

UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA



**“ANÁLISIS DE LA COBERTURA GEOGRÁFICA DEL PROGRAMA
CARAVANAS DE LA SALUD”**

TESIS

Que para obtener el grado de

MAESTRA EN POLÍTICAS PÚBLICAS

Presenta

PAULINA PACHECO ESTRELLO

Directora de tesis: *Dra. Nelly Haydee Aguilera Aburto*

Lectores: *Dr. César Alfonso Velázquez Guadarrama*
Mtra. Diana Piloyan Boudjikianian
Dra. Nelly Haydee Aguilera Aburto

México, D.F.

2012

CONTENIDO

Resumen Ejecutivo.....	1
Planteamiento del Problema.....	1
Antecedentes.....	2
o Extensión de Cobertura (PEC).	
o Salud Rural (PSR).	
o Apoyo a los Servicios de Salud para Población Abierta (PASSPA).	
o Ampliación de Cobertura (PAC).	
o IMSS-Solidaridad.	
Alternativas Actuales de Solución.....	8
o IMSS-Oportunidades.	
o Caravanas de la Salud de la Secretaría de Salud.	
Análisis de la cobertura del Programa Caravanas de la Salud.....	17
Conclusiones y Recomendaciones.....	20
ANEXO 1. Líneas de Tiempo de Programas Antecesores.....	22
ANEXO 2. Atención a los 125 municipios con menor IDH, por los Programas Caravanas de la Salud e IMSS-Oportunidades, en el año 2011.....	23
ANEXO 3. Localidades atendidas por los Programas Caravanas de la Salud e IMSS-Oportunidades, en el año 2011, vs localidades con alto y muy alto grado de marginación.....	24
Referencias y/o Lecturas Complementarias.....	25

Resumen ejecutivo

En México, existe un elevado porcentaje de la población que carece de acceso a servicios de salud, por habitar en zonas marginadas y con alta dispersión. Esto ocasiona que no reciban intervenciones de prevención y promoción de la salud, ni atención médica oportuna. En respuesta a lo anterior, actualmente existen dos programas impulsados por el Gobierno Federal: IMSS-Oportunidades y Caravanas de la Salud, los cuales tienen como propósito proveer servicios de salud a grupos vulnerables y comunidades marginadas a fin de que en un futuro cercano no exista ninguna persona que carezca de atención médica básica, sin importar su estado socioeconómico, laboral o su lugar de residencia.

El trabajo de investigación que se realizó, se enfocó en el análisis minucioso de la cobertura geográfica del Programa Caravanas de la Salud, desde dos perspectivas: i) descripción de las rutas; y ii) verificación del cumplimiento de la focalización del Programa, de acuerdo a sus Reglas de Operación, definiendo el tipo de localidades atendidas, dentro de los municipios que cumplen con los términos de referencia establecidos en las propias Reglas.

Una vez concluido el análisis, derivado de la comparación realizada, de la Cobertura del Programa Caravanas de la Salud, versus los Municipios de Menor Índice de Desarrollo Humano; Índices de Marginación; y la Cobertura del Programa IMSS-Oportunidades, se presentan algunas conclusiones y recomendaciones.

Planteamiento del Problema

De acuerdo a cifras publicadas por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), en 2010, el 38.1% de la población mexicana carecía de acceso a servicios de salud;¹ lo anterior, por habitar en zonas marginadas y con alta dispersión. Esto ocasiona que los habitantes no reciban acciones de prevención y promoción de la salud, ni atención médica oportuna. Es decir, se considera extremadamente complejo establecer, en el corto plazo, unidades médicas que atiendan a dicha población.

En esta circunstancia, el gobierno ha implementado desde 1977 diversos programas para otorgar acceso a este grupo poblacional. Actualmente el gobierno federal opera dos programas: el IMSS Oportunidades y el Programa Caravanas de

¹ Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). *Carencia en el acceso a los servicios de salud*. México. Disponible en: http://internet.coneval.gob.mx/Informes/Interactivo/interactivo_nacional.swf (Consulta: 20 de febrero de 2012).

la Salud (PCS). El primero es administrado por el IMSS, mientras que el segundo por la Secretaría de Salud y los Sistemas Estatales de Salud.

El trabajo de investigación que se realizó, se enfocó en el análisis minucioso de la cobertura geográfica del Programa Caravanas de la Salud, desde dos perspectivas: i) descripción de las rutas; y ii) verificación del cumplimiento de la focalización del Programa, de acuerdo a sus Reglas de Operación, definiendo el tipo de localidades atendidas, dentro de los municipios que cumplen con los términos de referencia establecidos en las propias Reglas.

Antecedentes

A lo largo de la historia, han existido importantes diferencias en las condiciones de salud entre poblaciones. Generalmente, en las zonas más marginadas, en las comunidades indígenas, en los estados del sureste del país y en las regiones rurales, la salud tiende a ser más precaria y el acceso a servicios de salud más limitado. Existen 100 municipios en donde viven el millón de mexicanos más pobres, por lo que son considerados los más marginados del país, siendo éstos predominantemente indígenas. Alrededor del 30% de esta población se concentra en Chiapas, 20% en Oaxaca, 17% en Guerrero y 15% en Veracruz.

En estos municipios, casi una tercera parte de las defunciones se deben a padecimientos transmisibles, de nutrición y reproducción. Es decir, el riesgo de muerte por una enfermedad transmisible es dos veces mayor que en el resto del país; por un padecimiento carencial o una causa materna, tres veces más alto, y por cirrosis hepática, 1.5 veces mayor.²

En respuesta a la problemática detectada, el Ejecutivo Federal, desde hace 30 años, ha desarrollado diversos Programas, cuyo objetivo general ha sido acercar los servicios de salud a la población que habita en localidades marginadas, geográficamente dispersas y de difícil acceso (ver Anexo 1), siendo estos:

² Secretaría de Salud. *Programa Nacional de Salud 2007-2012*, México.

- Extensión de Cobertura (PEC)

Fue creado en 1977 por la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia, con la finalidad prioritaria de ampliar la cobertura de los servicios de salud a las comunidades rurales del país que carecían de ellos, así como a los grupos marginados de las ciudades (Castro-Pérez y Hernández Tezoquipa, 1993: 377). También se buscaba aprovechar por completo la capacidad instalada de los servicios de asistencia médica; fomentar la participación de la comunidad en los programas de salud; y, fortalecer las actividades preventivas, de promoción de la salud y mejoramiento del ambiente.

