



Consejo Nacional de Evaluación
de la Política de Desarrollo Social

Evaluación Integral del Desempeño de los
**Programas Federales
de Salud 2010-2011**





Consejo Nacional de Evaluación
de la Política de Desarrollo Social

CONSEJO NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA DE DESARROLLO SOCIAL

INVESTIGADORES ACADÉMICOS 2010-2014

María del Rosario Cárdenas Elizalde
Universidad Autónoma Metropolitana

Fernando Alberto Cortés Cáceres
El Colegio de México

Agustín Escobar Latapí
Centro de Investigaciones y Estudios
Superiores en Antropología Social-Occidente

Salomón Nahmad Sittón
Centro de Investigaciones y Estudios
Superiores en Antropología Social-Pacífico Sur

John Scott Andretta
Centro de Investigación y Docencia Económicas

Graciela María Teruel Belismelis
Universidad Iberoamericana

SECRETARÍA EJECUTIVA

Gonzalo Hernández Licona
Secretario Ejecutivo

Thania Paola de la Garza Navarrete
Directora General Adjunta de Evaluación

Ricardo C. Aparicio Jiménez
Director General Adjunto de Análisis de la Pobreza

Edgar A. Martínez Mendoza
Director General Adjunto de Coordinación

Daniel Gutiérrez Cruz
Director General Adjunto de Administración



Consejo Nacional de Evaluación
de la Política de Desarrollo Social

COLABORADORES

Equipo técnico

Thania Paola de la Garza Navarrete
Hortensia Pérez Seldner
Liv Lafontaine Navarro
Érika Ávila Mérida

CONSULTORAS EXTERNAS

Instituto Nacional de Salud Pública

Hortensia Reyes Morales
María de la Luz Kageyama Escobar
Irene Prada Toro

AGRADECIMIENTOS

El Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) agradece la colaboración de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal en la revisión de este documento.

Evaluación Integral del Desempeño de los Programas Federales de Salud 2010

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social
Boulevard Adolfo López Mateos 160
Colonia San Ángel Inn
CP. 01060
Delegación Álvaro Obregón
México, DF

Citación sugerida:

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. *Evaluación Integral del Desempeño de los Programas Federales de Salud 2010*, México, D.F. CONEVAL, 2012.

Evaluación Integral del Desempeño de los Programas Federales de Salud 2010

Evaluaciones Específicas de Desempeño 2010-2011

Introducción

Con el propósito de contribuir a mejorar el diseño de políticas públicas, proporcionando una visión de las interacciones entre distintos programas sociales federales, se desarrollaron las *Evaluaciones Integrales* de las veintiún temáticas definidas por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL).¹

La *Evaluación Integral* facilita una valoración general del desempeño de los programas que conforman la temática, mediante la interpretación de los resultados en un contexto más amplio.

El documento aborda estos aspectos:

- a) Análisis general de la problemática que atiende el grupo temático. Explica, de manera sucinta, el contexto del objetivo, sus causas y efectos de los programas y el problema o necesidad que atienden.
- b) Análisis de la pertinencia de los programas del grupo como instrumento para resolver la problemática. Analiza la pertinencia del diseño de los programas, respecto de la atención a la problemática y si obedecen a una estrategia articulada.
- c) Logros y fortalezas principales de los programas en su conjunto. Valora los resultados de los programas con una visión integral, y señala sus avances realizados en términos de la problemática que intentan solucionar.
- d) Retos y recomendaciones generales del grupo evaluado. Identifica los principales retos y recomendaciones de los programas, que sean factibles en función de atender la problemática.

¹Al final del documento se presentan los programas que integran las veintiún temáticas.

- e) Buenas prácticas externas. Señala cuáles son las buenas prácticas en cuanto al diseño, operación o evaluación de programas similares instrumentados en México u otros países, destacando las que puedan mejorar el desempeño de los programas.

Este documento presenta la *Evaluación Integral del Desempeño (EED)* de los cinco *Programas Federales de Salud 2010*, elaborada a partir de la realizada por la Dra. Hortensia Reyes Morales con información de las *Evaluaciones Específicas de Desempeño 2010-2011* y otras fuentes externas de información pertinente.

Los programas considerados para el análisis están a cargo de la Secretaría de Salud (SALUD), del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), y se muestran en este cuadro:

Cuadro 1.
Programas federales 2010

No.	Programa	Dependencia	Modalidad	
1	Atención de Urgencias	ISSSTE	E	13
2	Atención a la Salud Pública	IMSS	E	1
3	Atención Curativa Eficiente	IMSS	E	2
4	Reducción de Enfermedades Prevenibles por Vacunación	SALUD	E	36
5	Prestación de servicios en los diferentes niveles de atención a la salud	SALUD	E	23

En el Anexo 1 se muestra un cuadro comparativo de las principales características de los programas.

a) Análisis general de la problemática que atiende el grupo temático

Los programas federales de salud representan la respuesta del Sistema de Salud mexicano a las necesidades de salud de su población. En un complejo contexto de transición demográfica y epidemiológica, sus objetivos corresponden al Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2007-2012 y al Eje de la Política Pública Igualdad de Oportunidades. Los programas se sustentan principalmente

en tres objetivos correspondientes al tema Salud del PND: a) mejorar las condiciones de salud de la población (objetivo 4), b) brindar servicios de salud, con calidad, calidez y seguridad para el paciente (objetivo 5) y c) reducir las desigualdades en estos servicios mediante intervenciones focalizadas en comunidades marginadas y grupos vulnerables (objetivo 6).

