



PROGRAMA CARAVANAS DE LA SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

EVALUACIÓN 2008

Informe Final

Diciembre 2008

BETAKOROSI Consultoría S.C.

Coordinadora General

María Estela Rivero Fuentes

Coordinadora de Trabajo de Campo

Ana Cristina Covarrubias Traslosheros

Diseño muestral

Adrián Villegas Carrasco

Consultores

María Begoña Iguñiz Echeverría

Irma Korosi Hussek

Jorge Málaga Villalba

Asistentes de investigación

Julio César García Benítez

María del Carmen Becerril Toral

Supervisores de campo

Francisco Javier Ruíz Mondragón

Hugo Cabrera Vázquez

Laura García López

Oswaldo López Cisneros

Alejandra Matadamas Aguilar

Sonia Rosas Torres

Araceli Valdez martinez

Yuri Iván Hernández

SIGLAS Y ACRÓNIMOS

APF	Administración Pública Federal
AM	Alta marginación
CAUSES	Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud
CLUES	Calve Única de Establecimientos de Salud
CNPSS	Comisión Nacional de Protección Social en Salud
CONAPO	Consejo Nacional de Población
DEGPLADES	Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud
DGECS	Dirección General de Calidad y Educación en Salud
DGED	Dirección General de Evaluación del Desempeño
DGIS	Dirección General de Información en Salud
EAM	Establecimiento para la Atención Médica
EF	Entidad Federativa
ESI	Equipo de Salud Itinerante
IDH	Índice de Desarrollo Humano
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INEGI	Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
MAM	Muy Alta Marginación
MIDAS	Modelo Integrador de Atención a la Salud
Oportunidades	Programa de Desarrollo Humano Oportunidades
PAC	Programa de Ampliación de Cobertura
PASSPA	Programa de Apoyo a los Servicios de Salud para Población Abierta
PCS	Programa Caravanas de la Salud
PEC	Programa de Extensión de Cobertura
PROSESA	Programa Sectorial de Salud 2007-2012
RAA	Rutas de Atención Ambulatoria
REDESS	Red de Servicios de Salud
REPSS	Regímenes Estatales de Protección Social en Salud
ROP	Reglas de Operación
SESA	Servicios Estatales de Salud
SINAIS	Sistema Nacional de Información en Salud
SPS	Seguro Popular en Salud
SPSS	Sistema de Protección Social en Salud
SS	Secretaría de Salud
UMM	Unidades Médicas Móviles
UROPE	Unidad Responsable de la Operación del Programa

ÍNDICE

	Página
SIGLAS Y ACRÓNIMOS	I
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. DIAGNÓSTICO DE LAS CONDICIONES DE SALUD DE LOS MUNICIPIOS PRIORITARIOS	4
1. Análisis de la mortalidad	4
1.1. Mortalidad en el grupo de edad 0 a 9 años	7
1.2. Mortalidad en el grupo de edad 10 a 19 años	10
1.3. Mortalidad entre las mujeres de 20 a 59 años	12
1.4. Mortalidad entre los hombres de 20 a 59 años	18
1.5. Mortalidad entre los adultos de 60 años y más	21
2. Análisis de la morbilidad	23
2.1. Análisis del uso de servicios de salud a través de los egresos hospitalarios	23
2.2. Análisis de morbilidad entre la población en muestra	28
CAPÍTULO II. ESTIMACIÓN DE LA COBERTURA DEL PROGRAMA EN LOS MUNICIPIOS PRIORITARIOS	33
1. Estimación de los municipios, localidades y porcentaje de la población objetivo cubiertos por el PCS	33
2. Recursos necesarios para alcanzar la cobertura de todas las comunidades sin otros servicios de salud	42
3. Cobertura del PCS en las comunidades visitadas	43
CAPÍTULO III. OPERACIÓN	44
1. Identificación de las Rutas de Atención Ambulatoria (RAA) y casas de salud.	44
1.1. Principales complicaciones y fortalezas en el diseño e implementación de las RAA	46
1.2. Verificación del acondicionamiento de las casas de salud	52
1.3. Establecimientos que proporcionan servicios a los usuarios de las Caravanas	55
2. Verificación de Unidades Médicas Móviles (UMM)	58
2.1. Proceso de acreditación	58
2.2. Diagnóstico de las UMM con respecto a su equipamiento insumos y funcionalidad y los recursos humanos asignados	60
2.3. Percances más frecuentes	65
3. Recursos humanos y funciones. Verificación de Unidades	66

Médicas Móviles (UMM)	
3.1. Estrategia de reclutamiento, contratación y capacitación del personal del PCS a nivel estatal	66
3.2. Perfil del personal del PCS	67
4. Prestación de servicios	73
5. Continuidad en la atención (referencia y contra-referencia)	80
6. Vinculación del Programa Caravanas de la Salud, (PCS) con el Sistema de Protección Social en Salud, (REPSS)	84
6.1. Proceso de acreditación	84
6.2. Estimación del porcentaje de familias afiliadas al seguro popular en la población objetivo del PCS	85
6.3. Mecanismo del PCS como prestador de servicios y del REPSS como financiador	86
6.4. Convenios de colaboración y acuerdos de gestión	88
CAPÍTULO IV. PERCEPCIÓN.	90
1. Promoción y difusión del PCS	90
2. Posicionamiento	92
2.1. Conocimiento de la oferta de servicios de las caravanas	92
2.2. Apropiación del Programa Caravanas de la Salud (PCS) por parte de los Equipos de Salud Itinerantes	93
2.3. Acercabilidad y accesibilidad	94
2.4. Acciones y estrategias en materia de interculturalidad	95
3. Percepción de actores clave.	96
3.1. Percepción de los usuarios	96
3.2. Percepción de las autoridades en las entidades federativas	99
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES.	102
1. Principales resultados y recomendaciones por capítulo	102
2. Conclusiones generales.	122
ANÁLISIS DE LAS FORTALEZAS, DEBILIDADES, OPORTUNIDADES Y AMENAZAS	124
BIBLIOGRAFÍA	135
RELACIÓN DE ARCHIVOS ELECTRÓNICOS	138

INTRODUCCIÓN

Este informe presenta los resultados de la evaluación del Programa Caravanas de la Salud (PCS) 2008 realizado por Beta Korosi Consultoría S.C. durante los meses de septiembre a diciembre del 2008. Dicha evaluación se llevó a cabo conforme a los Términos de Referencia emitidos por la Secretaría de Salud (SSA) a través de la Dirección General de Evaluación del Desempeño (DGED) y pretende contribuir a identificar los factores que facilitan y obstaculizan la operación del PCS con el propósito implementar ajustes, modificaciones o cambios que le permitan cumplir de manera más eficiente sus objetivos.

Para la implementación y operación del PCS se crearon la Coordinación Nacional del Programa Caravanas de la Salud y las Coordinaciones Estatales del Programa Caravanas de la Salud, dependientes de la Dirección General de Planeación de Desarrollo en Salud DEGPLADES, cuyas funciones y responsabilidades se señalan en las Reglas de Operación del Programa, 2008, ROP¹

El PCS comenzó su operación en 2007 y está constituido por dos elementos fundamentales, el primero, una estrategia de acercabilidad y accesibilidad, y el segundo, ser complemento del la Red de Servicios de Salud (REDESS). Por otra parte, el Programa surge de la consolidación del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) y de la implementación del Modelo Integrador de Atención a la Salud (MIDAS).²

El fin del Programa es contribuir a mejorar las condiciones de salud de la población sin acceso o con acceso limitado a los servicios de salud a través de la oferta de servicios de prevención, promoción y atención ambulatoria. El propósito del PCS es que la población de localidades geográficamente dispersas y de difícil acceso cuente con servicios regulares de

¹ ROP. Apartado 4.9.1 Instancia normativa y 4.9.2, sub apartado: Coordinación Estatal de Caravanas de la Salud.

² Reglas de Operación 2008 del Programa Caravanas de la Salud (ROP). Diario Oficial de la Federación, (DOF) 30 de Diciembre del 2007.

promoción, prevención y atención médica mediante equipos de salud itinerantes y unidades médicas móviles.³

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

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

El objetivo del presente estudio es evaluar los procesos operativos del PCS relacionados con su implementación así como sus resultados, con énfasis en el acceso de la población objetivo a los servicios que incluye el Programa; en el diseño de las rutas de atención ambulatoria; la oportunidad, resolutive y calidad técnica de los servicios proporcionados por los ESI asignados a las UMM; la percepción de los actores clave y el posicionamiento del PCS entre la población usuaria.

Aunque el PCS actualmente opera en otros municipios pertenecientes a otros estados, esta evaluación se enfoca en los municipios prioritarios antes señalados y abarca la operación del Programa hasta Noviembre de 2008. Los Términos de Referencia se atendieron con la mayor precisión y confiabilidad posible con base en información existente y disponible. Sin embargo, en ocasiones la falta de información secundaria necesaria, ha llevado a formular ciertos supuestos, en tales casos se explica cuál es la información que sería necesaria y cuáles son los problemas con la información actual.

La evaluación describe las condiciones de salud; la cobertura y operación del PCS; el nivel de satisfacción de los usuarios; la percepción de los actores clave del Programa, y los

³ Matriz de Indicadores del Programa Caravanas de la Salud.

recursos humanos y materiales con que se cuenta para su operación en los 125 municipios de menor IDH. Se expone además la articulación del PCS con el Seguro Popular y otros servicios de salud. Los hallazgos de la evaluación incluyen las debilidades y fortalezas del Programa, así como recomendaciones para mejorar su operación.

El estudio se realizó, mediante el análisis, por una parte, de la información de la Secretaría de Salud (SSA), del Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI), del Consejo Nacional de Población (CONAPO), de la información proporcionada por el PCS, y por otra parte, de la información generada mediante trabajo de campo.

La información de campo se generó mediante el seguimiento a rutas de atención ambulatoria (RAA), la observación de casas de salud y de UMM, entrevistas a miembros de los equipos de salud itinerantes (ESI), así como a usuarios del Programa y población abierta en localidades atendidas por el PCS y estudios de caso a usuarios referidos, a partir de una muestra representativa de unidades médicas móviles (UMM). Adicionalmente se realizaron entrevistas a coordinadores estatales, administradores estatales del PCS y responsables de los REPSS, en los estados prioritarios. Asimismo se realizaron entrevistas al responsable de la acreditación en la Dirección general de Calidad y Educación en Salud y a la Coordinación Nacional del PCS.

CAPÍTULO I. DIAGNÓSTICO DE LAS CONDICIONES DE SALUD DE LOS MUNICIPIOS PRIORITARIOS

Este capítulo describe las condiciones de salud de los 125 municipios prioritarios para el Programa Caravanas de la Salud a través del análisis de las causas de morbimortalidad más comunes. La primera sección consiste en un análisis de la mortalidad en el período 2005-2007, y la segunda en un análisis de la morbilidad a través de los egresos hospitalarios en el mismo período y de los resultados de las encuestas entre la población abierta de los municipios prioritarios incluidos en la muestra elaborada para el levantamiento de la información en campo que forma parte del presente estudio.

A través de estas dos secciones se responde a los siguientes dos objetivos:

- a) Describir las condiciones de salud de los municipios prioritarios, en particular considerando las enfermedades relacionadas con la pobreza y el control de vacunación y enfermedades.
- b) Profundizar el análisis de la población objetivo, por grupo etario y sexo, en los aspectos de mortalidad y morbilidad en particular.

Los resultados presentados en este capítulo son producto del análisis estadístico de información proveniente de INEGI, CONAPO y de la Dirección General de Información en Salud (DGIS) de la Secretaría de Salud. Las fuentes de información específicas para cada análisis se señalan al final de los cuadros.

1. Análisis de la mortalidad

Aproximadamente la mitad de las muertes en estos municipios se deben a fallecimientos entre los adultos de 60 años o más. No obstante, la contribución de las muertes de las personas mayores de 60 años a la mortalidad total es menor en los municipios prioritarios que en el total del país. Por el contrario, en estos municipios la contribución a la mortalidad

de los menores de 19 años es mayor que en el resto del país (20.9% contra 10.4%), lo que se relaciona con una estructura poblacional comparativamente joven. Esto alerta sobre la necesidad de prestar atención, en estos municipios, no sólo a las enfermedades crónicas y degenerativas predominantes en poblaciones envejecidas, sino también a las enfermedades infecciosas, accidentes y riesgos reproductivos característicos de las poblaciones jóvenes.

Cuadro 1.1. Distribución del total de muertes en los municipios prioritarios por grandes grupos de edad y sexo, 2005-2008 *

Grupo etario	Porcentaje del total de muertes			
	Promedio en todos los municipios	Mínimo valor reportado	Máximo valor reportado	Total nacional (2006)
0 a 9 años, ambos sexos	16.7	2.1	36.1	8.1
10 a 19 años, ambos sexos	4.2	1.0	13.7	2.3
20 a 59 años, mujeres	13.0	4.8	30.4	10.0
20 a 59 años, hombres	19.2	5.6	32.1	18.6
60 años y más, ambos sexos	47.0	20.7	71.1	60.9

*Basado en 98 municipios para los cuáles se cuenta con información del número de muertes en cada uno de los grupos de edad

Fuentes: Elaboración de Betakorosi con base en datos de los cubos de Defunciones de la Secretaría de Salud 2004 a 2007 SEED/SS histórico y 2008 SEED/SS (<http://www.dgis.salud.gob.mx/cubos/>) y de las Estadísticas de Mortalidad de INEGI (www.inegi.gob.mx). Estas fuentes electrónicas fueron consultadas entre el 30 de septiembre del 2008 y el 8 de noviembre del 2008.

Para orientar los esfuerzos del Programa Caravanas de la Salud, se clasificó a cada uno de los 98 municipios para los cuales contamos con información sobre la mortalidad en todos los grupos de interés de acuerdo a qué tan predominante es la mortalidad en un grupo específico.

Aquellos municipios donde el porcentaje de muertes debidas a un grupo de edad-sexo específico está en el cuartil superior⁴, se consideró como un municipio prioritario para ese grupo de edad. El Cuadro1.1 resume los resultados de esta clasificación para cada uno de

⁴ Anexo 1.1 Se explica brevemente cómo se construyó el cuartil superior. Archivo: Anexos

los 7 estados prioritarios, mientras que el Anexo 1 explica con más detalle los criterios utilizados en esta clasificación y el Anexo 2 muestra los resultados de esta clasificación y el porcentaje de muertes debidas a cada grupo de edad para cada uno de los municipios para los que se cuenta con información.

Cuadro 1.2. Distribución de los municipios prioritarios de acuerdo a los grupos de edad y sexo que deben priorizarse en la atención a las causas de mortalidad, 2005-2008 (Número de municipios)

Estado	Grupos de edad y sexo prioritarios				
	0 a 9 años, ambos sexos	10 a 19 años, ambos sexos	20 a 59 años, mujeres	20 a 59 años, hombres	60 años y más, ambos sexos
Chiapas (n=19)	6	7	9	4	0
Durango (n=1)	0	0	0	1	0
Guerrero (n=18)	4	5	7	2	5
Nayarit (n=1)	1	1	0	0	0
Oaxaca (n=36)	15	9	4	4	14
Puebla (n=9)	2	1	1	2	2
Veracruz (n=14)	4	2	2	2	3
Total (n=98)	32	25	23	15	24

Notas: Basado en 98 municipios para los cuales se cuenta con información del número de muertes en cada uno de los grupos de edad

Fuentes: Elaboración de Betakorosi con base en datos de los cubos de Defunciones de la Secretaría de Salud 2004 a 2007 SEED/SS histórico y 2008 SEED/SS (<http://www.dgis.salud.gob.mx/cubos/>) y de las Estadísticas de Mortalidad de INEGI (www.inegi.gob.mx). Estas fuentes electrónicas fueron consultadas entre el 30 de septiembre del 2008 y el 8 de noviembre del 2008.

Como se ve en el Cuadro 1.2, en 6 de los 19 municipios de Chiapas, para los que se cuenta con información, el porcentaje de muertes que se deben a niños entre 0 y 9 años de edad es mayor que en 66 de los otros municipios prioritarios. De forma similar, en 9 municipios de Chiapas, la mortalidad de mujeres de 20 a 59 años de edad contribuye más al total de muertes del municipio que en 76 de los otros municipios prioritarios. Por el contrario, la mortalidad de personas mayores de 60 años parece tener poca importancia relativa en este estado.

Siguiendo con esta lógica de análisis, se puede decir que, por tener una alta participación en la mortalidad total, en los municipios de Chiapas se debe de prestar especial atención a brindar servicios médicos a los niños de 0 a 9 años, de 10 a 19 años y a las mujeres de 20 a 59 años de edad. En Durango, se debe de prestar atención a los hombres de 20 a 59 años; en Guerrero a los niños y jóvenes menores de 19 años, a las mujeres de 20 a 59 años y a los adultos mayores de 60 años. En Oaxaca, la mortalidad de los niños menores de 9 años, de los jóvenes de 10 a 19, y de los adultos mayores de 60 años está sobre-representada, por lo que se deben de focalizar los esfuerzos en estos grupos. En Puebla y Veracruz la mayoría de las muertes se originan, en primer lugar, entre los adultos mayores de 60 años y en segundo lugar entre los hombres de 20 a 59 años, pero hay 6 municipios donde la mortalidad de menores de 9 años es importante.

1.1 Mortalidad en el grupo de edad 0 a 9 años

Las causas perinatales (bajo peso al nacer, trauma al nacimiento, complicaciones al nacimiento y otros trastornos del período perinatal) son la principal causa de mortalidad entre los niños menores de 9 años en estos municipios. Los traumatismos al nacimiento representan la mitad de las muertes por esta causa, lo que indica la deficiente de la atención al parto en estos municipios.

Las infecciones intestinales constituyen la segunda causa de muerte en este grupo de edad y explican el 13% de las defunciones de niños de 0 a 9 años (ver Cuadro 1.3)⁵. Todos estos fallecimientos son prevenibles y su participación en la mortalidad de niños de 0 a 9 años en el país se ha reducido de manera importante en las últimas cuatro décadas, hasta llegar al 4% en el 2006. La alta participación de las infecciones intestinales en la mortalidad de niños en estos municipios muestra la conjunción de la pobreza de sus condiciones de vida y el rezago en la atención a la salud básica. Lo mismo sucede con las muertes de niños debidas a deficiencias nutricionales (que representan el 7.5% de las muertes de menores de 10 años en estos municipios y el 2.2% en el total nacional) y las muertes por otras causas, pues 5%

⁵ El anexo 1.3, Anexos. Muestra el porcentaje de muertes explicadas por cada una de las grandes causas incluidas en el cuadro 1.3 para los 119 municipios donde hay información, de forma desagregada.

de éstas se deben a enfermedades del aparato digestivo (úlceras, nefritis y apendicitis, entre otras) y 4% a enfermedades respiratorias (asma principalmente), ambas curables con tratamiento oportuno.

Cuadro 1.3. Comparación de las principales causas de muerte en el grupo de edad 0-9 años en los municipios prioritarios y a nivel nacional, 2005-2008

Causa	Porcentaje del total de muertes	
	Municipios prioritarios* 2005-2008	Total nacional 2006
Perinatales	18.56	38.48
Infecciones intestinales	13.15	3.85
Congénitas	12.60	19.71
Infecciones respiratorias	8.96	7.84
Accidentes	8.12	9.33
Deficiencias nutricionales	7.48	2.18
Otras infecciones	4.92	14.58
Otras	26.19	14.58
Total	100	100

Nota: Las causas de mortalidad en esta tabla se agruparon de acuerdo a los grupos del GBD165.

Basado en 119 municipios para los cuales se cuenta con información sobre el número de defunciones de menores de 10 años en el período 2005-2007.

