

Diagnóstico que justifica la inclusión del programa S200 “Fortalecimiento a la Atención Médica” en el Proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación 2016

Propósito del Diagnóstico:

El siguiente diagnóstico es un instrumento de planeación estratégica, que tiene por objeto integrar al programa presupuestario (Pp) S200 “Fortalecimiento a la Atención Médica” en la estructura programática a emplear en el Proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación (PPEF) para el ejercicio fiscal 2016. En el marco de las actuales modificaciones de los Pp con la que se pretende evitar la duplicidad de funciones y una mejor alineación a los objetivos sectoriales, el Pp U006 “Fortalecimiento de las Redes de Servicios de Salud” se fusiona en el Pp S200 “Unidades Médicas Móviles” cambiando su denominación a “Fortalecimiento a la Atención Médica”.

I. Antecedentes del contexto de política pública en el que operará el Pp S200

La fusión del Programa Unidades Médicas Móviles con el Programa Fortalecimiento de las Redes de Servicios de Salud dará lugar al Programa Presupuestario S-200 “Fortalecimiento a la Atención Médica”.

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

De esta manera la presente administración refrenda el compromiso social con los grupos altamente vulnerables, en tanto busca en la práctica el derecho a la protección a la salud al que tienen todos y todas las mexicanas y que se encuentra consagrado en el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Teniendo siempre como referente mejorar y mantener la salud de la población menos favorecida por las condiciones epidemiológicas y de mortalidad propias de sus regiones y comunidades, mediante la oferta de una cartera de servicios de salud, acorde a la morbilidad que actualmente prevalece, buscando revertir los indicadores de mortalidad materna e infantil y de otros factores de riesgo que afectan de manera directa e indirectamente la salud de la población que habita en estos municipios.

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

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

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

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

- Situación del problema o necesidad de política pública y estadísticas oficiales

El total de la población nacional que carece de servicios de salud en 2014 es de 21.8 millones de personas como se muestra el cuadro 1 de la anexo estadístico de la pobreza en México que publica el CONEVAL.

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

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

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

Fuente: estimaciones del CONEVAL con base en el MCS-ENIGH 2010, 2012 y 2014.

- Las acciones que se han realizado para la atención del problema o necesidad de política pública sobre la carencia de acceso de servicios de salud.

Con el Programa Fortalecimiento a la Atención Médica se dará continuidad a la estrategia federal que inicia en 2007 como Programas Caravanas de la Salud (actualmente Unidades Médicas Móviles) con el objeto de garantizar la oferta de servicios en zonas rurales y marginadas del país con alta dispersión y difícil acceso geográfico. Con este Programa se propone desde su creación coadyuvar en la resolución de esta problemática con base en experiencias desarrolladas en México en programas basados en atención itinerante. Destacan entre tales experiencias, en orden cronológico, el Programa de Extensión de Cobertura (PEC), el Programa Comunitario Rural (PCR), el Programa de Salud Rural (PSR), el Programa de Apoyo a los Servicios de Salud para Población Abierta (PASSPA), el Programa de Ampliación de Cobertura (PAC), el Componente de Salud del Programa Oportunidades (actualmente Prospera, Programa de Inclusión Social), y el Programa Caravanas de la Salud (actualmente Programa Unidades Médicas Móviles).

El Programa FAM por sus características (enfoque geográfico, concentración en las redes de servicios y focalización, entre otras), actualmente Unidades Médicas Móviles, será un "programa integrador" que orientará la conducción y la puesta en marcha de programas destinados a resolver las necesidades sociales de los mexicanos que hoy en día carecen de acceso regular a servicios de salud. La población objetivo del Programa son las familias y personas que habitan en las comunidades referidas.

- Los Programas S200 y U006 fueron evolucionando como se menciona a continuación:

Evolución del Programa Unidades Médicas Móviles

Cobertura

La cobertura se ha ampliado dando cumplimiento al objetivo del Programa, alcanzándose un total de 24,472 localidades en 1,505 municipios beneficiando a un total de 4,244,167 personas en el 2015.¹

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

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

Fuente: Libro Blanco de 2007 a 2012, DGPLADES 2013 a 2015.

La cobertura del Programa incluye unidades médicas móviles alineadas al modelo operativo del Programa las cuales se complementan a las UMM adquiridas con recursos federales.

Concentrado de Acciones por Año

El Programa Unidades Médicas Móviles actualmente entrega 154 intervenciones del CAUSES 2014 a través de la consulta médica así como de acciones de prevención y promoción de la salud a la población objetivo del Programa. Estas acciones se definieron a través de una cartera de servicios que comprende intervenciones de salud de dos tipos: servicios de salud dirigidos a la persona y servicios de salud a la comunidad.