El cumplimiento de los objetivos es un reto considerando el tamaño de la población del país que, a su vez, se conforma de varias poblaciones multiculturales en condiciones de desigualdad social. Desde hace siglos, dicha desigualdad resulta más evidente por la migración interna que ha propiciado una concentración urbana cada vez mayor, con persistencia de los grupos rurales en condiciones altamente marginadas. Según el Censo Nacional de Población y Vivienda 2010, la población total de México es de 112 336 538 habitantes, de la cual 51.2% son mujeres y 21.4% reside en el Distrito Federal y el Estado de México.² La población urbana representa el 77.8%. En este gran mosaico, la transición demográfica tiene su efecto. La esperanza de vida en 2009 fue de 76 años (73 años para hombres y 78 para mujeres), superior a la media mundial, de 68 años, e inferior e inferior en 4 a 7 años de países desarrollados, como Gran Bretaña, Estados Unidos, Francia y Japón.³

En este contexto demográfico, las condiciones de salud de la población reflejan una transición epidemiológica en la cual la tasa bruta de mortalidad de 2010 se estimó en 4.9 defunciones por cada mil habitantes, manteniéndose estable durante los últimos diez años, mientras que la tasa de mortalidad infantil se redujo más de cinco puntos porcentuales en el mismo período, con 14.2 defunciones en menores de un año de edad por cada mil habitantes en 2010.⁴ En términos de la mortalidad por causa, los datos más recientes, de 2008, mostraron un total de 539 530 defunciones en el país; las cinco primeras causas fueron enfermedades isquémicas del corazón, diabetes mellitus, tumores malignos, accidentes y enfermedades del hígado. El 5.5% de las defunciones ocurrieron en menores de un año y las principales causas fueron ciertas afecciones originadas en el período perinatal, predominantemente por dificultad respiratoria y malformaciones congénitas del

²Censo de Población y Vivienda 2010, 2011.

³Global Health Observatory Data Repository, 2011.

⁴Indicadores demográficos básicos 1990-2030. Consejo Nacional de Población. Consultado el 26 de junio de 2011 en http://www.conapo.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=36&Itemid=234.

corazón, así como infecciones respiratorias agudas bajas y enfermedades infecciosas intestinales, que fueron las causas de defunción más importantes en niños de 1 a 4 años.⁵

Estos datos ilustran las necesidades de salud de una población con problemas heterogéneos, por un lado, los padecimientos crónico-degenerativos, cuya atención requiere una distribución organizada de los recursos en infraestructura, así como personal de salud capacitado para ofrecer servicios curativos ambulatorios y hospitalarios de calidad, y, por el otro, persisten las enfermedades del rezago. El reporte de los principales diagnósticos de casos nuevos hasta 2008 indicó que éstos se debieron fundamentalmente a infecciones respiratorias agudas e infecciones intestinales.⁶

El Sistema Nacional de Salud (SNS) tiene la responsabilidad de atender el espectro de necesidades de salud de la población, desde los problemas del rezago ejemplificados por las enfermedades infecciosas —muchas de ellas prevenibles por vacunación y otras intervenciones sanitarias de promoción a la salud— hasta el diagnóstico, control y rehabilitación de los padecimientos crónicos y complejos que requieren atención muy especializada. El SNS tiene una capacidad de respuesta adecuada en las instituciones que lo conforman y que a la fecha brindan servicios de salud con sus propias normatividades, pero bajo la conducción rectora de la Secretaría de Salud. Sin embargo, el acceso diferenciado a los servicios entre la población derechohabiente de las instituciones de seguridad social y la que no cuenta con esta cobertura conlleva a una inequidad del propio sistema. De acuerdo con el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) en 2010, 35.8 millones de mexicanos viven en carencia por acceso a servicios de salud, mientras que en 2008 eran 44.8 millones de mexicanos, por lo que, la incidencia se redujo en 22.2 por ciento.

Breve revisión histórica de las políticas de salud en México y recursos para la salud

En México las políticas públicas en materia de salud tienen su antecedente en el Porfiriato, cuando el gobierno federal centralizó las funciones de este rubro a través del Consejo Superior de Salud Pública, dependiente del Ministerio de Gobernación e instrumentó una serie de políticas y

⁵Mortalidad. Información tabular. Información 2000-2008. Sistema Nacional de Información en Salud. Secretaría de Salud. Consultado el 27 de junio de 2011 en <http://sinais.salud.gob.mx/mortalidad/index.html>.

⁶Anuarios de morbilidad 2000-2008. Secretaría de Salud. DGEPI. Consultado el 26 de junio de 2011 en www.dgepi.salud.gob.mx.

programas dirigidos a las zonas urbanas del país.⁷ La institución del Departamento de Salubridad Pública en 1917 federalizó las responsabilidades en salud pública, dando independencia a este órgano para asumir la responsabilidad en la creación de las primeras brigadas de salud móviles para atender los problemas de salud prioritarios (viruela, tifo, paludismo, rabia, etc.); vacunas y otras acciones sanitarias fueron rutinariamente brindadas por las autoridades de salud locales. Durante la presidencia de Lázaro Cárdenas, inició el establecimiento de clínicas rurales en comunidades marginadas y se reglamentó el servicio social para médicos pasantes,⁸ que continuó durante las administraciones posteriores. La institucionalización de la atención a la salud comenzó en 1940 con la creación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA); entre 1943 y 1946, durante la presidencia de Manuel Ávila Camacho, se fundaron el Hospital Infantil de México, el Instituto Nacional de Cardiología y el Hospital de las Enfermedades de la Nutrición, instituciones que recibieron apoyo legal y financiero e incluso tuvieron cierta autonomía dentro del Estado.⁹

