)*100	Numera dor (N)	Denominad or (D)
1.1	Porcentaje de niños con obesidad y sobrepeso											
1.2	Porcentaje de niños con peso para la talla normal											
1.3	Porcentaje de niños con desnutrición leve											
1.4	Porcentaje de niños con desnutrición moderada											
1.5	Porcentaje de niños con desnutrición grave											
1.6	Porcentaje de niños con recuperados de desnutrición											

II. Enfermedades Diarreicas Agudas en menores de cinco años

ALCANZADO AL PERIODO	REALIZADO											
	1er. Trimestre			2do. Trimestre			3er. Trimestre			4to. Trimestre		
	(N/D)*100	Numera dor (N)	Denominad or (D)	(N/D)*100	Numera dor (N)	Denominad or (D)	(N/D)*100	Numera dor (N)	Denominad or (D)	(N/D)*100	Numera dor (N)	Denominad or (D)
2.1	Porcentaje de enfermedades diarreicas agudas de primera vez en menores de cinco años											
2.2	Porcentaje de casos de enfermedades diarreicas agudas en menores de cinco años que requirieron plan A											
2.3	Porcentaje madres capacitadas en enfermedades diarreicas agudas											

III. Enfermedades Respiratoria Agudas en menores de cinco años

ALCANZADO AL PERIODO	REALIZADO											
	1er. Trimestre			2do. Trimestre			3er. Trimestre			4to. Trimestre		
	(N/D)*100	Numera dor (N)	Denominad or (D)	(N/D)*100	Numera dor (N)	Denominad or (D)	(N/D)*100	Numera dor (N)	Denominad or (D)	(N/D)*100	Numera dor (N)	Denominad or (D)
3.1	Porcentaje de infecciones respiratorias agudas en menores de cinco años											
3.2	Porcentaje de casos de infecciones respiratorias agudas en menores de cinco años que requirieron antibiótico											
3.3	Porcentaje madres capacitadas en infecciones respiratorias agudas											

IV. Diabetes Mellitus

ALCANZADO AL PERIODO	REALIZADO											
	1er. Trimestre			2do. Trimestre			3er. Trimestre			4to. Trimestre		
	(N/D)*100	Numera dor (N)	Denominad or (D)	(N/D)*100	Numera dor (N)	Denominad or (D)	(N/D)*100	Numera dor (N)	Denominad or (D)	(N/D)*100	Numera dor (N)	Denominad or (D)
4.1	Porcentaje de pacientes con Diabetes Mellitus en tratamiento											
4.2	Porcentaje de pacientes con Diabetes Mellitus controlados											
4.3	Porcentaje de casos nuevos de Diabetes Mellitus											
4.4	Porcentaje de detecciones para Diabetes Mellitus											

CONVENIO ESPECÍFICO DE COLABORACIÓN EN MATERIA DE TRANSFERENCIA DE RECURSOS PRESUPUESTARIOS FEDERALES CON EL CARÁCTER DE SUBSIDIOS, PARA LA OPERACIÓN DEL PROGRAMA FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN MÉDICA S200

INDICADORES DE DESEMPEÑO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS 2021

	CAUSAS POR LAS QUE SE OBTUVIERON LOS RESULTADOS	ACCIONES PARA MEJORAR RESULTADOS OBTENIDOS
I	1.1	
	1.2	
	1.3	
	1.4	
	1.5	
	1.6	
II	2.1	
	2.2	
	2.3	
III	3.1	
	3.2	
	3.3	
IV	4.1	
	4.2	
	4.3	
	4.4	
V	5.1	
	5.2	
	5.3	
	5.4	
VI	6.1	
	6.2	
	6.3	
	6.4	
VII	7.1	
	7.2	
	7.3	
	7.4	
VIII	8.1	
	8.2	
	8.3	
IX	9.1	
	9.2	
	9.3	
	9.4	
	9.5	
X	10.1	
	10.2	
XI	11.1	
	11.2	
	11.3	
	11.4	
	11.5	
XII	12.1	
XIII	13.1	
	13.2	
XIV	14.1	
	14.2	
	14.3	
XV	15.1	
	15.2	