¹ Es importante aclarar que la cobertura del 2007 al 2015 incluye las unidades médicas móviles federales y estatales.

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

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

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

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

* Información no disponible

1/ Corte Primer Semestre

Fuente: Libro Blanco de 2007 a 2011, Informes Gerenciales del Programa 2012 al 2015. A partir del año 2007 y hasta el 2012 se contabiliza la productividad de las UMM Federales y las UMM Estatales Alineadas al Programa. De 2013 a la fecha se contabilizan sólo las UMM Federales

Recursos Humanos

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

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

Corte: 2015

Fuente: DGPLADES/DGA

Indicadores y metas

Como resultado de los avances logrados a través de las metas de los indicadores de cobertura y de acciones de prevención, promoción y de atención médica programados en el periodo 2007-2015. En los siguientes cuadros se indican los servicios proporcionados a la población beneficiaria del programa.

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

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

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

* Información no disponible

1/ Corte Primer Semestre

Fuente: Libro Blanco de 2007 a 2011, Informes Gerenciales del Programa 2012 al 2015. A partir del año 2007 y hasta el 2012 se contabiliza la productividad de las UMM Federales y las UMM Estatales Alineadas al Programa. De 2013 a la fecha se contabilizan solo las UMM Federales

Asimismo, en el cuadro siguiente se presenta la evolución de los indicadores programados en los ejercicios fiscales del 2008 al 2015 en la MIR.

| No. | Indicador | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|-----|--|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 1 | Actividades de atención médica ambulatoria realizadas con respecto a las programadas. | | 1 | | | | | | |
| 2 | Actividades de promoción y prevención realizadas con respecto a las programadas. | | 1 | | | | | | |
| 3 | Ejercicio Presupuestal del Programa | | 1 | | | | | | |
| 4 | Familias incluidas en el programa que están afiliadas al sistema de protección social en salud. | | 1 | | | | | | |
| 5 | Porcentaje de localidades atendidas respecto de las localidades geográficamente dispersas y de difícil acceso. | | | | 1 | 1 | | | |
| 6 | Porcentaje de localidades atendidas respecto de las localidades programadas para atender por el programa. | | | | | | | | 1 |
| 7 | Porcentaje de localidades atendidas respecto de las localidades responsabilidad del programa. | | | | | | 1 | 1 | |
| 8 | Porcentaje de localidades atendidas respecto de las programadas. | | | 1 | | | | | |
| 9 | Porcentaje de mujeres referidas con embarazo de alto riesgo en localidades responsabilidad del Programa. | | | | | | | | 1 |
| 10 | Porcentaje de mujeres referidas con embarazo de alto riesgo en localidades responsabilidad del Programa. | | | | | | 1 | 1 | 1 |
| 11 | Porcentaje de niños menores de un año con esquema completo de vacunación en localidades responsabilidad del programa. | | | | | | | 1 | |
| 12 | Porcentaje de personal de salud capacitado de forma específica para el programa. | | | | 1 | 1 | | | |
| 13 | Porcentaje de personal de salud disponible para el programa que es capacitado. | | | 1 | | | | | |
| 14 | Porcentaje de servicios de atención médica ambulatoria realizados con respecto a los programados. | | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 15 | Porcentaje de servicios de promoción y prevención ambulatorios realizados con respecto a los programados. | | | 1 | 1 | | | | |
| 16 | Porcentaje de servicios de promoción y prevención realizados con respecto a los programados. | | | | | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 17 | Porcentaje de total de actividades de atención médica ambulatoria realizadas sobre las programadas. | 1 | | | | | | | |
| 18 | Porcentaje de unidades médicas móviles con equipo itinerante completo y capacitado. | | | | | | | | 1 |
| 19 | Porcentaje de unidades médicas móviles en operación y totalmente equipadas que cuentan con equipo itinerante completo y capacitado. | | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | |
| 20 | Porcentaje del ejercicio presupuestal del Programa. | 1 | | | | | | | |
| 21 | Porcentaje del total de familias incluidas en el programa que están afiliadas al sistema de protección social en salud. | 1 | | | | | | | |
| 22 | Porcentaje del total de la población que habita en comunidades aisladas y con alta marginación que es atendida por el programa. | 1 | | | | | | | |
| 23 | Porcentaje del total de localidades programadas en las que se llevan a cabo acciones de prevención y promoción. | 1 | | | | | | | |
| 24 | Porcentaje del total de personas que habitan en comunidades sin acceso a servicios de salud que es atendida por el programa. | | | | | | | | 1 |
| 25 | Porcentaje del total de personas que habitan en comunidades sin acceso a servicios de salud y con alta y muy alta marginación que es atendida por el programa. | | | | | | | | 1 |
| 26 | Porcentaje del total de población que habita en comunidades aisladas y con alta marginación que es atendida por el programa. | | | | 1 | 1 | 1 | | |
| 27 | Porcentaje del total de unidades móviles en operación y totalmente equipadas que cuentan con equipo itinerante completo y capacitado. | 1 | | | | | | | |
| 28 | Proporción de acciones de conservación y mantenimiento preventivas realizadas respecto de las programadas. | | | 1 | | | | | |
| 29 | Total de localidades programadas que son atendidas por el programa. | 1 | 1 | | | | | | |
| 30 | Total de población que habita en comunidades aisladas y con alta marginación que es atendida por el programa. | | 1 | 1 | | | | | |
| 31 | Total de unidades médicas móviles en operación y totalmente equipadas que cuentan con equipo itinerante completo y capacitado. | | 1 | | | | | | |
| 32 | Unidades médicas móviles acreditadas respecto del total en operación. | | 1 | | | | | | |
| 33 | Unidades móviles acreditadas respecto del total en operación. | 1 | | | | | | | |