Destinado a los trabajadores con una relación laboral formal, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) inició en 1943¹⁰ y en 1959 el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) para otorgar cobertura a los trabajadores al servicio del Estado y al magisterio.¹¹ Hasta la década del ochenta acontecieron los primeros avances para la creación del sistema de salud cuando se conformó el Sistema Nacional de Salud.¹² En 2003 se adoptó una nueva política cuya función fue el acceso adecuado a los servicios del sistema o de alguno de los subsistemas de salud, sin que la capacidad de pago fuera un factor restrictivo.¹³

Durante la segunda mitad del siglo XX se generaron las políticas que sustentaron programas administradas por la actual Secretaría de Salud. Ejemplo de ello es la política de vacunación, iniciada en 1973 con el Programa Nacional de Inmunizaciones para la Vacunación Masiva mediante la aplicación simultánea de cuatro vacunas esenciales más el toxoide tetánico; en 1978 se estableció la Cartilla Nacional de Vacunación. En 1991, por decreto presidencial, se creó el Consejo

⁷Eric y Stuart, 2005: 184-185.

⁸Birn, 2006: 204-232.

⁹Zorrilla Arena, 1988: 105.

¹⁰El nacimiento. Instituto Mexicano del Seguro Social. Consultado el 29 de junio de 2011 en http://www.imss.gob.mx/instituto/historia/el_nacimiento.htm.

¹¹En 1959, se promulga la ley que crea al ISSSTE. Consultado el 30 de junio de 2011 en <http://www.issste.gob.mx/website/comunicados/nosotros/octubre99/1959%20se%20promulgala%20ley.html>.

¹²Soberón Acevedo, 1987: 17-25, 69-70.

¹³Programa Nacional de Salud 2001-2006. (2001). Consultado el 30 de junio de 2011 en http://www.salud.gob.mx/idades/evaluacion/publicaciones/pns_2001-2006/pns2001-006.pdf.

Nacional de Vacunación (CONAVA) con el propósito de coordinar la vacunación entre las instituciones del Sector Salud y nació el Programa de Vacunación Universal, dirigido a la niñez.¹⁴ “En el año 2000, se ampliaron las atribuciones del CONAVA extendiéndose las acciones de control y eliminación a las enfermedades que más frecuentemente afectan la niñez mexicana, a través del Programa de Atención a la Salud del Niño. La última reforma tuvo lugar en julio del 2001, en la que se definió al CONAVA como la instancia permanente de coordinación de los sectores público, social y privado con el fin de promover y apoyar las acciones de prevención, control, eliminación y erradicación entre toda la población residente en la República Mexicana, de las enfermedades que pueden evitarse mediante la administración de vacunas. Adicionalmente, como acciones intensivas del Programa, las Semanas Nacionales de Salud se han caracterizado hasta la fecha por ser el primer evento de salud pública en otorgar a la niñez mexicana acciones integradas de atención primaria, cuyo eje central son las acciones de vacunación.”¹⁵

En cuanto a recursos y servicios para la salud, datos de 2010 reportan 189,531 médicos, de los cuales el 51.4 por ciento pertenece a una institución de seguridad social y 21,887 unidades médicas, de las cuales sólo 2 361 (1.24 por ciento) se encuentran en el Distrito Federal y en el Estado de México. Los últimos datos disponibles de unidades por tipo de atención (2007) cuantifican 19,939 unidades médicas, de las cuales el 94.2 por ciento es de consulta externa y 1 170 unidades hospitalarias; de ellas, 83.4 por ciento son hospitales generales. En conjunto, el Distrito Federal y el Estado de México cuentan con 1,852 unidades, de las cuales 1,683 son de consulta externa y 169 hospitales, 75 de ellos de especialidad. Estos datos contrastan con los de las restantes 30 entidades federativas, en las que se encuentran sólo 119 de los 194 hospitales de especialidad, es decir, un promedio de cuatro hospitales por estado. La misma situación se replica en lo referente a recursos físicos, en términos de laboratorios, patología, equipos de rayos X, quirófanos y bancos de sangre.¹⁶

¹⁴Santos-Preciado, 1999: 1-2.

¹⁵Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia. Consejo Nacional de Vacunación, Secretaría de Salud. Consultado el 26 de junio de 2011 en <http://www.censia.salud.gob.mx/interior/vacunacion/conava.html>.

¹⁶Sistema Nacional de Información en Salud. Recursos físicos y materiales (infraestructura). Secretaría de Salud. Consultado el 25 de junio de 2011 en <http://www.sinais.salud.gob.mx/infraestructura/directorio.html>.

b) Análisis de la pertinencia de los programas del grupo como instrumento para resolver la problemática

Los programas federales de salud evaluados están insertos en los dos grandes componentes de la provisión de servicios de los sistemas públicos de salud, que se consideraron como eje conductor para su análisis. El primero corresponde a los servicios con enfoque poblacional llamados asimismo “servicios no personales” o de Salud Pública; el segundo componente corresponde a los programas dirigidos a la atención curativa o Atención Médica. Para efectos de análisis los cinco programas pueden dividirse en los dos grupos:

1. Programas de Salud Pública

- Reducción de Enfermedades Prevenibles por Vacunación
- Atención a la Salud Pública