Para lograr dichos fines, se estructuraron diversas estrategias, tales como:

- Integración de un equipo multidisciplinario de instructores en el campo de la salud a nivel nacional, regional y local;
- Fomento a la participación de la comunidad, a través de la capacitación de algunos de sus residentes, para incorporarlos a los programas de salud;
- Remodelación o ampliación de las unidades de salud existentes en las cabeceras municipales; y
- Transformación de determinados centros de salud en hospitales rurales regionales que proporcionen apoyo a las clínicas rurales existentes en su zona de influencia.

Los principales logros de este Programa fueron en materia de adiestramiento y capacitación a la población, en materia de salud, logrando la formación de auxiliares en salud y en saneamiento; parteras; y promotores sociales. Asimismo, se programaron las acciones de remodelación, ampliación y transformación de los centros de salud existentes, obteniendo algunos avances en esta materia (Cravioto Meneses, 1980: 441-445).

A dos años de su creación, el Programa de Extensión de Cobertura cambió su denominación, para dar paso al Programa de Salud Rural.³

- Salud Rural (PSR)

Fue creado en 1979, también por la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia. Lo anterior, derivado de la integración del componente de planificación familiar al PEC, el cual, hasta ese momento, únicamente proveía servicios de atención primaria a la salud.

En ese año la cobertura de los servicios de salud y de planificación familiar, comprendía aproximadamente 5,000 comunidades de entre 500 y 2,500 habitantes; a mediados de 1980 esta cifra se había incrementado a 11,000.

Para el funcionamiento del Programa, las comunidades rurales fueron agrupadas por decenas, llamadas módulos. Para cada módulo, existía una persona responsable del mismo, quien generalmente tenía su lugar de trabajo en un centro de salud. Asimismo, en cada comunidad existía un auxiliar de salud, encargado de, bajo la dirección del responsable de módulo, proveer los servicios básicos de salud y distribuir métodos anticonceptivos a la población. Por otro lado, se crearon Comités de Salud integrados por habitantes de la comunidad, cuya responsabilidad era apoyar al auxiliar de salud en los asuntos relacionados con la salud comunitaria⁴.

- Apoyo a los Servicios de Salud para Población Abierta (PASSPA)

El Programa de Apoyo a los Servicios de Salud para la Población Abierta (PASSPA) se puso en marcha por la Secretaría de Salud en enero de 1991, con el propósito de mejorar las condiciones de salud de las familias de bajos ingresos, no aseguradas, de las zonas rurales de cuatro de los estados más pobres del país: Chiapas, Hidalgo, Oaxaca y Guerrero. Lo anterior, mediante la ampliación de la cobertura de los servicios e incremento de su calidad. El

³ Idem (Castro-Pérez y Hernández Tezoquiapa, 1993).

⁴ Ibidem.

Programa estaba conformado por dos componentes: desarrollo de servicios de salud y desarrollo institucional.

El primer componente buscaba mejorar y extender la provisión de servicios básicos de salud a la población objetivo a través de diversas acciones: rehabilitación, mejoramiento y expansión de la red de unidades físicas y del equipo; provisión de mobiliario, vehículos, equipo de oficina e instrumental médico; contratación y reasignación de personal técnico; mejoramiento del sistema de supervisión y entrenamiento del personal de salud pública, y producción y distribución de manuales de normas y procedimientos. El segundo componente se proponía impulsar el proceso de descentralización, la investigación operativa y el fortalecimiento de los sistemas de información administrativa (Gómez-Dantés, et al, 1999: 403).

De acuerdo a la evaluación realizada por el Centro de Investigación en Sistemas de Salud del Instituto Nacional de Salud Pública, con apoyo del PASSPA se lograron resultados favorables en la prestación de servicios médicos, así como en las condiciones de salud de la población a la que se atendía. En cuanto a la ampliación de cobertura, los cuatro estados incluidos en el Programa incrementaron su capacidad de oferta de servicios; es decir, se construyeron 170 unidades de salud, se rehabilitaron 870 unidades de primer nivel, se contrataron 5,464 plazas, se adquirieron 390 vehículos y se equiparon 1,096 unidades. En cuanto a la calidad de la atención, la percepción de los usuarios era buena. Al hablar de morbilidad y mortalidad derivada de padecimientos inmuno-prevenibles, éstos mostraron una importante disminución. En materia de salud materna, las cifras indican que las tasas de mortalidad materna disminuyeron en dichos estados.

A pesar de los resultados antes descritos, éste Programa únicamente tuvo una duración de 5 años, por lo que operó hasta el año 1995.

- Ampliación de Cobertura (PAC)

De acuerdo al Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000, aproximadamente 10 millones de personas no tenían acceso a servicios de salud de manera constante. Por lo anterior, en el año 1996, la Secretaría de Salud puso en marcha el PAC, para extender la cobertura de los servicios de salud a las comunidades más pobres y marginadas del país, y así, disminuir la brecha existente entre diversas regiones, logrando una mayor integración de las comunidades a las acciones de prevención de enfermedades y promoción de la salud. Para tal fin, se establecían compromisos entre los gobiernos de los estados, que participaron en el Programa, y el Ejecutivo Federal, a través de Acuerdos de Coordinación.⁵

Conforme a la información publicada por la Secretaría de Salud, éste Programa cubrió 874 municipios, 96 jurisdicciones sanitarias de salud y 42,900 localidades rurales, extendiéndose a 8.1 millones de personas localizadas en 19 entidades federativas. El PAC ayudó a reducir las enfermedades infantiles y prevenir la mortalidad. Sin embargo, no se cubrieron al 100% las metas en materia de cobertura, es decir, las zonas urbanas de muy alta marginación no fueron consideradas. Asimismo, no tomaba en cuenta las características culturales de la población indígena, ni las condiciones de estigma social asociada a ciertos grupos de alta vulnerabilidad y mayor rezago. Por otro lado, el PAC no tenía como enfoque principal el lograr la equidad en materia de calidad y satisfacción de los usuarios.⁶

En el año 2003, el Programa de Ampliación de Cobertura se incorporó al Programa de Calidad, Equidad y Desarrollo en Salud (PROCEDES), para posteriormente transferir acciones a la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS), cambiando su estrategia para convertirse en un programa de financiamiento.⁷

⁵ Diario Oficial de la Federación (23 de abril de 1999). *ACUERDO por el que la Secretaría de Salud da a conocer los Lineamientos Generales para la Operación del Programa de Ampliación de Cobertura*, México.