Fuente: DGPLADES y Portal de Transparencia Presupuestaria (avance de indicadores).

Financiamiento transferencia vía DGPLADES

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

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

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

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

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

Derivado del Convenio antes mencionado, la distribución presupuestal de recursos es asignada sólo a nivel de entidad federativa.

Cabe señalar que la distribución presupuestal, se calcula en base al número de unidades médicas móviles y al número de integrantes que conforman el equipo itinerante de trabajo independientemente del número de localidades y municipios en cobertura; ya que es frecuente que las rutas de una unidad médica móvil puedan llegar a brindar servicios en más de un municipio.

| Año | Monto total (Pesos) |
|--------------|---------------------------|
| 2007 | \$295,829,033.90 |
| 2008 | \$174,985,102.39 |
| 2009 | \$372,705,771.12 |
| 2010 | \$321,280,727.89 |
| 2011 | \$370,717,031.11 |
| 2012 | \$362,234,860.57 |
| 2013 | \$449,576,902.24 |
| 2014 | \$437,879,117.49 |
| 2015 | \$358,667,444.20 |
| Total | \$3,143,875,990.91 |

Recursos Transferidos a los estados vía Convenio.
Fuente: DGPLADES

Financiamiento por parte del Seguro Popular

La Comisión Nacional de Protección Social en Salud paga por los servicios ofrecidos a través del Programa Unidades Médicas Móviles a los afiliados al Seguro Popular a través de una cápita por persona afiliada atendida por el Programa conforme a su capacidad resolutive.

Los recursos que proporciona el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) al Programa, son para financiar las necesidades para la operación propia de las unidades médicas móviles (medicamentos, material de curación, uniformes, mantenimiento de las unidades médicas móviles, gasolina, llantas, etc...) y que consiste en establecer una cápita anual por persona por el número de intervenciones del CAUSES que las unidades médicas móviles proporcionan directamente a la población beneficiaria del Programa afiliada al SPSS.