2. Programas de Atención Médica

- Atención Curativa Eficiente
- Prestación de Servicios en los Diferentes Niveles de Atención a la Salud
- Atención de Urgencias

1. Programas de Salud Pública

Aun cuando los objetivos de los dos programas preventivos evaluados concuerdan en su enfoque de protección de riesgo poblacional, la alineación a los Objetivos de Eje de Política Pública y, por tanto, a sus Estrategias, es distinta. Mientras el Programa de Reducción de Enfermedades Prevenibles por Vacunación hace hincapié en acciones preventivas para comunidades marginadas y grupos vulnerables, el de Atención a la Salud Pública se dirige a la población derechohabiente del IMSS con una gama amplia de intervenciones. Esta característica brinda a ambos programas un carácter complementario en lo referente a vacunación. Debe resaltarse que el primero está enmarcado en el ámbito sectorial, que le faculta a establecer la rectoría del Sistema Nacional de Salud para lograr sus metas; por lo anterior, el Programa institucional del IMSS cumple con los lineamientos del Programa de Vacunación Universal y Semanas Nacionales de Salud como parte de una estrategia integral y de Regionalización Operativa, el que asigna a cada institución del Sector Salud un área geográfica específica y la población residente en ella, para las acciones del propio Programa de Vacunación Universal, permanentes e intensivas.

Reducción de Enfermedades Prevenibles por Vacunación

El Programa responde a la necesidad de disminuir los riesgos poblacionales, principalmente los que se originan de enfermedades prevenibles por vacunación, mediante dos estrategias; la primera es la Vacunación Permanente, que se lleva a cabo en las unidades de atención y en comunidad durante todo el año; la segunda corresponde a las Acciones Intensivas, estas últimas organizadas como Semanas Nacionales de Salud, que realiza acciones integradas de atención primaria cuyo eje central son las acciones de vacunación.¹⁷ Esta combinación de estrategias cumple eleva las coberturas de vacunación y mantiene la protección poblacional por medio de acciones simultáneas que rompen la cadena de transmisión o la eliminan. El Programa abarca todo el país, aunque su cobertura no es evaluable para 2010 debido a la falta de información del censo nominal.¹⁸

Atención a la Salud Pública

El Programa de Atención a la Salud Pública es una estrategia integral de prestación de servicios de salud preventivos del IMSS. En su diseño actual, instrumentado en 2002, agrupa ordenada y sistemáticamente los servicios en cinco componentes (promoción de la salud, nutrición, prevención y control de enfermedades, detección de enfermedades y salud reproductiva) y su población en cinco grupos programáticos de edad (niños 0 a 9 años, adolescentes 10 a 19 años, mujeres 20 a 59 años, hombres 20 a 59 años y adultos mayores de 59 años). El contenido de los componentes considera la magnitud, trascendencia, impacto y vulnerabilidad de los daños o factores de riesgo a prevenir, lo que fundamenta su pertinencia.¹⁹ El diseño del Programa se resume en la cobertura de Atención Integral PREVENIMSS, un indicador que mide la eficacia de los Programas Integrados de Salud, cuyo nombre es Derechohabientes con Cobertura de Atención Integral PREVENIMSS²⁰, y sintetiza todas las acciones preventivas para los derechohabientes de acuerdo con su grupo de edad, sexo y factores de riesgo, y cuyo logro alcanzado en 2010 fue de 56.0%, superando su meta, pero la meta planeada anual fue de 52 por ciento.

¹⁷Programa de Acción Específico 2007-2012. Prevención de la mortalidad infantil, 2008.

¹⁸Programa de Vacunación Universal y Semanas Nacionales de Salud. Lineamientos generales 2010. (Documento interno).

¹⁹Gutiérrez-Trujillo *et al*, 2006: S3-S21.

²⁰Informe de Cuenta Pública 2010. Programa de Atención a la Salud Pública.

La cobertura del programa ha sido evaluada por la propia Unidad de Salud Pública del IMSS a través de cuatro encuestas poblacionales a nivel nacional con representatividad delegacional, Encuestas Nacionales de Cobertura (ENCOPREVENIMSS), realizadas anualmente desde 2003 hasta 2006;²¹ estas encuestas son el antecedente con el que se sustentan las metas de los indicadores del programa.

2. Programas de Atención Médica

Los tres Programas de Atención Médica son congruentes entre sí respecto de sus objetivos de Fin y Propósito y en sus respectivos ámbitos institucionales. No obstante, el alcance de ellos es de distinta magnitud y varía desde la provisión de servicios en todo el espectro de la atención hasta la especificidad de responder a problemas de emergencia en salud. No existe evidencia de coordinación actual entre ellos en términos del establecimiento de estrategias comunes, a pesar de que su coincidencia en algunos de sus componentes le permite establecer estrategias que complementen sus fortalezas y apoyen para superar sus debilidades.

Atención Curativa Eficiente

El diseño y organización de los servicios de salud para responder a las demandas de atención curativa se centra en la capacidad para otorgar dichos servicios. El Programa de Atención Curativa Eficiente del IMSS está organizado para prestar servicios en unidades de atención médica que incluyen la atención primaria ambulatoria mediante el Sistema de Medicina Familiar (primer nivel de atención), los servicios de especialidad ambulatoria y hospitalaria en hospitales generales (segundo nivel de atención) y la atención de padecimientos complejos en las Unidades Médicas de Alta Especialidad (tercer nivel de atención). Este diseño por niveles de atención, con unidades médicas distribuidas en todo el país, cubre actualmente al 87% de la población asegurada y sus beneficiarios protegidos por el régimen ordinario y régimen voluntario del IMSS (población potencial) para la atención a sus necesidades de salud.

