



En este capítulo se presentan los procesos a los que se ha dado énfasis en IMSS-PROSPERA durante la presente Administración y el crecimiento alcanzado en su cobertura e infraestructura en un contexto de recursos limitados para inversión y una asignación presupuestal inercial para enfrentar la operación del Programa. Se destacan las ventajas de la colaboración con el IMSS en su Régimen Ordinario y las acciones para sumar a IMSS-PROSPERA a la construcción del Sistema Universal de Salud, reflejadas en un intenso trabajo interinstitucional y en la meta para fortalecer al Programa como prestador de servicios del Seguro Popular que aporte a su sustentabilidad financiera y de garantías de calidad y seguridad a los pacientes.

Destacan los resultados obtenidos a través del Modelo de Atención Integral a la Salud mediante el trabajo conjunto de los equipos de salud y la red comunitaria del Programa: las tendencias descendentes en las tasas de mortalidad de niños e infantes y en la tasa de mortalidad materna que apuntala al cumplimiento de la Meta del Milenio por parte del Programa. También se enfatizan las acciones emprendidas para atender los efectos de la transición epidemiológica: el abatimiento de las enfermedades propias de la pobreza prevalentes en el ámbito de IMSS-PROSPERA y el reto de enfrentar los efectos de los padecimientos crónico-degenerativos.

VIII.1. Antecedentes históricos

Creado hace más de 35 años por el Gobierno Federal y administrado por el Instituto Mexicano del Seguro Social, IMSS-PROSPERA es un Programa que proporciona servicios de salud a los mexicanos que carecen de acceso a los sistemas de seguridad social en comunidades marginadas de nuestro país. Su inclusión en la estructura del IMSS, le ha proporcionado el respaldo y la asistencia técnico-administrativa para fortalecer su capacidad operativa en el territorio nacional y lograr impactos favorables en la salud de los grupos más vulnerables, lo que representa la posibilidad de lograr sinergias y economías de escala en términos de recursos humanos, materiales y procesos administrativos.

El origen del Programa respondió a la preocupación del Estado mexicano por ampliar los servicios de salud a la población no asalariada, aplicando un enfoque de cooperación entre gobierno y sociedad, por lo cual se retomó la práctica de solidaridad social vigente en los pueblos indígenas y campesinos para involucrar y hacer partícipe a la comunidad en el cuidado de su propio bienestar físico. Su primer antecedente se remonta a 1973, cuando se reforma la Ley del Seguro Social para facultar al IMSS a extender su acción a grupos de población sin capacidad contributiva, en condiciones de pobreza y marginación extremas. Derivado de esta reforma, en 1974 se instrumenta el Programa Nacional de Solidaridad Social en el que se establece que, como retribución por el acceso a los servicios, los beneficiarios realizarían aportaciones en efectivo, o bien, trabajos personales en favor de sus propias comunidades.

En 1977 el Ejecutivo Federal crea la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (Coplamar) como parte de una política integral para atender la pobreza. Con el objetivo de acelerar la ampliación de cobertura en salud a las zonas marginadas de México y aprovechar la experiencia adquirida por el IMSS, en 1979 la Presidencia de la República suscribe con éste un convenio de coordinación para el establecimiento de servicios de solidaridad social que derivará en el Programa IMSS-Coplamar. En 1983 se decreta la desaparición de Coplamar asignando al IMSS la administración total del Programa IMSS-Coplamar. Con la creación del Programa Nacional de Solidaridad (Pronasol), en el periodo 1988-1994, el Gobierno Federal retorna a una política de combate a la pobreza extrema en todo el país, lo que propicia el cambio de denominación del Programa IMSS-Coplamar, por IMSS-Solidaridad y el impulso por parte del Programa Nacional de Solidaridad, de la ampliación de servicios de salud a más localidades marginadas. Esta trayectoria es evidencia de la estrecha colaboración de IMSS-PROSPERA con las políticas transversales del Gobierno Federal en materia de combate a la pobreza, lo que ha determinado su evolución y los cambios en su denominación; la más reciente ocurrida en septiembre de 2014, cuando derivado de la transformación del hasta entonces llamado Programa de Desarrollo Humano Oportunidades⁹⁹, se autoriza la identificación del Programa con el nombre de IMSS-PROSPERA.

⁹⁹ El 5 de septiembre de 2014 fue publicado en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el Decreto por el que se crea la Coordinación Nacional de PROSPERA Programa de Inclusión Social, cuyos artículos segundo y tercero transitorios abrogan los diversos por los que se crea y se reforma la Coordinación Nacional del Programa de Educación, Salud y Alimentación como órgano desconcentrado de la Secretaría de Desarrollo Social, publicados en el Diario Oficial de la Federación el 8 de agosto de 1997 y 6 de marzo de 2002, respectivamente.

VIII.2. Cobertura

El Programa tiene presencia en 27 entidades con una cobertura de 11.6 millones de personas que residen en 20,223 localidades —7% del nacional— pertenecientes a 1,472 municipios —60% del nacional—. De esta población 3.9 millones de personas se localizan en comunidades predominantemente indígenas y 7.6 millones habitan en municipios de la Cruzada Nacional contra el Hambre.

La atención que otorga IMSS-PROSPERA se sustenta en el Modelo de Atención Integral a la Salud, que se distingue por impulsar la participación activa de las comunidades beneficiarias para mejorar la salud en los entornos individual, familiar y colectivo, lo que refuerza la atención preventiva y curativa proporcionada por el personal de salud. Esta pluralidad se refleja en los recursos de los que el Programa dispone para otorgar sus servicios:

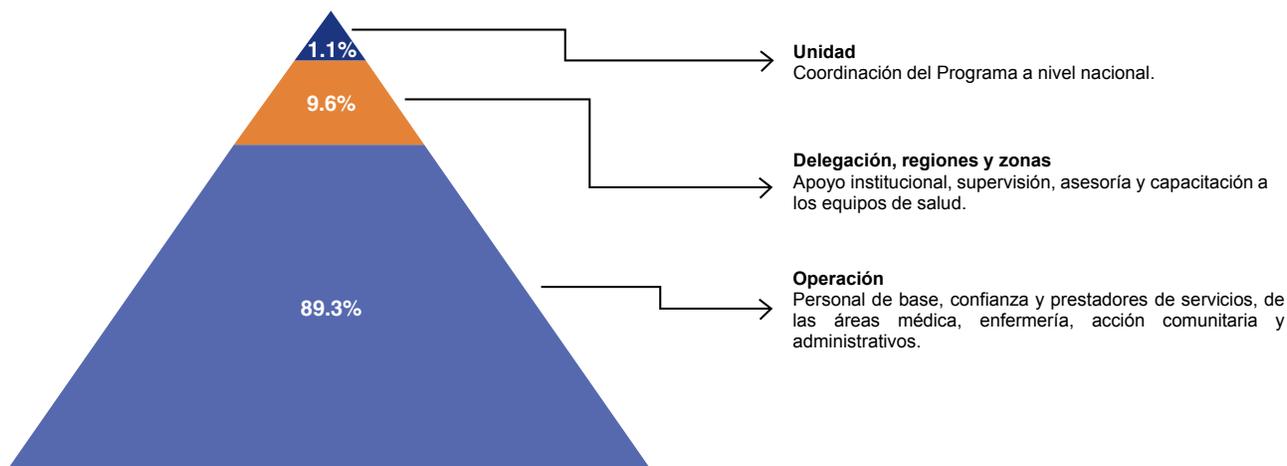
- Una red de más de 24 mil trabajadores, de los cuales casi 90% es personal médico, de enfermería, de acciones comunitarias y administrativos (gráfica VIII.1).

- Una red comunitaria conformada por cerca de 300 mil personas, entre parteras, voluntarios de salud, agentes comunitarios e integrantes de Comités de Salud.
- Más de 4 mil unidades médicas de primer y segundo niveles de atención (gráfica VIII.2).
- 67 albergues comunitarios ubicados en las inmediaciones de Hospitales Rurales, en donde se proporciona alimentación, hospedaje y actividades que fomentan el cuidado de la salud.

Al cierre de 2014 se destacan las siguientes incorporaciones en infraestructura:

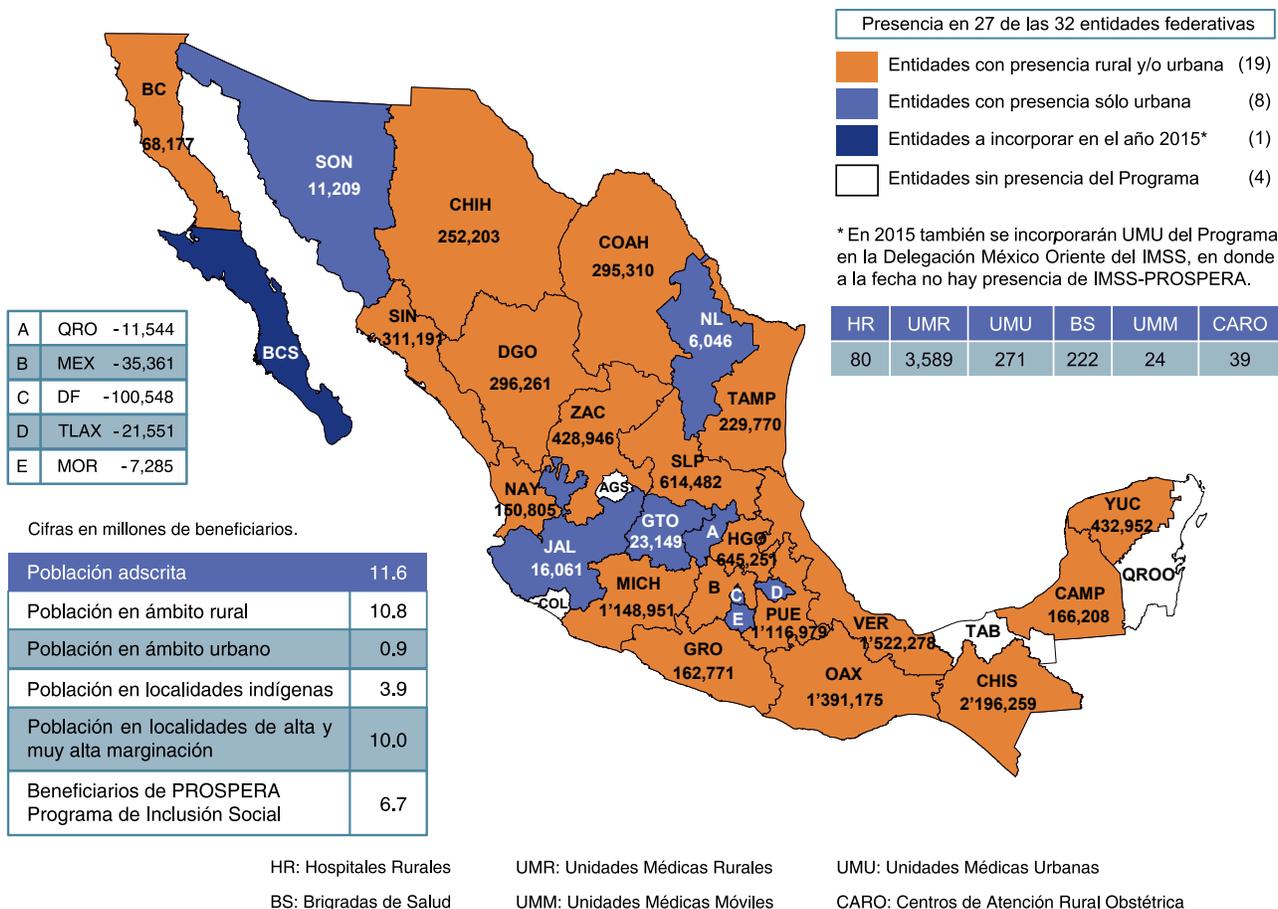
- Nuevo Hospital Rural Santa Catarina de Axtla de Terrazas, operado originalmente por los servicios de salud del Estado de San Luis Potosí, y donado al IMSS en septiembre de 2014. El otorgamiento de servicios en esta unidad iniciará durante el año 2015.
- Inclusión de la figura de Unidades Médicas Móviles para ampliar la cobertura de atención a zonas altamente marginadas, preferentemente indígenas, con escaso o nulo acceso a servicios

Gráfica VIII.1.
Organización de los recursos humanos en IMSS-PROSPERA



Fuente: Unidad del Programa IMSS-PROSPERA.