Fuentes: Elaboración de Betakorosi con base en datos de los cubos de Defunciones de la Secretaría de Salud. 2004 a 2007 SEED/SS histórico y 2008 SEED/SS (<http://www.dgjs.salud.gob.mx/cubos/>). Estas fuentes electrónicas fueron consultadas entre el 30 de septiembre del 2008 y el 8 de noviembre del 2008.

Si bien el hecho de que las infecciones intestinales sean la segunda causa de muerte entre los menores de 10 años en los 125 municipios prioritarios indica ya la necesidad de reforzar la prevención y control de infecciones en tales lugares, hay municipios que requieren estas medidas de manera más urgente que otros.

Para ubicar estos municipios se clasificó a 73 municipios donde hubo 10 defunciones o más de menores de 10 años en el período de 2005-2007 en 5 grupos que indican la predominancia de diferentes causas de muerte. El primer grupo lo integran los municipios donde las causas congénitas son, de las causas analizadas, la más común y todas las demás causas, con la excepción de causas perinatales, tienen una representación muy baja⁶. El segundo grupo incluye a los municipios donde las causas perinatales son la causa más común y todas las demás causas tienen una representación baja. Treinta de los 76 municipios para los cuales hay datos suficientes para hacer este análisis caen en estas dos categorías⁷. La recomendación para los municipios en estos grupos (y principalmente para aquellos donde claramente predominan las muertes por causas perinatales) es intensificar la atención materno infantil y en particular la atención al parto.

El tercer grupo está constituido por los municipios donde las muertes por infecciones intestinales son más frecuentes que las muertes por las otras causas analizadas. El 30% de las muertes de menores de 10 años en estos municipios se deben a infecciones intestinales. Estos municipios se concentran en los estados de Chiapas y Oaxaca⁸, aunque el municipio de El Mezquital en Durango también cae en esta categoría.

En el cuarto grupo se incluyen los municipios donde predominan las muertes por infecciones respiratorias (que causan 25% de las muertes de menores de 10 años) sobre todas las otras causas. Estos municipios están concentrados en Oaxaca, Chiapas y Puebla⁹ y requieren, al igual que los municipios donde predominan las infecciones intestinales, una mayor atención primaria en salud y el abasto constante de antibióticos.

⁶ El anexo 1.5. Muestra los porcentajes de muertes explicados por distintas causas para cada grupo.

⁷ El anexo 1.6. Muestra la forma en que se clasificó cada uno de los 76 municipios incluidos en este análisis.

⁸ Estos municipios son: Aldama, Amatenango del Valle, Zinacantan y Chanal en Chiapas; y Santiago Amoltepec, San Lorenzo Texmelucan, Santo Domingo de Morelos y San Juan Petlapa en Oaxaca.

⁹ Estos municipios son: Huixtan y Larrainzar en Chiapas; San Lucas Zoquiapam, San Pedro el Alto, y Santa María la Asunción en Oaxaca, y Coyomeapan y Hueytlalpan en Puebla.

Cuadro 1.4. Distribución de los municipios prioritarios de acuerdo a la causa predominante de muerte en el grupo 0 a 9 años, 2005-2008 (Número de municipios)

Estado	Grupo 1 (Congénitas)	Grupo 2 (Perinatales)	Grupo 3 (Infecciones intestinales)	Grupo 4 (Infecciones respiratorias)	Grupo 5 (Varias)	Total
Chiapas	1	3	4	2	6	16
Durango	0	1	0	0	0	1
Guerrero	0	7	1	0	6	14
Nayarit	0	0	0	0	1	1
Oaxaca	4	6	4	3	4	21
Puebla	1	2	0	2	3	8
Veracruz	3	2	0	0	7	12
Total	9	21	9	7	27	73

Basado en 76 municipios para los cuales se cuenta con información sobre el número de defunciones de menores de 10 años en el período 2005-2007.

Fuentes: Elaboración de Betakorosi con base en datos de los cubos de Defunciones de la Secretaría de Salud. 2004 a 2007 SEED/SS histórico y 2008 SEED/SS (<http://www.dgis.salud.gob.mx/cubos/>). Estas fuentes electrónicas fueron consultadas entre el 30 de septiembre del 2008 y el 8 de noviembre del 2008.

1.2 Mortalidad en el grupo de edad 10 a 19 años

Como ocurre en el resto del país, la mayor parte de las defunciones en el grupo de 10 a 19 años de edad en los 125 municipios prioritarios se deben a accidentes (23%), tumores (8%) y agresiones (6%). Lo que es único a estos municipios y refleja sus condiciones de marginación y pobreza, es que la cuarta, quinta y séptima causas de muerte son padecimientos que tienen una representación muy marginal en el total del país: Las infecciones intestinales, las infecciones respiratorias y las afecciones nutricionales.

Cuadro 1.5. Comparación de las principales causas de muerte en el grupo de edad 10-19 en los municipios prioritarios y a nivel nacional, 2005-2008

Causa	Porcentaje del total de muertes	
	Municipios prioritarios* 2005-2008	Total nacional, 2006
Accidentes	22.88	34.16
Tumores, cánceres y leucemia	7.56	12.67
Agresiones	6.27	8.88
Infecciones intestinales	5.35	0.72
Infecciones respiratorias	5.35	0.52
Epilepsia	4.61	0
Afecciones nutricionales	4.61	1.77
Enfermedades cardiovasculares	4.43	4.27
Afecciones renales	3.13	3.94
Enfermedades congénitas	2.95	3.86
Suicidios	2.02	6.40
Enfermedades respiratorias	1.29	3.17
Diabetes mellitus	0.74	0.86
Otras infecciones	4.1	2.21
Otras	24.72	16.57
Total	100%	100%

* Basado en 100 municipios para los cuáles se cuenta con información del número de muertes en este grupo de edad
 Nota: Ver Anexo 1.7. para una descripción de las causas de muerte incluidas en cada uno de los grandes grupos presentados en la tabla, y el Anexo 1.8 para un detalle de las causas específicas más importantes en cada uno de estos grupos.

Fuentes: Elaboración de Betakorosi con base en datos de los cubos de Defunciones de la Secretaría de Salud. 2004 a 2007 SEED/SS histórico y 2008 SEED/SS (<http://www.dgis.salud.gob.mx/cubos/>). Estas fuentes electrónicas fueron consultadas entre el 30 de septiembre del 2008 y el 8 de noviembre del 2008.

Dentro de estos grandes grupos de causas de mortalidad, hay algunas que dominan. Un análisis de la importancia de estas causas específicas sirve para orientar los esfuerzos de prevención en estos municipios, y para orientar a las Caravanas de la Salud sobre los recursos que necesitan. Casi la tercera parte de las defunciones por accidentes en este grupo de edad se deben a accidentes de tránsito (30%) y 15% se deben a ahogamientos (ver Anexo 1.8). De igual manera, vale la pena considerar que la leucemia es la causa predominante en las muertes por tumores, cánceres y leucemia. Las infecciones intestinales que explican el mayor número de muertes en este grupo de edad son, en orden de importancia: Diarrea y gastroenteritis por diversas causas (76%), fiebre tifoidea (8%) y salmonella (7%), mientras que las causas de infecciones respiratorias más comunes son las infecciones de las vías respiratorias bajas (74%) y la tuberculosis (24%).

1.3 Mortalidad entre las mujeres de 20 a 59 años

La principal causa de muerte entre las mujeres de 20 a 59 años en los municipios prioritarios es, como sucede en el resto del país, los tumores, cánceres y leucemia¹⁰. Los cánceres más frecuentes como causa de muerte en este grupo de edad son los de cuello de útero, estómago, mama e hígado (ver Anexo 1.10).

A pesar de ser la principal causa de muerte entre las mujeres de 20 a 59 años, la participación de los cánceres, tumores y leucemia en las muertes de este grupo de edad es mucho menor en estos municipios que en el resto del país (17% versus 26%, ver Cuadro 1.6). Esto se debe a que en los 125 municipios prioritarios una gran proporción de las defunciones se deben a causas prevenibles y transmisibles como son las infecciones, la anemia, desnutrición y deficiencias nutricionales, y causas asociadas al embarazo, parto y puerperio. Estas causas tienen una importancia relativamente menor en el resto del país, pero son particularmente importantes en los municipios prioritarios.

¹⁰ El anexo 1.9. Detalla cómo se agruparon las causas de muerte para este grupo etario.

Con base en este análisis, se concluye que en estos municipios se debe atender, además de las líneas prioritarias dictadas por la Secretaría de Salud para el resto del país, la prevención de infecciones, la atención prenatal y al parto, y la educación y apoyo en salud para disminuir la presencia de deficiencias nutricionales. La tuberculosis y el VIH tienen una presencia importante entre las muertes por infecciones (13% y 5%) que hay que tener en cuenta al planear las políticas de prevención y atención en estos municipios.

Cuatro de cada diez muertes maternas en estos municipios se deben a hemorragias obstétricas, mientras que dos de cada diez se deben a hipertensión en el embarazo y preclampsia. Esto habla de la deficiente atención, tanto al embarazo como al parto en los municipios prioritarios.

Cuadro 1.6. Comparación de las principales causas de muerte entre las mujeres de 20 a 59 años en los municipios prioritarios y a nivel nacional, 2005-2008

Causa	Porcentaje del total de muertes	
	Municipios prioritarios* 2005-2008	Total nacional 2006
Tumores, cánceres y leucemia	17.25	26.19
Infecciones	12.16	4.89
Afecciones del sistema circulatorio	11.94	14.75
Diabetes mellitus	6.57	16.75
Enfermedades digestivas	5.59	8.75
Anemia, desnutrición y otras deficiencias nutricionales	6.41	0.73
Embarazo, parto y puerperio	5.75	2.07
Cirrosis y otras enfermedades del hígado	4.60	5.77
Accidentes	4.22	6.28
Enfermedades respiratorias	3.89	4.16
Enfermedades renales	3.83	3.59
Lesiones y agresiones	1.10	1.61
Otras	16.75	4.46
Total	100%	100%

Basado en 121 municipios para los cuales se cuenta con información del número de muertes entre las mujeres de 20 a 59 años

Nota: Ver Anexo 1.9. Para una descripción de las causas de muerte incluidas en cada uno de los grandes grupos presentados en la tabla, y el Anexo 10 para un detalle de las causas específicas más importantes en cada uno de estos grupos.

Fuentes: Elaboración de Betakorosi con base en datos de los cubos de Defunciones de la Secretaría de Salud. 2004 a 2007 SEED/SS histórico y 2008 SEED/SS (<http://www.dgjis.salud.gob.mx/cubos/>). Estas fuentes electrónicas fueron consultadas entre el 30 de septiembre del 2008 y el 8 de noviembre del 2008

Para orientar las políticas de atención entre las mujeres de 20 a 59 años de edad se agruparon los municipios de acuerdo a las causas de muerte más frecuentes, distinguiendo entre enfermedades crónicas y degenerativas, que indican un estado más avanzado en la transición epidemiológica, y deficiencias nutricionales (incluyendo anemia y desnutrición), causas de mortalidad materna, e infecciones. Los dos tipos de causas requieren distintos tipos de atención. El Cuadro 1.7 muestra el resumen de estos resultados a nivel estatal, mientras que el Anexo 1.11 muestra los resultados para todos los municipios prioritarios que pudieron clasificarse.

Las enfermedades crónicas y degenerativas son la principal causa de mortalidad en dos terceras partes de los municipios analizados, mientras que las deficiencias nutricionales, la mortalidad materna y las infecciones son las causas prioritarias en uno de cada tres municipios¹¹. Los resultados de este análisis indican que, dentro de los municipios prioritarios, hay 17 municipios donde la atención a personas con cáncer debe ser considerada como una prioridad (seis de ellos en Guerrero y cinco en Oaxaca)¹², siete con una alta presencia de enfermedades cardíacas y cerebrovasculares¹³, y 13 donde predominan tanto las defunciones por enfermedades cardíacas y cerebrovasculares como las defunciones por cáncer¹⁴.

Hay tres municipios (todos ellos en Oaxaca) donde un porcentaje especialmente alto de las muertes entre mujeres de 20 a 59 años se deben a deficiencias nutricionales¹⁵; tres municipios donde un porcentaje muy alto es por causas maternas (todos estos municipios están en Guerrero)¹⁶; nueve municipios donde la causa principal de muertes entre las mujeres de 20 a 59 años de edad son las infecciones (cinco de estos municipios están en

¹¹ Sesenta y dos municipios no se analizaron por tener menos de 10 muertes en este grupo de edad durante el período 2005-2008.

¹² Estos municipios son: Tumbala y Zinacantan en Chiapas; Ahuacuotzingo, Copanatoyac, Malinaltepec, Pedro Ascencio Alquisiras, Zapotitlan Tablas y Zitala en Guerrero; El Nayar en Nayarit; Mazatlan Villa de Flores, San Agustín Loxicha, San José Tenango, Santa María Chilchotla y Santo Domingo de Morelos en Oaxaca; Zoquitlán en Puebla; y Mecatlán y Soledad Atzompa en Veracruz.

¹³ Estos municipios son: Chamula y Pantelho en Chiapas; José Joaquín de Herrera y Xochistlahuaca en Guerrero; Huehuetla en Puebla; y Tehuipango y Tequila en Veracruz.

¹⁴ Estos municipios son: Chilón y Sitala en Chiapas; Mezquital en Durango; Copalillo, San Miguel Totolapan, y Xalpatlahuac en Guerrero; Chiconcuautla, Coyomeapan, Eloxochitlan, Hueytlalpan y San Sebastian Tlacotepec en Puebla; y Sotepan y Tlaquilpan en Veracruz.

¹⁵ Estos municipios son: San Lucas Zoquiapam, Santa Cruz Zenzontepec, y Santa María la Asunción.

¹⁶ Estos municipios son: Atlixnac, General Heliodoro Castillo y Metlatonoc.

Chiapas)¹⁷, y seis donde contribuyen de manera importante tanto las deficiencias nutricionales como la mortalidad materna y las infecciones¹⁸.

En resumen, de este análisis se desprende la recomendación de priorizar la atención y prevención de infecciones en Chiapas; reforzar la atención materna en Guerrero; y desarrollar intervenciones que ayuden a disminuir las deficiencias nutricionales en Oaxaca.

¹⁷ Estos municipios son: Chalchihuitan, Chanal, Huixtan, Larrainzar y San Juan Cancuc en Chiapas; Acatepec en Guerrero; Coicoyan de las Flores y Santiago Amoltepec en Oaxaca y Filomeno Mata en Veracruz.

¹⁸ Estos municipios son: Alcozauca de Guerrero y Tlacoachistlahuaca en Guerrero; Huautepec y Santiago Ixtayutla en Oaxaca; y Mixtla de Altamirano y Los Reyes en Veracruz.

Cuadro 1.7. Distribución de los municipios prioritarios de acuerdo a las causas de muerte prioritarias en el grupo de mujeres de 20 a 59 años, 2005-2008 (Número de municipios)

Causas	Estado							Total
	Chiapas	Durango	Guerrero	Nayarit	Oaxaca	Puebla	Veracruz	
Crónicas y degenerativas								
Tumores	2	0	6	1	5	1	2	17
Circulatorias	2	0	2	0	0	1	2	7
Diabetes	1	0	0	0	0	0	0	1
Varias crónicas	2	1	3	0	0	5	2	13
Subtotal	7	1	11	1	5	7	6	38
Deficiencias nutricionales, maternas e infecciones								
Deficiencias nutricionales	0	0	0	0	3	0	0	3
Maternas	0	0	3	0	0	0	0	3
Infecciones	5	0	1	0	2	0	1	9
Varias	0	0	2	0	2	0	2	6
Subtotal	5	0	6	0	7	0	3	21
Diversas	2	0	0	0	0	0	0	2
Total	14	1	17	1	12	7	9	61

Notas: Se consideró que una causa de mortalidad era prioritaria en un municipio si en el período 2005-2008 el porcentaje de muertes debidas a esta causa fue mayor que el porcentaje de muertes de todas las otras causas incluidas en este Cuadro. La tabla incluye a 61 municipios para los cuáles se cuenta con información del número de muertes en el grupo de edad mujeres de 20 a 59 años, y que tuvieron más de 10 defunciones en dicho grupo.

Fuentes: Elaboración de Betakorosi con base en datos de los cubos de Defunciones de la Secretaría de Salud. 2004 a 2007 SEED/SS histórico y 2008 SEED/SS (<http://www.dgis.salud.gob.mx/cubos/>). Estas fuentes electrónicas fueron consultadas entre el 30 de septiembre del 2008 y el 8 de noviembre del 2008

1.4 Mortalidad entre los hombres de 20 a 59 años

El Cuadro 1.8 muestra las principales causas de muerte entre los hombres de 20 a 59 años en los municipios prioritarios, y cómo se comparan estos con el agregado nacional. Las enfermedades hepáticas (incluyendo la cirrosis por uso del alcohol) causan alrededor del 17% de las muertes en estos municipios. Esto aunado al hecho de que el síndrome de dependencia del alcohol causa el 9% de las muertes en estos municipios, y los accidentes, lesiones y agresiones (muchas de las cuales es probable que se incurran en estado de enervación) causan 24% más, lleva a la conclusión de que el uso del alcohol puede estar detrás de alrededor del 39% de las muertes de los hombres de 20 a 59 años en los municipios prioritarios. Una recomendación inminente es que las Caravanas de la Salud deben de utilizarse para hacer promoción en salud que ayuden a disminuir el uso del alcohol en estas comunidades o promuevan su uso responsable.

La comparación de las principales causas de muerte entre los hombres de 20 a 59 años en estos municipios y el agregado nacional muestra también que dos de las cinco principales causas de muerte en el país (los tumores y la diabetes) tienen una importancia muy marginal en estos municipios. Las enfermedades cardíacas y cerebrovasculares también tienen menor importancia en estos municipios que en el resto del país, pero aún así causan alrededor del 10% de las muertes en este grupo de edad.

Cuadro 1.8. Comparación de las principales causas de muerte entre los hombres de 20 a 59 años en los municipios prioritarios y a nivel nacional, 2005-2008

Causa	Porcentaje del total de muertes	
	Municipios prioritarios*	Total nacional **
	2005-2008	2006
Cirrosis y otras enfermedades del hígado	16.59	14.15
Accidentes	11.83	14.29
Lesiones y agresiones	11.79	6.07
Afecciones del sistema circulatorio	9.72	15.12
Síndrome de dependencia del alcohol	8.79	1.68
Infecciones	6.82	6.38
Tumores, cánceres y leucemia	5.14	11.15
Diabetes mellitus	5.54	13.10
Enfermedades del sistema respiratorio	4.29	4.14
Anemia, desnutrición y otras deficiencias nutricionales	2.25	0.52
Otras	18.11	13.45
Total	100%	100%

- Basado en 122 municipios para los cuales se cuenta con información del número de muertes entre los hombres de 20 a 59 años

** Se refiere al grupo de edad hombres de 25 a 64 años.

Nota: Ver Anexo 1.12 para una descripción de las causas de muerte incluidas en cada uno de los grandes grupos presentados en la tabla

Fuentes: Elaboración de Betakorosi con base en datos de los cubos de Defunciones de la Secretaría de Salud. 2004 a 2007 SEED/SS histórico y 2008 SEED/SS (<http://www.dgis.salud.gob.mx/cubos/>). Estas fuentes electrónicas fueron consultadas entre el 30 de septiembre del 2008 y el 8 de noviembre del 2008

La dependencia al alcohol y las enfermedades hepáticas son un problema particularmente importante en Oaxaca, Puebla y Veracruz. En dos terceras partes de los municipios de estos tres estados donde se pudo completar este análisis la dependencia al alcohol y las

enfermedades hepáticas contribuyen a la mayor parte de las defunciones entre los hombres de 20 a 59 años (ver Cuadro 1.9)¹⁹.