La complejidad propia de la prestación de servicios, para una población que en 2010 representa un total de 451, 476 consultas y 5, 130 egresos hospitalarios en promedio diario, con una diversidad de

²¹Gutiérrez *et al*, 2006.

diagnósticos y de tipo de atenciones,²² dificulta la evaluación de la cobertura para cada uno de los niveles de atención. La medición con base en la población atendida en el primer nivel de atención puede dar una estimación apropiada de la cobertura del Programa, si se considera que en este nivel se atiende aproximadamente al 85 por ciento de los problemas de salud; con este referente la cobertura (población atendida) ha aumentado y en 2010 es de 97 por ciento con respecto de la Población Objetivo.

Prestación de Servicios en los Diferentes Niveles de Atención a la Salud

El Programa Prestación de Servicios en los Diferentes Niveles de Atención a la Salud abarca los servicios de atención médica de alta especialidad brindados por los Institutos Nacionales de Salud y los Hospitales Regionales de Alta Especialidad, así como la atención de segundo y tercer nivel de los Hospitales Federales de Referencia de la Secretaría de Salud. Su pertinencia está sustentada en el objetivo del Programa, al responder a la necesidad de acceso a la atención muy especializada a una población sin seguridad social hasta el límite de su capacidad instalada. Sin embargo, su diseño y la insuficiencia en infraestructura, recursos humanos y la ubicación de las unidades médicas que coordina el programa, limitan el acceso y saturan los servicios disponibles ubicados en el centro del país. Si bien por Ley “su ámbito de acción comprende todo el territorio nacional”,²³ los aspectos mencionados restringen su cumplimiento al alcance geográfico de la localización de las unidades médicas que componen el programa; por la misma razón, la vinculación con el Programa Sectorial de Salud 2007-2012 es parcial respecto de las estrategias que contemplan la conformación de redes de servicios de alta especialidad,²⁴ pues algunas unidades aún se encuentran en proceso de desarrollo y experimentan dificultades para la operación completa. Esta limitación se aprecia claramente en la baja eficiencia de la cobertura (53 por ciento para 2010), a pesar de que su referente es la población atendida en los últimos cinco años.

Atención de Urgencias

La pertinencia del Programa para atender problemas de salud que ponen en peligro la vida, órgano o función, está sustentada por las necesidades que atienden los servicios de urgencias en las

²²Informe de labores 2009-2010 y Programa de actividades 2010, 2010, en www.imss.gob.mx/instituto/informes/index.htm, el 27 de junio de 2011.

²³Ley de los Institutos Nacionales de Salud (26 de mayo de 2000). Nueva Ley en el *Diario Oficial de la Federación*. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2008.

²⁴Programa de Acción Específico 2007-2012, 2007.

unidades médicas del ISSSTE. Este Programa institucional nacional ofrece un sistema de clasificación que prioriza la atención a los casos que así lo requieran. El Programa concentra sus servicios en el Distrito Federal donde se otorga una de cada cuatro consultas de urgencias. Su eficiencia superior a 100 por ciento durante 2010 es difícil de interpretar, ya que puede reflejar un exceso de demanda por mayor morbilidad aguda de su población o una baja capacidad instalada.

c) Logros y fortalezas principales de los programas en su conjunto

En 2010, los cinco programas federales contribuyeron al cumplimiento de sus objetivos. La mejoría de las condiciones de salud de la población (Objetivo 4 en el tema Salud del PND) se aprecia en la elevación de la esperanza de vida al nacer, meta superada por el Programa de Atención a la Salud Pública; la prestación de servicios de salud con calidad para el paciente (Objetivo 5) está sustentada en los resultados de Unidades de Alta Especialidad del IMSS (Programa de Atención Curativa Eficiente) y de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE), dentro del Programa de Prestación de Servicios en los Diferentes Niveles de Atención a la Salud, así como en las consultas de urgencias en los hospitales del ISSSTE (Programa de Atención de Urgencias); la reducción de la atención desigual en los servicios de salud mediante intervenciones focalizadas en comunidades marginadas y grupos vulnerables (Objetivo 6); se manifiesta en la disminución porcentual del número de defunciones de los menores de cinco años de edad en los 125 municipios de menor Índice de Desarrollo Humano, meta del Programa de Reducción de Enfermedades Prevenibles por Vacunación.

Ciertos factores de éxito determinan el desempeño de los programas. En primer lugar, su alcance nacional es relevante en términos de la capacidad de respuesta a la problemática de la salud; si bien varía la eficiencia de la cobertura y está relacionada con la madurez de cada programa por aspectos, como el tiempo transcurrido desde su creación, capacidad instalada y recursos disponibles, en la mayoría de ellos ha aumentado. Un segundo factor de éxito es el diseño de algunos programas y, en particular, destaca el del Programa Atención a la Salud Pública, con un diseño por componentes y grupos de edad programáticos que, a pesar de su complejidad, permite integrar las acciones prioritarias y darles seguimiento para supervisar las acciones y efectos. Aunque con un abordaje distinto, el diseño con acciones permanentes combinadas con acciones

intensivas, en que se basa el Programa de Reducción de Enfermedades Prevenibles por Vacunación, ha sido efectivo. Respecto de los Programas de Atención Médica, su gestión se ha relacionado con la trayectoria de las instituciones en las cuales se insertan, su infraestructura y capacidad resolutive de sus recursos humanos.