Gráfica VIII.2.
Organización de los recursos humanos en IMSS-PROSPERA



Fuente: Unidad del Programa IMSS-PROSPERA.

de salud. Estas unidades equiparan sus servicios a los de una Unidad Médica Rural y son atendidas por personal profesionalizado.

- 46 unidades médicas para atender a nuevas familias asignadas por PROSPERA Programa de Inclusión Social¹⁰⁰, que significan el ingreso del Programa a las delegaciones del IMSS en Baja California Sur y México Oriente, donde se carecía de presencia, y la extensión de servicios en Guerrero.

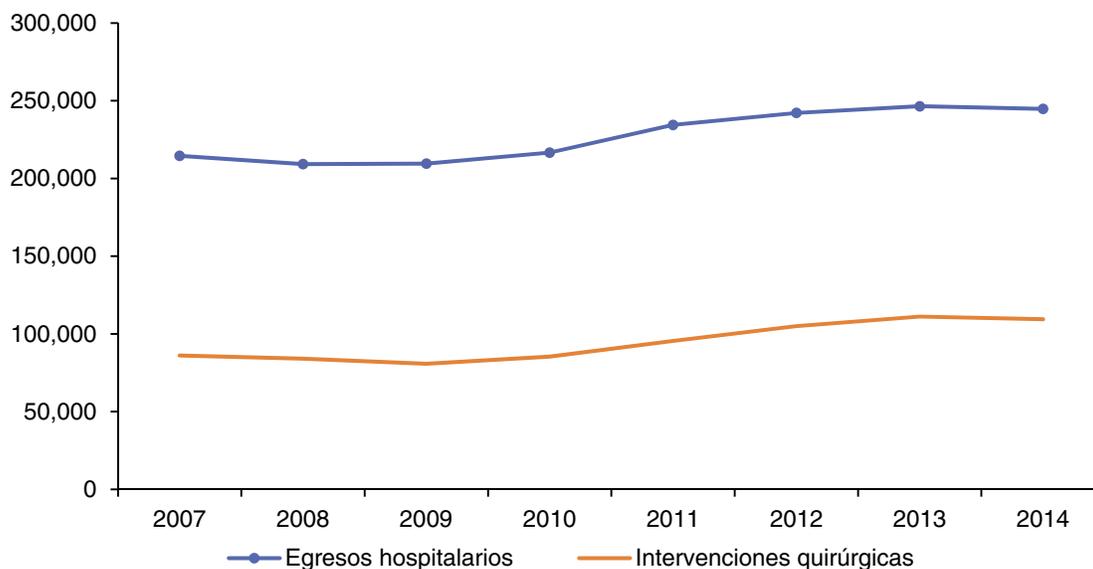
En 2014, con el apoyo de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, se inició un proceso de fortalecimiento a la infraestructura destinada a este sector de la población, que incluyó la adquisición

de 30 Unidades Médicas Móviles, la construcción de 3 nuevas Unidades Médicas Rurales con Centro de Atención Rural al Adolescente, 5 más con Centro de Atención Rural Obstétrica y un Albergue Comunitario. Con recursos propios IMSS-PROSPERA inició la construcción de dos Unidades Médicas Rurales con Centro de Atención Rural al Adolescente.

La capacidad de respuesta del Programa se observa en los resultados de productividad descritos en la gráfica VIII.3. Del total de consultas, 81% fue otorgado en Unidades Médicas Rurales y Urbanas, y 19% en Hospitales Rurales, lo que confirma la vocación de servicio enfocado a la atención primaria en salud.

¹⁰⁰ La formalización de algunas de estas unidades tendrá lugar en 2015.

Gráfica VIII.3.
Egresos hospitalarios e intervenciones quirúrgicas, 2007-2014



Fuente: Sistema de Información en Salud para Población Adscrita, 2007-2014.

Durante 2014 el padrón de beneficiarios del Programa fue sujeto a confrontas a través del Sistema Institucional de Información de Padrones y Programas Gubernamentales, lo que permitió identificar que 71.4% de los beneficiarios (8.3 millones de personas) cuenta con Clave Única de Registro de Población (CURP), y 40% con afiliación al Seguro Popular y PROSPERA Programa de Inclusión Social, respectivamente. Estas confrontas facilitan la identificación de la población atendida en otros programas y sistemas de aseguramiento, lo que ha posibilitado la portabilidad del servicio y eventualmente el traspaso de recursos por concepto de la atención proporcionada.

VIII.3. Financiamiento y capital humano del Programa

El Programa IMSS-PROSPERA está sujeto a reglas de operación y su financiamiento proviene fundamentalmente de dos fuentes: Ramo 19 Aportaciones a Seguridad Social transferido como subsidio por el Gobierno Federal, a partir de la aprobación anual

efectuado en la Cámara de Diputados y plasmado en el Presupuesto de Egresos de la Federación, y Ramo 12 Salud con recursos transferidos por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud para apoyar el otorgamiento del componente Salud a los beneficiarios de PROSPERA Programa de Inclusión Social (antes Programa de Desarrollo Humano Oportunidades).

Los recursos totales recibidos en 2014 ascendieron a 10,712.6 millones de pesos (cuadro VIII.1).

Cuadro VIII.1.
Presupuesto original 2014
(millones de pesos)

Concepto	Importe
Ramo 19	9,319.3
Ramo 12	1,084.3
Convenios con los Servicios Estatales de Salud (Seguro Popular)	
Oaxaca	29.2
Chiapas	100.0
Convenios con la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas	159.1
	16.8
Convenio con la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, relativo al Seguro Médico Siglo XXI	4.0
Total	10,712.6

Fuente: Unidad del Programa IMSS-PROSPERA.

Conforme a las modificaciones y adecuaciones presupuestales que se llevaron a cabo durante dicho periodo (cuadro VIII.2), 65% de los recursos totales se destinó al capítulo de servicios personales, mientras que al capítulo de consumo de bienes se ejerció 19% del total del presupuesto, del cual la mayor parte se utilizó para afrontar el gasto en medicamentos, vacunas y material de curación. El capítulo de conservación contó con 3% del presupuesto y el de servicios generales representó 10%. Con las cifras antes mencionadas se alcanzó 99.9% de ejercicio presupuestal. Esto se traduce en que 87% del presupuesto se ejerce en la atención directa de los beneficiarios y 11% a servicios indispensables para la operación, por lo que sólo es posible destinar menos de 2% para inversión (gráfica VIII.4), monto que en 2014 provino en su mayoría de convenios con otras instituciones. Como se observa en la gráfica VIII.5, el incremento real al presupuesto asignado al Programa a través del Ramo 19 en los últimos tres años, ha sido menor o apenas superior a la inflación, siendo también inferior al incremento contractual de servicios de personal que para 2014 representó 65% del gasto.

A diciembre de 2014 el Programa contó con 24,553 trabajadores (cuadro VIII.3). Destaca la baja proporción del personal administrativo en la plantilla, es decir, menos de 10% del total del personal realiza funciones no sustantivas; este factor se explica por la no duplicidad de puestos de trabajo en las delegaciones donde opera el Programa, ya que gran parte de las funciones administrativas se realiza con el apoyo del personal del Régimen Ordinario del IMSS.

La característica de IMSS-PROSPERA en el ámbito de servicios personales es la participación de becarios y residentes provenientes del propio Instituto en su último año de adiestramiento. Esto se considera un acierto técnico, porque permite la integración de múltiples disciplinas en un equipo de trabajo, y financiero, porque disminuye los costos de operación, ofrece la posibilidad de proporcionar capacitación en servicio a profesionistas que en fechas cercanas se integrarán al trabajo de la institución, además de asegurar la presencia de personal médico calificado en los Hospitales Rurales.

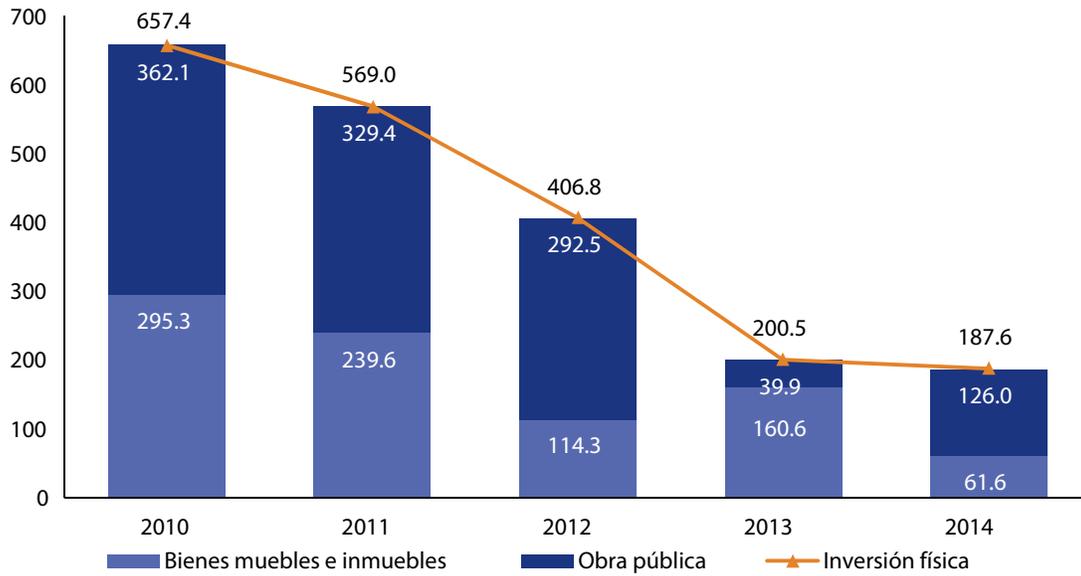
Cuadro VIII.2.
Presupuesto ejercido 2010-2014
(millones de pesos)

Concepto	2010	2011	2012	2013	2014
Servicios de personal	5,048.4	5,685.1	6,292.5	6,698.1	6,975.0
Consumo de bienes	1,505.5	1,538.5	1,909.0	2,034.0	2,072.3
Servicios generales ^{1/}	547.7	634.2	833.3	839.9	1,147.7
Conservación	212.8	277.3	273.2	325.1	322.5
Gasto corriente	7,314.4	8,135.1	9,308.0	9,897.1	10,517.5
Bienes muebles e inmuebles	295.3	239.6	114.3	160.6	61.6
Obra pública	362.1	329.4	292.5	39.9	126.0
Inversión física	657.4	569.0	406.8	200.5	187.6
Total	7,971.8	8,704.1	9,714.8	10,097.6	10,705.1

^{1/} Incluye la prestación y compensación de servicios de salud entre instituciones públicas.