| Financiamiento del Seguro Popular 2010-2015 (Pesos) | | | | | | |
|---|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|-------------------|
| ESTADO | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
| Aguascalientes | 3,390,000 | 3,230,000 | 1,000,000 | 1,600,000 | 2,500,343 | 2,500,000 |
| Baja California | | 6,761,496 | 8,806,409 | 9,023,417 | 6,492,569 | |
| Baja California Sur | 1,331,188 | 2,206,372 | 2,489,784 | 4,741,113 | 4,664,570 | 1,418,774 |
| Campeche | 8,826,392 | 11,037,586 | 10,128,461 | 10,415,078 | 10,912,041 | |
| Coahuila | 2,643,913 | 4,026,136 | 4,492,786 | 4,686,574 | 4,979,268 | |
| Colima | 1,855,687 | 3,106,634 | 3,275,437 | 4,113,858 | 3,645,962 | 1,170,443 |
| Chiapas | 17,031,692 | 28,207,774 | 30,413,111 | 58,451,957 | 53,000,272 | |
| Chihuahua | 3,000,000 | 8,405,614 | 9,510,267 | 10,486,828 | 12,113,185 | |
| Distrito Federal | 1,051,570 | 1,568,630 | 4,200,000 | 4,714,655 | 7,369,950 | 2,464,659 |
| Durango | 7,231,725 | 21,597,888 | 17,090,275 | 17,672,755 | 22,034,129 | |
| Guanajuato | 5,573,602 | 12,445,024 | 13,947,760 | 14,201,017 | 16,291,190 | 15,829,756 |
| Guerrero | 10,303,632 | 33,558,617 | 40,630,316 | 53,245,109 | 53,245,107 | |
| Hidalgo | 20,804,096 | 18,225,908 | 17,661,660 | 11,314,172 | 9,891,526 | |
| Jalisco | 2,567,956 | 9,188,612 | 6,067,837 | 270,497 | 10,845,428 | |
| México | 11,024,981 | 20,835,728 | 23,532,930 | 20,422,032 | 33,991,650 | |
| Michoacán | 7,503,985 | 11,729,058 | 15,435,050 | 15,803,220 | 11,496,030 | |
| Morelos | 4,890,159 | 7,628,627 | 8,094,734 | 7,487,155 | | |
| Nayarit | 4,567,246 | 7,904,612 | 7,904,613 | 7,904,613 | | |
| Nuevo León | 4,002,820 | 7,249,544 | 5,306,892 | 3,807,186 | 4,245,489 | |
| Oaxaca | 14,393,509 | 32,379,264 | 41,255,333 | 45,197,961 | 52,926,332 | |
| Puebla | 18,268,777 | 37,442,751 | 36,499,256 | 29,571,196 | 31,838,260 | 11,590,261 |
| Querétaro | 4,000,000 | 10,225,511 | 23,920,876 | 25,704,522 | 21,746,520 | 13,719,000 |
| Quintana Roo | 562,918 | 17,675,601 | 14,512,021 | 14,968,012 | 15,821,324 | |
| San Luis Potosí | 1,418,748 | 2,918,466 | 2,650,478 | 2,084,931 | 1,987,917 | 2,196,516 |
| Sinaloa | 9,992,258 | 9,802,374 | 18,000,000 | 18,500,000 | 18,500,000 | |
| Sonora | 4,992,698 | 2,162,445 | 2,583,980 | 3,543,880 | 6,000,000 | |
| Tabasco | 10,423,715 | 14,828,075 | 28,351,926 | 29,505,276 | 30,169,887 | 5,881,666 |
| Tamaulipas | 1,430,487 | 7,423,982 | 7,910,740 | 8,013,339 | 7,972,376 | 2,328,457 |
| Tlaxcala | 18,000,000 | 18,125,857 | 19,748,633 | 22,513,295 | 16,903,010 | |
| Veracruz | 17,479,560 | 31,545,284 | 36,857,940 | 34,665,065 | 36,275,520 | 10,825,344 |
| Yucatán | 8,591,332 | 12,471,014 | 12,346,975 | 12,133,873 | 12,675,808 | 4,436,592 |
| Zacatecas | 15,348,382 | 23,516,518 | 25,598,679 | 26,826,438 | 28,793,437 | 8,445,940 |
| TOTAL | 242,503,029 | 439,431,004 | 500,225,159 | 533,589,025 | 549,329,099 | 82,807,409 |

Fuente: Libro Blanco 2010, 2011 y 2012, DGPLADES: 2013, 2014 y 2015 con corte al mes de julio.

Situación Financiera actual del Programa Unidades Médicas Móviles

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

- Recursos derivados del PEF, para transferirse vía subsidio a las entidades federativas, a través de convenios de colaboración
- Respecto del ejercicio 2014, cabe señalar que la SHCP en el último trimestre del año, realizó una reducción líquida afectando el pago de sueldos y aguinaldo de 8 entidades federativas (Coahuila., Colima., Chiapas., Puebla., San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora y Veracruz); entidades a las cuales a la fecha no se les ha podido radicar su recurso.

- Respecto del ejercicio 2015, es importante mencionar que el presupuesto autorizado de origen presenta un déficit de 165.2 mdp, aunado al hecho de que en el mes de febrero, la SHCP realizó un ajuste para el control presupuestario de 18.7 mdp; adicional a la reducción presupuestal en el gasto de inversión por 60 mdp.