⁶ Secretaría de Salud. *Programa de Calidad, Equidad y Desarrollo en Salud*, México 2002.

⁷ Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública (CESOP). *Programa Seguro Popular*, México 2005.

- IMSS-Solidaridad

De manera paralela al desarrollo de los Programas antes mencionados, como consecuencia de la creación por parte del gobierno de la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR), en 1979 surge el Programa IMSS-COPLAMAR, con el fin de extender los servicios de salud a la totalidad del territorio nacional. A partir de 1989, debido a que en años anteriores había desaparecido la COPLAMAR, el Programa cambió su nombre por el de IMSS-Solidaridad, que será descrito con más detalle en la siguiente sección.

Como se puede ver, todos estos esfuerzos se han enfocado a fortalecer la oferta de servicios de salud. Desde el lado de la demanda, en 1997 se desarrolló el Programa Nacional de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA), mismo que tenía entre sus objetivos afrontar los rezagos de las zonas rurales en materia de salud, educación y nutrición. En el año 2002, PROGRESA fue renombrado como Programa Desarrollo Humano Oportunidades (PDHO), el cual en materia de salud, de acuerdo a sus Reglas de Operación 2011, tiene el siguiente objetivo: “Mejorar las condiciones de salud de la población, reducir las brechas o desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas, y garantizar que la salud contribuya al combate a la pobreza y al desarrollo social del país”.

En el ánimo de alcanzar dicho propósito, una de las instancias participantes en el Programa es el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), por lo que a su vez, el Programa IMSS-Solidaridad cambió de denominación, quedando hasta el día de hoy como IMSS-Oportunidades.⁸

A pesar de los esfuerzos del Gobierno federal para ampliar la cobertura de los servicios de salud a grupos vulnerables y comunidades marginadas; fomentar la participación comunitaria en los programas de salud; fortalecer las actividades preventivas y de promoción de la salud; no se lograron extender los servicios de

⁸ Programa IMSS Oportunidades. *Historia*. México. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/programas/oportunidades/> (Consulta: 21 de febrero de 2012).

salud a la totalidad del territorio nacional. Lo anterior, debido a la incapacidad de llegar a zonas de difícil acceso por sus condiciones geográficas. Asimismo, no se tomaban en cuenta las características culturales de la población indígena, ni las condiciones de estigma social asociadas a ciertos grupos de alta vulnerabilidad y mayor rezago.

En consecuencia, el sistema de salud mexicano, se dio a la tarea de continuar en la búsqueda de alternativas para reducir las brechas y desigualdades en salud.

Alternativas actuales de solución: Programas IMSS-Oportunidades y Caravanas de la Salud de la Secretaría de Salud

En la actualidad, existen dos Programas cuyo propósito es proveer servicios de salud a grupos vulnerables y comunidades marginadas, ubicadas principalmente en zonas rurales, a fin de que en un futuro cercano no exista persona alguna que carezca de atención médica básica, sin importar su estado socioeconómico, laboral o su lugar de residencia:

1. IMSS-Oportunidades.

Es un Programa del Gobierno Federal, que otorga servicios de salud a la población que carece de seguridad social, especialmente en zonas rurales y urbanas marginadas, contribuyendo a su desarrollo, para impulsar la igualdad de oportunidades y el derecho a la salud. De acuerdo a información publicada por el Instituto Mexicano del Seguro Social, IMSS-Oportunidades basa su funcionamiento en el Modelo de Atención Integral a la Salud (MAIS), integrado por dos componentes: la Atención Médica y la Acción Comunitaria.

La Atención Médica consiste en proporcionar servicios de salud y llevar a cabo acciones de vigilancia epidemiológica mediante la regionalización de servicios, a través de una red de casi 20,000 médicos, enfermeras y paramédicos. Además, para brindar atención de primer nivel, se cuenta con el soporte de 3,858 unidades

médicas rurales y urbanas y 222 brigadas de salud, con equipos itinerantes; por otro lado, se cuenta con 78 hospitales rurales de segundo nivel. En caso de que los pacientes requieran atención especializada que supere la capacidad de los hospitales rurales, son enviados a algún hospital de tercer nivel de los servicios estatales de salud.

La Acción Comunitaria consiste en la vinculación de personas y comunidades en la práctica de hábitos saludables que tengan el fin de mejorar su calidad de vida. Esta acción se lleva a cabo mediante la figura del “Voluntario de la Salud”, quien apoya en acciones médicas y pedagógicas a los individuos adheridos al programa. Actualmente, se cuenta con cerca de 323 mil voluntarios, realizando acciones de coordinación con el personal médico; es decir, en una localidad que cuente con unidad médica, mientras el médico otorga consulta, cada voluntario tiene a su cargo entre 10 y 15 familias, a quienes visitan en sus hogares para realizar labores de educación y promoción de la salud e identificar a personas con factores de riesgo. En las localidades donde no existe unidad médica, el voluntario, además de promover la salud, cuenta con la asesoría médica necesaria, para atender casos de baja complejidad. Cuando se detecta un caso que amerite la atención médica, el voluntario deriva al paciente a la unidad médica que corresponda, dando el seguimiento respectivo.

Además de proporcionar Atención Médica y llevar a cabo la Acción Comunitaria, IMSS-Oportunidades proporciona otros servicios, basados en las políticas de salud del país y en las necesidades de atención a riesgos y daños de la población en su ámbito de responsabilidad:⁹

1. *Acciones Interinstitucionales*, las cuales incluyen la celebración de Convenios para la prestación de servicios de salud a familias beneficiarias del Seguro Popular, en localidades donde no haya unidades médicas de los Servicios Estatales de Salud.¹⁰

⁹Programa IMSS Oportunidades. *Página principal*. México. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/programas/oportunidades/> (Consulta: 28 de febrero de 2012).