Todos los programas han considerado las recomendaciones derivadas de evaluaciones previas principalmente en cuanto a la mejora de su Matriz de Indicadores para Resultados, ya sea incorporando nuevos indicadores alineados a sus objetivos o sustituyendo algunos no pertinentes o poco relevantes. En la mayoría de ellos se ha respondido a la definición y cuantificación apropiada de sus poblaciones.

d) Retos y recomendaciones generales del grupo evaluado

Para los dos programas en cuestión, el principal reto es la elevación de la cobertura efectiva de acciones hacia sus poblaciones. Para ello, es fundamental que el Programa de Reducción de Enfermedades Prevenibles por Vacunación defina claramente sus poblaciones y disponga del sistema de información nominal²⁵ que permita cuantificar dichas poblaciones para precisar su cobertura. Asimismo, es recomendable que los dos programas establezcan nuevas prioridades de acciones con base en necesidades emergentes o para grupos poco representados en las estrategias actuales

En cuanto a los programas de atención médica, sus retos se centran principalmente en la organización de los servicios con el fin de optimizar la atención hospitalaria y ambulatoria. Dado que los tres programas federales (Atención Curativa Eficiente, Prestación de Servicios en los Diferentes Niveles y Atención de Urgencias) son complementarios, es recomendable establecer estrategias de coordinación para cumplir metas comunes. En particular, los programas que brindan servicios de atención hospitalaria de alta especialidad están suficientemente consolidados para establecer enlaces con las Estrategias y Líneas de Acción del Programa Sectorial de Salud 2007-2012 en términos de la creación de redes de servicios de alta especialidad. De lograrlo, se

²⁵ Actualmente se está trabajando en la construcción y actualización del Sistema de Información llamado el PROVAC.

fortalecería la integración funcional del sistema de salud en este ámbito para la consecución de sus objetivos.

e) Buenas prácticas externas

La identificación de buenas prácticas aplicables a los programas de salud evaluados requiere la consideración de dos aspectos:

a) el primero es el contexto poblacional cuya necesidad de servicios de salud depende de un número importante de situaciones, como su propia condición demográfica y epidemiológica, así como de sus determinantes sociales en salud fundamentales para establecer la respuesta para la atención.²⁶

b) es la capacidad de respuesta del sistema de salud ante la necesidad y la demanda, lo que define los esquemas y los alcances de los programas.

Por lo anterior, se describirán algunas buenas prácticas con base en los principios de equidad (acceso y utilización de los servicios de salud), calidad y cobertura en contextos afines al de México.²⁷

Uno de los programas más exitosos ha sido el Programa de Salud Familiar de Brasil, que ofrece una extensa variedad de servicios de atención primaria a la salud, cuya característica principal son las intervenciones dirigidas primordialmente a la familia y no al individuo. Este programa opera en un contexto demográfico similar al de México, ya que más del 80 por ciento de la población brasileña está concentrada en áreas urbanas. Los servicios son ofrecidos por un médico de familia, una enfermera y cinco o seis agentes comunitarios residentes en la comunidad y capacitados para actividades de promoción a la salud. Ha logrado contribuir a mejorar el acceso y cobertura de los servicios, especialmente para la población más pobre. Al cabo de seis años de funcionamiento, la cobertura se elevó de 14 a 60 por ciento, así como se redujo de 0.45 por ciento la tasa de

²⁷Esquemas de protección social para la población materna, neonatal e infantil: Lecciones aprendidas en la Región de América Latina, 2008.

mortalidad infantil y de 0.6 por ciento la de mortalidad post-neonatal por cada 10 por ciento de aumento en la cobertura.²⁸

Otros programas con enfoque integral, pero dirigidos a la salud materna e infantil, son el Plan de Salud Familiar de Chile, esencialmente preventivo, con una elevada cobertura, que redujo la mortalidad materna,²⁹ y el Seguro Integral de Salud de Perú, que cubre a la población por grupos de edad, y prioriza a niños, adolescentes, mujeres embarazadas y emergencias en adultos, aunque a la fecha no hay suficiente evidencia que sustente su desempeño.²⁷

Con respecto a la atención a la salud desde una perspectiva más amplia, la búsqueda de equidad en los servicios ha dirigido a que los sistemas públicos de salud más avanzados fortalezcan la atención con base en la atención primaria. El sistema de salud canadiense es un ejemplo de ello: con 91 por ciento de cobertura de su población para la atención por médicos familiares y equipos de salud integrados por enfermeras, nutricionistas, fisioterapeutas y trabajadores sociales, pues la atención se otorga en clínicas de atención primaria e incluye consulta ambulatoria para problemas de salud, atención de urgencias, salud mental y servicios psicosociales, promoción de la salud y prevención para enfermedades con énfasis en enfermedades crónicas.³⁰ Adicionalmente, se ha fortalecido el desempeño de los servicios a todos los niveles de atención y se cuenta con una serie de indicadores hospitalarios y de urgencias que pueden ser un referente para los Programas de Atención Médica³¹ Otro ejemplo es el sistema de salud cubano, cuyo acceso a la atención está determinado por la ciudadanía, ya que considera a la salud como un derecho social; la prestación de servicios está dirigida a la atención primaria con base en el modelo médico y la enfermera de la familia, con una cobertura casi universal (94 por ciento por ciento). En este modelo se aplica un enfoque integral que abarca todos los niveles de prevención y con grupos básicos de trabajo en los que, además del médico y enfermera de la familia, participan un amplio grupo de especialistas médicos y personal de salud de otras áreas; dichos grupos coordinan la atención primaria con el policlínico que comprende las especialidades médicas y quirúrgicas.³²

²⁸Macinko *et al*, 2007: 2,070-2,080.