Recursos asignados al Programa por la Comisión Nacional de Protección de Social en Salud (CNPSS):

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

Evolución del Programa Fortalecimiento de Redes de Servicios de Salud

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

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

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

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

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

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

Fuente: DGIS

Como puede observarse, desde 2011 ha descendido el ejercicio del gasto para este programa, así como la cantidad de recursos aprobados. En ese sentido, las transferencias de recursos que se han venido realizando en el marco del Programa Presupuestario U006, Fortalecimiento a las Redes de los Servicios de Salud han sido cada vez menos importantes y con menor impacto, sobre todo si observamos el declive a partir del ejercicio 2012 en el que se ejerció únicamente el seis por ciento del recurso aprobado para ese año.

A partir de entonces, la asignación de los pocos recursos que se cargaron a este programa, se ha dirigido al desarrollo de infraestructura en algunas entidades federativas y a gastos operativos de unidades médicas. La Unidad de la Secretaría de Salud que se ha encargado de la gestión y realización de las transferencias es la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud.

En 2014, se aprobaron un total de 364 millones de pesos, de los cuales se ejercieron sólo 100, en acciones distintas al programa. En el reporte de la Matriz de Indicadores de Resultados del ejercicio 2014, se asienta esta situación: “No se llevaron a cabo transferencias de recursos a entidades federativas, debido a que las instancias de la Secretaría de Salud a las que se les asignaron recursos en este Programa Presupuestario, reportan que éstos no serán ejercidos en el Pp U-006 durante el ejercicio fiscal 2014...”²

Sin embargo, para el 2014 se ejercieron 100 millones de pesos dirigidos a “Fortalecer la Oferta de los Servicios de Salud en el Estado de Nuevo León y de manera particular para Infraestructura y Equipamiento del Hospital Tierra y Libertad en Monterrey, Nuevo León”³.

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

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

Para el caso del año 2014, se cuenta con un convenio entre la Secretaría de Salud, por medio de la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud y el gobierno estatal de Nuevo León a través de la Secretaría de Salud Estatal. En éste se determina el tipo de inversión y sus características específicas, así como metas, calendario y mecanismos de seguimiento y evaluación. Así mismo se transfirieron 60 mdp al Programa Unidades Médicas Móviles (antes Caravanas) para complementar la operación del mismo.

² Tomado de Reporte 2014, *Avance en los Indicadores de los Programas presupuestarios de la Administración Pública Federal*, en <http://www.sistemas.hacienda.gob.mx/ptpsed/datosProgramaLlave.do?id=12U006>

³ Convenio específico de colaboración en materia de transferencia de recursos presupuestales federales DGPLADES-FOROSS-CECTR-01/14

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

- Conclusiones que dejen de manifiesto la necesidad de fortalecer la política pública, lo cual será abordado a través del Pp creado o modificado.

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

- El Programa se ha posicionado como la estrategia nacional de atención itinerante con sentido de equidad, respeto a la diversidad intercultural y a los usos y costumbres de las comunidades indígenas, asimismo, y de acuerdo con el Decreto por el que se establece la Cruzada contra el Hambre, el programa orienta su crecimiento a los municipios ahí priorizados.
- Ha contribuido a alinear, organizar, integrar, unificar criterios y reorganizar las acciones de acercamiento de servicios de salud hacia las localidades que se ubican en zonas marginadas, en condiciones de aislamiento y bajo índice de desarrollo humano, a través de unidades médicas móviles y equipos de salud itinerantes capacitados en la práctica médica efectiva y la medicina basada en evidencias, y que al cabo se integren como un elemento más de la REDESS.
- Ha contribuido a disminuir la desigualdad social mediante la garantía del ejercicio universal del derecho a los servicios de salud. En este contexto, el término “universal” tiene dos significados: cubrir a todos y hacerlo sin ningún tipo de discriminación.
- Ofrecer servicios de salud: prevención, promoción, control y atención médica y odontológica de calidad, aplicando tecnología médica de vanguardia a las comunidades y grupos vulnerables.
- Incorpora unidades médicas móviles que atiendan contingencias, urgencias epidemiológicas y desastres naturales para la atención de la población afectada, en coordinación con instituciones y dependencias de la administración pública federal, estatal, municipal y local.
- A través de unidades médicas móviles y equipos de salud itinerantes, se integra a la red nacional de servicios de atención itinerante, lo cual contribuye a la ampliación de la cobertura de atención y al fortalecimiento de la capacidad resolutoria, acercando más y mejores servicios de salud a la población.
- El Programa coadyuva en la disminución de la mortalidad materna e infantil en los municipios de menor IDH y en las localidades y los municipios de muy alta y alta marginación y de la Cruzada Nacional contra el Hambre en las entidades federativas.
- A través de las unidades médicas móviles se brindan los servicios garantizados en el CAUSES con calidad, seguridad y capacidad, y otros paquetes de servicios de salud orientados a la población objetivo, ya sea beneficiaria o no de algún programa federal: Seguro Popular, Seguro Médico Siglo XXI y PROSPERA.