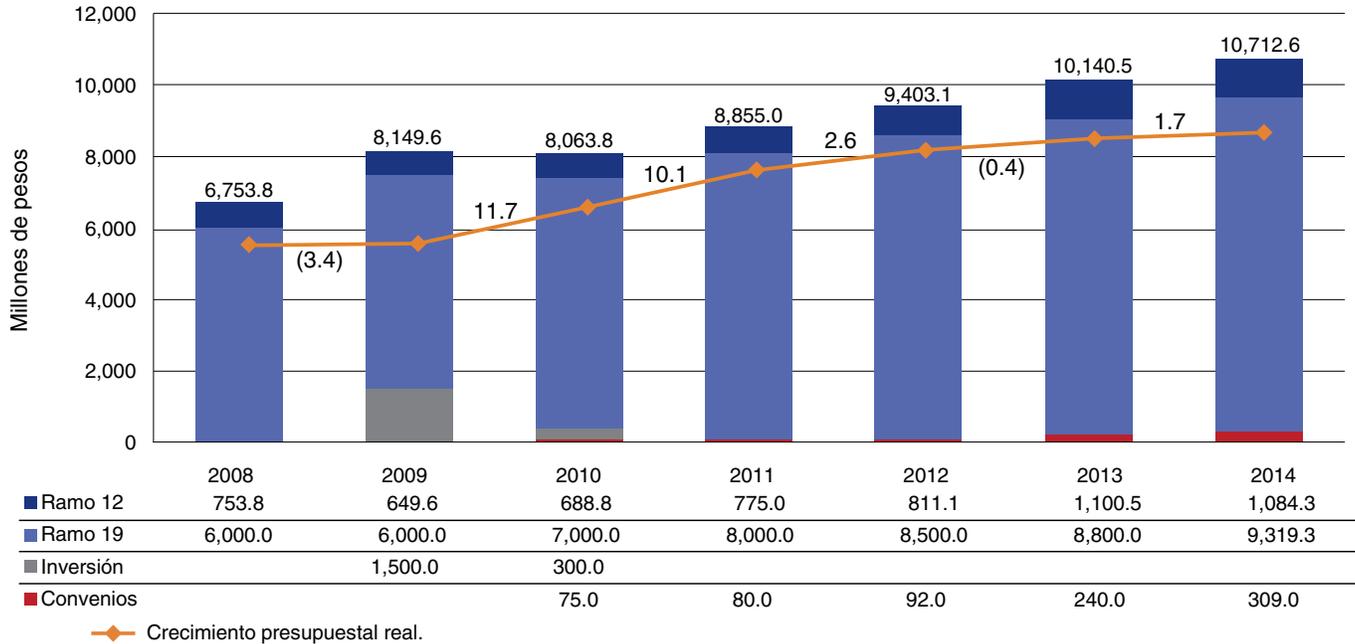
Fuente: Unidad del Programa IMSS-PROSPERA.

Gráfica VIII.4.
Inversión física 2010-2014
(millones de pesos)



Fuente: Unidad del Programa IMSS-PROSPERA.

Gráfica VIII.5.
Presupuesto 2008-2014
(millones de pesos corrientes)



Fuente: Unidad del Programa IMSS-PROSPERA.

Cuadro VIII.3.
Plantilla de personal a diciembre de 2014

Disciplina	Plazas	Porcentaje
Médicos	5,964	24.3
Enfermeras	11,434	46.6
Paramédicos	981	4.0
Administrativos	2,080	8.5
Servicios generales	3,369	13.7
Acción Comunitaria	725	3.0
Total	24,553	100.0

Fuente: Sistema Integral de Administración de Personal, quincena 24/2014.

Acorde con la estrategia instrumentada en el Instituto para fortalecer el vínculo entre atención médica y formación de capital humano destinada a mejorar la calidad de la salud, IMSS-PROSPERA se ha planteado el desarrollo de las competencias de su personal. Lo anterior cobra relevancia al considerar las condiciones de dispersión y lejanía geográfica que limitan el reclutamiento de especialistas en las unidades médicas de IMSS-PROSPERA.

Con el propósito de fortalecer la capacidad resolutoria de sus hospitales, el Programa organiza de manera conjunta con la Coordinación de Educación en Salud del IMSS, el Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social y el respaldo académico del Instituto Politécnico Nacional el curso de posgrado para la formación de especialistas para los Servicios Rurales de Salud. En 2014 inició la sexta generación para la cual se ofertaron 85 becas: 60 de ellas para médicos de base y, por primera vez, 25 para personal médico de confianza, siendo cubiertas un total de 74. A la fecha se han conformado cinco generaciones, la tercera de las cuales concluyó en 2014 con 83 egresados, lo que ha significado la integración de 285 médicos especialistas a 37 unidades hospitalarias de IMSS-PROSPERA para cubrir todos los turnos.

VIII.4. Portabilidad de los servicios y vinculación interinstitucional

El Programa IMSS-PROSPERA establece sinergias con otras instituciones y órdenes de gobierno, con la finalidad de promover la portabilidad y convergencia de sus servicios. Como integrante del Sistema de Protección Social en Salud, desde 2013 este Programa ha fortalecido su desempeño en su calidad de prestador de servicios para la población inscrita en el Seguro Popular con los siguientes avances:

- i) Renovación de vigencia de convenios con la Comisión Nacional de Protección Social en Salud:
 - Seguro Popular en Chiapas y Oaxaca, para la prestación de servicios a las personas afiliadas a dicho sistema que son asignadas a las unidades médicas de IMSS-PROSPERA en esas entidades.
 - Seguro Médico Siglo XXI para el reembolso de recursos por las intervenciones en salud proporcionadas a menores de cinco años en Hospitales Rurales acreditados. En 2014 este Seguro se comenzó a aplicar en 48 hospitales acreditados con la atención a 736 pacientes, lo que significa la posibilidad de recuperar 23 millones 467 pesos; de estos, 4 millones fueron entregados a IMSS-PROSPERA en el ejercicio fiscal 2014.

- ii) Impulso a la acreditación con la garantía de calidad en las unidades médicas de IMSS-PROSPERA lo que permitirá avanzar en el papel de este Programa como un prestador de servicios al Seguro Popular. Se logró la acreditación de 21 Hospitales Rurales y 103 Unidades Médicas Rurales, que junto con los avances obtenidos en 2013, suman un total de 171 establecimientos acreditados. Esto representa un progreso de 86% en unidades hospitalarias y de 2.9% en Unidades Médicas Rurales.

iii) Voz de los ciudadanos. Al representar la participación de las comunidades un rasgo distintivo en el otorgamiento de servicios integrales de salud en IMSS-PROSPERA, en la actual Administración el Programa impulsó la atención a la voz y opinión de su población usuaria a través de la incorporación de proyectos como el Aval Ciudadano. Este mecanismo promueve la participación de los beneficiarios para verificar y dar seguimiento a los servicios y apoyos que se reciben a través del Programa, a fin de que éstos se proporcionen con oportunidad y calidad. La figura del Aval se constituye en el enlace entre las unidades de atención médica y los usuarios de los servicios de salud; a diciembre de 2014 se instalaron 2,509, lo que representa una cobertura de 86% en los Hospitales y Unidades Médicas Rurales. Con apoyo de los propios Avales Ciudadanos, en 2014 la Unidad del Programa aplicó la Encuesta sobre Surtimiento de Medicamentos en 249 Unidades Médicas Rurales de IMSS-PROSPERA susceptibles de ser acreditadas con la garantía de calidad que otorga la Secretaría de Salud, con un margen de confianza de 95%. Entre los resultados obtenidos destaca que en materia de prescripción 97 de cada 100 usuarios que asisten a consulta a las Unidades Médicas Rurales reciben una receta, y en materia de surtimiento, 84 de cada 100 recetas son surtidas en su totalidad.

iv) Promoción de afiliación al Seguro Popular, para que en las unidades médicas del Programa se impulse la incorporación de los beneficiarios de IMSS-PROSPERA a dicho esquema de aseguramiento. La población usuaria del Programa que se encuentra afiliada al Seguro Popular creció de 5.2 a 5.4 millones de personas (cuadro VIII.4).

Cuadro VIII.4.
Consultas otorgadas a población con Seguro Popular
(cifras en millones)

Concepto	2010	2011	2012	2013	2014
Beneficiarios	0.5	1.4	1.8	5.2	5.4
Consultas otorgadas	1.1	2.6	3.5	4.3	5.7

Fuente: Unidad del Programa IMSS-PROSPERA.

En el carácter de prestador de servicios a otras instituciones del Sector Salud, también se suscribió el Convenio de Colaboración para el Intercambio de Servicios de Atención Médica con el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), cuyo objeto es que a través de los hospitales del Programa en Oaxaca se atienda a los derechohabientes de esa institución, en las localidades donde ésta no cuente con infraestructura.

Otro ámbito de colaboración sustantiva es el que se mantiene con las Secretarías de Desarrollo Social (SEDESOL) y de Salud para otorgar las intervenciones del Componente Salud a aproximadamente 1.6 millones de familias beneficiarias de PROSPERA Programa de Inclusión Social, quienes deben dar cumplimiento a los esquemas de corresponsabilidad –entre ellos, el de salud– a efecto de mejorar sus condiciones de vida. Derivado de que PROSPERA Programa de Inclusión Social asignó a IMSS-PROSPERA la atención de 126 mil nuevas familias para otorgarles el Componente Salud, en 2014 comenzaron a operar 46 nuevas unidades médicas que darán cobertura a casi la mitad de dicha población.

La sinergia con la Secretaría de Desarrollo Social, también se ha fortalecido con la participación de IMSS-PROSPERA en la Cruzada Nacional contra el Hambre, en donde el Programa suma su apoyo a la población con rezagos en materia de nutrición y de acceso a servicios de salud, con la infraestructura

existente en 675 de los 1,012 municipios que abarca la Cruzada (cobertura de 66.7%). Como apoyo a dicha estrategia y derivado de la elevada vulnerabilidad a que están sujetos los adultos mayores, asociada con las características de marginación y pobreza imperantes en las comunidades que atiende IMSS-PROSPERA, en 2014 comenzó a operar el proyecto Nutrición al Adulto Mayor, cuyo propósito es elaborar un diagnóstico de la problemática que aqueja a este sector de la población y, con base en ello, orientar las acciones de salud del Programa tendientes a mejorar su calidad de vida. En apoyo a este proyecto se está conformando la denominada red comunitaria de Cuidadores de Adultos Mayores (REDCAM), mediante la cual un adolescente se compromete a dar acompañamiento a un adulto mayor para mejorar su alimentación y sus actividades físicas y recreativas. Al cierre de 2014 se integraron 1,963 beneficiarios, quienes reciben atención para el diagnóstico de salud, son derivados a la unidad médica en caso necesario y son monitoreados por un adolescente.

Debido a la proporción importante de población indígena que atiende IMSS-PROSPERA, una línea de trabajo a la que se ha dado particular énfasis es la cobertura con infraestructura a este sector. Derivado del convenio de coordinación celebrado con la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, durante 2014 dicha Comisión aportó 175.8 millones de pesos para nueva infraestructura destinada a regiones con población mayoritariamente indígena y cuya operación corre a cargo de IMSS-PROSPERA (cuadro VIII.5). Mediante las Unidades Médicas Móviles se prevé acercar servicios de primer nivel de atención a casi 130 mil indígenas, en 42 municipios y 265 localidades. También como parte del fortalecimiento a la prestación de servicios para la población indígena, se dio continuidad al despliegue del Enfoque Intercultural en Salud con capacitación a aproximadamente 6,000 trabajadores, y se elaboró el Censo para conformar el Catálogo Nacional de Médicos Tradicionales con el registro de 2,364 personas.