Los accidentes y agresiones son la principal causa de mortalidad en 12 de los 19 municipios de Guerrero analizados, en cinco municipios en Oaxaca, en tres municipios en Veracruz y Chiapas, y en los municipios prioritarios de Durango y Nayarit.

Aunque la dependencia al alcohol y los accidentes y agresiones están entre las principales causas de muerte entre los hombres de 20 a 59 años en los municipios prioritarios, hay un grupo de municipios donde la mayor parte de las muertes en este grupo de edad están explicadas por otras causas, incluyendo entre otras, tumores, diabetes, enfermedades cardíacas, cerebrovasculares y respiratorias e infecciones. La mayor parte de los municipios analizados en Chiapas pertenecen a este grupo, así como siete de los 19 municipios de Guerrero, cuatro municipios en Oaxaca y un municipio en Veracruz.

¹⁹ El anexo 1.17, Anexos Capítulo I. Muestra los resultados de este Cuadro desglosados por municipio y el porcentaje de las muertes de hombres de 20 a 59 años explicadas por las principales causas de mortalidad.

Cuadro 1.9. Distribución de los municipios prioritarios de acuerdo a las causas de muerte prioritarias en el grupo de hombres de 20 a 59 años, 2005-2008 (Número de municipios)

Causas	Estado							
	Chiapas (n=15)	Durango (n=1)	Guerrero (n=19)	Nayarit (n=1)	Oaxaca (n=19)	Puebla (n=7)	Veracruz (n=14)	Total (n=76)
Síndrome de dependencia al alcohol y enfermedades crónicas del hígado	1	0	0	0	10	7	10	28
Accidentes y lesiones	3	1	12	1	5	0	3	25
Otras	11	0	7	0	4	0	1	23
Total	15	1	19	1	19	7	14	76

Notas: Se consideró que en una causa de mortalidad era prioritaria en un municipio si en el período 2005-2008 el porcentaje de muertes debidas a esta causa fue mayor que el porcentaje de muertes de todas las otras causas incluidas en este Cuadro.

La tabla incluye a 76 municipios para los cuáles se cuenta con información del número de muertes en el grupo de edad hombres de 20 a 59 años, y que tuvieron más de 10 defunciones en dicho grupo.

Fuentes: Elaboración de Betakorosi con base en datos de los cubos de Defunciones de la Secretaría de Salud. 2004 a 2007 SEED/SS histórico y 2008 SEED/SS (<http://www.dgjs.salud.gob.mx/cubos/>). Estas fuentes electrónicas fueron consultadas entre el 30 de septiembre del 2008 y el 8 de noviembre del 2008

1.5 Mortalidad entre los adultos de 60 años y más.

Aproximadamente la mitad de los fallecimientos en el periodo 2005-2008 en los 125 municipios prioritarios fueron entre las personas de 60 años y más. La causa de muerte más común en este grupo fue, como en el resto del país, las enfermedades del sistema circulatorio (incluyendo las enfermedades cardíacas y cerebrovasculares). Sin embargo, a diferencia de lo que sucede en el resto del país, las segunda y tercera causas de muerte más comunes fueron las infecciones y la anemia calórico-proteica, desnutrición y otras deficiencias nutricionales, cada una de las cuales explica alrededor del 9% de las muertes en este grupo.

Estas causas de muerte están altamente relacionadas con el nivel de pobreza de los municipios prioritarios. Dos de cada tres muertes por infecciones en este grupo de edad se deben a infecciones respiratorias y una tercera parte a infecciones intestinales (ver anexo 1.15).

Los tumores, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas (incluyendo las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas) son la cuarta, quinta y sexta causa de muerte, respectivamente, en los 125 municipios prioritarios. Pero la participación de estas causas de muerte, todas ellas enfermedades crónico degenerativas, es mucho menor en los 125 municipios prioritarios que en el resto del país.

Cuadro 1.10. Comparación de las principales causas de muerte en el grupo de edad 60 años y más en los municipios prioritarios y a nivel nacional, 2005-2008

Causa	Porcentaje del total de muertes	
	Municipios prioritarios* 2005-2008	Total nacional ** 2006
Afecciones del sistema circulatorio	26.68	30.70
Infecciones	9.27	2.01
Anemia, desnutrición y otras deficiencias nutricionales	9.05	2.59
Tumores	8.27	13.10
Enfermedades crónicas del sistema respiratorio	6.29	11.63
Diabetes	5.44	15.70
Cirrosis y otras enfermedades del hígado	5.00	4.00
Accidentes, lesiones y agresiones	3.52	2.95
Síndrome de dependencia del alcohol	2.14	n.d.
Otras	24.35	17.32

*Basado en 123 municipios para los cuales se cuenta con información del número de muertes entre las personas de 60 años y más. ** Se refiere al grupo de edad 65 años y más. Nota: Ver Anexo 1.14 para una descripción de las causas de muerte incluidas en cada uno de los grandes grupos presentados en la tabla

Fuentes: Elaboración de Betakorosi con base en datos de los cubos de Defunciones de la Secretaría de Salud. 2004 a 2007 SEED/SS histórico y 2008 SEED/SS (<http://www.dgjs.salud.gob.mx/cubos/>). Estas fuentes electrónicas fueron consultadas entre el 30 de septiembre del 2008 y el 8 de noviembre del 2008

En 24 de los 114 municipios que tuvieron más de 9 muertes en el período 2005-2008, las infecciones, la anemia, la desnutrición y otras deficiencias nutricionales explican 30% o más de las muertes en este grupo de edad. Dieciséis de estos municipios están en Oaxaca, cuatro en Guerrero, tres en Chiapas y uno en Veracruz²⁰. La prevención de infecciones entre los adultos mayores y el monitoreo de su estado nutricional deben de considerarse una prioridad en estos municipios. En el resto de los municipios las prioridades de atención a este grupo etario debe de considerar además la prevención de las enfermedades crónico-degenerativas propias de este grupo de edad.

2. Análisis de la morbilidad

2.1 Análisis del uso de servicios de salud a través de los egresos hospitalarios

Para entender mejor cuáles son las necesidades de atención de los municipios prioritarios, se realizó un análisis de los egresos hospitalarios en instituciones públicas de usuarios que declararon como lugar de residencia habitual alguno de estos 125 municipios. La mitad de los egresos hospitalarios en estos municipios durante el período 2005-2008 se atribuyen a causas de atención materno-infantil y planificación familiar, con 23% de los egresos atribuibles a parto y 23% atribuibles a emergencias obstétricas (ver Cuadro 1.11). Entre los egresos hospitalarios por emergencias obstétricas, el 21% se debió a abortos y sus complicaciones, 9% a edema proteinuria, y 8% a hemorragias obstétricas. Esto resalta la importancia de reforzar la atención prenatal en estos municipios con un fuerte componente de información y educación en salud. De seguir estas indicaciones, las mujeres pueden detectar tempranamente la presencia de síntomas de alarma en su embarazo, y que los

²⁰ Estos municipios son: Amatenango del Valle, Mitonic y Zinacantan en Chiapas; Acatepec, Atlamajalcingo del Monte, José Joaquín de Herrera y Metlatonoc en Guerrero; Coicoyan de las Flores, Eloxochitlan de Flores Magon, Huautepetec, San Francisco Chapulapa, San José Lachiguiri, San Juan Juquila Mixes, San Juan Petlapa, San Lucas Camotlan, San Lucas Zoquiapam, San Pedro el Alto, San Pedro y San Pablo Ayutla, Santa María la Asunción, Santa María Peñoles, Santa María Temaxclatepec y Santa María Tlaxiactac en Oaxaca; y Tequila en Veracruz. El anexo 16 muestra el porcentaje de muertes en el grupo 60 y más debidas a las principales causas en estos y todos los otros municipios prioritarios.

prestadores puedan identificar a las mujeres de alto riesgo (incluyendo aquéllas que sufren de hipertensión).

Después de las causas materno-infantiles destaca el alto porcentaje de egresos hospitalarios entre los residentes de estos municipios por fracturas, lesiones, luxaciones, amputaciones y otras heridas (18% del resto de los egresos) y por enfermedades digestivas (13% del resto de los egresos). Uno de cada tres egresos por traumatismos es por fracturas (ver Anexo 1.14), y uno de cada cinco es por heridas. Las dos enfermedades del aparato digestivo que causan mayor número de egresos son la apendicitis (24% de los egresos por enfermedades digestivas) y las enfermedades de la vesícula colelitiasis y colecistitis (20% de los egresos por enfermedades digestivas).

Cuadro 1.11. Principales causas de atención asociadas a los egresos hospitalarios en los municipios prioritarios, 2005-2008

Causa	% del total de egresos	
	Del total de egresos hospitalarios	Excluyendo egresos por salud reproductiva y materno infantil
Partos	23.22	--
Emergencia obstétrica	22.57	--
Afecciones perinatales	5.11	--
Planificación familiar	0.87	--
Traumatismos	8.49	17.59
Enfermedad digestiva	6.09	12.63
Infecciones respiratorias	3.89	8.05
Enferm. del sistema genitourinario	2.75	5.70
Infecciones intestinales	2.73	5.67
Tumor	2.58	5.36
Enfermedades respiratorias	2.36	4.89
Enfermedades cardiovasculares	1.82	3.77
Diabetes	1.33	2.75
Otras infecciones	1.30	2.69
Envenenamiento	0.97	2.00
Deficiencias nutricionales	0.84	1.75
Otras	13.09	27.14
Total	100%	100%

Notas: Basado en 120 municipios para los cuales se cuenta con datos de egresos hospitalarios en el período 2005-2008. Fuentes: Elaboración de Betakorosi con base en datos de los cubos de Egresos hospitalarios de la Secretaría de Salud. 2004 a 2007 SEED/SS histórico y 2008 SEED/SS (<http://www.dgis.salud.gob.mx/cubos/>). Estas fuentes electrónicas fueron consultadas entre el 30 de septiembre del 2008 y el 8 de noviembre del 2008

La gran mayoría de los egresos hospitalarios entre los habitantes de los municipios prioritarios es de usuarios menores de nueve años y entre las mujeres de 20 a 59 años (44% y 23% respectivamente)²¹. Si se omiten los egresos por atención materno-infantil, el 38% de la atención hospitalaria se concentra entre los menores de 10 años. Si se compara el porcentaje de egresos hospitalarios por grupos de edad con el porcentaje de defunciones por grupo de edad, se nota un desbalance en perjuicio de los adultos de 60 años y más, quienes representan el 47% de las defunciones en estos municipios, pero sólo reciben el 7% de la atención hospitalaria. Por el contrario, los menores de nueve años reciben el 23% de la atención hospitalaria.

Un análisis de las causas de egreso hospitalario por grupo de edad muestra las prioridades de los distintos grupos poblacionales en estos municipios (ver Cuadro 1.12), sobre todo si se compara con las principales causas de muerte en cada grupo.

El Cuadro 1.12 muestra las tres principales causas de egreso hospitalario en cada grupo de edad en los municipios prioritarios²². Como era de esperarse en municipios altamente marginados, las causas de consulta más común entre los niños menores de 9 años son las complicaciones perinatales, resultado de una deficiente atención materno infantil, seguidas de las infecciones intestinales y respiratorias. Cabe destacar también que las fracturas, heridas, traumatismos intracraneales y otros traumas son una de las tres principales causas de atención hospitalaria entre los niños y jóvenes de 10 a 20 años, los hombres de 20 a 60 años y los adultos de 60 años y más. En particular, los traumas son una importante causa de atención hospitalaria para los hombres de 20 a 60 años, donde causan 40% de los egresos hospitalarios, y entre los adultos de 60 años y más, donde explican el 15% de los egresos hospitalarios.

Las principales causas de muerte entre los adultos de 60 años y más en estos municipios son las enfermedades cerebrovasculares seguidas por las infecciones y las deficiencias nutricionales. Sin embargo, las causas de atención hospitalaria más frecuentes en este grupo

²¹ Ver anexo 1.19.

²² El anexo 1.20. Muestra los porcentajes de los egresos hospitalarios representados por cada una de las causas prioritarias, por grupo de edad.

son las enfermedades digestivas (apendicitis, úlceras pépticas, y enfermedades crónicas del hígado, entre otras) y los traumas. Esto puede implicar que muchos adultos mayores que requieren atención para una enfermedad cerebrovascular no la reciben a tiempo. Las Caravanas de la Salud deberían dar prioridad a la detección de problemas cerebrovasculares en esta población, aumentar la conciencia sobre cómo cuidarse cuando se tienen estas condiciones, cómo detectar señales de alarma y a dónde buscar atención médica cuando las Caravanas de la Salud no se encuentran cercanas.

Cuadro 1. 12. Principales causas de egresos hospitalarios en los municipios prioritarios por grupo de edad, 2005-2008*

Grupo de edad	Principales causas de egreso hospitalario
0 a 9 años, ambos sexos ²³	<ol style="list-style-type: none"> 1. Complicaciones perinatales 2. Infecciones intestinales 3. Infecciones respiratorias
10 a 19 años, ambos sexos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Atención materno-infantil 2. Traumatismos 3. Enfermedades digestivas
20 a 59 años, mujeres	<ol style="list-style-type: none"> 1. Atención materno-infantil 2. Enfermedades digestivas 3. Tumores
20 a 59 años, hombres	<ol style="list-style-type: none"> 1. Traumatismos 2. Diabetes 3. Tumores
60 años y más, ambos sexos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Enfermedades digestivas 2. Traumatismos 3. Enfermedades cardiovasculares

*Excluye otras causas.

Para orientar las prioridades de atención en los estados prioritarios, se analizaron los egresos hospitalarios totales en cada estado. El Cuadro 1.13 muestra las principales causas de egresos hospitalarios en cada estado. La atención materno infantil y los traumatismos son las dos causas principales de egresos en todos los estados. Las infecciones respiratorias son la tercera causa en importancia en Chiapas, Nayarit y Puebla, mientras que las enfermedades digestivas lo son en Guerrero, Oaxaca y Veracruz. En Durango las enfermedades digestivas son igual de frecuentes que las infecciones respiratorias.

²³ En este grupo de edad, las otras causas representan el 36% de los egresos hospitalarios. La mayoría de estas son causas mal definidas.

Cuadro 1.13. Principales causas de egresos hospitalarios a nivel estatal, estados prioritarios 2005-2008

Causas	Estados						
	Chiapas	Durango	Guerrero	Nayarit	Puebla	Oaxaca	Veracruz
Atención materno infantil	√	√	√	√	√	√	√
Traumatismos	√	√	√	√	√	√	√
Infecciones respiratorias	√	√		√	√		
Enfermedades digestivas		√	√			√	√

Fuente: Anexo 1.20.

2.2 Análisis de morbilidad entre la población en muestra

El análisis de morbilidad basado en los egresos hospitalarios permite sacar conclusiones sobre los padecimientos que son atendidos, más comúnmente, en establecimientos formales, pero una limitante de este análisis es que muchos padecimientos en estas comunidades no son tratados en hospitales. Por lo tanto es importante complementar el análisis con información sobre las afecciones que ha sufrido la población en general, hayan sido tratados o no. Las entrevistas que realizó el equipo de Betakorosi a la población abierta de los municipios prioritarios en muestra, permite profundizar en el perfil de morbilidad de la población objetivo en este sentido²⁴.

La metodología de las entrevistas con la población abierta, se muestra en el Anexo Metodológico y sus resultados se presentan en detalle en el Capítulo III. de este reporte. En esta sección hacemos referencia a los resultados relativos a la morbilidad que resultaron de dichas entrevistas.

²⁴ Hay que tener en cuenta que este análisis tiene la limitante, por su parte, de que se va a referir únicamente a padecimientos que han sido diagnosticados –y por lo tanto tratados- o que son demasiado obvios como para que la población llegue a un autodiagnóstico.

El 78% de los entrevistados dijo que ellos o alguien de su familia sí habían acudido a un servicio de salud durante el último año. Los motivos para tales visitas fueron, en primer lugar, gripa, tos, fiebre, y otros problemas respiratorios, en segundo lugar el embarazo, y en tercer lugar problemas estomacales (ver Cuadro 1.14). Esto coincide, grosso modo, con los resultados encontrados en el análisis de las causas de egresos hospitalarios donde se vio que las causas materno infantiles, las infecciones respiratorias y las enfermedades digestivas son los motivos principales de visita a un hospital. Sin embargo, los resultados de las entrevistas con la población abierta muestran que esta población consulta los servicios de salud también por otras razones, incluyendo consultas de rutina, dolores de cabeza, y dolores musculares entre otras.

Cuadro 1.14. Principales motivos de visita a los servicios de salud en el último año entre la población de las comunidades en muestra, (%)

Motivo	%
Gripa/tos/fiebre/neumonía/garganta/pulmonía	20
Embarazo	15
Problemas estomacales, vómito, diarrea	10
Consulta de rutina / checar presión	8
Dolor de cabeza	7
Plática de Oportunidades / Seguro Popular	7
Dolores musculares	4
Diabetes	3
Realizar estudios / Papanicolaou/ Ultrasonido / Sangre	3
Granos / hinchazón en el cuerpo	2
Dolor de pies	2
Vacunación	2
Infección vaginal / dolor de matriz	2
Otras	15
Total	100

Fuente: Entrevistas con población abierta.

Cuando se observa la respuesta a la pregunta de si el entrevistado o alguien de su familia ha padecido una serie de padecimientos en el último año, y si han recibido atención para cada uno de ellos, los resultados resaltan otra vez la importancia de las enfermedades estomacales e intestinales (incluyendo infecciones), las enfermedades respiratorias, y los traumatismos. El 24% de los entrevistados dice que él/ella o alguien de su familia ha padecido enfermedades respiratorias (12% dice que han padecido enfermedades respiratorias graves); 18% que han padecido enfermedades estomacales o intestinales; 13% que han tenido parásitos, y al menos la mitad de ellos (48%) han padecido algún tipo de traumatismo (ver Cuadro 1.15). Además de estos padecimientos cuya importancia ya se había detectado, las entrevistas con la población abierta muestran que hay otros males que son comunes en esta población como son: las migrañas y dolores de cabeza, las enfermedades y problemas en dientes y boca, y enfermedades virales que son prevenibles con vacunas como la rubéola, el sarampión y la varicela.

Cuadro 1.15. Padecimientos selectos que han sufrido los entrevistados o su familia, comunidades en muestra (%)

Padecimiento	% que ha padecido	% que ha recibido atención médica
Varicela	51	56
Enfermedades respiratorias	24	83
Enfermedades respiratorias graves	12	87
Enfermedades del estomago y el intestino como diarrea y vómito	18	84
Migraña y dolores de cabeza	18	81
Parásitos	13	86
Enfermedades y problemas en dientes y boca	13	70
Enfermedades de la piel (hongos y otros)	5	77
Rubeola	13	45
Sarampión	23	50
Heridas y hemorragias	16	12
Quemaduras	10	39
Caídas y golpes	48	19
Fracturas	16	60

Fuente: Entrevistas con población abierta

El Cuadro 1.15 muestra, además del porcentaje de la población que ha sufrido un padecimiento, el porcentaje de éstos que han recibido atención médica. Entre 80% y 70% de quienes han padecido enfermedades respiratorias, enfermedades estomacales e intestinales, parásitos, migrañas y dolores de cabeza y enfermedades de los dientes y boca han recibido atención médica por estos padecimientos. Sin embargo, la atención médica para las enfermedades virales como la rubéola y el sarampión y los traumatismos (caídas, golpes,

heridas y fracturas) es mucho menor. En particular, llama la atención que únicamente el 12% de quienes han sufrido heridas y hemorragias han sido atendidos por un médico.