- El Programa opera en las 31 entidades federativas y el Distrito Federal y atiende a las personas de las localidades que hasta hoy han carecido de acceso regular o fijo de servicios de salud.
- Promueve que la población sin acceso a servicios de salud se afilie o reafilie al SPSS: Seguro Popular y Seguro Médico para una Nueva Generación en las comunidades objetivo del Programa.
- El Programa impulsará la utilización de la tele-medicina en las 31 entidades federativas y el Distrito Federal.
- Contribuye a disminuir los problemas regionales como es la muerte por picadura de alacrán.
- Contribuye a la consolidación de una estructura orgánico-funcional a nivel federal, estatal, jurisdiccional y local que garantice la continuidad y fortalecimiento de la estrategia de atención itinerante a nivel nacional.
- El Programa contribuye a la consolidación de las modalidades y esquemas de financiamiento, con base en la participación activa y corresponsable del sector público, privado y social en su fortalecimiento y continuidad.
- El Programa mantiene una vigilancia permanente para que los recursos financieros, humanos y materiales se canalicen para apoyar los procesos operativos y sea transparente y racional el uso eficiente de los recursos.
- En virtud de que el Pp U006 a la fecha no cuenta con recursos presupuestales, únicamente se están planteando actividades relacionadas con el Pp S200 Unidades Médicas Móviles, independientemente que para el próximo ejercicio fiscal se plantearan recursos para adquisición de unidades médicas móviles y equipamiento. Lo cual se relacionaba con el objetivo del Pp U006.

I. Justificación y alineación

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

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

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

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

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

Forma parte expresa de la Estrategia 2.3.3 Mejorar la atención de la salud a la población en situación de vulnerabilidad, puesto que la misma prevé como una de sus líneas de acción la

de Fomentar el desarrollo de infraestructura y la puesta en marcha de unidades médicas móviles y su equipamiento en zonas de población vulnerable.

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

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

Programa Sectorial de Salud 2013-2018

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

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

- Los indicadores sectoriales a los que contribuirá el Pp.

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

Contribución del Programa FAM a las Metas Nacionales y Objetivos Sectoriales

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

Para ello, es necesario que se cuente con un programa sujeto a reglas de operación, que facilite la transferencia de recursos presupuestarios a las entidades federativas, como se realiza actualmente con el Pp S200, otorgando con ello mayor eficiencia en la operatividad de las acciones antes descritas, con el propósito de fortalecer la atención médica en las zonas

con mayor índice de marginación y con ello contribuir con la Meta Nacional del PND México Incluyente y al objetivo 2.3 “Asegurar el acceso a los servicios de salud”.

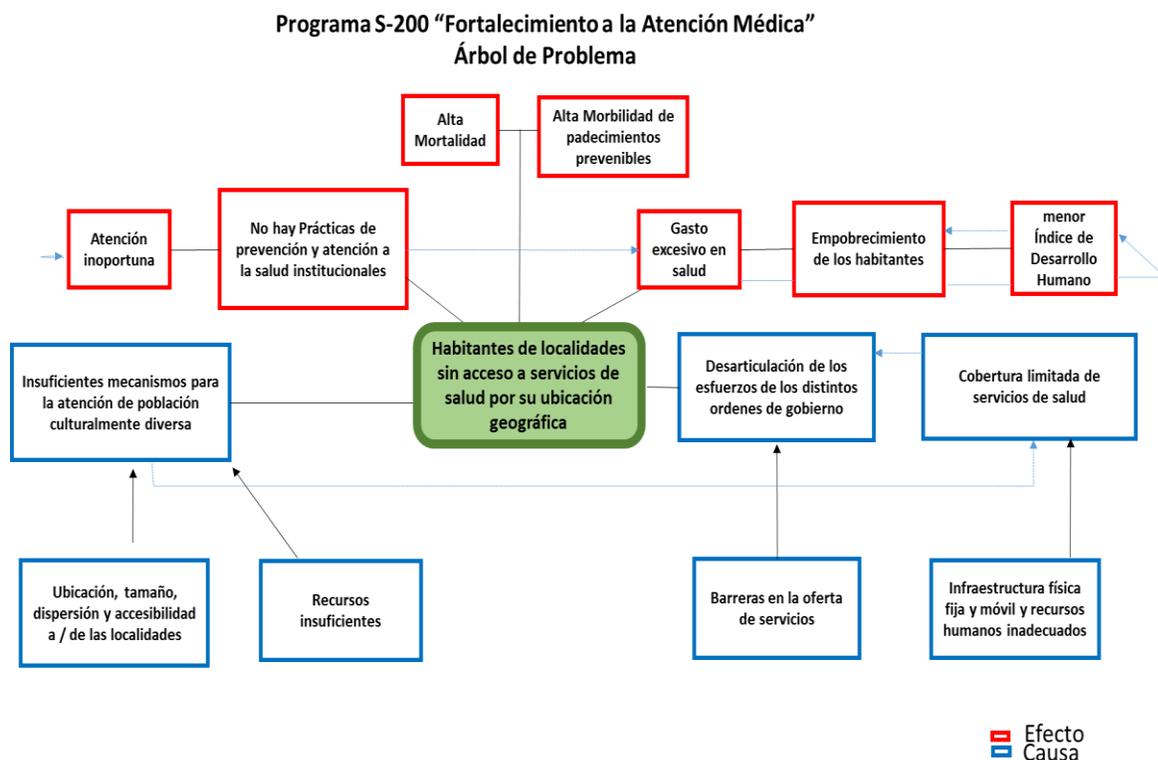
II. Identificación y descripción del Problema