Cuadro VIII.5.
Infraestructura financiada con recursos de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas 2014

Delegación IMSS	Tipo de infraestructura				Subtotal por Delegación
	UMR con CARA ^{1/}	UMR con CARO ^{2/}	Unidad Médica Móvil	Albergue Comunitario	
Chiapas	-	-	2	-	2
Chihuahua	-	-	-	1	1
Guerrero	-	3	10	-	13
Hidalgo	2	-	4	-	6
Michoacán	1	1	10	-	12
Puebla	-	-	2	-	2
San Luis Potosí	-	1	2	-	3
Total	3	5	30	1	39

^{1/} CARA: Centro de Atención Rural al Adolescente.

^{2/} CARO: Centro de Atención Rural Obstétrica.

Fuente: Unidad del Programa IMSS-PROSPERA.

En materia de coordinación con otros órdenes de gobierno, destaca la colaboración con los municipios cubiertos por IMSS-PROSPERA, a través de la suscripción de convenios de corresponsabilidad. En 2014 se firmaron 128 de estos instrumentos jurídicos (8.7% del total de municipios cubiertos) que se traducen en el compromiso de los ayuntamientos para aportar recursos municipales destinados principalmente a: i) apoyar el traslado de embarazadas a unidades hospitalarias de IMSS-PROSPERA y con ello contribuir al abatimiento de casos de muerte materna; ii) mejorar la infraestructura local (drenaje y abasto de agua potable) y el saneamiento ambiental, lo que representa la eliminación de riesgos y enfermedades potenciales, y iii) mejorar la infraestructura médica y albergues comunitarios del Programa, con lo cual se fortalecen las condiciones de calidad y seguridad en los servicios.

IMSS-PROSPERA continuará fortaleciendo su identidad con la finalidad de aportar a la construcción de un sistema universal de salud en el que quede inscrita la población que más lo necesita. En ese sentido, seguirá trabajando en la convergencia con otros esquemas de salud, para lo cual fortalece su Padrón de Beneficiarios con la obtención de claves de identidad y reconocimiento de la población atendida que permitan efectuar cruces con otros padrones gubernamentales, favorecer la convergencia de servicios y la recuperación de costos.

Las alianzas en salud seguirán siendo línea central de trabajo para IMSS-PROSPERA, lo que le ha permitido realizar sinergias en favor de su población objetivo, garantizar la sustentabilidad financiera y ampliar la cobertura en las zonas geográficas que más lo necesitan, particularmente en las regiones indígenas. Por ello, se buscará incrementar el número de familias que se atienden de PROSPERA Programa de Inclusión Social, para

mantenerse como el prestador más importante de servicios. También se renovarán los convenios existentes con el Seguro Popular y se ampliarán a otras entidades federativas, con la finalidad de recibir la contraprestación por los servicios otorgados a sus afiliados; un énfasis especial se dará a la atención de menores de 5 años en el marco del convenio suscrito con el Seguro Médico Siglo XXI, con lo que se espera alcanzar una cobertura de 90% en los hospitales del Programa. Con los gobiernos estatales y municipios se continuarán suscribiendo alianzas que favorezcan la mejora de infraestructura y servicios que inciden en la salud de la población y la colaboración para la mejora y conservación de nuestras unidades médicas. También se continuará contribuyendo al logro de los objetivos planteados en estrategias federales transversales como la Cruzada Nacional contra el Hambre y el Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y No Discriminación contra las Mujeres 2013-2018 (PROIGUALDAD). Paralelamente, se continuará el proceso de acreditación y certificación que ha permitido dignificar a nuestros establecimientos médicos e incorporarlos a las pautas de operación marcadas por el Sector Salud.

VIII.5. Servicios integrales de salud

A lo largo de casi cuatro décadas de trabajo ininterrumpido IMSS-PROSPERA ha demostrado ser el Programa del Gobierno Federal con más probada experiencia en la atención a la salud de las comunidades marginadas e indígenas de nuestro país. No obstante los cambios en su denominación, ha logrado mantener su concepción original de trabajo: una vinculación directa con la población a la que atiende a través de la conformación de estructuras de apoyo y alianzas con voluntarios de salud provenientes de la propia comunidad, y un modelo de salud centrado en la atención primaria con un fuerte soporte en el primer nivel de atención.

Esta vocación preventiva del Programa ha tenido frutos en el mantenimiento de una tendencia discretamente descendente en las tasas de mortalidad infantil, como producto de la prioridad que se ha dado a la vacunación y la nutrición; así como en la reducción de la tasa de muerte materna que coloca al Programa en la ruta de cumplimiento de la Meta del Milenio. Entre los mayores retos se encuentran los riesgos de salud asociados a la adolescencia, en particular el embarazo temprano; el abatimiento de las enfermedades propias de la pobreza que aún persisten en la población que atiende el Programa a partir de factores multicausales, y frente al crecimiento de enfermedades derivadas de la transición epidemiológica, lograr que la atención primaria sea un mecanismo efectivo de contención a la complicación.

VIII.5.1. Atención a la niñez

La vacunación universal es una de las intervenciones de Salud Pública representativa por excelencia de la prevención y un claro ejemplo de equidad inmunológica para la población infantil de IMSS-PROSPERA, mediante la cual se aplican todas las vacunas del esquema básico establecido por el Sector Salud. Durante 2014, fueron ejercidos más de 700 millones de pesos en la adquisición de biológicos, inversión con la que se aplicaron más de 8.5 millones de dosis de vacunas (cuadro VIII.6).

Cuadro VIII.6.
Dosis de vacunas aplicadas 2010-2014
(cifras en millones)

Concepto	2010	2011	2012	2013	2014
Dosis esquema básico	2.4	3.1	3.2	3.0	3.1
Campañas Sabin	1.6	1.6	1.6	1.6	1.7
Total de dosis aplicadas ^{1/}	11.2	11.2	10.2	8.7	8.5

^{1/} Incluye vacunas que se aplican a otros grupos de riesgo: Td (tétanos y difteria), Tdpa (tétanos, difteria y pertussis acelular), doble viral, VPH (virus del papiloma humano), Anti-neumocócica 23 valente, Anti-influenza y Anti-hepatitis B.

Fuente: Unidad del Programa IMSS-PROSPERA.

La disminución en el total de dosis aplicadas es atribuible a cambios en las políticas de vacunación a grupos de riesgo diferentes al de la infancia; por ejemplo, la vacunación contra la hepatitis B y doble viral en adolescentes, cuya aplicación era indiscriminada, y a partir de 2013 se indicó sólo a quien no hubiera recibido todas sus vacunas en la niñez. Por su parte, la disminución en las dosis del esquema básico entre 2013 y 2014 se atribuye a un mejor ejercicio de planeación y concertación del Sector Salud, que ha implicado ejercicios de identificación más precisos de la población de cada institución para la aplicación de los biológicos en su ámbito de responsabilidad. Aunado a ello, en este lapso se registraron desfases e incumplimiento de entrega de algunos biológicos por parte de proveedores, como es el caso de la vacuna anti-hepatitis B, anti-rotavirus, pentavalente acelular y BCG.

La red comunitaria sumó su apoyo con la derivación de casi 505 mil personas sin vacunar a unidades médicas para la aplicación de los biológicos correspondientes, lo que contribuyó a la no ocurrencia de brotes de enfermedades prevenibles por vacunación y a mantener la erradicación y eliminación de la poliomielitis y el sarampión. Durante este periodo se amplió a todas las unidades médicas urbanas, el esquema completo de vacunación con 15 nuevas intervenciones al Paquete Básico Garantizado para los beneficiarios de PROSPERA Programa de Inclusión Social. También se programó la vacuna de la influenza en los biológicos prioritarios: en la temporada invernal 2013-2014 la meta se cumplió en 105.5% con la aplicación de 2.7 millones de dosis; y en la temporada invernal 2014-2015 se logró un avance de 98.1% con la aplicación de 2.8 millones de dosis al 30 de marzo de 2015.

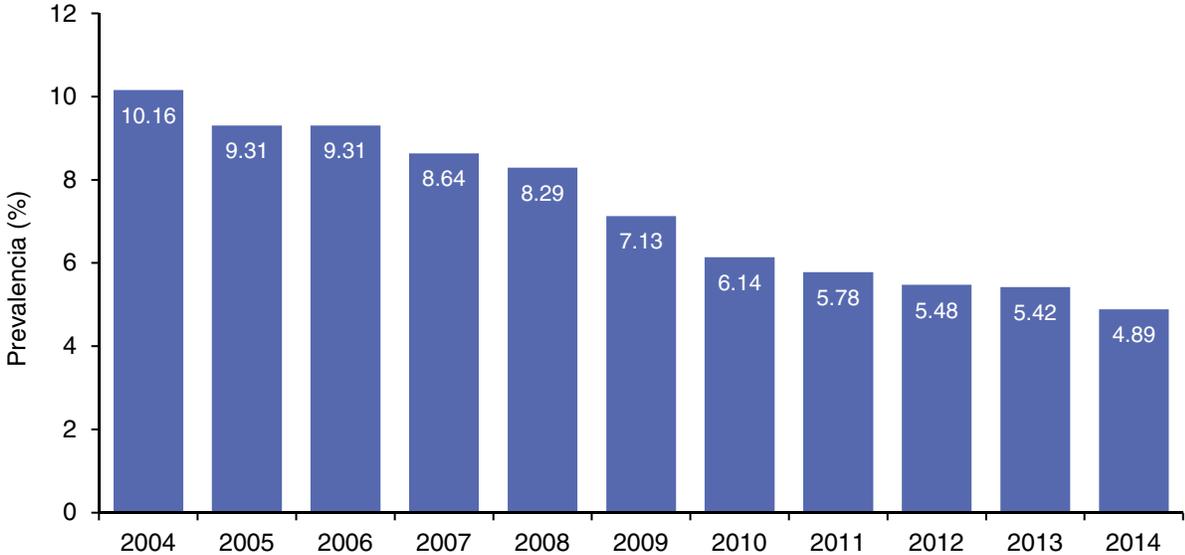
Las acciones de promoción de la salud, tales como las sesiones de orientación alimentaria a madres de niños menores de cinco años, así como estrategias de asistencia alimentaria focalizadas como la entrega de micronutrientes, permitieron que la desnutrición en niños menores de 5 años de localidades rurales disminuyera significativamente de 10.16% a 4.89%, entre los años 2004 y 2014 (gráfica VIII.6).

El impacto de la atención integral al niño en el ámbito del Programa se ha reflejado positivamente en el abatimiento de la tasa de mortalidad infantil, que disminuyó de 9.35 por mil nacidos vivos en el año 2000, a una tasa preliminar de 7.55 en 2014 (gráfica VIII.7). Este descenso fue resultado de la disminución de –entre otras– las muertes por enfermedades prevenibles por vacunación, así como el tratamiento oportuno de enfermedades metabólicas detectadas a través del tamiz neonatal y la asistencia alimentaria. Actualmente se observa una tendencia estable debido a que no se ha podido impactar en

las defunciones neonatales, para lo cual, además de las acciones en salud pública realizadas, se requiere invertir en calidad de la atención médica durante el periodo perinatal, con la participación de personal altamente especializado como pediatras y neonatólogos, además de contar con equipo médico apropiado (incubadoras y ventiladores, entre otros). Por su parte, la tasa de mortalidad en menores de 5 años también se modificó positivamente al pasar de 10.43 por mil nacidos vivos en el 2000, a una tasa preliminar de 8.86 en 2014 (gráfica VIII.8).