Este resultado refleja la distancia de estas comunidades a la atención médica de emergencia. Los padecimientos que “pueden esperar un poco más” a que llegue la Caravana a la comunidad o a que los usuarios vayan a otros servicios de salud, son, por lo general, atendidos. Sin embargo, aquellos casos que merecen atención inmediata no lo son. Dado lo frecuente que son los accidentes en estas comunidades, una recomendación que se deriva de este análisis es la necesidad de implementar un sistema que permita prestar atención de emergencia a los habitantes de estas comunidades a cualquier hora del día. Una opción para poder atender esta problemática sería tener un prestador de servicios calificado en una comunidad central, con un vehículo que le permita el acceso a terrenos difíciles, y una buena comunicación por radio entre las localidades.

CAPÍTULO II. ESTIMACIÓN DE LA COBERTURA DEL PROGRAMA EN LOS MUNICIPIOS PRIORITARIOS

1. Estimación de los municipios, localidades y porcentaje de la población objetivo cubiertos por el PCS

Las Reglas de Operación 2008 del Programa Caravanas de la Salud establecen que la primera meta del Programa es llegar a las personas de las entidades federativas definidas como prioritarias y que se concentran en los 125 municipios de menor Índice de Desarrollo Humano (IDH)²⁵. Las mismas Reglas de Operación establecen que los beneficiarios del PCS deberán ser residentes de localidades que no cuenten actualmente con acceso a servicios de salud regulares, o que para acceder a dichos servicios en una unidad fija deban trasladarse más de una hora²⁶.

La estrategia de focalizar el PCS en los 125 municipios con menor IDH implica el hacer accesibles servicios de promoción y prevención de la salud y servicios curativos de primer nivel a poblaciones que de otra manera no tendrían acceso a la atención médica. De las 6,764 localidades de más de dos hogares en estos municipios listadas en el II Censo Nacional de Población y Vivienda del 2005^{27, 28}, únicamente en 624 (9%) hay algún servicio médico fijo registrado^{29 30}.

Como los servicios médicos se concentran en las comunidades más grandes, estas 624 localidades abarcan al 41% de los 1, 411,872 habitantes de los municipios con menor IDH. Es decir, el 59% de los habitantes de los municipios con menor IDH del país (822,076

²⁵ ROP. Sección 4.5. Población Objetivo.

²⁶ ROP. Sección 4.6. Beneficiarios.

²⁷ INEGI. 2005. II Censo de Población y Vivienda 2005. Aguascalientes, México.

²⁸ Si se suman a estas las localidades que el PCS dice visitar pero que no se localizan en el II Censo de Población y Vivienda, el número de localidades sube a 6,893 y la población sube a 1, 411,872.

²⁹ Estos incluyen servicios de la Secretaría de Salud, IMSS Oportunidades, servicios médicos universitarios, sistema DIF, IMSS, ISSTE, PEMEX, servicios médicos estatales, servicios municipales, y servicios médicos privados.

³⁰ Secretaría de Salud. 2008. Directorio de unidades médicas del Sector Salud. Todas las instituciones según entidad federativa. (archivo dum.eum.xls obtenido de www.sinais.salud.gob.mx)

personas) viven en 6,140 localidades donde no hay servicios médicos fijos. Esta es la población objetivo del PCS.

Para poder evaluar qué tanto está llegando el PCS a su población objetivo se requiere saber qué localidades están siendo visitadas, qué población de estas localidades ha recibido algún servicio del PCS, qué población de otras localidades aledañas ha recibido algún servicio, y de qué localidades provienen. Esta información no se encuentra disponible, pues los expedientes médicos (que podrían servir para estimar el número de usuarios) no se concentran en un solo lugar y no están digitalizados. Además, la información que se solicita para el Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) reporta el número de servicios prestados, pero no el número de usuarios³¹ y no contiene la localidad de residencia del usuario. Más aún, esta información sólo se encuentra para un número mínimo de las Unidades Médicas Móviles (UMM) que trabajan en los 125 municipios prioritarios³².

Dadas estas limitaciones en la información, se recurrió a la información proporcionada por el PCS en los Anexos 6 que forma parte del Convenio de Coordinación y Transferencia de Recursos Presupuestarios Federales (Acciones a realizar en el estado y transferencia de recursos) al mes de septiembre del 2008 para los 7 estados prioritarios y en el 2º Informe Gerencial, que cubre hasta el mes de octubre del 2008. Los primeros, contienen el nombre de todas las localidades visitadas por las unidades Tipo I, II y III por municipio³³ por lo que

³¹ El número de usuarios y el número de servicios prestados no coinciden si un usuario hace dos o más visitas.

³² Ver anexo 2.1.

³³ Al empatar el nombre de las localidades proporcionadas en el Anexo 6 del Programa con los datos del II Censo de Población, se encontraron muchas inconsistencias. El Anexo 2.4 presenta dichas localidades junto con el municipio al que se les adjudica en el Anexo 6, el municipio en el que se localizaron en el Censo de Población, y otras notas pertinentes. Entre las inconsistencias que se encontraron están el que en algunos casos se lista erróneamente la jurisdicción sanitaria en vez del municipio al que pertenece la localidad. Esto repercute en que el PCS está contabilizando como cubiertas localidades que no están en un municipio prioritario (ejemplo de esto son los casos de la localidad de Benito Juárez en Ocosingo, Chiapas que se lista como perteneciente a San Juan Cancuc; y la localidad de Canatlán en Durango que se lista como perteneciente a El Mezquital, cuando en realidad es la cabecera municipal de Canatlán). Una segunda inconsistencia es que el Anexo 6 lista 41 localidades que no se encontraron en el II Censo de Población. Aunque estas localidades incluyen algunas comunidades de más de 80 habitantes y que difícilmente se crearon en los últimos 3 años, en el cálculo de la cobertura del PCS se consideraron como localidades cubiertas en los 125 municipios prioritarios (ver Anexo 2.4). Una última inconsistencia es que el Anexo 6 de los estados de Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Puebla y Veracruz se reporta, como cubierta, la población que el CONAPO estima para cada localidad en el año del 2008. En el Anexo 6 de Durango y Nayarit, la población reportada por comunidad no coincide (y es comúnmente superior) a lo estimado por el CONAPO o el INEGI. Por ejemplo, en la localidad de Ciénaga de Caballos en el municipio de Tepehuanes el Anexo 6 reporta una población cubierta de 365, pero el INEGI reporta una población en el 2005 de 131 habitantes. Dada la dinámica poblacional del país, es prácticamente imposible que una localidad triplique sus habitantes en tres años. Es probable que el anexo 6 de Durango y Nayarit reporte el número de personas cubiertas por el programa, incluyendo la población de localidades aledañas, pero esto no se aclara en ningún lado.

permiten estimar, bajo el supuesto de que toda la población de las localidades visitadas tiene acceso a los servicios médicos prestados por el PCS, la cobertura de las acciones prestadas por estas unidades. El 2º Informe Gerencial, por su parte, incluye información del número de localidades y municipios visitados por las unidades de Tipo 0 y el conjunto de unidades de Tipo I, II y III, dentro de los 100 municipios con menor IDH para cada uno de los 7 estados prioritarios. Este informe lista también la población total cubierta, por estado.

De acuerdo al 2º Informe Gerencial, el PCS visita 918 localidades en 92 de los 100 municipios de menor IDH. La población total de estas localidades, y que por tanto tiene acceso a los servicios del PCS (aunque no los utilice) es de 234,162 habitantes (ver Cuadro 2.1). El informe gerencial no desglosa las localidades visitadas y sólo lista 36 municipios, por lo que no es posible saber cuáles son los municipios cubiertos y a qué porcentaje de las localidades o de la población en éstos están llegando las Caravanas.

De los datos reportados en el Cuadro 2.1 se concluye que la mayor parte de la población cubierta por el PCS en los 100 municipios de menor IDH está siendo alcanzada a través de unidades de Tipo 0. Las unidades de Tipo 0 cubren 1.85 veces el número de localidades y 1.5 veces la población que las unidades de Tipo I, II y III. Esta mayor cobertura de las unidades de Tipo 0 se debe a que hay más unidades de este tipo en operación y a su mayor capacidad para entrar en terrenos difíciles.

Las observaciones en campo realizadas por Betakorosi (incluyendo las entrevistas a los coordinadores estatales del PCS, las encuestas a los ESI y el seguimiento a una muestra de UMM) señalan que las unidades de Tipo 0 llegan, efectivamente, a localidades que no son accesibles a los vehículos de Tipo I, II y III que son más pesados, bajos y grandes. En consecuencia, las unidades de Tipo 0 llegan a localidades más pequeñas (el número promedio de habitantes en las localidades visitadas por estas unidades es de 238.86) que las unidades de Tipo I, II y III (que visitan localidades con un número promedio de habitantes de 285.09³⁴).

³⁴ Estos datos coinciden, grosso modo, con lo que se encuentra en un análisis basado en las localidades listadas en los Anexos 6 de los 125 municipios prioritarios. En estos anexos se dice que las unidades de Tipo I, II y III cubren 457 localidades con una población total de 125,998 habitantes: Un promedio de 275.77 habitantes por localidad.

No obstante su mayor movilidad, el número promedio de localidades visitadas por las unidades de Tipo 0 y por las unidades de Tipo I, II y III es muy similar. Cada unidad de Tipo 0 visita un promedio de 6.85 localidades, en tanto cada unidad de Tipo I, II y III visita un promedio de 6.19 localidades.

Aunque la población promedio cubierta por cada unidad satisface las condiciones establecidas en las Reglas de Operación (cada unidad Tipo 0 cubre en promedio 1,636.19 habitantes³⁵ y cada unidad Tipo I, II y III cubre en promedio 1,764.70³⁶), el número de localidades cubiertas por algunas rutas es mucho menor a las 10 localidades requeridas por las Reglas de Operación. Además, los datos de los anexos 6 muestran una gran variación en el tamaño de las localidades cubiertas, pues hay unidades que se concentran en localidades muy pequeñas (de menos de 50 habitantes) mientras que otras cubren localidades muy grandes (de más de 2,000 habitantes y que tienen acceso a otros servicios de salud).

El hecho de que cada ruta no pueda cubrir, en promedio, más de 7 localidades se debe a una combinación de tres factores: a) las grandes distancias que separan a una comunidad de la otra en estos municipios, b) lo difícil del terreno y los caminos (cuando existen) que llevan de una comunidad a otra, y c) lo inapropiado de las unidades de Tipo II y III, para circular por estos terrenos. La estrategia de ampliación de cobertura del PCS tendrá, como se verá más adelante, que considerar estos retos al planear los recursos necesarios para poder llegar a todos las localidades en los 125 municipios prioritarios.

³⁵ 6.85 localidades por 238.86 habitantes.

³⁶ 6.19 localidades por 285.09 habitantes.

Cuadro 2.1. Cobertura de las UMM Tipo 0, I, II y III en los 100 municipios de menor IDH, por Tipo de unidad

	Tipo de UMM		
	Tipo 0 (UMM dignificadas)	Tipo I, II y III (UMM nuevas)	Todas
Número de UMM en operación	87	52	139
Número de municipios visitados*	54	48	92
Número de localidades visitadas	596	322	918
Población total en localidades visitadas**	142,362	91,800	234,162

* El desglose de los municipios cubiertos en el 2º Informe gerencial muestra sólo 36 municipios visitados.

**El 2º Informe gerencial reporta también el número de personas atendidas con acciones de promoción y prevención en salud, y el número de personas atendidas con acciones del Causas. Sin embargo, estos datos parecen referirse más al número de consultas que al número de usuarios, lo que les permite su acumulación a lo largo de los distintos períodos reportados (lo que de hecho se hace en el reporte). Como se explicó en el cuerpo del texto, estos datos no son útiles para la estimación de cobertura.

Fuente: Elaboración de Betakorosi con base en Secretaría de Salud. Programa Caravanas de la Salud. 2008. 2º Informe Gerencial de Seguimiento a Presidencia de la República.

Un análisis de los Anexos 6 del PCS muestran que las unidades Tipo I, II y III van a 457 localidades en 56 de los 125 municipios prioritarios (ver Cuadro 2.2)³⁷. A pesar de que las unidades Tipo I, II y III no pueden llegar a las localidades más remotas, la mayoría de las comunidades visitadas por estas unidades (422) no cuentan con otros servicios de salud. Esto implica que los servicios provistos por este tipo de unidades llega a 6.73% de las localidades objetivo (aquéllas que están en los 125 municipios con menor IDH y que no tienen acceso a otros servicios de salud).

Suponiendo que, conforme muestra el 2º Informe Gerencial, las unidades Tipo 0 llegaran a 1.5 veces al mismo número de comunidades y que ninguna de éstas tuviera otros servicios

³⁷ Los datos en que se basan estas estimaciones se encuentra en el anexo 2.4.

de salud, se puede estimar que el PCS está cubriendo, a través de todas las unidades en estos municipios, 1,107 localidades (es decir, el 17.66% de las comunidades prioritarias)³⁸.

El hecho de que las unidades Tipo III no puedan circular por terrenos de terracería fuerza a los operadores del programa, según lo dicho por los coordinadores estatales del PCS en las entrevistas realizadas para esta evaluación, a restringir las visitas de estas unidades a localidades de mayor tamaño y con mejores condiciones de urbanización. Esto repercute en el hecho de que algunas de las localidades visitadas por el programa estén cubiertas por otros servicios de salud y que los servicios ofrecidos por el PCS podrían ser redundantes para esta población.

Según la información presentada en los anexos 6 y el directorio de unidades de salud de la Secretaría de Salud, 35 de las unidades visitadas por el PCS hasta noviembre del 2008 tenían otros servicios médicos (principalmente servicios de la Secretaría de Salud y de IMSS Oportunidades)³⁹.

La mayoría de estas localidades son cabeceras municipales. Aunque, de acuerdo a información proporcionada por el Programa, las rutas del PCS se están redefiniendo para evitar esta duplicidad. Se recomienda que la expansión del programa limite las unidades de Tipo III y se incremente el número de unidades de Tipo 0, I y II que tienen mayores posibilidades de llegar a localidades sin servicios médicos.

Cuando se estima el porcentaje de la población en las localidades sin acceso a otros servicios de salud cubierto por el PCS se dimensionan mejor los logros del Programa en su

³⁸ Esta estimación se obtuvo como sigue: Si las unidades Tipo I, II y III cubren 457 localidades donde no hay otros servicios de salud, y las unidades Tipo 0 cubren 1.5 veces el mismo número de comunidades, éstas llegarían a 685 localidades. Si se Sumadas éstas a las 422 localidades a las que llegan las unidades de Tipo I, II y III y donde no hay otros servicios de salud se obtiene que todas las unidades cubrirían, en su conjunto, 1,107 localidades.

³⁹ Estas localidades son, conforme se aprecia en el anexo 2.4:

En Guerrero: Metlátanoc en Metlátanoc, y San Miguel el Grande en Alcozauca de Guerrero.

En Chiapas: Amatenango del Valle en Amatenango del Valle; Chalchiuitán en Chalchiuitán, Huixtán; La Independencia, San Andrés Puerto Rico y Santa Rosa en Huixtán; Tzajalá Jericó en Chilón; y San Juan Cancuc en San Juan Cancuc.

En Nayarit: Coyunque, Santa Bárbara y San Francisco del Mezquital todas ellas en Del Nayar.

En Durango: La cabecera municipal de El Mezquital.

En Oaxaca: Coyul en Coicoyán de las Flores y El Mamey en Santiago Amoltepec.

En Veracruz: Astacinga, Huapango y Comolica en Astacinga; Acultzinapa (San Miguelito), Zacamilola, Zihuateo y Atlehuaya en Atlahuilco; Mixtlantlakpak en Mixtla de Altamirano; Soledad Atzompa y Atzompa en Soledad Atzompa; Xopilapa, Tzompoaleca Segundo y Tilica en Tehuipango; Tequila, el Campanario y Tolapa en Tequila; y Xoxocotla y Tlilcalco en Xoxocotla.

poco más de un año de operación y la magnitud de los retos por venir para poder lograr la cobertura total de su población objetivo.

Las unidades Tipo I, II y III llegan a 131,335 habitantes de los 125 municipios más marginados, pero de éstos únicamente 90,073 viven en localidades donde no hay otros servicios de salud. Este número representa el 10.81% de los habitantes de las localidades objetivo del programa.

Nuevamente, si se asume que las unidades Tipo 0 llegan a 1.5 veces el mismo número de personas, y que estas unidades se concentran en localidades sin otros servicios de salud, se tendría que la población cubierta por los cuatro tipos de unidad en el programa es aproximadamente 225,182⁴⁰. Es decir, cuando mucho el PCS está cubriendo al 27% de su población objetivo.

⁴⁰ Esta estimación se realizó de la siguiente manera: Si las unidades Tipo 0 llegaran a 1.5 veces el número de habitantes cubiertos por las unidades Tipo I, II y III y todos estos habitantes estuvieran en localidades sin otros servicios médicos, las unidades Tipo 0 estarían llegando a 197,002 personas (131,335*1.5). Si se suma esta población a los 90,073 habitantes cubiertos por las unidades Tipo I, II y III que viven en localidades donde no hay otros servicios médicos se tiene 225,182.

Cuadro 2.2. Cobertura de las UMM Tipo I, II y III en los 125 municipios de menor IDH, de acuerdo a la presencia de otros servicios médicos en la localidad

Nivel de análisis		Hay otros servicios	No hay otros servicios	Total
Municipios				
	Número total de municipios	120	5	125
	Número de municipios visitados	19	37	56
Localidades				
	Número total de localidades	624	6,269	6,893
	Número de localidades visitadas	35	422	457
Población				
	Población total	578,293	833,579	1,411,872
	Población total en las localidades cubiertas	41,262	90,073	131,335

* El desglose de los municipios cubiertos en el 2º informe gerencial muestra sólo 36 municipios visitados.

**El 2º Informe gerencial reporta también el número de personas atendidas con acciones de promoción y prevención en salud, y el número de personas atendidas con acciones del CAUSES. Sin embargo, estos datos parecen referirse más al número de consultas que al número de usuarios, lo que les permite su acumulación a lo largo de los distintos periodos reportados (lo que de hecho se hace en el reporte). Como se explicó en el cuerpo del texto, estos datos no son útiles para la estimación de cobertura.

Fuente: Elaboración de Betakorosi con base en las siguientes fuentes:

INEGI. 2005. II Censo de Población y Vivienda 2005. Aguascalientes, México.