II.1.- Definición del Problema

Descripción concreta del problema o necesidad central de política pública que se pretende atender a través del Pp creado o modificado sustancialmente, resultante de la definición del Árbol del Problema.

La alta morbilidad y mortalidad de los habitantes de localidades aisladas y de difícil acceso se debe, entre otros factores, a la dificultad para acceder a servicios médicos ya que en estas localidad resulta muy complejo y en algunos casos imposible, el establecimiento en el corto plazo de unidades médicas fijas.

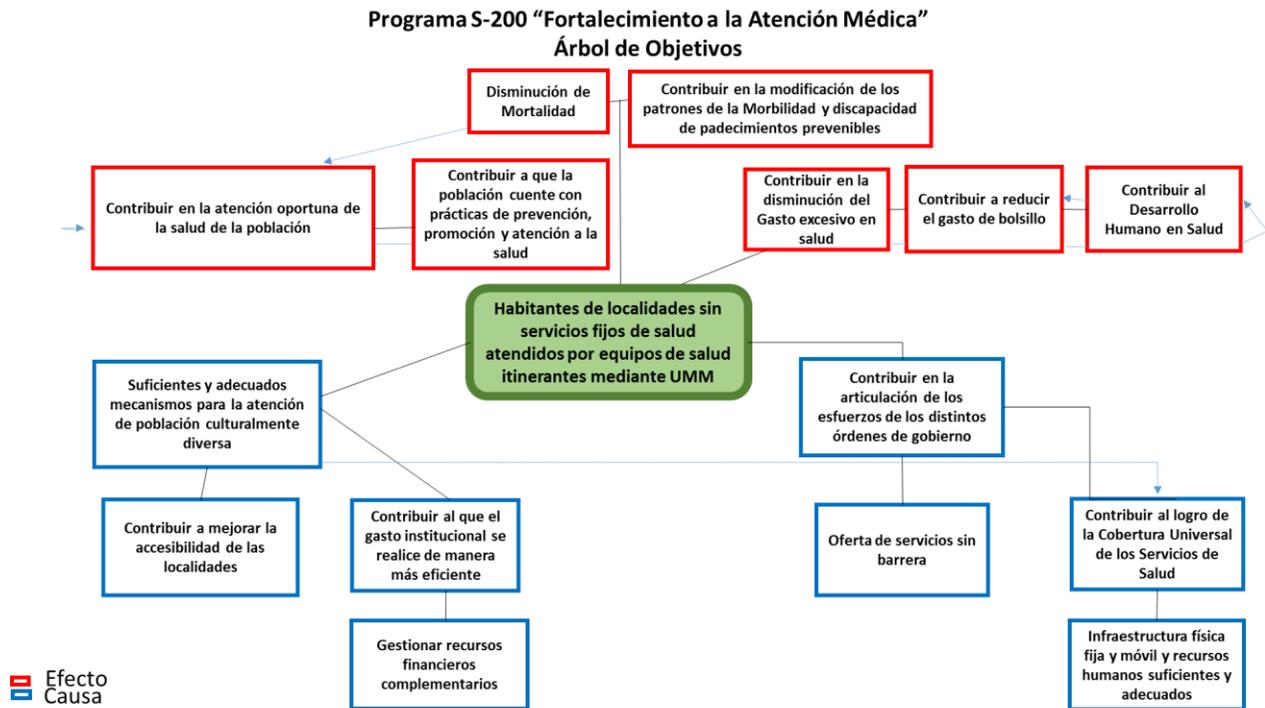
II.2.- Árbol del Problema del Programa S-200 “Fortalecimiento a la Atención Médica”