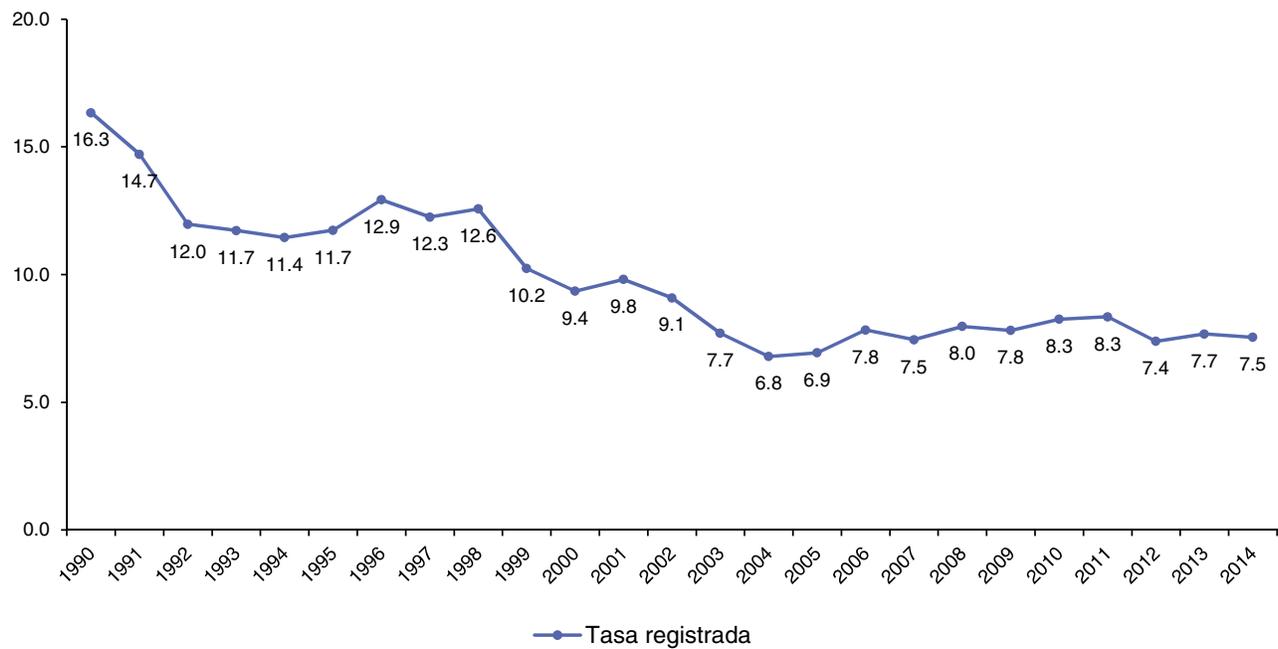
Para fortalecer la calidad de la atención del recién nacido, durante 2014 operaron 30 laboratorios de referencia para enfermedades metabólicas congénitas, donde se procesaron las muestras para el tamiz neonatal ampliado, que incluyen la detección oportuna de padecimientos que ocasionan retraso físico y mental, así como otras secuelas, inclusive la muerte, logrando una cobertura delegacional del tamiz de 95.5% para hipotiroidismo congénito y 77.8% de los recién nacidos vivos para el tamiz neonatal ampliado.

Gráfica VIII.6.
Prevalencia de desnutrición en niños de 5 años (ámbito rural), 2004-2014
 (porcentaje)



Fuente: Sistema de Información en Salud para Población Adscrita Rural, 2004-2014.

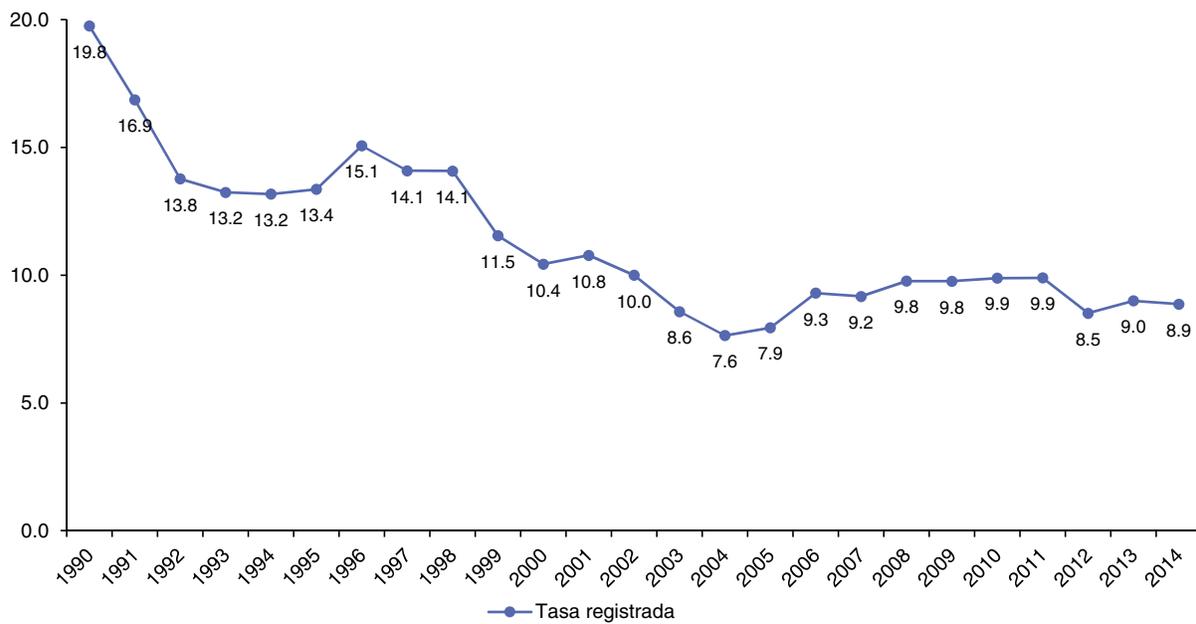
Gráfica VIII.7.
Mortalidad infantil (menor de 1 año) IMSS-PROSPERA, 1990-2014^{1/}



^{1/} Información preliminar, enero a diciembre 2014.

Fuentes: Base de datos Sui-64 (1990-2003) y Sistema de Mortalidad Institucional (2004-2014). Tasa por mil nacidos vivos registrados.

Gráfica VIII.8.
Mortalidad en el menor de 5 años IMSS-PROSPERA, 1990-2014^{1/}



^{1/} Información preliminar, enero a diciembre 2014.

Fuentes: Base de datos Sui-64 (1990-2003) y Sistema de Mortalidad Institucional (2004-2014). Tasa por mil nacidos vivos registrados.

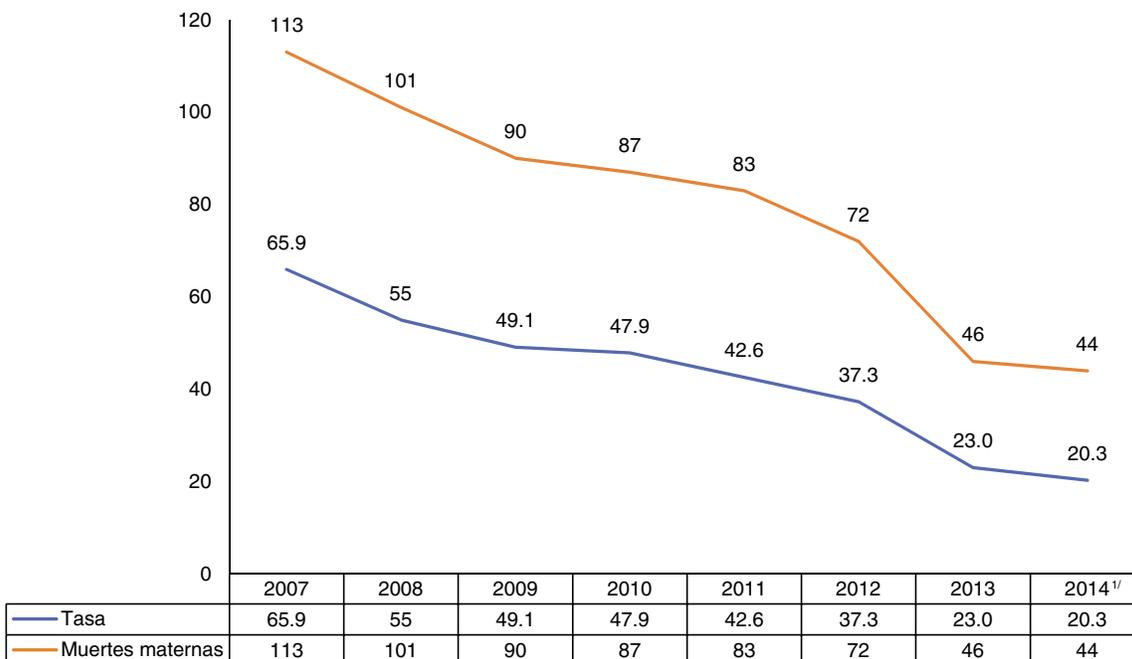
VIII.5.2. Reducción de la muerte materna y atención a la mujer

En el marco del Objetivo del Milenio relativo a la disminución de la tasa de mortalidad materna en 75% entre 1990 y 2015, IMSS-PROSPERA dio continuidad al abatimiento de este problema de salud pública como uno de sus procesos prioritarios. Esto le permitió mantener la tendencia descendente de la mortalidad materna, pasando de 46 defunciones en 2013 a 44 en 2014 (cifra preliminar sujeta a modificación), y de una razón de muerte materna de 23 por 100 mil nacidos vivos estimados por el Consejo Nacional de Población a 20.3 (gráfica VIII.9), lo que coloca al Programa en la ruta para alcanzar la Meta del Milenio en su ámbito de responsabilidad. Estos resultados son posibles, entre otras acciones, a la instrumentación de tres líneas de acción: la focalización en materia de prevención y reducción de los embarazos de alto riesgo; la prevención de complicaciones graves en el embarazo, el parto y el puerperio, y el manejo efectivo y oportuno de las principales urgencias obstétricas.

En el esfuerzo por disminuir los embarazos de alto riesgo, se promovió el incremento de aceptantes de métodos anticonceptivos, quienes entre 2007 y 2014 pasaron de 297.6 mil a 346.7 mil. Del total de mujeres que adoptó alguno de estos métodos, 85 mil lo hicieron posterior a un parto o cesárea, lo que representa una cobertura posparto de 82%. Las acciones de planificación familiar y anticoncepción —en las que la red comunitaria también suma su apoyo, como se detalla en el cuadro VIII.7—, además de contribuir a reducir la mortalidad materna, mejoraron las expectativas de desarrollo de las mujeres y sus familias, manteniendo su derecho a decidir de manera libre, responsable e informada el número de hijos y la etapa para tenerlos.