Secretaría de Salud. 2008. Directorio de unidades médicas del Sector Salud. Todas las instituciones según entidad federativa. (archivo dum.eum.xls obtenido de www.sinais.salud.gob.mx)

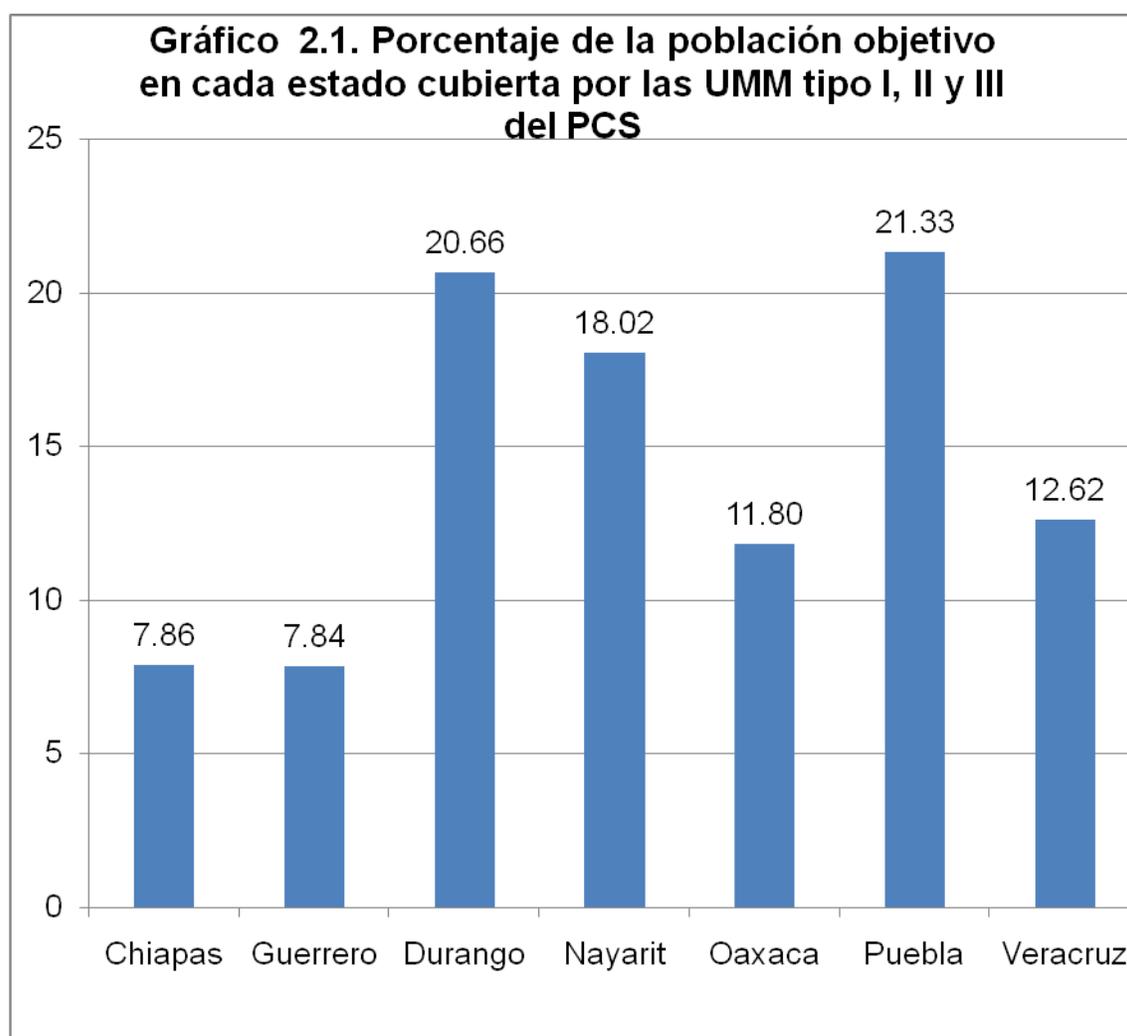
Secretaría de Salud. 2008. Anexos 6. Programa de Caravanas de la Salud. (Nota: Betakorosi corrigió inconsistencias en el nombre de algunos municipios y localidades)

Los datos de este Cuadro se encuentran desglosados por municipio en el anexo 2.5, y por localidad en el anexo 2.4

La cobertura del PCS no es la misma en los siete estados prioritarios. En Durango, Nayarit y Puebla el Programa ha logrado llegar, a través de las unidades de Tipo I, II y III, al 18% o más de la población objetivo (ver gráfico 2.1.); en Oaxaca y Veracruz se alcanza al 12% y 13% respectivamente, y en Chiapas y Guerrero se llega nada más al 8% de la población que no tiene otros servicios de salud. La relativamente alta cobertura en Durango, Nayarit y Puebla puede deberse a que éstos son los estados con el menor número de municipios prioritarios (1 en Durango y Nayarit y 9 en Puebla) y a que Puebla es el estado con el menor

número de localidades prioritarias (sólo 282)⁴¹ lo que ha permitido una mejor focalización y facilitado el diseño de las rutas. Por el contrario, la baja cobertura de Chiapas y Guerrero se debe al gran número de localidades sin acceso a servicios de salud (1,696 y 1,665 respectivamente) lo que hace que se requiera un elevado número de UMM para poder alcanzar a la población.

Dado que Chiapas y Guerrero engloban al 54% de la población objetivo del PCS, es recomendable que los esfuerzos de expansión de cobertura del programa se centren en estos dos estados.



Fuente Anexo 2.1

⁴¹ Ver anexo 2.2.

2. Recursos necesarios para alcanzar la cobertura de todas las comunidades sin otros servicios de salud

De querer alcanzar la meta de cobertura universal en las localidades sin otros servicios de salud de los 125 municipios prioritarios, el PCS tiene que llegar al menos a otras 5,162 localidades⁴². Dado que las localidades a las que falta llegar son mucho más pequeñas que las localidades actualmente cubiertas⁴³ y se puede suponer también que están más dispersas, se recomienda que la estrategia de expansión del programa se centre en la adquisición de más unidades de Tipo 0 y Tipo I rediseñadas, así como que se considere un programa de sustitución de las unidades dignificadas en operación, cuya vida útil es ya limitada (se recomienda además que se contemple un esquema de mantenimiento constante, pues las observaciones en campo muestran que las unidades nuevas, presentan distintos grados de deterioro, que requieren mantenimiento). De ser así, se necesitarían al menos 753 nuevas unidades de Tipo 0 (o Tipo I, debidamente rediseñadas) para lograr la meta de cobertura en los 125 municipios prioritarios que son el objetivo del PCS⁴⁴.

Como se explicó arriba, los esfuerzos de expansión de cobertura deberían de centrarse, en primer lugar en Chiapas y Guerrero que son los estados donde el PCS cubre al menor porcentaje de la población y donde, además, se concentra la mayor proporción de la población objetivo del programa. Para poder cubrir todas las localidades a las que se estima falta llegar con el programa se requerirían 387 unidades entre Tipo 0 y Tipo I rediseñadas (ver Cuadro 2.3).

Una segunda prioridad en los esfuerzos de expansión del programa deberían de ser, en este orden, los estados de Oaxaca y Veracruz, donde el PCS llega únicamente al 12% de los habitantes de municipios prioritarios que no tienen otros servicios de salud y que concentran al 19% y 13% de toda la población objetivo del programa, respectivamente. Se estima que se

⁴² Si se supone como se explicó arriba, que con el conjunto de las unidades de Tipo 0, I, II y III se llega a 1,107 localidades sin servicios de salud.

⁴³ Actualmente las unidades Tipo I, II y III llegan a 457 localidades con una población total de 131,335. Esto implica que están llegando a localidades que tienen un promedio de 287 habitantes. Faltan por cubrir, por este número de unidades, un total de 5,847 localidades que tienen 743,506 habitantes (un promedio de 127 habitantes por localidad). (Cálculos basados en los datos del Cuadro 2.2).

⁴⁴ Si se supone que cada unidad Tipo 0 sigue cubriendo un promedio de 6.85 localidades.

requieren 124 UMM para llegar a las localidades faltantes en Oaxaca y 51 para llegar a las unidades faltantes en Veracruz.

Finalmente, para llegar a las localidades que no se han cubierto en Puebla, Nayarit y Durango se requieren, respectivamente, 22, 53 y 114 UMM. El alto número de unidades necesarias para cubrir toda la población objetivo de Durango se debe a que el municipio de El Mezquital tiene un número muy elevado de localidades, muchas de ellas con baja población.

Cuadro 2.3. Número estimado de UMM Tipo 0 requeridas para alcanzar la cobertura universal de las localidades sin acceso a servicios de salud, por estado

Estado	Número de localidades que falta cubrir	Número de UMM Tipo 0 requeridas
Chiapas	1,342	195
Guerrero	1,318	192
Durango	784	114
Nayarit	366	53
Oaxaca	850	124
Puebla	151	22
Veracruz	351	51
Total	5,162	753

Fuente: Anexo 2.6.

3. Cobertura del PCS en las comunidades visitadas

Desde el punto de las acciones de promoción y prevención, la totalidad de la población de las localidades visitadas por Caravanas recibe los beneficios del Programa. En términos del acceso a los servicios prestados por Caravanas, nuevamente toda la población de la localidad tiene acceso a los mismos dado que no hay condiciones para solicitar y recibir el servicio.

Las entrevistas con población abierta indican que 84% de los/las entrevistadas han escuchado del Programa Caravanas de la Salud, lo que indica que en las comunidades visitadas, el Programa es visible y ha alcanzado a un alto porcentaje de la población. Además, suponemos que con el conocimiento del Programa, estas familias ya saben dónde buscar servicios médicos en caso de necesitarlos.

CAPÍTULO III. OPERACIÓN

En este capítulo se describe la operación del Programa Caravanas de la Salud (PCS), dando cuenta de los siguientes temas: Identificación de Rutas de Atención Ambulatoria (RAA); Verificación de unidades médicas móviles (UMM); Recursos humanos y funciones; Prestación de servicios; Continuidad de la atención (referencia y contrarreferencia) y Vinculación del programa Caravanas de la Salud (PCS) con el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS).

1. Identificación de las RAA y casas de salud

El PCS opera mediante Caravanas de las Salud integradas por equipos de salud itinerantes (ESI); unidades médicas móviles (UMM), de diferente capacidad resolutive (Tipo 0, I, II y III) que complementan la red de servicios de las unidades médicas fijas; casas de salud; recursos materiales, medicamentos, insumos y dispositivos médicos; que inciden en un espacio geográfico determinado a través del establecimiento de rutas de atención ambulatoria RAA.

Tipo de UMM⁴⁵:

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

TIPO I. Es una unidad médica móvil equipada con un consultorio de medicina general, con equipo estándar para atención primaria, química seca y toma de muestras para cáncer cérvico-uterino y equipo de electrocardiografía. Este tipo de unidad móvil está conformado por un médico general, enfermera y un promotor de la salud-chófer.

TIPO II. Es una unidad médica móvil equipada con un consultorio de medicina general y un consultorio dental, laboratorio de química seca y toma de muestras para cáncer cérvico-uterino y

⁴⁵ ROP. Apartado 4.4 Criterios de inclusión, establecimiento de rutas y tipología.

equipo de electrocardiografía. Este tipo de unidad móvil está conformado por un médico general, un odontólogo, enfermera y un promotor de la salud-chófer.

TIPO III. Es una unidad médica móvil equipada con un consultorio de medicina general y un consultorio dental, equipada con enlace satelital para telemedicina, equipo de video-conferencia, ultrasonografía y electrocardiografía. Asimismo contiene un laboratorio de química seca y toma de muestras para cáncer cérvico-uterino. Este tipo de unidad móvil está conformado por un médico general, un odontólogo, enfermera y un promotor de la salud-chófer.

Las Caravanas de la Salud brindan los servicios de promoción, prevención, control de enfermedades y 79 intervenciones de atención médica ambulatoria del Catálogo Universal de Servicios Esenciales en Salud, CAUSES⁴⁶, a la Población Objetivo del PCS definida como:

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

Las ROP señalan además: existirán UMM dotadas de características especiales para la oferta de servicios diagnósticos o de atención a la salud que reforzarán la capacidad de oferta de servicios en las REDESS⁴⁷ y que podrán ubicarse en puntos estratégicos de la RED que no cumplan con los criterios anteriormente mencionados.

Por otra parte el PCS fomenta la participación comunitaria, la atención proactiva, la vigilancia epidemiológica, la prevención y anticipación de enfermedades para hacer de las localidades espacios saludables.

Para la primera etapa de operación del PCS se ha establecido como prioridad llevar estos servicios a los 125 municipios con menor IDH del país, los que presentan los mayores

⁴⁶ ROP. Apartado 5.1.3 Servicios de atención médica.

⁴⁷ REDESS. Red de Servicios de Salud.

rezagos socioeconómicos y no cuentan con acceso regular a servicios de salud, que pertenecen a los estados de Chiapas, Durango, Guerrero, Nayarit, Oaxaca, Puebla y Veracruz.

Se entiende como una RAA de Caravanas de la Salud al espacio geográfico delimitado que abarca uno o varios municipios con la categoría de menor Índice de Desarrollo Humano, o municipios que agrupan a un conjunto de localidades de alta y muy alta marginación, sin acceso permanente a servicios de salud en una región determinada y que son atendidas por equipos itinerantes de salud y/o unidades médicas móviles de acuerdo a una programación mensual⁴⁸. Por otra parte, en dichas RAA se incluyen casas de salud y establecimientos médicos con diferente capacidad resolutive para la referencia de los usuarios del PCS que requieren de atención adicional.

1.1. Principales complicaciones y fortalezas en el diseño e implementación de las RAA.

Los criterios para el establecimiento y funcionamiento de las RAA, como se señalan en las ROP⁴⁹ son los siguientes:

- Una ruta de una caravana estará conformada al menos por 10 localidades y 1,500 habitantes, que cumplan con los criterios de inclusión del PCS⁵⁰:
- Cada localidad dentro de una ruta deberá ser visitada al menos dos veces al mes.
- La permanencia de la caravana de la salud será por un día cumpliendo una jornada de trabajo de 8 horas.
- Se establecerá una programación mensual con dos propuestas operativas, una para temporada de secas y otra para temporada de lluvias.

Además de los criterios mencionados, para el establecimiento de las RAA fue necesario tomar en consideración el número de UMM disponibles, ya que cada UMM cubre una ruta.

El PCS diseñó las RAA en coordinación con los Servicios Estatales de Salud en las jurisdicciones sanitarias⁵¹, las que son revisadas y validadas con el responsable del REPSS.

⁴⁸ ROP. Apartado 4.4 Criterios de inclusión, Establecimiento de rutas y tipología.

⁴⁹ ROP Apartado 4.4 Criterios de Inclusión, Establecimiento de rutas y tipología.

⁵⁰ ROP Apartado 4.4 Criterios de Inclusión.

En relación con el número de localidades de cada RAA, de las UMM Tipo I, II y III, el estudio muestra lo siguiente:

En ocasiones el número de localidades visitadas por RAA es menor a 10 y en otras se visitan más de 10 localidades por RAA, asimismo, no se cumple el criterio de 1,500 habitantes por ruta como se observa en los Anexo 6, que forman parte de los Convenios de Coordinación en Materia de Transferencia de Recursos que celebran la Secretaría de Salud Federal y las Secretarías de Salud de los Estados, en dichos Anexos se establecen los municipios y localidades visitadas por RAA y Tipo de UMM, así como el número de habitantes por localidad.

⁵¹ Las jurisdicciones sanitarias son las instancias de operación de los servicios de salud en la estructura territorial.

Cuadro 3.1 Localidades atendidas por tipo de UMM

Entidad Federativa	Localidades atendidas por tipo de UMM						Promedio población xRAA
	Tipo de UMM			Total	Localidades	Promedio de localidades) por UMM (Rutas	
	Tipo I	Tipo II	Tipo III				
CHIAPAS	2			2	23	12	2,171
		5		5	76	15	3,288
			1	1	11	11	7,974
DURANGO	3			3	29	10	2,237
		4		4	41	10	2,037
			1	1	6	6	43,941
GUERRERO	4			4	27	7	1,577
		5		5	40	8	2,442
			1	1	4	4	3,690
NAYARIT	2			2	21	11	569
		3		3	31	10	588
			1	1	6	6	4,260
OAXACA	8			8	69	9	1,582
		5		5	62	12	1,752
			1	1	9	9	774
PUEBLA	2			2	15	8	5,635
		3		3	28	9	2,010
			1	1	9	9	1,571
VERACRUZ	2			2	17	9	1,540
		5		5	44	9	2,937
			1	1	23	23	51,858
TOTALES	23	30	7	60	591	10	

Fuente: Elaborada por Beta Korosi a partir de Rutas de Caravanas validadas en la reunión del 25 Y 26 de Marzo de 2008, información proporcionada por el PCS. Anexos 6. Índice de rutas de UMM recibidas 2007. Anexo 3.1

Por otro lado, en relación con la programación mensual se establece el criterio de que las Caravanas trabajan 20 días por 10 de descanso, en relación con el esquema de días de trabajo el estudio encontró que el sistema de trabajo es variable, las UMM Tipo 0 son las que con mayor frecuencia (82%) trabajan 20 días y descansan 10, sólo 45% de las Tipo I, 41% de las Tipo II y 33% de las Tipo III. lo hacen de igual modo.

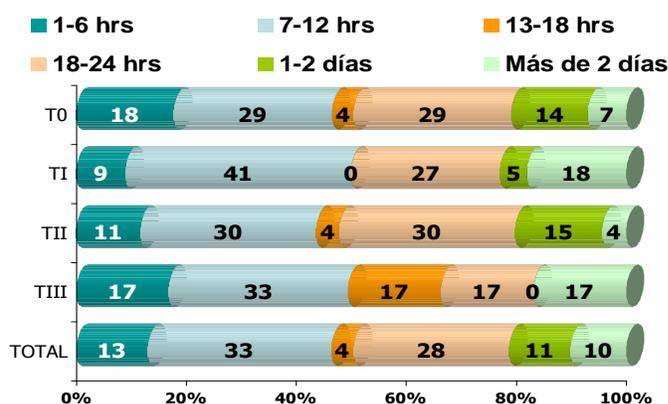
Cuadro 3.2, Calendario de trabajo

TIPO DE UNIDAD	¿Cuántos días continuos trabajan?							¿Días de desacaso?	TOTAL %
	5	10	20	21	22	25	Prom. días	Prom. días	
T.0	11%	-	82%	-	-	7%	18.75	8.79	100
T.I	18%	27%	45%	-	9%	-	14.73	6.91	100
T.II	30%	22%	41%	4%	4%	-	13.44	6.30	100
T.III	17%	33%	33%	-	17%	-	14.50	6.67	100
Promedio	19%	17%	55%	1%	5%	2%	15.65	7.33	100

Fuente: Elaboración de Beta Korosi. A partir de la entrevistas a ESI. Anexo 3.2

Con relación al tiempo de permanencia de las Caravanas en cada localidad así como que cada localidad dentro de una ruta, deberá ser visitada por lo menos dos veces al mes, en jornadas de 8 horas de atención en cada localidad, el estudio muestra los siguientes resultados:

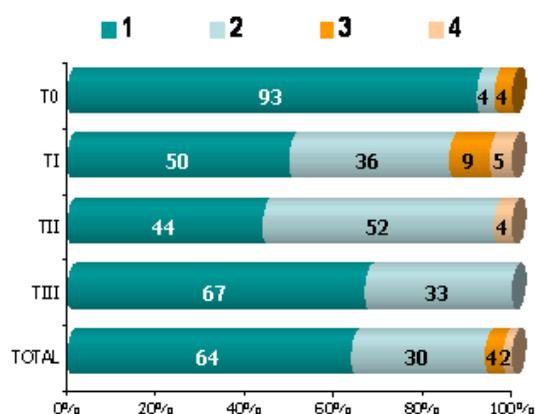
Figura 3.1 Horas que permanecen en cada localidad por tipo de UMM



Fuente: Elaboración de Beta Korosi, con base en las entrevistas a ESI. Anexo 3.3.

El número de horas que las Caravanas permanecen en las localidades es muy variable. Respecto de las dos visitas al mes por localidad, se encontró igualmente una gran variación:

Figura 3.2. Número de visitas realizadas por mes a las localidades de las RAA

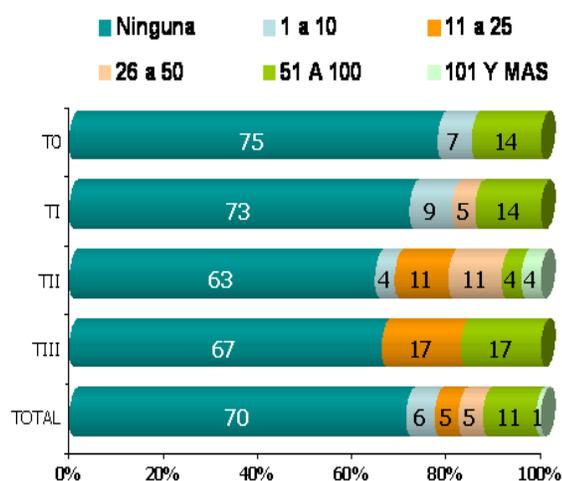


El 64% de las Caravanas visitan las localidades una vez al mes, únicamente el 30% lo hacen dos veces al mes, en el caso de las Tipo 0 el 93%, visitan las localidades una vez al mes.