III. Objetivos del Problema

III.1.- Árbol del Objetivo

Árbol del Objetivo del Programa S-200 “Fortalecimiento a la Atención Médica”



III.2.- Definición de los Objetivos

Determinar el objetivo del Pp creado o modificado, que resulta del Árbol del objetivo, y que se utilizará en el nivel de Propósito de la Matriz de Indicadores para Resultados, así como los objetivos específicos a los cuales habrá de enfocarse el Pp.

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

Objetivo General

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

IV. Cobertura y Focalización

IV.1.- Caracterización y cuantificación de la población potencial del Programa FAM.

Se considera población potencial a la población de localidades sin acceso permanente a servicios de salud por encontrarse a más de 60 minutos de tiempo de traslado al primer contacto de atención, en sus medios habituales.

La población potencial estimada para 2016 es de 2,253,296 la cual será actualizada en cada ejercicio fiscal. (En proceso de actualización)⁴

Con base en el catálogo de localidades INEGI 2010, son localidades sin acceso permanente a servicios de salud por encontrarse en un rango de entre 60 y 90 minutos de tiempo de traslado al primer contacto de atención, en sus medios habituales para acceder a una unidad de Primer Nivel de Atención, de acuerdo a la metodología elaborada por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP).

IV.2.- Caracterización y cuantificación de la población objetivo del Programa FAM.

La población objetivo estimada para 2016 es de 1,585,729 la cual se actualizará cada año, esta cifra corresponde a la población que se prevé atender únicamente con las unidades médicas móviles que operaran con recursos federales. (En proceso de actualización).⁵

Se considera población objetivo a toda la población que cuenta con acceso al primer nivel de atención a la salud a través de una unidad médica móvil, la cual cubre la ruta programada. Dichas unidades médicas móviles son adquiridas con recursos federales.

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

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

⁴ Fuente: DGPLADES. Anexo 6 de los Convenios Específicos de Colaboración en Materia de Transferencia de Recursos Presupuestarios, 2015. (Se considera únicamente a la población que se atenderá con unidades médicas móviles adquiridas con recursos federales)

⁵ Anexo VI, Convenio de Especifico de Colaboración en Materia de Transferencia de Recursos Federales Presupuestarios.

La cartera de servicios de salud que otorgará el Programa es de 154 intervenciones (en procesos de actualización). Adicionalmente, se considerarán las intervenciones que se prestarán a través de los servicios de Telemedicina. Estas intervenciones forman parte del CAUSES 2014 y los tipos de UMM son los siguientes. Los tipos de Unidades Médicas Móviles son tipo 0,1,2 y 3, para mayor detalles de la capacidad resolutive de cada una de los diferentes tipos de UMM, se puede consultar las Reglas de Operación del Programa UMM vigentes públicas en el DOF el 27 de diciembre de 2014.

IV.3.- Padrón de beneficiarios del Programa FAM

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

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

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

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

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

El Programa mantendrá su operación en tres modalidades de atención que son: extensión de cobertura, ampliación funcional de la oferta de servicios, contingencias, conservando las características del Programa UMM previo. Para mayor detalle se puede consultar las Reglas de Operación del Programa UMM vigentes públicas en el DOF el 27 de diciembre de 2014.

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

El Programa focalizará su atención en localidades que no tienen cobertura efectiva de servicios de salud por su ubicación geográfica y dispersión poblacional; adicionalmente a esta condición se tomará en cuenta la situación de alta y muy alta marginación que guarden las

localidades de acuerdo al "Índice de marginación por localidad 2010" y a la ubicación de dichas localidades en municipios de bajo índice de desarrollo humano, de acuerdo con los registros del Consejo Nacional de Población.

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

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

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

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

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

Las intervenciones (CAUSES 2014) se describen de manera general a continuación y se pueden consultar de manera detallada en la página WEB de la DGPLADES

V. Consideraciones para la integración de la Matriz de Indicadores para Resultados del Pp FAM.

El actual Programa S200 cuenta con matriz de indicadores la cual prevalecerá con la fusión, y se modificará en la denominación del Programa, se realizaran cambios en el apartado de clasificación funcional y se incorporará con nivel de actividad un indicador el cual se relaciona con la adquisición de UMM.