Respecto a la vigilancia del embarazo y la atención del parto en unidades médicas, durante 2014 se otorgaron 1.3 millones de consultas prenatales a 180 mil embarazadas, lo que mantiene el promedio de 7 consultas prenatales por embarazada en el lapso 2010-2014, dos más que lo establecido en la Norma

Gráfica VIII.9.
Tendencia de la razón de muerte materna IMSS-PROSPERA, 2007-2014^{1/}
(tasa por 100 mil nacidos vivos)



^{1/} La cifra del año 2014 es preliminar, sujeta a modificación.
Fuente: Unidad del Programa IMSS-PROSPERA

Cuadro VIII.7.
Acciones de la Red Comunitaria en apoyo a la planificación familiar, 2012-2014
(cifras en miles)

Año	Consejerías de planificación familiar	Seguimiento a aceptantes de métodos anticonceptivos orales	Derivación de adolescentes con vida sexual activa para la adopción de un método anticonceptivo	Incorporación de mujeres al uso de métodos anticonceptivos	Derivación de adultos a la unidad médica para la adopción de algún método anticonceptivo
2014	268.2	77.0	103.6	29.4	241.9
2013	257.0	79.3	103.3	31.0	239.8
2012	259.3	23.6	88.6	30.7	215.0

Fuente: Sistema de Información en Salud para Población Adscrita 2014.

Oficial Mexicana para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio. Esto permite la identificación y manejo temprano de factores de riesgo materno-fetales y evita el desarrollo de complicaciones potenciales. De estas mujeres embarazadas, 54.9% (99 mil) se incorporó a la vigilancia prenatal durante el primer trimestre de la gestación, lo que significa un logro importante en cuanto a la identificación temprana de riesgos.

En 2014 el personal de salud y las parteras voluntarias de IMSS-PROSPERA atendieron alrededor de 113 mil partos. Como resultado de las acciones de consejería y orientación otorgadas a la población, 104 mil (92.1%) de estos eventos obstétricos fueron atendidos por personal institucional y 7.9% (9 mil), por parteras. La disminución que se observa en los partos atendidos por parteras en los últimos años (gráfica VIII.10) obedece a la prioridad que se ha dado a la atención de partos de manera institucional por personal calificado, como una estrategia para disminuir riesgos en la atención materno-infantil. La red comunitaria también participó en la derivación de embarazadas, mujeres en puerperio y recién nacidos a unidades médicas para su atención (cuadro VIII.8).

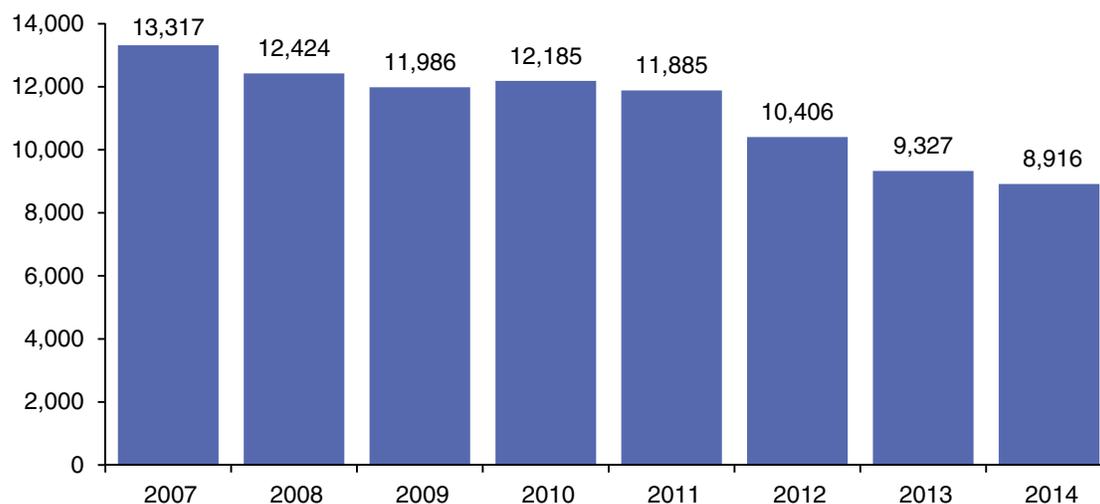
El control médico de las embarazadas se reforzó al dar continuidad al monitoreo del embarazo de alto riesgo a partir de un censo nominal, lo que significó la vigilancia puntual de aproximadamente 45 mil mujeres hasta la resolución de su evento obstétrico.

En el marco de la sinergia institucional establecida con el IMSS mediante el denominado Acuerdo 126¹⁰¹, 1.3 mil embarazadas de IMSS-PROSPERA fueron referidas a unidades hospitalarias del Instituto en su Régimen Obligatorio, quien sumó sus recursos humanos especializados y tecnológicos para salvar la vida de estas mujeres, en un acto de solidaridad y justicia social. De la misma forma, prosiguieron los trabajos con el Instituto Carlos Slim de la Salud para la operación del modelo Atención Materna, Neonatal, Crecimiento y Estimulación Temprana (AMANECE):

- En la zona de servicios médicos de Guachochi, Chihuahua, se conformó la segunda red de Atención Materna, Neonatal, Crecimiento y Estimulación temprana denominada "Teweke" con 51 alumnos, 48 de los cuales (94% de los inscritos) concluyeron el Diplomado en Salud

¹⁰¹ Autorizado por el H. Consejo Técnico del IMSS en marzo de 2006, el Acuerdo 126 permite que las unidades médicas de segundo y tercer niveles del Régimen Obligatorio del IMSS proporcionen atención médica a las embarazadas beneficiarias de IMSS-PROSPERA, en condiciones de riesgo, complicadas o con urgencia obstétrica, atención por la cual el Programa efectúa el traspaso de costos correspondiente.

Gráfica VIII.10.
Partos atendidos por parteras
 (casos)



Fuente: Sistema de Información en Salud para Población Adscrita, 2007-2014.

Cuadro VIII.8.
Acciones de la Red Comunitaria en apoyo a la mujer y al niño, 2012-2014
 (cifras en miles)

Año	Derivación de embarazadas a control prenatal a las unidades médicas	Derivación de mujeres en puerperio a unidades médicas	Derivación de recién nacidos a unidades médicas
2014	278.3	69.2	15.5
2013	279.7	71.4	15.6
2012	281.3	68.0	15.7

Fuente: Sistema de Información en Salud para Población Adscrita 2014.

Materna y Perinatal. Adicionalmente, se entregó la Mochila AMANECE-Net a nueve Unidades Médicas Rurales y el *software* del Sistema de Valoración de Riesgo SIVA AMANECE, para 29 Unidades Médicas Rurales de la red "Teweke".

- En la zona de servicios médicos de San Juanito, Chihuahua (un Hospital Rural y 42 Unidades Médicas Rurales), se implementó la red "Mukiropen" con 122 alumnos que concluyeron el Diplomado en Salud Materna y Perinatal.

Con el propósito de generar en el ámbito de los servicios de salud de IMSS-PROSPERA un enfoque de género, se trabaja en el diagnóstico y desarrollo de sistemas de información e indicadores que permitan delinear acciones en materia de violencia física y sexual, en particular la dirigida a la mujer; promoción de métodos masculinos de planificación familiar y prevención del embarazo en adolescentes. Este proyecto se fortalecerá con un programa de capacitación y sensibilización al personal de salud y la aplicación de los protocolos de atención en los casos de violencia.

VIII.5.3. Salud de los adolescentes

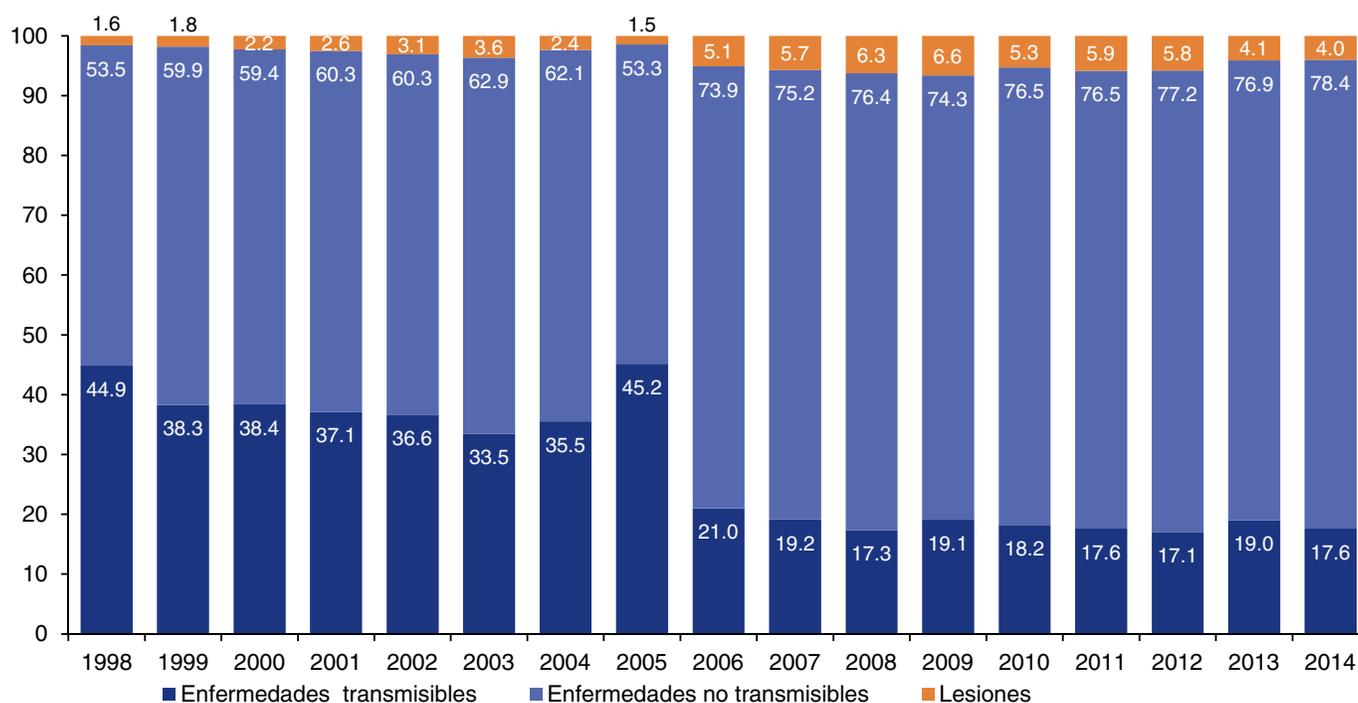
En 2014 continuó la operación de 3,661 Centros de Atención Rural al Adolescente en donde el desarrollo de actividades educativas contribuyó a que 67 mil menores de 20 años aceptaran un método anticonceptivo y a que 50.7 mil adolescentes embarazadas asistieran a control prenatal. Esta última cifra registra una tendencia descendente (5.2% menos) respecto a 2012, cuando se registraron 53.6 mil jóvenes embarazadas. La línea de acción de estos centros continuó fortaleciéndose en los temas de salud sexual y reproductiva, prevención de infecciones de transmisión sexual, sobrepeso y obesidad, violencia y adicciones, por lo cual en el último año se incrementó el número de adolescentes a quienes se les valoró su índice de masa corporal, pasando de 803.4 mil en 2013 a 807 mil en 2014; aunado a la realización de

la Semana Nacional de Salud del Adolescente 2014, cuyo objetivo fue la prevención de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). A través del IMSS, el Programa IMSS-PROSPERA colabora en la estrategia transversal encabezada por INMUJERES para prevenir el embarazo en adolescentes, en cuyo marco se ha destacado el trabajo realizado en los Centros de Atención Rural al Adolescente.