Fuente: Elaboración de Beta Korosi. Con base en entrevistas a ESI. Anexo 3.4

Otro dato relevante en relación con las jornadas de trabajo diarias en las localidades atendidas por las Caravanas se relaciona con que se encuentra un reducido número de pacientes que no alcanza a ser atendido, si bien es cierto que no es deseable que esto ocurra, también muestra la demanda y el posicionamiento que las Caravanas están teniendo en las localidades, para lo cual las acciones de difusión han sido de utilidad. En este sentido el estudio muestra además que para convocar a los habitantes de las localidades en ruta se cuenta con el apoyo de las radios comunitarias, el perifoneo y los auxiliares comunitarios.

Figura 3.3 Estimación de personas que se quedan sin atención



Sobre la estimación del número de personas que atienden en cada visita, el promedio fue de 85 personas. Destacan las diferencias en las estimaciones entre los diferentes tipos de unidades que se mueven en el rango de 49 personas atendidas (caso de unidades tipo III) y 120 (caso de las unidades Tipo II

El 70% de los ESI entrevistados dijo que no se quedaba nadie sin atención. El 30% restante sí admitió que había personas que se quedaban sin atención y al respecto el número estimado total fue de 15 personas en promedio.

Fuente: Elaboración de Beta Korosi con base en entrevistas a ESI. Anexo 3.5.

Lo anterior a pesar de que el tiempo que permanecen en las comunidades visitadas, casi 26 horas en promedio, aunque las respuestas de los ESI fueron muy variadas como se señaló con anterioridad.

Como se observa en los resultados anteriores, los criterios establecidos en las ROP no se cumplen en la totalidad de las RAA, éstas operan en función de factores particulares y diversos.

A este respecto, no se ha encontrado la justificación, técnica y operativa, para que el PCS haya adoptado los criterios establecidos en las ROP.

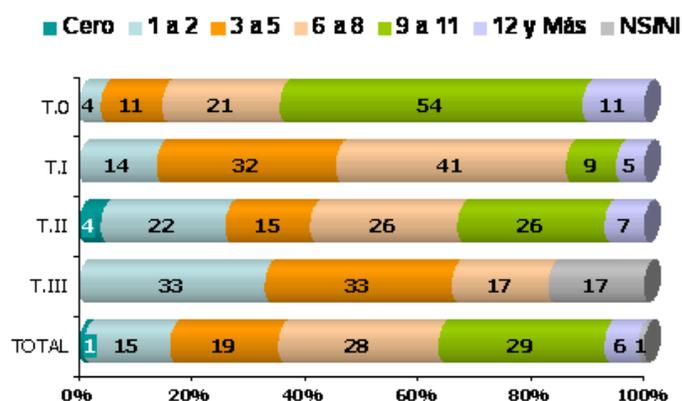
Sería recomendable que a partir de la experiencia del primer año de operación del PCS, tomando en consideración los perfiles particulares de cada región atendida, (dispersión geográfica de las localidades así como de las dificultades de acceso, medidas en tiempos de traslado necesarios, y el número de habitantes de las mismas), que dificultaron el cumplimiento de los criterios adoptados, se establecieran programas de trabajo adecuados y debidamente sustentados, que permitieran que las Caravanas presten sus servicios en función de las necesidades específicas de cada RAA y localidad.

Lo anterior mediante un ejercicio de planeación operativa a nivel regional de tal suerte que se establezcan criterios que respondan a las condiciones de operación reales de esas regiones, utilizando para ello, los recursos tecnológicos, el conocimiento de los perfiles sociodemográfico, epidemiológicos, la red de servicios médicos disponibles en la región y específicamente la experiencia de los operadores de los programas anteriores de ampliación de cobertura y del propio PCS.

1.2 Verificación del acondicionamiento de las casas de salud.

En la mayoría de las rutas existen casas de salud, éstas juegan un papel relevante en la operación de las RAA, los coordinadores estatales del PCS, los ESI y los propios auxiliares comunitarios reconocen la relevancia de las casas de salud en la operación de las RAA y señalan que el acondicionamiento y equipamiento actual de las mismas es insuficiente para apoyar adecuadamente la operación del PCS⁵².

Figura 3.4. Número promedio de casas de salud en las rutas de la muestra

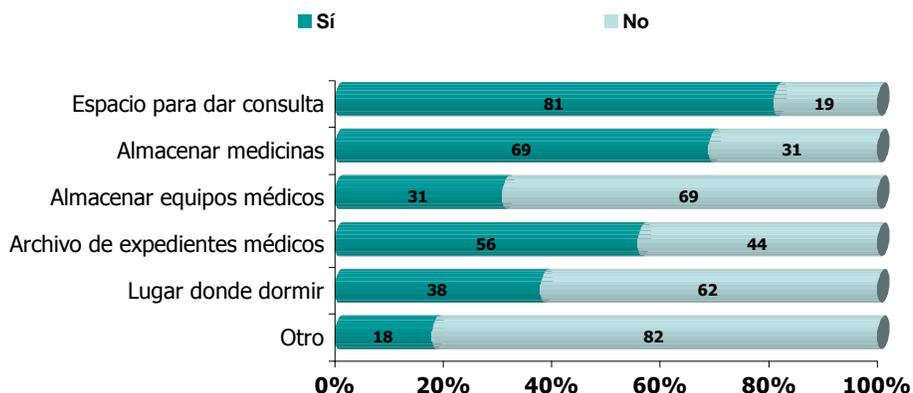


Fuente: Elaboración de Beta Korosi con base en entrevistas a ESI. Anexo 3.6

Los principales apoyos que presta la casa de salud al Programa Caravanas de la Salud se señalan a continuación:

⁵² Anexo.3.27 Principales resultados de las entrevistas a coordinadores y administradores estatales y REPSS.

Figura 3.5. Apoyo que presta la casa de salud al PCS



Fuente: Elaboración de Beta Korosi con base en entrevistas a ESI. Anexo 3.7

La casa de salud sirve principalmente para tener un “espacio para dar consulta 81%”, para “almacenar medicinas 69%” y como “archivos de expedientes médicos 56%”.

- ▶ No obstante, no cuentan con las condiciones necesarias para brindar un apoyo eficaz debido a su acondicionamiento. El estudio muestra que 44% de estas casas tienen paredes hechas de “tabique / adobe / block recubierto” y techos exteriores de “láminas de metal o asbesto”. 69% de ellas tienen pisos de “apisonado de cemento”, tienen en promedio 2.3 Cuartos, únicamente 50% cuenta con agua entubada, 69% tiene luz eléctrica, 38% no tienen baño y 87% no cuentan con cocina.
- ▶ Si describiéramos la Casa de Salud promedio sería como sigue: Tendría 2 cuartos, 30.3 metros cuadrados de construcción, difícilmente tendría un baño y seguramente estaría fuera de la casa, no tendría cocina, habría en algunos casos agua entubada en el exterior de la casa, pero seguramente tendría luz eléctrica.
- ▶ Si ahora hacemos la descripción del mobiliario promedio que tendría una casa de salud diríamos: Que cuenta con 2 mesas y 10 sillas, probablemente no tendría archivero para guardar los expedientes, en algunos casos habría una cama de auscultación, no tendría botiquín de primeros auxilios y tampoco lugar para ropería.

Por otra parte se encontró que 94% de las casas de salud no reciben apoyo de ninguna institución.

Cabe mencionar en este apartado que en la totalidad de las casas de salud se encontró un auxiliar comunitario el que desempeña un papel central en la operación de las RAA, mismo que se describe en el tema de recursos humanos y funciones de los operadores del PCS.

La información generada en campo confirma la importancia de las casas de salud consideradas en el diseño para la operación del PCS⁵³ así como las condiciones precarias en las que se encuentran la mayoría de ellas y permiten concluir la necesidad de implementar, a corto plazo, las acciones de mejora de las instalaciones y del equipamiento de las mismas para que estas desempeñen eficazmente el papel que se les ha asignado en la estrategia del PCS.

Es necesario señalar que sobre el particular, las coordinaciones estatales, así como la Coordinación Nacional de PCS, han realizado gestiones tanto con autoridades locales, como con otros programas que tienen incidencia en las regiones atendidas, con el propósito de mejorar el acondicionamiento de las casas de salud. Sin embargo, aún no se cuenta con una estrategia específica para la concurrencia de otros programas y acciones necesarias para lograrlo.

Por último, en relación con las RAA es importante señalar que, con el propósito de evitar las duplicidades en los servicios de salud y llevar la atención médica a localidades que no cuentan con ella, los coordinadores estatales han realizado ajustes a las rutas de la Caravanas en coordinación con el Programa Oportunidades, los Servicios Estatales de Salud y con el Responsable del Régimen Estatal de Protección Social en Salud (REPSS) quien en la mayoría de los casos validó las modificaciones acordadas para las RAA⁵⁴, procedimiento establecido en las ROP.

⁵³ ROP. Apartados 4.4. Criterios de inclusión, establecimientos de rutas y tipología. en las ROP se señala expresamente que éstas *deberán acondicionarse para acortar tiempos de desplazamiento a las localidades más alejadas en donde podrán concentrarse expedientes clínicos, medicamentos e insumos para reabastecerse.*

⁵⁴ Anexo. Principales resultados de las entrevistas a coordinadores estatales del PCS y a responsables de los REPSS.

No obstante, en este proceso de coordinación para evitar las duplicidades no se ha evaluado si los servicios ofrecidos por otras unidades móviles brindan la misma capacidad resolutoria (equipamiento, insumos y personal médico) que las UMM del PCS, aspecto central en la estrategia del Programa.

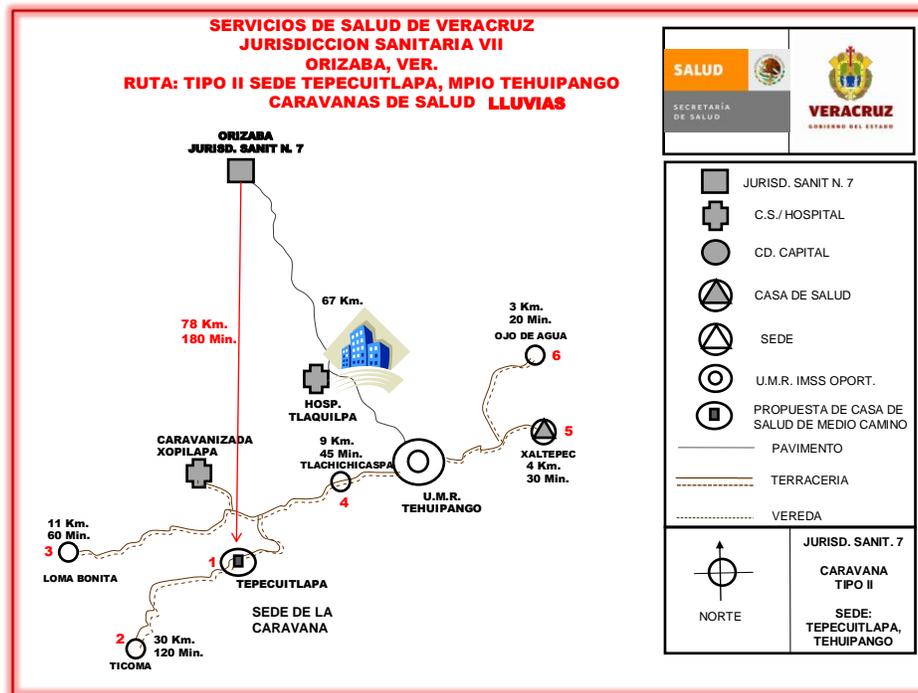
1.3 Establecimientos que proporcionan servicios a los usuarios de las Caravanas.

La absoluta mayoría, 89% de los ESI entrevistados, dijo estar familiarizado con el modelo de atención en REDESS y también señaló que trabajan bajo ese modelo.

En relación con el funcionamiento en REDESS de las Caravanas, el estudio encontró que todas las RAA tienen identificadas y localizadas, tanto geográficamente como en términos de las distancias, los establecimientos de atención médica (EAM) que proporcionan servicios a los usuarios del PCS, en caso de necesitar servicios de mayor complejidad de atención (referencia y contrarreferencia). El PCS cuenta con los mapas de georreferenciación de cada una de las ruta atendidas por las UMM Tipo I, II, y III que forman parte de los Anexos 6⁵⁵ de los Convenios Específicos de Transferencia de Recursos.

⁵⁵ Anexos 6 del Convenio de Coordinación y Transferencia de recursos Presupuestarios Federales.

Figura 3.6 Mapa de Ruta



Fuente: Información proporcionada por el PCS.

En cumplimiento de las ROP se elaboran los mapas de rutas tanto para la temporada de lluvias como para la de secas.

Con respecto al número de establecimientos médicos de diferente capacidad resolutive con los que se relacionan las Caravanas por tipo de UMM, en promedio es de 2.42, como se muestra en los siguientes cuadros:

Cuadro 3.3 Número de establecimientos médicos con los que se interrelacionan las Caravanas por tipo de UMM

Número	Tipo de unidad				Total
	T0	TI	TII	TIII	%
0	11%	5%	19%	17%	12
1	18%	18%	15%	17%	17
2	25%	32%	30%	33%	29
3	29%	14%	22%		20
4	-	-	4%	17%	2
5	18%	32%	11%	17%	19
TOTAL	100	100	100	100	100
Promedio	2.43	2.82	2.11	2.33	2.42

Base: 83 ESI

Fuente: Elaboración de Beta Korosi con base en entrevistas a ESI. Anexo 3.8

Cuadro 3.4 Nivel de atención que prestan los establecimientos médicos con los que se interrelacionan las Caravanas

Nivel	Tipo de Unidad				Total
	T0	TI	TII	TIII	%
Nivel 1	31	29	30	43	30
Nivel 2	55	69	66	57	63
Nivel 3	13	2	3	-	6
NS/NI	2	-	1	-	1
TOTAL	100	100	100	100	100

Base: 73 ESI. Porcentaje ajustado para los que se relacionan con alguna institución.

Fuente: Elaboración de Beta Korosi con base en entrevistas a ESI. Anexo 3.9

De los tres niveles de atención para la referencia los ESI se relacionan en mayor medida (63%) con establecimientos de segundo nivel de atención médica. Estos pertenecen a los Servicios de Salud de los Estados y al Instituto Mexicano de Seguridad Social IMSS⁵⁶.

⁵⁶ Fuente: Entrevistas a ESI.

2. Verificación de Unidades Médicas Móviles (UMM)

2.1 Proceso de acreditación

Con el propósito de brindar y garantizar la calidad y seguridad en la prestación de servicios médicos a la población, la Ley General de Salud⁵⁷ determina la necesidad de acreditar a los establecimientos que desean ingresar a la Red de Prestadores de Servicios de Salud (REDESS).

Los establecimientos de atención médica (EAM), para su acreditación deberán cumplir con los requerimientos esenciales de capacidad, seguridad y calidad para la prestación de servicios de atención médica incluidos en el Catálogo Universal de Servicios de salud (CAUSES), o aquellas patologías determinadas por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS).

Para ello se requiere cumplir con los procedimientos para la acreditación conforme al Manual para la Acreditación y Garantía de Calidad en Establecimientos para la Prestación de Servicios de Salud⁵⁸.

En este sentido, la acreditación se concibe como un elemento de garantía de calidad y es un proceso de auditoría que califica mediante puntaje los tres elementos esenciales para la atención: capacidad, seguridad y calidad.

La acreditación califica las instalaciones físicas; la existencia de equipos médicos, sus condiciones de operación; así como su uso para el diagnóstico y atención de los padecimientos que corresponde atender a cada nivel de servicio médico; la dotación de medicamentos en términos de su vigencia, existencia, proceso de abasto, su manejo en

⁵⁷ Ley General de Salud. DOF 14-07-2008. Artículo 77 bis 9.

⁵⁸ Manual para la Acreditación y Garantía de Calidad en Establecimientos para la Prestación de Servicios de Salud, en el que se incluye el flujograma del procedimiento de acreditación. Elaborado por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud de la Secretaría de Salud.

relación con los padecimientos atendidos; el recurso humano en términos de su formación profesional y capacitación acorde con las funciones que debe desempeñar y el equipo médico que debe utilizar; y los procesos que se realizan tanto para la atención de los pacientes como para el registro de la información relacionada con su atención, otorgando puntajes a cada aspecto con calificación de “todo o nada” en el sentido de que se cumple con todos los requisitos establecidos o no se cumple, es decir, no se otorgan fracciones de punto.

El proceso de acreditación se inicia en los establecimientos de atención médica (EAM) con el llenado de la cédula de autoevaluación. Si la autoevaluación arroja un puntaje suficiente para acreditar se entrega la cédula de autoevaluación al líder de calidad del Estado, quien valora si es posible solicitar la acreditación. Una vez que se solicita la acreditación se incluye en el Programa de Trabajo de Acreditación a nivel nacional de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES) de la Secretaría de Salud. Cuando, conforme a dicho programa corresponda acreditar las unidades médicas, se integran equipos conformados con auditores federales y estatales (los auditores estatales no serán de la misma entidad federativa en la que se realice la auditoría). En dichos equipos podrán participar como observadores el personal del establecimiento a auditar.

En relación con la acreditación de las UMM del PCS, el proceso de acreditación califica las instalaciones, equipamiento, personal y procesos en función de 79 intervenciones del CAUSES. Al 30 de octubre del presente año, en los estados prioritarios no se había acreditado ninguna UMM, sin embargo, la DGCES de la Secretaría de Salud tenía programado acreditar 191 UMM de Caravanas de la Salud en 2008.

En relación con los principales obstáculos para la acreditación de las Caravanas, en la entrevista con el personal de acreditación de la DGCES, se mencionan los siguientes:

No es posible acreditar las UMM Tipo 0 porque son vehículos de transporte, no son establecimientos médicos. Se les tendría que acreditar con cédulas del Tipo I, y por lo tanto no aprobarán la acreditación. Asimismo se plantea como otra opción eliminar las Tipo 0 y hacer un programa de recambio por UMM Tipo I.

Las UMM, Tipo I, II y III, desde su fabricación, equipamiento y su instalación, no responden a los criterios establecidos en la norma para la acreditación por lo que se deberán realizar las adecuaciones necesarias para que las UMM cumplan con los requerimientos de la norma.

Para el caso de la acreditación de las Unidades Médicas Móviles se toma en consideración que no pueden llevar en su interior todos los equipos, insumos y expedientes que son calificados en el proceso de acreditación, de tal suerte que para realizar la auditoría de las mismas, es necesario que el equipo de auditores pueda observar en un mismo lugar la UMM y el local en el que se encuentran los equipos, medicamentos y expedientes que complementan el establecimiento móvil, en este sentido el acondicionamiento de las casas de salud o de medio camino, cobra aún mayor relevancia puesto que como se vio en el estudio, son los lugares en los que se almacenan los expedientes y medicamentos para el reabastecimiento de las UMM.⁵⁹

Las dificultades relacionadas con el abasto de medicamentos y las condiciones del equipamiento, que pueden incidir en el proceso de acreditación se analizan en el siguiente apartado.

2.2 Diagnóstico de las UMM con respecto a su equipamiento insumos y funcionalidad y los recursos humanos asignados⁶⁰

Con el propósito de dar respuesta a los requerimientos de los Términos de Referencia de la evaluación, fue necesario incluir en los cuestionarios, guías de observación y entrevistas preguntas relacionadas con el equipamiento y su funcionalidad, los materiales de curación y los medicamentos, dado que el PCS no cuenta con un programa de mantenimiento consistente que monitoree las condiciones en las que se encuentra el equipamiento médico de las UMM, ni con inventarios de medicamentos y materiales de curación e insumos sistematizados.