²⁹Donoso, 2004: 326-330.

³⁰Analysis in Brief. Experiences with Primary Health Care in Canada 2009. Consultado el 27 de junio de 2011 en www.cihi.ca

³¹Connecting Canada's Health Data-Canadian Institute for Health Information Annual Report, 2009–2010, 2010, en http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/pdf/internet/CIHI_ANNUAL_REPORT_09_10_EN.

³²De los Santos-Briones, *et al*, 2004:15, 81-91.

Para contribuir ampliamente al funcionamiento global de los sistemas de salud, los modelos para la atención de urgencias han evolucionado en todo el mundo. Su importancia radica en ser la puerta de entrada a los servicios en situaciones agudas graves. Actualmente, la mayoría de los países basa la organización de sus servicios de urgencias en dos modelos: el franco-alemán y el anglo-americano, caracterizados por el tipo de atención pre-hospitalaria que otorgan. El primero se caracteriza por la atención en el sitio de ocurrencia de la emergencia mediante personal médico apoyado por paramédicos, y cuyo objetivo es la estabilización y el traslado directo al hospital, mientras que en el segundo los pacientes son directamente trasladados a los servicios de urgencias mediante la atención de paramédicos en el menor tiempo posible. Aunque a la fecha no hay suficiente evidencia para determinar cuál es mejor, la elección o adaptación de un esquema de atención dependerá de los recursos y organización de cada sistema de salud.³³

³³Al-Shaqsi, 2010: 320-323.

Referencias

1959, se promulga la ley que crea al ISSSTE. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Consultado el 30 de junio de 2011 en <http://www.issste.gob.mx/website/comunicados/nosotros/octubre99/1959%20se%20promulgala%20ley.html>

Al-Shaqsi, S. (2010). "Model of International Emergency Medical Services (EMS) Systems". *Oman Medical Journal*, 25(4), (pp. 320-323).

Analysis in Brief. Experiences with Primary Health Care in Canada 2009. Canadian Institute for Health Information. Consultado el 27 de junio de 2011 en www.cihi.ca

Birn, A. E. (2006). *Marriage of Convenience*. Rockefeller International Health and Revolutionary Mexico. (Chapter 4. You Say You Want an Institution). Rochester. University of Rochester Press, (pp. 204-232).

Censo de Población y Vivienda 2010. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Consultado el 26 de junio de 2011 en <http://www.inegi.org.mx/Sistemas/temasV2/Default.aspx?s=est&c=17484>

Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia. Consejo Nacional de Vacunación, Secretaría de Salud. Consultado el 26 de junio de 2011 en

<http://www.censia.salud.gob.mx/interior/vacunacion/conava.html>.

CIHI, (2010). *Connecting Canada's Health Data. Canadian Institute for Health Information Annual Report, 2009-2010*. Canadian Institute for Health Information. Consultado el 27 de junio de 2011 en http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/pdf/internet/CIHI_ANNUAL_REPORT_09_10_EN

CSDH. (2008). *Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva. World Health Organization.

De los Santos-Briones, S., Garrido-Solano, C. y Chávez-Chan, M. J. (2004). "Análisis comparativo de los sistemas de salud de Cuba y Canadá". *Revista Biomédica*, 15, (pp. 81-91).

Determinants of Health. (2008). *Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva. World Health Organization.

Donoso, Siña E. (2004). *Reducción de la mortalidad materna en Chile de 1990 a 2000*. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 15(5), 326-330. *El nacimiento*. Instituto Mexicano del Seguro Social. Consultado el 29 de junio de 2011 en

http://www.imss.gob.mx/instituto/historia/el_nacimiento.html

Eric, J. y Stuart P.H. (2005). *Encyclopaedia of Social Welfare History in North America*. EEUU. Sage, (pp. 184-185.).

Global Health Observatory Data Repository. Life Expectancy. World Health Organization. Consultado el 16 de junio de 2011 en <http://apps.who.int/ghodata/?vid=710>.

Gutiérrez, G., Acosta, B., Pérez, L., Aranda, J., Medina, I., Turrubiate, N., Mejía, I., Silva, A., González, J.J., Padilla, I., De la Cruz, L., Navarrete, E., Velasco, V., Durán, L., Flores, S., y Reyes, H. (2006). *Encuesta Nacional de Coberturas (ENCO). Programas Integrados de Salud 2003, 2004, 2005, 2006*. México. Instituto Mexicano del Seguro Social.

Gutiérrez-Trujillo, G., Flores-Huerta, S., Fernández-Gárate, I.H., Martínez-Montañez, O.G., Velasco-Murillo, V., Fernández-Cantón, S. y Muñoz-Hernández, O. (2006). "Estrategia de prestación y evaluación de servicios preventivos". *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, (44 Supl. 1), (S3-S21).

Indicadores demográficos básicos 1990-2030. Consejo Nacional de Población. Consultado el 26 de junio de 2001 en

http://www.conapo.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=36&Itemid=234.

Índice de Rezago Social de los Pueblos Indígenas (IRSPI), Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas.

Informe de Cuenta Pública 2010. Programa de Atención a la Salud Pública, Instituto Mexicano del Seguro Social.

Informe de Desarrollo Humano 2006, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

Informe de labores 2009-2010 y Programa de actividades 2010. (2010). Instituto Mexicano del Seguro Social. Consultado el 27 de junio de 2011 en www.imss.gob.mx/instituto/informes/index.htm.