¹⁰ Diario Oficial de la Federación (29 de diciembre de 2010). *ACUERDO por el que la Unidad del Programa IMSS-Oportunidades emite las Reglas de Operación del Programa IMSS-Oportunidades para el ejercicio fiscal 2011*, México.

2. *Programa Desarrollo Humano Oportunidades*. Se otorgan a los beneficiarios del PDHO, los componentes de Salud y Alimentación. Es decir, inmunizaciones, atención materno-infantil, vigilancia nutricional, planificación familiar, etc. También se entregan sobres de complementos alimenticios a mujeres embarazadas o en lactancia y a niños menores de 5 años. Además, se proporciona educación nutricional para incidir en la prevención y tratamiento de la desnutrición.
3. *Centros de Atención Rural al Adolescente (CARA)*. Espacios ubicados dentro de las Unidades Médicas Rurales y Hospitales del Programa, en donde se realizan actividades educativas para jóvenes de 10 a 19 años, sobre diversos temas, tales como: hábitos saludables, sexualidad y salud reproductiva, desarrollo humano, autoestima, perspectiva de género, entre otros.
4. *Salud Materna*. Instrumentación de estrategias para mejorar la calidad de la atención brindada a las mujeres antes y durante el embarazo, en el parto y puerperio; con la finalidad de reducir los daños a la salud, por causas relacionadas con el embarazo, y así disminuir la mortalidad materna.
5. *Albergues Rurales*. Establecimientos contiguos a los Hospitales Rurales de IMSS-Oportunidades, en los que los familiares de los pacientes hospitalizados y las mujeres embarazadas pueden hospedarse gratuitamente.
6. *Encuentros Médicos Quirúrgicos*. Estrategia para acercar servicios de alta especialidad, a poblaciones rurales y marginadas que no tienen acceso a ese tipo de atención. En cada Encuentro, médicos y enfermeras que laboran en los Hospitales de Alta Especialidad del IMSS se trasladan a estas comunidades, por un lapso de cinco a siete días,

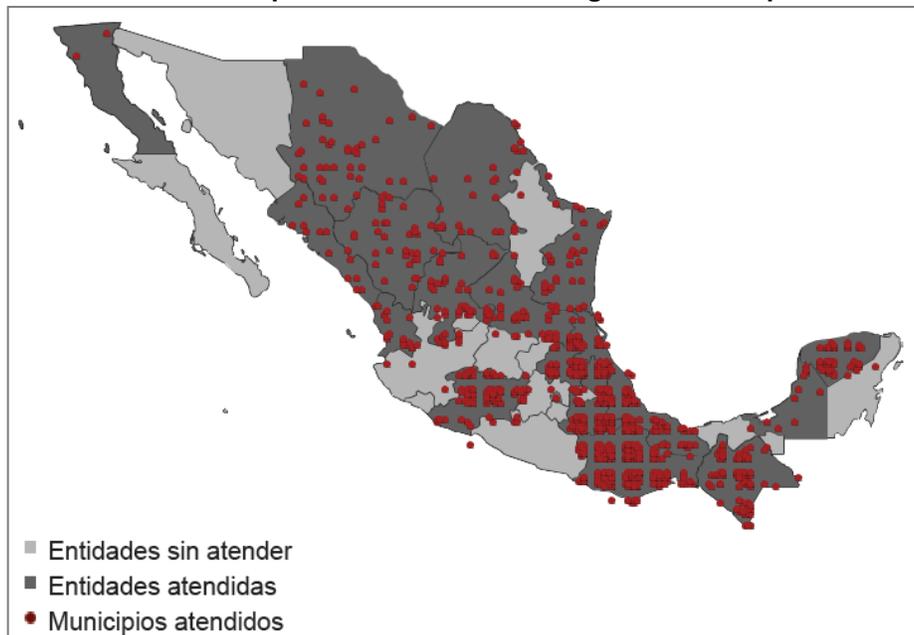
para otorgar servicios en las especialidades de Ginecología Oncológica, Oftalmología, Ortopedia, Cirugía Pediátrica, Cirugía Plástica y Reconstructiva, y Urología. Lo anterior, con la ayuda de Unidades Móviles Quirúrgicas que facilitan el acceso a los puntos más alejados del país. Recientemente, se la incluido la detección, diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama.

En materia de presupuesto, la cantidad asignada para operar el Programa durante el año 2011 fue de \$8,000 millones de pesos.¹¹

- Cobertura

Al cierre del año 2011, se contaba con 12'221,831 personas adscritas al Programa¹², de las cuales aproximadamente 3.4 millones son indígenas, distribuidas a lo largo de 19 estados de la República Mexicana en el ámbito rural y 26 entidades en lo urbano (Figura 1).

Figura 1. Localización de la población adscrita al Programa IMSS Oportunidades, 2011.



Fuente: Evaluación Específica de Desempeño, 2010-2011

¹¹ Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). *Informe de Evaluación Específica de Desempeño 2010-2011 del Programa IMSS-Oportunidades*, México.

¹² Programa IMSS Oportunidades. *Cobertura del Programa IMSS-Oportunidades 2011*, México.

2. Caravanas de la Salud.

De acuerdo a información publicada por la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES), es un Programa del Gobierno Federal que inició en 2007 y que a través de la Secretaría de Salud, pretende cumplir la siguiente 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 microrregiones de menor índice de desarrollo humano y marginadas con alta dispersión, 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”.

Su población objetivo está dividida en cuatro vertientes: 1) personas que habitan en localidades rurales, marginadas y sin acceso a servicios de salud y que además pertenecen a los 125 municipios de menor índice de desarrollo humano (IDH), según el Consejo Nacional de Población (CONAPO), 2) personas ubicadas en localidades de muy alta y alta marginación, que no necesariamente radiquen en los municipios de menor IDH, consideradas como geográficamente dispersas y que carezcan de acceso regular a servicios de salud en todas las entidades del país, 3) personas que habitan en localidades con problemas de acceso a la infraestructura institucional de salud en todo el país, 4) personas que por estar ubicadas, temporalmente, en concentraciones masivas requieran de servicios de salud de primer nivel de atención.

Caravanas de la salud surge de la implementación del "Modelo Integrador de Atención a la Salud" (MIDAS), el cual busca, entre otras cosas, eliminar las barreras de acceso a los servicios de salud; responder a la realidad

epidemiológica; asegurar la calidad, seguridad y continuidad de la atención; reconocer la diversidad cultural de la población; y aprovechar la diversidad de prestadores de servicios de salud.