⁵⁹ Anexo, Principales resultados de las entrevistas a coordinador estatal, administrador, REPSS y acreditador.

⁶⁰ El diagnóstico del equipamiento y abasto de medicamentos e insumos se realizó con el apoyo del ESI asignado a cada UMM.

Con respecto a las funciones y los procedimientos que les corresponde realizar al personal, el PCS no cuenta con manuales de organización ni procedimientos por lo que no es posible realizar una valoración sobre el desempeño del personal asignado al PCS. El desempeño de los ESI se valorará en la encuesta de percepción de los usuarios.

De acuerdo con lo señalado, en relación con la existencia y condiciones del equipamiento básico de las UMM Tipo I, II y III, en el siguiente Cuadro se muestran los hallazgos del estudio en campo:

Cuadro 3.5. Existencia y condiciones del equipamiento de las UMM Tipo I, II y III

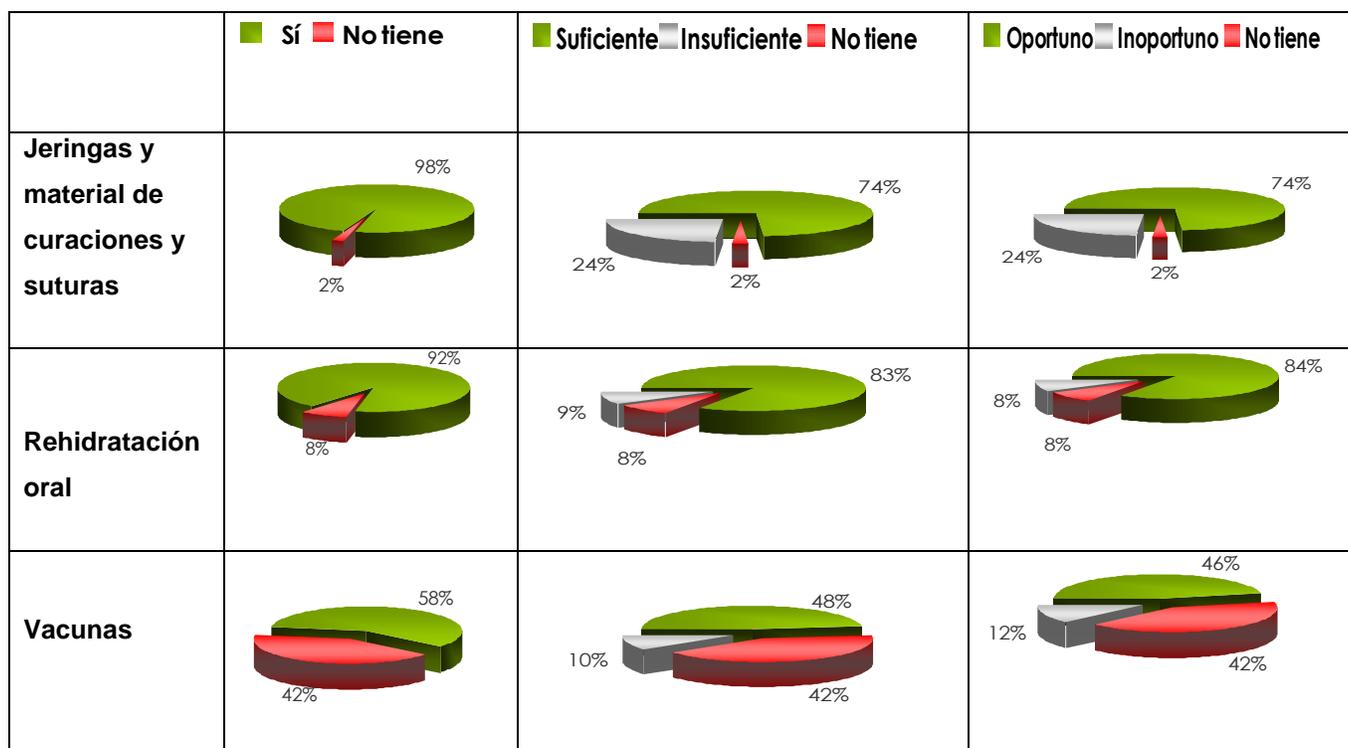
Equipos	Condición		No tiene %
	Adecuado %	Defectuoso %	
Equipo de esterilización	43	37	20
Refrigerador de 10 a 17 pies cúbicos	52	42	6
Laboratorio de Química seca	67	27	6
Básculas con estadímetro	81	15	4
Planta de energía eléctrica	83	17	-
Estuche de diagnóstico que incluya oftalmoscopio	84	16	-
Baumanómetro	87	9	4
Mesa de exploración con pierneras	90	10	-
Equipo para aplicación de dispositivos intrauterinos	92	6	2
Estetoscopio biauricular	92	6	2
Estetoscopio de Pinard o Doptone	94	4	2
Cinta métrica, abate lenguas, termómetro rectal y oral.	94	4	2

Fuente: Elaboración de Beta Korosi con base en Inspección de UMM. Anexo 3.10

La principal carencia es el equipo de esterilización, 20% de UMM no cuentan con él, sobre las condiciones en las que se encuentran los equipos las proporciones más altas de equipo defectuoso se dan en: refrigerador de 10 a 17 pies cúbicos (42%), equipo de esterilización (37%), laboratorio de química seca (27%), báscula con estadímetro (15%), planta de energía eléctrica (17%) y estuche de diagnóstico (16%). Asimismo, 45% de los ESI entrevistados

manifestó que la UMM ha tenido fallas de energía eléctrica, el promedio de fallas de energía eléctrica es de 2.9 veces al año por UMM.⁶¹

Figura.3.5 Abasto de insumos



Base 53 UMM Tipo I, II y III

Fuente: Elaboración de Beta Korosi. Inspección de UMM. Anexo 3.11

98% de las UMM de Tipo I, II y III cuentan con jeringas y material de curaciones y suturas, en 74% se considera que es suficiente y oportuno.

8% no tiene insumos para la rehidratación oral, 83% de los que sí tienen los consideran suficientes y oportunos.

42% no tiene vacunas, de los que las tienen, 48% consideran que el abasto es suficiente y 46% oportuno.

⁶¹ Bases de datos. UMM

Por otro lado, los ESI manifiestan en relación con los medicamentos, en 84% de los casos que son los adecuados para el tratamiento de las enfermedades más comunes de las comunidades que visitan. Sobre la suficiencia, en 71% de los casos se consideró suficiente y en 76% de los casos se consideró que el abasto era oportuno.

En cuanto al equipo odontológico las placas radiográficas y líquidos para revelar son los insumos que más faltan 33% y los que están en condiciones menos adecuadas 43%. La compresora es el equipo mejor evaluado y existe en todas las unidades.

En el caso del sellador de fosetas y fisuras se encuentra que 17% de UMM Tipo II y III no lo tienen y es el equipo que mayor proporción de condición “defectuosa” obtiene. El equipo de Rayos X dental existe en la mayoría de los casos y la proporción de condición “defectuosa” reportada es de 13%.

Finalmente, la planta de energía eléctrica existe en todas las unidades, pero su condición es defectuosa en 20% de los casos.

Por otra parte, 55% del personal de las UMM Tipo II y III, expresa que hace falta diverso instrumental y material: Lámpara de resina 7%, esterilizador 3%, pieza de alta velocidad 7%, multímetro 3%, placas y jeringas 7%, rayos X 3%, curitas 3%, resina 3%, líquido de revelado 3%, estuche de diagnóstico y baumanómetro 3%.

En el caso de los equipos de electrocardiografía y ultrasonido, 20% de las UMM Tipo III no lo tienen. En las UMM Tipo III que cuentan con dicho equipo (80%) se observa que funciona bien.

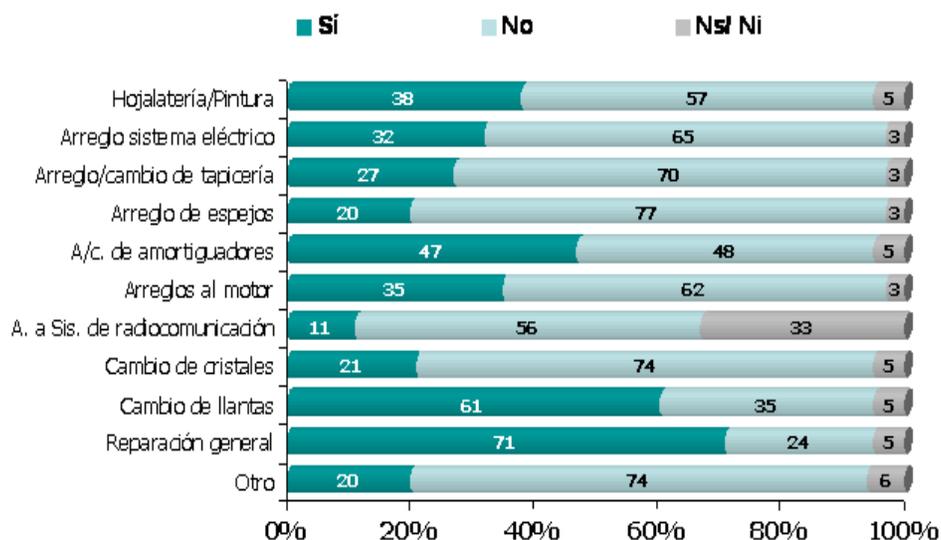
Con respecto al mantenimiento del equipo médico, 60% de los ESI dice que existe un programa de mantenimiento, sin embargo 40% de los ESI señala que dicho programa no se cumple nunca o se cumple rara vez. Si a 40% de los que dijeron que no hay programa de mantenimiento de equipo médico o que no saben si hay, se suman los que afirman 40% que el programa de mantenimiento no se cumple, se llega a la conclusión de que sólo en 20% de los casos habría mantenimiento adecuado para el equipo médico.

Son preocupantes, en términos de la calidad en la prestación de los servicios médicos y consecuentemente de la acreditación de las UMM, las carencias y deficiencias en la operación de su equipamiento médico básico y del abasto de medicamentos e insumos para atender a los usuarios.

Estado físico de las UMM

Con respecto al estado físico de las UMM Tipo 0, se encontró que la mayoría habían sufrido reparaciones de distintos tipos, como se aprecia en la siguiente Figura:

Figura 3.6 Reparaciones realizadas a las UMM en operación



Fuente: Elaboración de Beta Korosi, con base en Inspección de UMM. Anexo 3.12

De las unidades Tipo 0 verificadas, a 82% se le hizo al menos una reparación. De éstas las más frecuentes fueron reparación en general 71%, cambio de llantas 61%, arreglo/cambio de amortiguadores 47%, hojalatería y pintura 38%, arreglo de motor 35% y arreglos del sistema eléctrico 32%.

En relación con el Kilometraje, las UMM Tipo 0 inspeccionadas, en el siguiente Cuadro se muestra que un 20% tienen más de 100,000 kilómetros, por lo que ya excedieron su vida útil, 14% tienen entre 50,000 y 100,000, que si no la han excedido, están en el límite, un 20% más de las que no se sabe qué kilometraje tienen. El PCS tendrá que prever su sustitución, en muy corto plazo.

Cuadro 3.6. Kilometraje por tipo de UMM en operación

KILOMETRAJE	TIPO DE UNIDAD								TOTAL	
	0		I		II		III			
	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%
1000 A 10 000 KM	11	17	17	77	15	58	4	80	47	39
10 001 A 30 000 KM	11	17	3	14	4	15	1	20	19	16
30 001 A 50 000 KM	8	12	-	-	-	-	-	-	8	7
50 001 A 100 000 KM	9	14	-	-	3	12	-	-	12	10
MAS DE 100 000 KM	14	20	-	-	1	4	-	-	15	13
NS/NI	13	20	2	9	3	12	-	-	18	15
TOTAL	66	100	22	100	26	101	5*	100	119	100

Fuente: Elaboración de Beta Korosi, con base en Inspección de UMM. Anexo 3.13

Para el total de las UMM inspeccionadas se encontró que presentan diversos grados de deterioro y falta de equipo básico, el deterioro se reporta sobre todo en llantas 41% señalan que están regular y mal, sobre los amortiguadores, el sistema eléctrico, cerca del 27% señalan que están regular o mal y las carencias de equipo se relacionan con un sistema de radiocomunicación 74%, tanque de reserva de gasolina 75%, equipo necesario para ponchaduras 43%, equipo contra incendios 38% y cables para corriente 32%. El promedio de veces que la UMM deja tirada a la Caravana por problemas de funcionamiento es de 2.5 veces al año.

2.3 Percances más frecuentes

En términos generales, tanto los coordinadores estatales, los administradores, así como los ESI coinciden en que los percances más frecuentes son los atascos de los vehículos y las

descomposturas. 72% de los ESI entrevistados ha sufrido percances o accidentes en los recorridos de sus rutas, 34% de los chóferes dijo que las unidades los dejan tirados alguna vez durante el año. El promedio de veces que la UMM deja tirada a la Caravana por problemas de funcionamiento es de 2.5 veces al año.⁶²

La información presentada a lo largo del diagnóstico de las UMM permite inferir que las condiciones en las que se encuentran actualmente exigirán, por una parte la implementación de un programa consistente y regular de mantenimiento para evitar el deterioro en la calidad de los servicios para lograr la acreditación de las Caravanas y acceder al financiamiento del Seguro Popular de salud.

3 Recursos humanos y funciones. Verificación de Unidades Médicas Móviles (UMM)

3.1 Estrategia de reclutamiento, contratación y capacitación del personal del PCS a nivel estatal

El reclutamiento y selección del personal del Programa a nivel estatal opera en el marco de la normatividad en materia de la contratación de los recursos humanos de la Secretaría de Salud de cada Estado.

Los aspirantes hacen un examen, los resultados se le presentan al coordinador quien conjuntamente con el personal de recursos humanos hace la selección con base en los resultados del examen y el currículum.

Además de los procedimientos de la Dirección de Recursos Humanos de la Secretaría de Salud del Estado, se busca cumplir con los perfiles establecidos en las ROP del Programa,

Se busca además que el personal seleccionado sea de la región y que de preferencia hable alguna lengua indígena.⁶³

⁶² En entrevistas a ESI.

⁶³ En entrevistas a coordinadores y administradores estatales. Anexos del Capítulo III. Principales resultados de las entrevistas.

67% de los médicos tiene contrato por nómina y 11% por honorarios. 71% de las enfermeras tiene contrato por nómina y 16% por honorarios. 61% de los odontólogos tiene contrato por nómina y 24% por honorarios. 67% de los chóferes polivalentes tienen contrato por nómina y 12% por honorarios.

En relación con la capacitación del personal del Programa, se encontró que reciben las réplicas de los cursos de capacitación de Caravanas de la Salud. Adicionalmente los ESI del Programa participan en los programas de capacitación de los Servicios Estatales de Salud, atendiendo a las estrategias de prevención y promoción de la salud, vacunación, planificación familiar, cuidados neonatales entre otros, así como las relacionadas con la detección diagnóstico y tratamiento de las enfermedades endémicas de las regiones en las que opera el Programa.

Asimismo, reciben capacitación permanente en temas de interculturalidad. Los médicos y odontólogos reciben capacitación específica para el uso del equipo con el que cuentan las UMM. Se puede afirmar que el personal del Programa, tanto los médicos, odontólogos y enfermeras como los chóferes polivalentes dedican un tiempo importante a la capacitación.

3.2 Perfil del personal del PCS

En relación con los perfiles de los coordinadores y los supervisores, a partir de las entrevistas realizadas y del análisis de los currículum vitae, se encontró que todos son profesionales de la salud titulados. Asimismo, que han realizado estudios de especialización diversos, relacionados con padecimientos específicos, administración de la salud y derecho administrativo. También cuentan con experiencia laboral previa relacionada con la atención médica, superior a los cinco años. Como resultado de las entrevistas realizadas, se aprecia que tienen amplio conocimiento de los estados en los que se desempeñan, de su diversidad cultural, de la problemática de salud y de las estrategias de ampliación de cobertura y del trabajo en REDESS.

Perfil del ESI

Cuadro 3.7 Médico

Tipo de unidad	Sí se encontró %	Sexo		Edad					Lengua indígena %	Cursos %	Tiempo de trabajo en PCS	Años de est. %	Trabajo anterior %				TOTAL %
		M %	F %	18-25 %	26-35 %	36-45 %	46+ %	Prom. Años	Sí %	Sí %	Prom. meses	Prom. Años	GF %	GE %	IP %	Ninguno %	
T.0	86	56	44	8	42	42	8	34.46	13	100	37.33	12.50	21	21	13	45	100
T.I	100	77	23	9	91	-	-	27.55	32	100	7.60	12.00	5	36	36	23	100
T.II	93	56	44	20	80	-	-	27.96	16	87	9.92	12.88	4	35	40	20	100
T.III	83	60	40	20	81	-	-	28.00	20	81	8.33	13.00	40	40	20	-	100
TOTAL	92	63	37	13	71	13	2	29.89	20	95	18.46	12.51	12	32	29	27	100

Base 83 ESI

GF: Gobierno Federal, GE: Gobierno Estatal, IP: Institución Privada

Fuente: Elaboración de Beta Korosi con base en entrevistas a ESI. Anexo 3.14

En 8% de los ESI verificados, no se encontró médico en el momento de la entrevista.

El perfil de los médicos integrantes de los ESI tiene las siguientes características:

- ✓ Más hombres (63%) que mujeres (37%).
- ✓ Predominancia (71%) de profesionales jóvenes correspondientes al grupo de edad de 26 a 35 años. El promedio de edad es de 30 años.
- ✓ 20% que habla alguna lengua indígena.
- ✓ 95% que ha tomado cursos de capacitación sobre el PCS.
- ✓ Tiempo promedio de trabajo en el PCS de 18 meses y medio.
- ✓ Con 12.5 años de estudios después de la primaria.
- ✓ 27% que no tienen experiencia previa de trabajo y en 73% restante predominancia de trabajos previos en el gobierno estatal (32%) y en la iniciativa privada (29%).

Cuadro 3.8 Enfermera

Tipo de unidad	Sí se encontró %	Sexo		Edad					Lengua indígena %	Cursos %	Tiempo de trabajo o en PCS	Años de est. %	Trabajo anterior %				TOTAL %
		M %	F %	18-25 %	26-35 %	36-45 %	46+ %	Prom. Años	Sí %	Sí %	Prom. meses	Prom. Años	GF %	GE %	IP %	Ninguno %	
T.0	96	18	79	7	50	36	4	33.81	14	89	27.81	8.22	7	14	25	50	100
T.I	100	18	82	36	55	9	-	28.68	45	95	8.02	8.50	5	68	9	18	100
T.II	96	27	73	31	66	4	-	28.00	31	97	8.92	8.58	20	66	11	4	100
T.III	83	-	100	20	81	-	-	28.40	20	100	8.0	9.0	40	40	20	0	100
TOTAL	96	20	80	24	59	17	1	30.18	29	96	14.99	8.46	13	48	17	24	100

Base 83 ESI

GF: Gobierno Federal, GE: Gobierno Estatal, IP: Institución Privada

Fuente: Elaboración de Beta Korosi con base en entrevistas a ESI. Anexo 3.14

En 4% de los ESI entrevistados no se encontró enfermera en el momento de la entrevista.

El perfil de la enfermera tiene en general las siguientes características:

- ✓ Más mujeres (80%) que hombres (20%).
- ✓ Predominancia de personas jóvenes de 26 a 35 años de edad. El promedio de edad es de 30 años.
- ✓ 29% habla alguna lengua indígena.
- ✓ 96% ha tomado cursos de capacitación sobre el PCS.
- ✓ El tiempo de trabajo promedio en el PCS es de 15 meses.
- ✓ Personal con 8.5 años de estudio después de la primaria.
- ✓ 24% sin experiencia de trabajo previa.