Ley de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, *Diario Oficial de la Federación* (21 de mayo de 2003).

Ley de los Institutos Nacionales de Salud. (26 de mayo de 2000). Nueva Ley Publicada en el *Diario Oficial de la Federación*. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Última reforma *DOF* 14-07-2008.

Macinko, J., Marinho de Souza, M de F., Guanais, F.C., y da Silva Simoes, C.C. (2007). "Going to Scale with Community-based Primary Care: an Analysis of the Family Health Program and Infant Mortality in Brazil, 1999-2004". *Social Science & Medicine*, 65 (10), (pp. 2,070-2,080).

Mortalidad. Información tabular. Información 2000-2008. Sistema Nacional de Información en Salud. Secretaría de Salud. Consultado el 27 de junio de 2011 en <http://sinais.salud.gob.mx/mortalidad/index.html>.

Organización Panamericana de la Salud. (2008). *Esquemas de protección social para la población materna, neonatal e infantil: Lecciones aprendidas en la Región de América Latina*. Washington, EEUU. Organización Panamericana de la Salud.

Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012. (2007). México. Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos, Presidencia de la República.

Programa de Acción Específico 2007-2012 (2008). *Prevención de la mortalidad infantil*. México. Secretaría de Salud.

Programa de Acción Específico 2007-2012. (2007) *Medicina de Alta Especialidad. Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad*. México. Secretaría de Salud.

Programa de Vacunación Universal y Semanas Nacionales de Salud. *Lineamientos generales 2010. (Documento interno). Programa Nacional de Vacunación*. México. Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia. Secretaría de Salud.

Programa Nacional de Salud 2001-2006. (2001) Secretaría de Salud. Consultado el 30 de junio de 2011 en http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/publicaciones/pns_2001-2006/pns2001-006.pdf.

Programa Nacional de Salud 2007-2012. (2007) *Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud*. México. Secretaría de Salud.

Santos-Preciado, J. I. (1999). "Nuevo esquema de vacunación en México". *Salud Pública México*, 41(1), (pp. 1-2).

Secretaría de Salud, DGEPI. *Anuarios de morbilidad 2000-2008*. Consultado el 26 de junio de 2011 en www.dgepi.salud.gob.mx.

Secretaría de Salud. DGEPI *Anuarios de morbilidad 2000-2008*. Consultado el 26 de junio de 2011 en www.dgepi.salud.gob.mx.

Sistema Nacional de Información en Salud. Recursos físicos y materiales (infraestructura). Secretaría de Salud. Consultado el 25 de junio de 2011 en <http://www.sinais.salud.gob.mx/infraestructura/directorio.html>.

Soberón Acevedo, G. (1987) "El Sistema Nacional de Salud". *Revista de Administración Pública*, (pp. 17-25, 69-70).

Zorrilla Arena, S. (1988). *50 años de política social en México*. México. Limusa. 105 pp.

Anexo

Cuadro comparativo de los Programas Federales de Salud 2010

Programa	Problema al que responde	Diseño respecto a la atención de la problemática	Eficiencia en la cobertura	Población Objetivo	Alcance Geográfico
Reducción de Enfermedades Prevenibles por Vacunación	Riesgo poblacional para morbilidad y mortalidad.	Diseño con dos estrategias: Vacunación Permanente y Acciones Intensivas (Semanas Nacionales de Salud).	No se conoce por ausencia de información confiable de un censo nominal.	Porcentaje de la población que por regionalización operativa le corresponde atender a la Secretaría de Salud (52.41%).	Nacional
Atención a la Salud Pública	Riesgo poblacional para morbilidad y mortalidad.	El diseño es pertinente para responder a la problemática, ya que incorpora la atención preventiva de acuerdo con grupos con acciones integrales considerando los riesgos a la salud de cada grupo.	56% en atención integral PREVENIMSS.	Población derechohabiente dada de alta en alguna unidad de medicina familiar asignándole un consultorio para su atención y aparece en el censo nominal de población adscrita.	Nacional
Atención Curativa Eficiente	Morbilidad y mortalidad.	Se atiende a la demanda de servicios mediante un diseño por niveles de atención ambulatoria y hospitalaria de medicina familiar y especialidades.	97%	Población conformada por los asegurados temporales, permanentes y pensionados, así como los beneficiarios de ambos, que se les asigna médico familiar encargado de su atención. La adscripción se realiza al demandar atención en la unidad por primera vez y probarse el carácter de beneficiarios de los miembros del núcleo familiar.	Nacional
Prestación de Servicios en los Diferentes Niveles de Atención a la Salud.	Morbilidad y mortalidad.	El diseño del programa es pertinente, aunque limitado a la atención de patologías complejas y de acuerdo con su capacidad instalada.	53%	Pacientes atendidos por la institución y que tienen expediente activo (vigencia de cinco años a partir del último acto médico), más los pacientes a quienes se les abre expediente en el año, más aquellos a los no se les abrió expediente clínico.	Nacional
Atención de Urgencias	Morbilidad y mortalidad por condiciones agudas.	Diseño pertinente para la respuesta a necesidades de atención prioritaria.	103%	Es todo aquel individuo perteneciente a la población amparada que presente la necesidad de atención en el servicio de urgencias por un riesgo que ponga en peligro la vida, órgano o función.	Nacional

Fuente: Elaboración del equipo evaluador con base en las Reglas de Operación 2010 de los programas evaluados.