Con el fin de dar cumplimiento a la misión planteada, los servicios prestados por el Programa son de dos tipos: servicios de salud a la Comunidad y servicios de salud dirigidos a la Persona. Por cuanto hace a los primeros, se incluyen acciones de participación comunitaria en salud, promoción de espacios saludables y otras acciones de salud pública. Por cuanto hace a los segundos, están incluidas 128 intervenciones de atención ambulatoria del Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud (CAUSES), incluyendo acciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades, atención médica y odontológica y vigilancia epidemiológica; asimismo, a través de un sistema de referencia-contra referencia, es posible en caso necesario, que los pacientes tengan acceso al complemento de las 275 intervenciones del CAUSES. Es decir, se garantiza la continuidad en la atención en casos de mayor gravedad o que requieran más especialización, ya que diferentes profesionales, en distintos centros de trabajo y en diversos momentos, establecen una visión compartida del paciente. En otras palabras, se ubica al paciente en el lugar más costo-efectivo de la Red de Servicios de Salud (REDESS).

Aunado a lo anterior, se han establecido los siguientes objetivos específicos:

1. Ampliar la cobertura de atención a las comunidades sin acceso a servicios de salud y fortalecer la capacidad resolutoria que garantice el acceso a una atención de salud de vanguardia tecnológica, aprovechando los medios y recursos que ofrece la telesalud.
2. Garantizar que la prestación equitativa, oportuna y con calidad de los servicios de salud se proporcione a través de un conjunto de recursos humanos capacitados, con sensibilidad intercultural y respeto a la diversidad.

3. Promover la participación social y comunitaria para el desarrollo de una cultura de auto cuidado de la salud, basado en la promoción, prevención, control y atención oportuna de enfermedades, que coadyuve a mejorar estilos de vida en las personas, las familias y comunidades.
4. Proporcionar atención médica y odontológica con base en Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud (CAUSES) que ofrece el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) y las acciones asociadas al PDHO-Salud.
5. Fomentar la afiliación de las familias objetivo del Programa al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) y a los niños al Seguro Médico para una Nueva Generación para coadyuvar a alcanzar la cobertura universal.

Para la prestación de servicios, el Programa cuenta con 1,448 Unidades Médicas Móviles (UMM) de 4 tipos:

- *TIPO 0.* Unidades 4X4 que transportan personal de salud, medicamentos e insumos.
- *TIPO I.* 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.
- *TIPO II.* 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.
- *TIPO III.* Equipada con un consultorio de medicina general y un consultorio dental, equipada con enlace satelital para telemedicina, equipo de video-

conferencia, ultrasonografía y electrocardiografía. Contiene un laboratorio de química seca y toma de muestras para cáncer cérvico-uterino.

Las Unidades Tipo 0 y I, están conformadas por un médico general, enfermera y un promotor de la salud-chofer. En el caso de las Tipo II y III, las conforman un médico general, un odontólogo, enfermera y un promotor de la salud-chofer.¹³

De acuerdo a la Evaluación Externa del Programa, realizada para el año 2010, por la Universidad Nacional Autónoma de México, se definen las Rutas de Caravanas de la Salud como *“el espacio geográfico delimitado que abarca uno o varios municipios con menor IDH, o municipios que agrupan a un conjunto de localidades marginadas, con alta dispersión y difícil acceso geográfico sin posibilidad permanente a recibir servicios de salud en una región determinada, y que son atendidas por unidades médicas móviles y equipos itinerantes del Programa de acuerdo a una programación mensual”*.

Se cuenta con localidades sede, que son en donde se resguardan las UMM; así como con localidades subsede, que son las que integran la ruta de la Unidad y en las que habita la población objetivo del Programa. La Ruta de Caravanas también está conformada por localidades llamadas “satélite”, que no están situadas dentro de las regiones que conforman la ruta, pero debido a su cercanía con alguna localidad subsede, también brinda sus servicios a la población que habita en ellas.

El funcionamiento de las rutas se da de la siguiente manera:

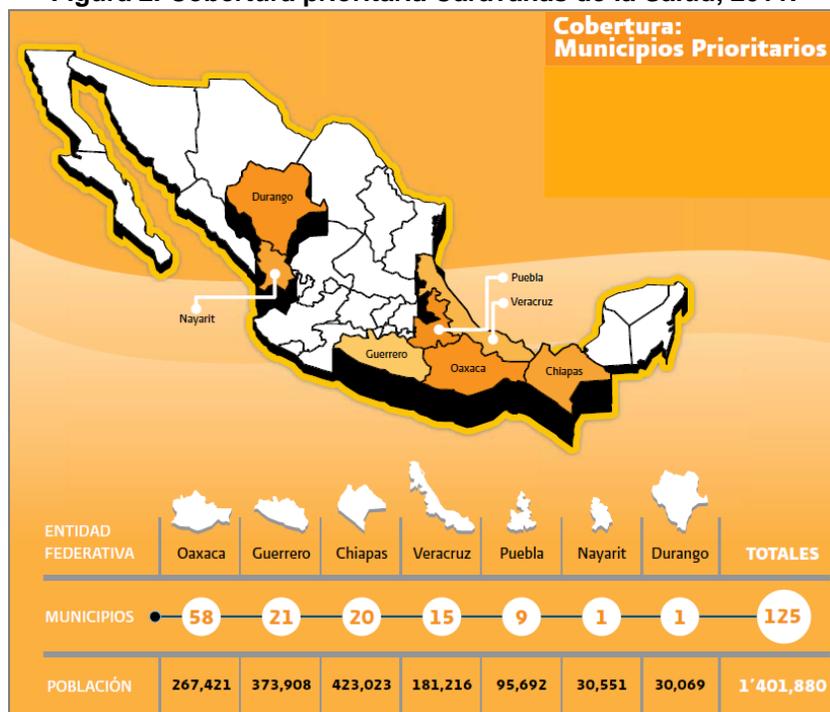
- La ruta de una Caravana de la Salud está constituida por entre 7 y 15 localidades o 1,500 habitantes.
- Cada Unidad Médica Móvil trabaja 20 días por 10 de descanso, de acuerdo a la programación mensual y atendiendo las necesidades prioritarias de los estados.