VIII.5.4. Vigilancia epidemiológica, prevención y control de enfermedades

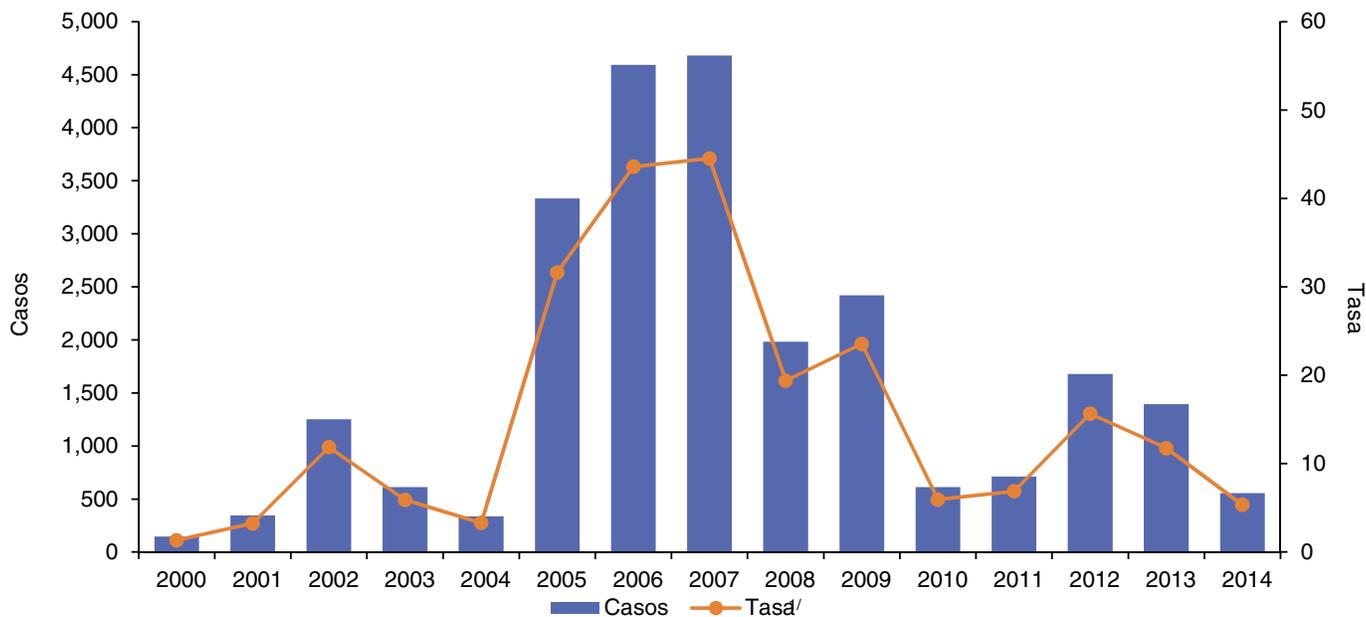
No obstante que la población del medio rural ya enfrenta los efectos de la transición epidemiológica con problemas de salud como diabetes y enfermedades cardiovasculares, aún existen grupos poblacionales donde la pobreza y la marginación determinan la prevalencia de enfermedades como el dengue, el cólera y la tuberculosis (gráfica VIII.11). Las condiciones de marginalidad y el entorno rural de la población atendida por IMSS-PROSPERA son condicionantes para que la vigilancia epidemiológica sea una prioridad, por lo que se ejecutan medidas preventivas y asistenciales. Para 2014 en el ámbito del Programa se confirmaron 555 casos de fiebre por dengue (gráfica VIII.12), 60.2% menos que en 2013 gracias a las acciones de saneamiento básico. Situación similar se observó con la fiebre hemorrágica por dengue, que disminuyó en 67.9%, de 512 a 164 casos confirmados (gráfica VIII.13). Entre el 2012 y el 2013 se incrementaron los casos debido a la circulación simultánea de los cuatro virus causantes de esta enfermedad, especialmente el tipo 3 que se asocia a la forma hemorrágica. A fin de promover la salud y contribuir a la prevención y control de enfermedades como las transmitidas por vector, respiratorias o diarreas, se fomentó la participación de aproximadamente 2.4 millones de familias en la generación de entornos favorables para la salud: vigilancia y cuidado del agua para consumo

Gráfica VIII.11.
Transición epidemiológica
Reducción de la mortalidad por causas transmisibles



Fuente: Sistema de Mortalidad del Programa IMSS-PROSPERA.

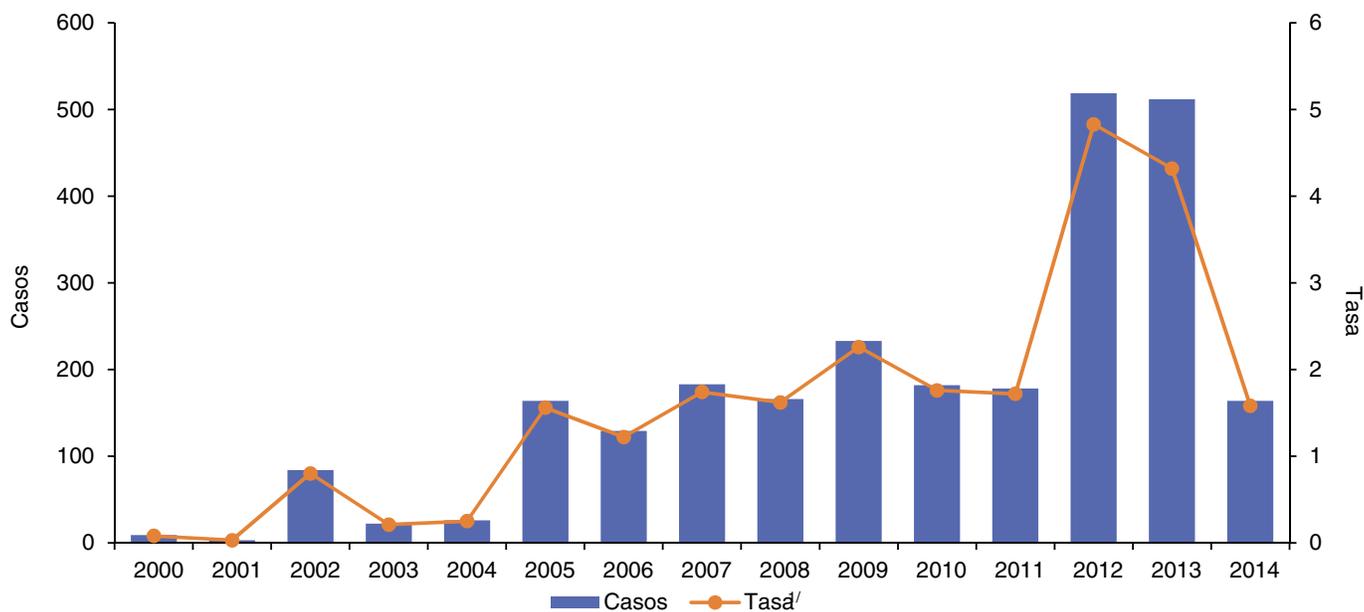
Gráfica VIII.12.
Fiebre por dengue, casos confirmados Programa IMSS-PROSPERA, 2000-2014



^{1/} Tasa de incidencia por 100,000 habitantes.

Fuente: Boletín Dirección General de Epidemiología 2000-2009. Plataforma Electrónica 2010-2014.

Gráfica VIII.13.
Fiebre hemorrágica por dengue, casos confirmados Programa IMSS-PROSPERA, 2000-2014



^{1/} Tasa de incidencia por 100,000 habitantes.

Fuente: Boletín Dirección General de Epidemiología 2000-2009. Plataforma Electrónica 2010-2014.

humano, disposición sanitaria de excretas, disposición adecuada de basura y desechos, y control de fauna nociva y transmisora.

El Sector Salud mantiene en sus prioridades la vigilancia epidemiológica y el control de la tuberculosis, cuya disminución tanto en incidencia como en mortalidad está comprometida en los Objetivos del Milenio. En el ámbito del Programa las actividades se orientan a la interrupción de la cadena de transmisión mediante dos componentes: el primero dirigido a la detección de este padecimiento entre pacientes con tos productiva. Una vez identificados los pacientes con tuberculosis, se procede a la segunda fase: la instauración de su tratamiento, el cual requiere un estrecho seguimiento para mantener el apego por un mínimo de 6 meses. En el año 2014, para definir las metas de detecciones de tuberculosis, se estableció una metodología orientada a lograr mayor precisión en la identificación de los enfermos, por lo cual la cifra de detecciones fue inferior a la de años previos, sin embargo permitió el diagnóstico de un número

semejante de casos a los reportados en 2013 utilizando menos recursos. De esta manera, en 2014 se realizaron 64,510 detecciones con un logro de 88.1% de la meta establecida, lo que permitió identificar 753 casos nuevos de tuberculosis pulmonar, quienes comenzaron tratamiento. Con apoyo de la red comunitaria también se logró la derivación de 13 mil personas tosedoras productivas a la unidad médica. De los pacientes que previamente ingresaron y concluyeron su tratamiento en el periodo señalado se obtuvo una tasa de curación de 88.8% (cuadro VIII.9).

VIII.5.5. Atención a padecimientos crónico-degenerativos

Ante la transición epidemiológica que ha colocado a la diabetes mellitus e hipertensión arterial dentro de las principales causas de mortalidad en el país, a partir de 2010 se inició el establecimiento de criterios para focalizar las actividades de detección conforme a factores de riesgo, con la finalidad de dar una mayor eficiencia a estas tareas. No obstante

el descenso del número total de detecciones en relación a 2009, no se afectó la tendencia creciente del número de pacientes que iniciaron su tratamiento (cuadro VIII.10).

En 2011 IMSS-PROSPERA estableció el reordenamiento de las acciones de detección de estos padecimientos, por lo cual se continuó con el esquema orientado a población con factores de riesgo establecido en el año previo, y además se fortaleció el seguimiento de las personas con un resultado anormal en la detección, mediante un seguimiento estricto de estos pacientes hasta confirmar o descartar su diagnóstico. En 2014 se efectuaron 3.3 millones de detecciones de diabetes mellitus y 3.7 millones de hipertensión arterial con lo que se logró diagnosticar respectivamente a 13.1 mil y 12.6 mil nuevos pacientes. Gracias al reordenamiento de la atención preventiva de la diabetes mellitus se ha logrado identificar de una manera temprana a más personas diabéticas—quienes

de otra manera podrían continuar sin tratamiento— y se ha disminuido el riesgo de complicaciones graves o la muerte. Por su parte, integrantes de la red comunitaria realizaron 321.8 mil identificaciones de diabetes y 314.8 mil derivaciones a las unidades médicas; y desarrollaron la estrategia de comunicación educativa para la prevención y control de la diabetes que incluyó la impartición de talleres comunitarios (62.1 mil); elaboración de mantas y carteles (20.5 mil), entre otras acciones.

Al cierre de 2014 el número de personas en tratamiento por diabetes mellitus fue de 200.6 mil y por hipertensión arterial de 224.1 mil, aunado al registro de 10.9 mil con prediabetes. En el marco de la identificación de diabetes mellitus en adolescentes con obesidad, en 2014 se realizaron 52 mil detecciones, notificándose 30 casos nuevos en este grupo de edad.

Cuadro VIII.9.
Principales resultados de la prevención y control de la tuberculosis

Concepto	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Detecciones (miles)	70	77	64	65	52	77	78	65
Incidencia	8.8	9.1	9.2	8.3	7.5	8.1	6.3	6.5
Casos	929	930	941	856	776	865	750	753
Tasa de curación (85% y más)	65%	79%	85%	83%	89%	88%	87%	89%

Fuente: Sistema de Información en Salud a Población Abierta; plataforma electrónica de tuberculosis del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, 2007-2014.