¹³ Diario Oficial de la Federación (4 de enero de 2011). *ACUERDO mediante el cual la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de Operación del Programa Caravanas de la Salud, para el ejercicio fiscal 2011*, México.

- Las localidades subsede deben ser visitadas al menos dos veces al mes.
- La Caravana de la Salud permanece un día en cada localidad visitada, cumpliendo una jornada de trabajo de 8 horas, a partir del momento en que llega a la localidad sede.
- En las casas de salud o sedes de medio camino se concentran expedientes clínicos, medicamentos e insumos para reabastecerse; ahí también se puede pernoctar, a fin de acortar tiempos de desplazamiento a las localidades más alejadas.¹⁴

De acuerdo a información publicada por la Secretaría de Salud, el PCS beneficia prioritariamente a las personas que habitan en los 125 municipios de menor IDH, que representan a 6,992 localidades y una población aproximada de 1'401,880 habitantes, como se muestra en la Figura 2.

Figura 2. Cobertura prioritaria Caravanas de la Salud, 2011.



Fuente: Caravanas de la Salud, Logros y Testimonios

¹⁴ Universidad Nacional Autónoma de México. Informe Final de la Evaluación del Programa Caravanas de la Salud 2010, México.

En una segunda prioridad, Caravanas beneficia a 60 municipios, donde se encuentran 9,576 localidades de muy alta marginación que representan una población aproximada de 1'850,840 personas y 168 municipios de alta marginación, que contienen 3,432 localidades, con una población de 663,349 habitantes.¹⁵

Como se aprecia, Caravanas de la Salud no se trata sólo de unidades móviles, ya que su operación implica la organización y convergencia de recursos humanos; recursos materiales, tales como vehículos, casas de salud, equipamiento e instrumental médico, insumos, medicamentos y telecomunicaciones; recursos financieros; e intervenciones de promoción, prevención y atención médica, dirigidos a acercar la REDESS a la población.¹⁶

Para cumplir con los objetivos planteados, el presupuesto 2011 asignado para operar el Programa fue de \$726.9 millones de pesos.

Análisis de la cobertura del Programa Caravanas de la Salud

Debido a que no existía algún estudio, al menos público, en el que se hubiera analizado la cobertura del Programa Caravanas de la Salud en la totalidad de las entidades federativas, ya que sus evaluaciones externas sólo se enfocan en los 7 estados prioritarios; el presente trabajo de investigación, se enfocó en el análisis minucioso de la cobertura geográfica de dicho Programa, desde dos perspectivas: i) descripción de las rutas; y ii) verificación del cumplimiento de la focalización del Programa, de acuerdo a sus Reglas de Operación, definiendo el tipo de localidades atendidas, dentro de los municipios que cumplen con los términos de referencia establecidos en las propias Reglas.

Para entender dicho análisis es importante retomar dos de las vertientes que definen la población objetivo del Programa:

¹⁵ Secretaría de Salud. *Caravanas de la Salud, Logros y Testimonios*, México.

¹⁶ Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. *Innovaciones en la ampliación de servicios ambulatorios*, México.

1. Personas que habitan en los 125 municipios de menor Índice de Desarrollo Humano, según el Consejo Nacional de Población (CONAPO).
2. Personas ubicadas en localidades de muy alta y alta marginación, que no necesariamente radiquen en los municipios de menor IDH.

Teniendo en mente lo anterior, se realizó una comparación de la base de datos de la Cobertura del Programa Caravanas de la Salud para el año 2011, elaborada por la Dirección General Adjunta de Caravanas de la Salud, versus:

- El anexo 1 (Municipios de Menor Índice de Desarrollo Humano) de las Reglas de Operación del Programa;
- El índice de marginación por entidad federativa y municipio, publicado por el CONAPO;
- El índice de marginación por localidad, publicado por el CONAPO; y
- Cobertura del Programa IMSS-Oportunidades por entidad federativa, municipios y localidades, 2011.

Derivado de dicha comparación, se encontraron los siguientes resultados:

i) Descripción de las Rutas

Durante el año 2011, operaron 1,448 Rutas del Programa Caravanas de la Salud, dando cobertura a 992 municipios, distribuidos en las 32 entidades federativas del país y se prestaron servicios en 22,286 localidades, cuya población atendida asciende a 4'109,613 personas.¹⁷

Contrario a lo descrito en el marco teórico presentado con anterioridad, en el que se señala que *“la ruta de una Caravana de la Salud está constituida por entre 7 y 15 localidades o 1,500 habitantes”*, se encontró que el 23% de las rutas no cumplen con dichos rangos. Por ejemplo, en Baja California existe una ruta que atiende a 61,183 habitantes, distribuidos en 32 localidades; en esa misma entidad federativa, existe otra ruta que atiende a 162 localidades, que en suma

¹⁷ Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. *Cobertura del Programa Caravanas de la Salud 2011*, México.

representan 9,540 personas. Por otro lado, en Oaxaca, se encontró el caso de una ruta que da atención únicamente a los 44 habitantes de la localidad San Felipe Jalapa de Díaz.

El incumplimiento de la manera en que, de acuerdo a las Reglas de Operación, deben estar constituidas las rutas de las Caravanas de la Salud, refleja la existencia de aspectos importantes a considerar, como es el número de Unidades Médicas Móviles con las que cuenta el Programa, que en algunas entidades federativas no son suficientes para atender la demanda de servicios, ocasionando que la atención médica otorgada no sea de la calidad esperada.

Prosiguiendo con el análisis, se verificó el cumplimiento de la focalización del Programa, de acuerdo a sus Reglas de Operación (ROP), definiendo el tipo de localidades atendidas, dentro de los municipios que cumplen con los términos de referencia establecidos en las propias Reglas.

ii) Verificación del cumplimiento de la focalización del Programa, definiendo el tipo de localidades atendidas

De acuerdo a las ROP, Caravanas de la Salud atiende prioritariamente, a las personas que habitan en localidades que pertenecen a los 125 municipios de menor IDH; así como a las ubicadas en localidades de muy alta y alta marginación.

En cuanto a los 125 municipios de menor Índice de Desarrollo Humano, se encontró que durante 2011, el Programa únicamente dio atención a 95, mientras que otros 26 fueron atendidos por IMSS-Oportunidades, quedando tres municipios en el Estado de Oaxaca y uno de Veracruz, sin recibir los beneficios de alguno de éstos Programas (Ver Anexo 2).

El servicio que prestó Caravanas de la Salud a los 95 municipios con menor Índice de Desarrollo Humano, se tradujo en el funcionamiento de 234 rutas, en 2,106 localidades, atendiendo a 354,694 personas.

Por otro lado, en 2011, los programas Caravanas de la Salud e IMSS-Oportunidades, únicamente prestaron servicios en 48,622 localidades, siendo que, de acuerdo al CONAPO, existen 84,769 localidades que presentan un nivel de marginación alto o muy alto. Es decir, aun considerando que todas las localidades atendidas por ambos Programas, efectivamente cayeran dentro de las categorías de alta y muy alta marginación, el 43% de las localidades susceptibles de ser atendidas, no están recibiendo servicios por alguno de éstos Programas (Ver Anexo 3).

Como se aprecia, existe población que habita en localidades que pertenecen a los 125 municipios de menor IDH, o en localidades de muy alta y alta marginación, que no son atendidos por alguno de los dos Programas creados para tal fin, traduciéndose en inobservancias de focalización.

Una vez concluido el análisis, derivado de la comparación que se realizó, de la Cobertura del Programa Caravanas de la Salud, versus los Municipios de Menor Índice de Desarrollo Humano; Índices de Marginación; y la Cobertura del Programa IMSS-Oportunidades, se presentan algunas conclusiones.

Conclusiones y Recomendaciones

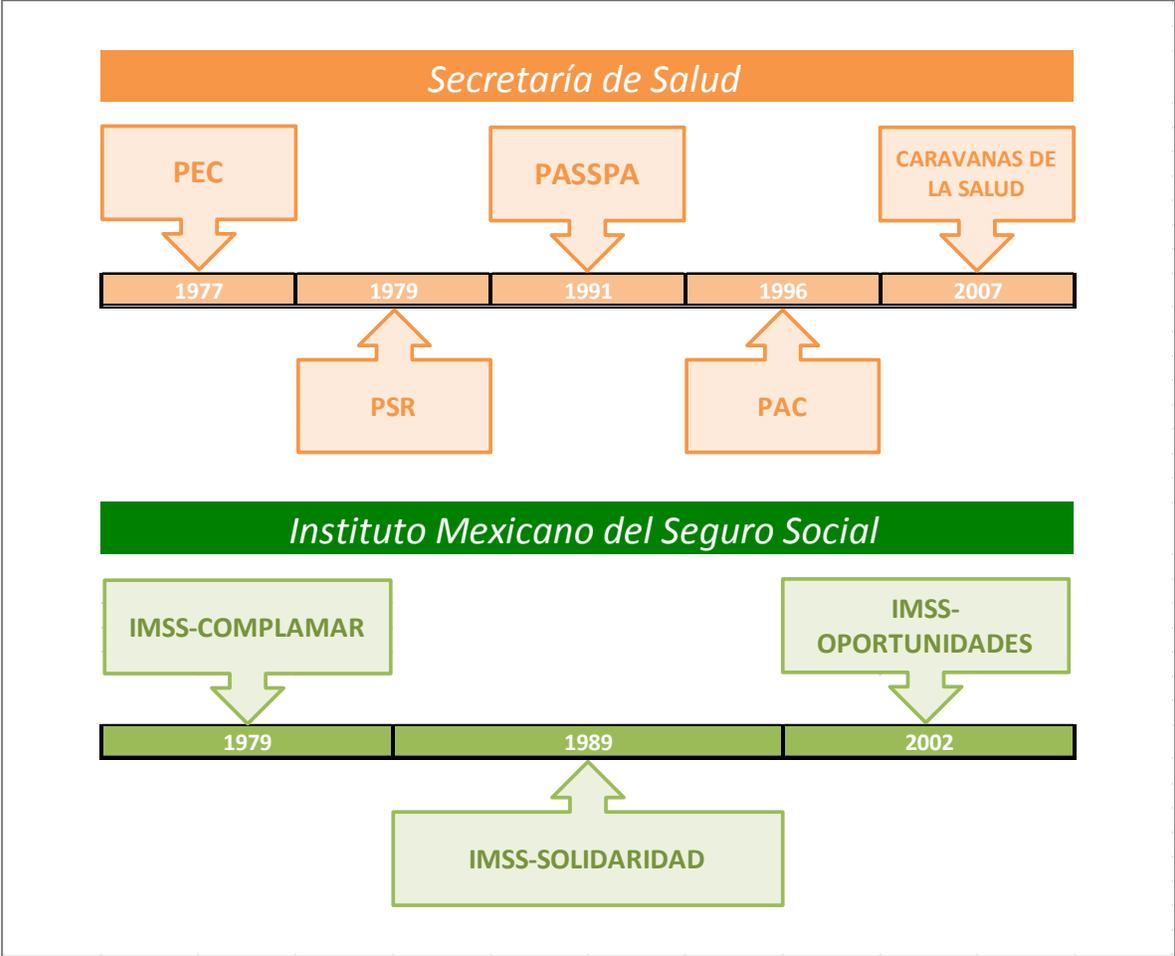
Durante el estudio de los Programas antecesores a Caravanas de la Salud, se detectó que todos ellos se abandonaron sin una justificación del todo sustentada. A dicho abandono siguió la creación de nuevos Programas, argumentando supuestas diferencias o mejoras, respecto del programa inmediato anterior. Incluso, en el caso del Programa de Salud Rural, no se logró encontrar información relativa a su fecha de desaparición, simplemente de un momento a otro, se comenzó a hablar del Programa que le siguió, siendo éste el PASSPA. Al respecto, se sugiere evaluar los logros obtenidos por los Programas de Salud que actualmente operan, y dar continuidad a aquéllos que presenten resultados positivos.

En cuanto a la primera parte del análisis realizado “Descripción de las Rutas”, se detectó el incumplimiento de la manera en que, de acuerdo a las Reglas de Operación, deben estar constituidas las rutas de las Caravanas de la Salud. Lo anterior, refleja la existencia de aspectos importantes a considerar, como es el número de Unidades Médicas Móviles con las que cuenta el Programa, que en algunas entidades federativas no son suficientes para atender la demanda de servicios, ocasionando que la atención médica otorgada no sea de la calidad esperada. En este sentido, se recomienda hacer una seria reflexión en cuanto a una probable redistribución de las UMM con las que actualmente cuenta el Programa o incluso considerar el incremento del número de Unidades.