Cuadro VIII.10.
Principales resultados de la prevención y control de la diabetes mellitus
(cifras en miles)

Concepto	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Detecciones	3,226	3,070	3,238	2,618	2,865	3,065	3,238	3,323
Pacientes registrados	108	114	128	145	173	184	193	201

Fuente: Sistema de Información en Salud para Población Adscrita, 2007-2014.

VIII.5.6. Prevención y atención del cáncer de la mujer

En México el cáncer cérvico-uterino persiste como un problema de salud pública que afecta en mayor medida a las mujeres que viven en condiciones de marginación y pobreza. Por tal motivo, IMSS-PROSPERA continúa la ampliación y fortalecimiento de la detección oportuna, diagnóstico y tratamiento, involucrando a la mujer en el cuidado de su salud.

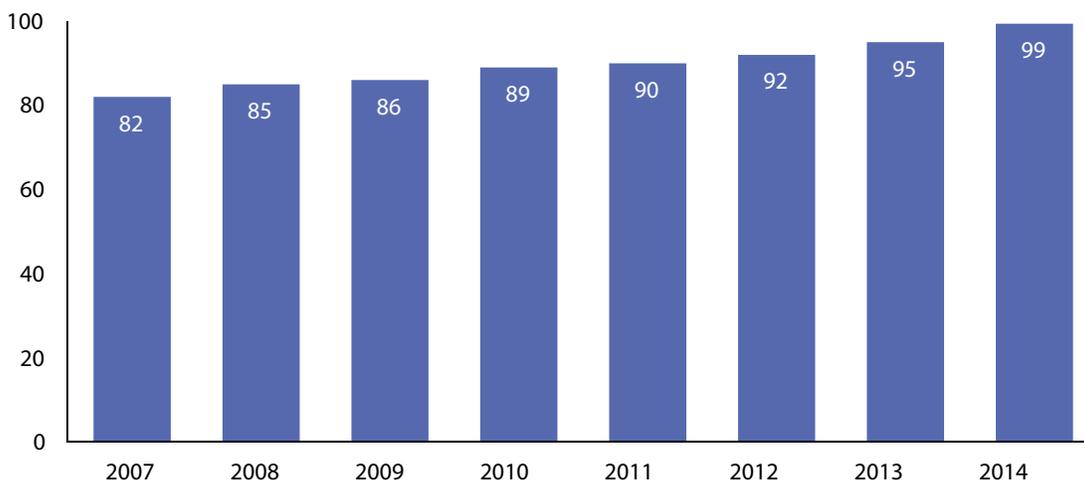
En 2014, las exploraciones ginecológicas (2.5 millones), visualizaciones cervicales con ácido acético a mujeres de 15 a 24 años (662.6 mil) y citologías cervicales a mujeres de 25 a 64 años (720.9 mil), permitieron identificar a 9.2 mil pacientes que presentaban algún tipo de lesión premaligna o infección por el virus del papiloma humano y a 659 mujeres con cáncer cérvico-uterino *in situ*, quienes fueron referidas a los Hospitales Rurales para su confirmación diagnóstica y tratamiento especializado; además, se detectó a 319 mujeres con cáncer invasor u otro tipo de neoplasia, quienes fueron referidas a centros oncológicos de los Servicios Estatales de Salud. Con el número de citologías señalado, se

alcanzó una cobertura acumulada de 99.4% en este grupo (gráfica VIII.14), 17 puntos porcentuales mayor que la registrada en 2007 (82%) y 4 puntos porcentuales más que en 2013 (95%). Dentro de las actividades de prevención, durante la segunda y tercera Semanas Nacionales de Salud se aplicaron 96.7 mil y 120.5 mil dosis de la vacuna contra el virus del papiloma humano en adolescentes, cumpliendo con 99.8 y 98.6% de las metas establecidas, respectivamente (cuadro VIII.11).

Integrantes de la estructura comunitaria apoyaron la prevención y atención oportuna de este tipo de cáncer, mediante la derivación de 504.9 mil mujeres sin acciones de salud ginecológica a la unidad médica, el otorgamiento de consejería sobre este padecimiento a 32.7 mil personas, la instalación de 5.6 mil mantas y carteles promocionales sobre la prueba de Papanicolaou y la difusión de mensajes por perifoneo en 2.7 mil localidades, entre otras acciones.

En relación con la prevención y detección del cáncer de mama se efectuaron 1.9 millones de exploraciones, lo que permitió identificar a 66 mujeres con lesión tumoral, siendo referidas para su manejo oncológico a hospitales de los Servicios Estatales de Salud.

Gráfica VIII.14.
Cobertura de detección de cáncer cérvico-uterino, 2007-2014
(porcentaje)



Fuente: Sistema de Información en Salud para Población Adscrita, 2007-2014.

Cuadro VIII.11.
Vacunación contra el virus del papiloma humano
 (cifras en miles)

Año	Meta	Logro	%
2010	222	217	97.7
2011	199	207	104
2012	198	215	108.5
2013 ^{1/}	105	104	98.7
2014	219	217	99.1

^{1/}En 2013 inicia la política de vacunación en niñas inscritas en 5° de primaria o de 11 años de edad, durante la 3ª Semana Nacional de Salud en la cual recibieron su primera dosis.

VIII.5.7. Encuentros Médico-Quirúrgicos

Con 18 años de vigencia, los Encuentros Médico-Quirúrgicos surgieron ante la necesidad de ampliar los servicios médicos que habitualmente se otorgan en los hospitales del Programa, para acercar atención de alta especialidad del IMSS a la población que vive en condiciones de marginación y pobreza. Los Encuentros son un ejemplo de colaboración de especialistas del Régimen Ordinario del Instituto con los médicos del medio rural y los voluntarios de salud de IMSS-PROSPERA, quienes identifican a los pacientes que requieren de atención quirúrgica.

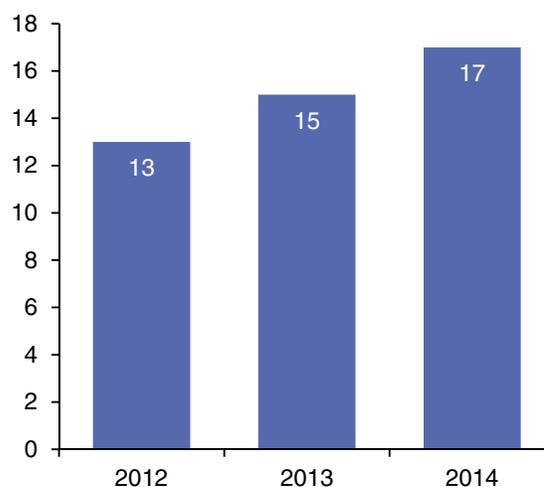
Un estudio realizado a través de 14 grupos de enfoque en dos Encuentros Médicos de Oftalmología en Michoacán y Chiapas¹⁰² mostró que para la mayoría de los beneficiarios éste representó la posibilidad de atender su padecimiento por primera vez; que ninguno de ellos había buscado ayuda previamente porque su situación económica se lo impedía y que su padecimiento era el principal obstáculo para seguir realizando sus actividades cotidianas. Los pacientes entrevistados coincidieron en que los principales beneficios de los Encuentros son: humanos, al mejorar significativamente su calidad de vida; acceso a la salud, al tratarse de personas con muy bajos recursos sin posibilidad de recurrir a la medicina privada, y económico, ya que pudieron incorporarse a sus actividades o lo pudieron hacer con menor dificultad.

¹⁰² Encuentros Médico-Quirúrgicos, San Felipe Ecatepec, Chiapas y Paracho, Michoacán. Unidad de Planeación Estratégica Institucional, IMSS, 20 de noviembre 2014.

Los Encuentros son también un modelo eficiente de atención médica de alta especialidad que permite reducir costos y tiempo. Por ejemplo, una estimación¹⁰³ del costo de una cirugía de cataratas realizada en esta modalidad la valora en la mitad del costo respecto al Régimen Ordinario del IMSS, y la productividad promedio de un médico en el Encuentro es de 7.5 cirugías por día-quirúrgico mientras que en el IMSS Régimen Ordinario es de 3 cirugías.

En los Encuentros Médico-Quirúrgicos se han incorporado las especialidades de Ginecología Oncológica, Cirugía Reconstructiva, Urología, Cirugía Pediátrica y Oftalmología (gráfica VIII.15 y cuadro VIII.12); esta última especialidad representa casi 40% de las intervenciones quirúrgicas realizadas en la historia de este tipo de eventos, la mayoría de ellas destinada a la atención de cataratas, una de las primeras causas de ceguera en México. Para evaluar el significado que puede tener para una persona que habita en el ámbito de IMSS-PROSPERA esta intervención, consideremos que la técnica FACO —que se practica con mayor frecuencia en las cirugías

Gráfica VIII.15.
Encuentros Médico-Quirúrgicos efectuados, 2012-2014



Fuente: Unidad del Programa IMSS-PROSPERA.

¹⁰³ Impacto económico de los Encuentros Médico-Quirúrgicos, Unidad de Planeación Estratégica Institucional, IMSS.

Cuadro VIII.12.
Encuentros Médico-Quirúrgicos por especialidad, 2012-2014

Especialidad	No. de encuentros	Pacientes valorados (miles)	Pacientes intervenidos (miles)	Padecimientos quirúrgicos (miles)
Oftalmología	16	9.4	2.6	4.5
Ginecología Oncológica	11	19.8	1.6	1.6
Cirugía Pediátrica	6	2.6	1.0	1.5
Cirugía Reconstructiva	8	2.9	1.0	3.5
Urología	4	1.3	0.3	0.4
Total	45	36.0	6.6	11.6

Fuente: Unidad del Programa IMSS-PROSPERA.

de cataratas— tuvo un costo promedio en 2014 de 15,497 pesos¹⁰⁴. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) 2012, las familias que viven en localidades menores a 2,500 habitantes gastan 3.2% de su sueldo en cuidados de la salud, por lo que para poder acceder a esta operación el paciente tendría que ahorrar durante 21 años.

Sin perder su identidad, el Programa IMSS-PROSPERA transita hacia procesos más innovadores que permitan cumplir con su propósito de reducir la morbilidad y la mortalidad en su ámbito de trabajo, para lo cual reforzará sus proyectos de trabajo con la mujer y el niño, los adultos mayores y los jóvenes, y de manera particular, con los pueblos indígenas. En este sentido, reorientará el trabajo desarrollado en los actuales Centros de Atención Obstétrica y al Adolescente, con la finalidad de incorporar estrategias integrales para la salud de estos sectores de la población.

Todo lo anterior, sin perder de vista la oportunidad y eficacia de la atención y el enfoque en el paciente para lo cual se continuará diseminando en el Programa IMSS-PROSPERA una cultura de calidad y rendición de cuentas a través del involucramiento activo de los propios ciudadanos, la captación de la percepción del servicio por parte de los usuarios y la atención digna basada en derechos y el reconocimiento al otro.

Para dar garantías de esta calidad, se fortalecerá la eficiencia y el desempeño del personal, por lo cual se trabajará en un sistema de evaluación basado en metas de desempeño acorde con los proyectos prioritarios de IMSS-PROSPERA; se reforzará la supervisión y la asesoría desde el ámbito central hacia los cuerpos de gobierno en las delegaciones con la mira de que éstas se repliquen hacia los equipos de trabajo en el ámbito operativo, a los voluntarios y agentes comunitarios de salud. En este rubro se dará un énfasis especial a la capacitación del personal y profesionalización de las enfermeras, elemento central en la atención médica, en particular, la que se presta en el primer nivel de atención.

¹⁰⁴ Impacto económico de los Encuentros Médico-Quirúrgicos, Unidad de Planeación Estratégica Institucional, IMSS..