Derivado de la comparación que se realizó, de la Cobertura del PCS, versus los Municipios de Menor Índice de Desarrollo Humano; Índices de Marginación; y la Cobertura del Programa IMSS-Oportunidades, se encontró que existe población que habita en localidades que pertenecen a los 125 municipios de menor IDH, o en localidades de muy alta y alta marginación, que no son atendidos por alguno de los dos Programas creados para tal fin. Lo anterior, se traduce en áreas de oportunidad en el cumplimiento de la focalización del Programa, sugiriéndose apegarse a lo establecido en sus Reglas de Operación.

Finalmente, se considera importante mencionar que, el presente análisis trasciende debido a que anteriormente, no se contaba con algún estudio, al menos público, en el que se hubiera analizado la cobertura del Programa Caravanas de la Salud, en la totalidad de las entidades federativas, ya que sus evaluaciones externas sólo se enfocan en los siete estados prioritarios.

ANEXO 1. Líneas de Tiempo de Programas Antecesores



Fuente: Elaboración propia, 2012

Anexo 2. Atención a los 125 municipios con menor IDH, por los Programas Caravanas de la Salud e IMSS-Oportunidades, en el año 2011

Estado	Municipios con menor IDH	Municipios atendidos por Caravanas de la Salud	Municipios atendidos por IMSS-Oportunidades	Municipios sin atención del PCS o IMSS-Oportunidades
Chiapas	20	18	2	0
Durango	1	1	0	0
Guerrero	21	21	0	0
Nayarit	1	1	0	0
Oaxaca	58	37	18	3*
Puebla	9	7	2	0
Veracruz	15	10	4	1**
TOTALES	125	95	26	4

* Santiago Yatepec, San Lucas Camotlán y San Lorenzo Cuaunecuiltla.

** Xoxocotla

Fuente: Elaboración propia, 2012

Anexo 3. Localidades atendidas por los Programas Caravanas de la Salud e IMSS-Oportunidades, en el año 2011, vs localidades con alto y muy alto grado de marginación

Valores	Localidades con alto y muy alto grado de marginación	Localidades atendidas por Caravanas de la Salud	Localidades atendidas por IMSS-Oportunidades	Localidades sin atención del PCS o IMSS-Oportunidades
Absoluto	84,769	22,286	26,336	36,147
Relativo	100	26	31	43

Fuente: Elaboración propia, 2012

Referencias y/o Lecturas Complementarias

- Caravanas de la Salud. *Página principal*. México. Disponible en: <http://www.caravanas.salud.gob.mx/> (Consulta: 28 de febrero de 2012).
- Castro-Pérez, Roberto y Hernández-Tezoquipa, Isabel. "Opiniones de los diversos actores sobre la participación comunitaria en salud y planificación familiar". *Salud Pública de México*. Vol. 35, Núm. 4 (julio – agosto 1993), pp. 377-392.
- Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública (CESOP). *Programa Seguro Popular*, México 2005.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). *Informe de Evaluación Específica de Desempeño 2010-2011 del Programa IMSS-Oportunidades*, México.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). *Página principal*. México. Disponible en: <http://web.coneval.gob.mx/Paginas/principal.aspx> (Consulta: 30 de enero de 2012).
- Consejo Nacional de Población (CONAPO). *Índice de marginación por entidad federativa y municipio 2010*, México.
- Consejo Nacional de Población (CONAPO). *Índice de marginación por localidad 2010*, México.
- Cravioto Meneses, Adalberto. "Avances del Programa de Extensión de Cobertura de Servicios de Salud al Medio Rural de México, durante 1977". *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. Número 88 (mayo 1980), pp. 441-445.
- Diario Oficial de la Federación (23 de abril de 1999). *ACUERDO por el que la Secretaría de Salud da a conocer los Lineamientos Generales para la Operación del Programa de Ampliación de Cobertura*, México.
- Diario Oficial de la Federación (26 de febrero de 2010). *ACUERDO por el que se da a conocer el monto asignado y la distribución de la población objetivo del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades*, México.
- Diario Oficial de la Federación (29 de diciembre de 2010). *ACUERDO por el que la Unidad del Programa IMSS-Oportunidades emite las Reglas de Operación del Programa IMSS-Oportunidades para el ejercicio fiscal 2011*, México.
- Diario Oficial de la Federación (31 de diciembre de 2010). *ACUERDO por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades 2011*, México.

- Diario Oficial de la Federación (4 de enero de 2011). *ACUERDO mediante el cual la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de Operación del Programa Caravanas de la Salud, para el ejercicio fiscal 2011*, México.
- Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. *Cobertura del Programa Caravanas de la Salud 2011*, México.
- Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. *Innovaciones en la ampliación de servicios ambulatorios*, México.
- Gómez-Dantés, Octavio; Garrido-Latorre, Francisco; López-Moreno, Sergio; Villa, Blanca y López-Cervantes, Malaquías. "Evaluación de programa de salud para población no asegurada". *Journal of Public Health*. Vol. 33, Núm. 4 (agosto 1999), pp. 400-412.
- Programa de Desarrollo Humano Oportunidades. *Página principal*. México. Disponible en: <http://www.oportunidades.gob.mx/Portal/wb/Web/inicio> (Consulta: 24 de noviembre de 2011).
- Programa IMSS Oportunidades. *Cobertura del Programa IMSS-Oportunidades 2011*, México.
- Programa IMSS Oportunidades. *Página principal*. México. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/programas/oportunidades/> (Consulta: 28 de febrero de 2012).
- Secretaría de Hacienda y Crédito Público. *Presupuesto de Egresos de la Federación 2011*, México.
- Secretaría de Salud. *Caravanas de la Salud, Logros y Testimonios*, México.
- Secretaría de Salud. *Programa Nacional de Salud 2007-2012*, México.
- Secretaría de Salud. *Programa de Calidad, Equidad y Desarrollo en Salud*, México 2002.
- Universidad Nacional Autónoma de México. *Informe Final de la Evaluación del Programa Caravanas de la Salud 2010*, México.