Cuadro 3.9 Odontólogo

TIPO DE UNIDAD	Si se encontró %	Sexo		Edad				Lengua indígena %	Curso s %	Tiempo de trabajo en PCS	Años de est. %	Trabajo anterior %				TOTAL %
		M %	F %	18-25 %	26-35 %	36-45 %	Prom. Años	Sí %	Sí %	Prom. meses	Prom. Años	GF %	GE %	IP %	Ninguno %	
T.II	93	56	44	12	68	20	30.04	20	96	9.96	11.4	8	24	47	20	100
T.III	83	40	60	-	60	40	33.00	20	100	10.75	12.0	20	-	60	20	100
TOTAL	81	53	47	10	66	24	30.53	20	96	10.07	11.52	10	20	50	20	100

Base 33 ESI

GF: Gobierno Federal, GE: Gobierno Estatal, IP: Institución Privada Fuente:

Elaboración de Beta Korosi con base en entrevistas a ESI. Anexo 3.14

En 19% de ESI de unidades TII y TIII no se encontró odontólogo en el momento de la entrevista.

El perfil del odontólogo tiene en general las siguientes características:

- ✓ Proporciones similares de hombres (53%) y de mujeres (47%)
- ✓ Predominancia de edad de 26 a 35 años. Promedio de edad de 30.5 años.
- ✓ 20% habla alguna lengua indígena.
- ✓ 96% ha tomado cursos de capacitación sobre el PCS.
- ✓ El tiempo promedio de trabajo en el PCS es de 10 meses.
- ✓ Con 11.5 años de estudio después de la primaria.
- ✓ 20% sin experiencia previa de trabajo y en el restante 80% predominancia de trabajo anterior en sector privado.

Cuadro 3.10 Chófer polivalente

Tipo de unidad	Sí se encontró %	Sexo		Edad					Lengua indígena %	Cursos %	Tiempo de trabajo en PCS	Años de est. %	Trabajo anterior %				TOTAL %
		M %	F %	18-25 %	26-35 %	36-45 %	46+ %	Prom. Años	Sí %	Sí %	Prom. meses	Prom. Años	GF %	GE %	IP %	Ninguno %	
T.0	82	91	5	5	22	66	9	38.30	9	96	43.26	6.86	9	26	13	52	100
T.I	100	95	5	9	45	32	9	34.33	14	91	8.5	9.20	-	55	23	23	100
T.II	93	91	8	28	52	20	-	29.68	28	87	10.00	10.64	20	28	35	16	100
T.III	83	100		-	40	60	-	35.40	-	100	7.50	10.40	20	20	40	20	100
TOTAL	90	93	4	13	40	40	6	34.07	16	92	20.07	9.07	11	34	26	30	100

Bas e 83 ESI GF: Gobierno Federal, GE: Gobierno Estatal, IP: Institución Privada Fuente: Elaboración de Beta Korosi con base en entrevistas a ESI. Anexo 3.14

Con relación al perfil del chófer polivalente establecido en las ROP, todos los coordinadores señalaron que es difícil de lograr y que ha representado una dificultad en los procesos de selección y ha generado una alta rotación de dicho personal.

En 10% de los ESI entrevistados no se encontró chófer polivalente en el momento de la entrevista.

El perfil del chófer polivalente tiene en general las siguientes características:

- ✓ Predominancia absoluta de hombres (93%) sobre mujeres (4%)
- ✓ Predominancia de personas de 26 a 35 años (40%) y de 36 a 45 años (40%). El promedio de edad es de 34 años.
- ✓ 16% habla alguna lengua indígena.
- ✓ 92% ha tomado cursos de capacitación sobre el PCS.
- ✓ El tiempo promedio de trabajo en el PCS es de 20 meses.
- ✓ Con promedio de 9 años de estudio después de la primaria.
- ✓ 30% sin experiencia previa de trabajo y predominancia, entre los que han tenido un trabajo anterior, de haberlo desarrollado en el gobierno estatal (34%) y en instituciones del sector privado (26%).

Auxiliar comunitario

Con relación al auxiliar comunitario, los coordinadores estatales mencionan las siguientes como las funciones más relevantes que realizan en apoyo a la operación del PCS:

- Manejan un pequeño cuadro de medicamentos, proporcionan primeros auxilios
- Distribuyen información sobre control de natalidad y otras acciones preventivas
- Dan seguimiento a las familias y a la población para reportar a la autoridad y al médico de Caravanas, qué enfermedades se presentan
- Informan a la localidad sobre el programa de vistas de las Caravanas
- Apoyan al personal de la Caravana en la promoción y en las acciones preventivas de la salud
- Informan al personal del Programa sobre la referencia de enfermos en ausencia de la caravana
- Reciben una beca y capacitación en primeros auxilio para realizar acciones de promoción y prevención de la salud

Por su parte, los ESI señalan que hay auxiliar de salud en 83% en las comunidades que visitan y hay Comité de Salud en 87% y 28% señaló al Auxiliar de Salud como el encargado de promover la cultura de la prevención.

Los auxiliares de salud entrevistados en las casas de salud señalaron que las principales tareas que realizan son:

Cuadro 3.11 Principales tareas del auxiliar en salud

Principales tareas	%
Control de peso en mujeres y niños	44
Pláticas	38
Organizar a la población	31
Visita domiciliarias	31
Atender a mujeres embarazadas	25
Dar medicamentos	25
Estar al pendiente cuando llegan las Caravanas	19
Curaciones/ aplicar inyecciones	19
Detección y control de diabetes	13
Trasladar a enfermos graves a la clínica.	6
Limpieza de la clínica	6

RESPUESTAS MÚLTIPLES, LOS PORCENTAJES NO SUMAN 100.

Fuente: Elaboración de Beta Korosi con base en: Observación de Casas de salud. Anexo 3.15

4. Prestación de servicios

Con respecto a la estimación del número de padecimientos atendidos por Tipo de UMM, el abasto de medicamentos, así como los padecimientos atendidos por las Caravanas, fue necesario incluir en las entrevistas a los ESI y en la observación de las UMM, preguntas que permitieran conocer el desempeño del PCS en relación con dichos temas, dado que el PCS no cuenta actualmente con registros estandarizados y sistematizados (expedientes electrónicos, registro de abasto de medicamentos y materiales de curación por UMM, personas atendidas por visita, número de visitas por mes a cada localidad) que permitirían conocer con mayor precisión cada uno de dichos aspectos.

Estimación del número de intervenciones proporcionadas por Tipo de UMM y el abastecimiento de medicamentos relacionados con dichas intervenciones.

A partir de la información generada por la presente evaluación se encontró que en promedio el número de pacientes atendidos (intervenciones) en cada visita es de 84.6, no obstante el número de intervenciones realizadas en promedio es diferente por Tipo de UMM. Por otro lado, el número de visitas por mes realizadas a cada localidad varía igualmente por tipo de UMM, como se observa en la siguiente tabla.

Cuadro 3.12. Número de Intervenciones por Tipo de UMM

Volúmen de intervenciones por Tipo de UMM	Promedio de personas atendidas por visita	Promedio de visitas a cada localidad por mes	Promedio de intervenciones por mes
Tipo 0	80.96	1.11	89.87
Tipo I	53.81	1.68	90.40
Tipo II	120.3	1.63	196.09
Tipo III	48.67	1.45	70.57

Fuente: Elaboración de Beta Korosi Entrevistas a ESI, Anexo 3.16.

A partir de la opinión de los ESI, se podría estimar que, las UMM Tipo 0 y Tipo II son las que proporcionan un mayor número promedio de consultas.

Por otra parte, con respecto a la productividad del PCS, a partir de las intervenciones y del número promedio de visitas realizadas a cada localidad, se estima que el PCS, habría atendido, entre enero y octubre a 851,698 consultas⁶⁴ y que a lo largo del año esta cifra ascendería a 1, 076,920. (Ver Anexo 3.17)

No obstante la productividad no puede ser valorada únicamente en términos del número de consultas brindadas por UMM, puesto que las Tipo 0 y I cuentan con un médico, en tanto las Tipo II y III cuentan adicionalmente con odontólogo, por otra parte, las UMM según su capacidad resolutive, dedican tiempos diferentes a cada paciente según el tipo de intervención que proporcionan.

Respecto del abasto de medicamentos, la existencia, suficiencia y oportunidad del mismo han sido analizados en el apartado **Diagnóstico de las UMM con respecto a su equipamiento insumos y funcionalidad y los recursos humanos asignados.**

Como resultado de las entrevistas a los ESI se identificaron las intervenciones más frecuentes realizadas por las Caravanas, las mismas se ordenaron de acuerdo con las frecuencias de las respuestas y por categorías de preventivas, ambulatorias, odontológicas, reproductivas, de atención al embarazo parto y recién nacido y de urgencias, las más recurrentes se presentan a continuación:

⁶⁴ La estimación se refiere a consultas y no a personas porque no es posible, con la información disponible, disponible cuántas personas fueron atendidas por el PCS en más de una ocasión. Una persona que fue atendida en dos ocasiones distintas se contabiliza como dos consultas distintas.

Cuadro 3.12 Acciones preventivas más frecuentes realizadas por Tipo de UMM

ACCIONES PREVENTIVAS	Tipo de Unidad				Total
	T0	T1	TII	TIII	%
LÍNEA DE VIDA: ACCIONES PREVENTIVAS NIÑOS Y ADOLESCENTES	39	68	59	67	55
VACUNA PENTAVALENTE	68	45	48	50	54
VACUNA TD (CONTRA DIFTERIA Y TETANOS)	68	45	41	33	51
LÍNEA DE VIDA: ACCIONES PREVENTIVAS PARA LA MUJER	36	55	59	50	49
VACUNA ANTIHEPATITIS B	61	32	41	-	42
EXAMEN MÉDICO COMPLETO PARA MUJERES DE 40 A 49 AÑOS	29	50	52	33	42
VACUNA DPT (CONTRA DIFTERIA, TOSFERINA Y TÉTANOS)	50	9	37	17	33
LÍNEA DE VIDA: ACCIONES PREVENTIVAS PARA EL HOMBRE	29	32	26	50	30
VACUNA TRIPLE VIRAL SRP	46	14	26	17	29
EXAMEN MÉDICO COMPLETO PARA HOMBRES DE 40 AÑOS A 49 AÑOS	14	32	26	17	23
LÍNEA DE VIDA: ACCIONES PREVENTIVAS PARA EL ADULTO MAYOR	14	32	19	50	23
VACUNA BCG (CONTRA TUBERCULOSIS)	14	9	7	17	11
DIAGNÓSTICO Y CONSEJERÍA DE ALCOHOLISMO	4	18	4	-	7
DIAGNÓSTICO Y CONSEJERÍA DE TABAQUISMO EN ADOLESCENTES	-	18	4	-	6
DETECCIÓN PRECOZ DE TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA	7	9	4	-	6
DETECCIÓN DE TRASTORNOS POR DÉFICIT DE ATENCIÓN	-	9	7	-	5
TODAS LAS VACUNAS	4	-	-	-	1

Base 83 ESI. RESPUESTA MÚLTIPLE: LOS PORCENTAJES NO SUMAN 100

Fuente: Elaboración de Beta Korosi con base en entrevistas a ESI. Anexo 3.18

Las acciones preventivas más frecuentemente aplicadas por los ESI son las de línea de vida: y vacunación. En línea de vida se dieron las siguientes proporciones de mención: para niños y adolescentes (55% de las menciones), para la mujer (49%), para el hombre (30%) y para adulto mayor (23%). En vacunación se dieron las siguientes proporciones de mención: pentavalente (54%), difteria y tétanos (51%), antihepatitis B (42%), difteria, tosferina y tétanos (33%), triple viral SRP (29%) y BCG contra tuberculosis (17%).

Además se mencionaron con alta frecuencia el examen médico completo para mujeres de 40 a 49 años (42%) y para hombres (23%).

Cuadro 3.13 Acciones de Medicina Ambulatoria más frecuentes realizadas por tipo de UMM

ACCIONES DE MEDICINA AMBULATORIA	Tipo de Unidad				Total
	T0	TI	TII	TIII	%
TRATAMIENTO DE DESNUTRICIÓN/ OBESIDAD EN NIÑOS/ ADOLESCENTES	61	73	78	67	70
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE FARINGITIS AGUDA	71	73	70	50	70
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE RINOFARINGITIS AGUDA	64	73	67	17	64
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE AMIGDALITIS AGUDA	64	73	52	50	61
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO AMBULATORIO DE DIARREA AGUDA	46	68	56	33	54
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE VAGINITIS AGUDA	36	36	56	-	40
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE GASTRITIS AGUDA	25	55	41	50	40
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE OTITIS MEDIA NO SUPURATIVA	46	36	41	-	39
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE AMEBIASIS	32	41	44	-	36
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE CONJUNTIVITIS	32	27	48	-	34
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL	21	50	26	50	33
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ANEMIA FERROPRIVA	21	23	26	67	27
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DIABETES MELLITUS II	14	36	26	50	27
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LARINGITIS Y TRAQUEITIS AGUDAS	36	18	15	-	22
OTRAS MENCIONES	375	286	311	433	335

Base 83 ESI. RESPUESTA MÚLTIPLE: LOS PORCENTAJES NO SUMAN 100

Fuente: Elaboración de Beta Korosi con base en entrevistas a ESI. Anexo 3.19

Las acciones más frecuentemente practicadas en medicina ambulatoria son: Tratamiento de desnutrición/obesidad en niños y adolescentes (70%), diagnóstico y tratamiento de faringitis aguda (70%), de rinofaringitis aguda (64%), de amigdalitis aguda (61%), de laringitis y traqueitis aguda (22%), diarrea aguda (54%), vaginitis aguda (40%), gastritis aguda (40%), otitis media no supurativa (39%), amebiasis (36%), conjuntivitis (34%), hipertensión arterial (33%), anemia ferropriva (27%) y diabetes mellitus (27%)

Cuadro 3.14 Acciones de Odontología más frecuentes realizadas por tipo de UMM

ACCIONES DE ODONTOLOGÍA	Tipo de Unidad				Total
	T0	TI	TII	TIII	%
PREVENCIÓN DE CARIES	100	100	67	33	75
ELIMINACIÓN DE INFECCIÓN, ABSCESOS Y RESTOS RADICULARES	-	-	52	17	42
OBTURACIÓN DE CARIES CON AMALGAMA O RESINA	-	-	41	33	36
EXTRACCIÓN DE PIEZAS DENTARIAS (NO INCLUYE TERCER MOLAR)	-	-	19	50	22
SELLADO DE FOSETAS Y FISURAS DENTALES	-	-	7	33	14
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PULPITIS Y NECROSIS PULPAR	-	-	4	-	3
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ABSCESO MAXILAR	-	-	4	-	3

Base 33.ESI. RESPUESTA MÚLTIPLE: LOS PORCENTAJES NO SUMAN 100

Fuente: Elaboración de Beta Korosi con base en entrevistas a ESI. Anexo 3.20

Las principales acciones practicadas en materia de odontología son: prevención de caries (75%), eliminación de infección, abscesos y restos radiculares (42%), obturación de caries con amalgama o resina (36%) y extracción de piezas dentarias sin incluir tercer molar (22%).

Cuadro 3.15 Acciones de salud reproductiva más frecuentes realizadas por tipo de UMM

ACCIONES DE SALUD REPRODUCTIVA	Tipo de Unidad				Total
	T0	TI	TII	TIII	%
MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR: ANTICONCEPTIVOS	93	91	96	83	93
MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR: PRESERVATIVOS	79	73	59	33	67
MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR: DISPOSITIVO INTRAUTERINO	50	27	44	17	40
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DISMENORREA	39	36	37	33	37
ATENCIÓN DEL CLIMATERIO Y MENOPAUSIA	7	32	19	33	19
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LESIONES INTRAEPITELIALES BG	11	18	15	33	16
MÉTODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR: SALPINGOCLASIA	7	14	15	17	12
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LESIONES INTRAEPITELIALES AG	-	5	4	-	2

Base 83 ESI. RESPUESTA MÚLTIPLE: LOS PORCENTAJES NO SUMAN 100

Fuente: Elaboración de Beta Korosi con base en entrevistas a ESI. Anexo 3.21

Las principales acciones practicadas en materia de Salud Reproductiva son: métodos de planificación familiar anticonceptivos (93%), preservativos (67%), dispositivos intrauterinos (40%), salpingoclasia (12%), diagnóstico y tratamiento de dismenorrea (37%), atención de climaterio y menopausia (19%) y diagnóstico tratamiento de lesiones intraepiteliales de bajo grado (16%).

Cuadro 3.16 Acciones de embarazo parto y recién nacido más frecuentes realizadas por tipo de UMM

ACCIONES DE EMBARAZO, PARTO Y RECIÉN NACIDO	Tipo de Unidad				Total
	T0	TI	TII	TIII	%
ATENCIÓN DEL EMBARAZO NORMAL (ATENCIÓN PRENATAL)	100	100	96	83	98
ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO NORMAL	79	73	78	83	77
ESTIMULACIÓN TEMPRANA DEL RECIÉN NACIDO NORMAL/ PREMATURO	79	73	67	33	70
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PRE-ECLAMPSIA	46	41	41	67	45
ATENCIÓN DEL PARTO NORMAL	61	41	26	50	43
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO RECIÉN NACIDO CON BAJO PESO	21	27	30	17	25
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PREMATURO SIN COMPLICACIONES	25	18	30	-	23
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ECLAMPSIA	14	36	11	33	20
ATENCIÓN DEL PARTO POR CESÁREA Y DEL PUERPERIO QUIRÚRGICO	11	14	30	-	17
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PRE-ECLAMPSIA SEVERA	14	14	11	33	14
ICTERICIA NEONATAL	7	9	4	-	6
HEMORRAGIA OBSTÉTRICA PUERPERAL	7	-	7	-	5
ENDOMETRITIS PUERPERAL	11	-	4	-	5
OTRAS MENCIONES	11	9	7	17	10

Base 83 ESI. RESPUESTA MÚLTIPLE: LOS PORCENTAJES NO SUMAN 100

Fuente: Elaboración de Beta Korosi con base en entrevistas a ESI. Anexo 3.22

Las acciones más frecuentemente practicadas en materia de embarazo, parto y recién nacido son: atención del embarazo normal (98%), atención del recién nacido normal (77%), estimulación temprana de recién nacido normal y prematuro (70%), diagnóstico y tratamiento de pre-eclampsia (45%), atención del parto normal (43%), diagnóstico y tratamiento de recién nacido con bajo peso (25%), diagnóstico y tratamiento de prematuro sin complicaciones (23%) y diagnóstico y tratamiento de eclampsia (20%).

Cuadro 3.17 Acciones de urgencias más frecuentes realizadas por tipo de UMM

ACCIONES DE URGENCIAS	Tipo de Unidad				Total
	T0	T1	TII	TIII	%
ESTABILIZACIÓN EN URGENCIAS POR CRISIS HIPERTENSIVA	54	64	78	67	65
MANEJO DE LESIONES TRAUMÁTICAS DE TEJIDOS BLANDOS	29	45	56	17	41
TRATAMIENTO DEL ALACRANISMO	46	27	30	33	35
ESTABILIZACIÓN EN URGENCIAS DEL PACIENTE DIABÉTICO	36	23	15	33	25
TRATAMIENTO DE LA INTOXICACIÓN AGUDA ALIMENTARIA	11	32	22	-	20
EXTRACCIÓN DE CUERPOS EXTRAÑOS	4	23	19	-	13
TRATAMIENTO DE PICADURAS ABEJA/ARAÑA Y ARTRÓPODOS	21	5	7	17	12
MANEJO EN URGENCIAS DE QUEMADURAS DE PRIMER GRADO	18	9	11	-	12
TRATAMIENTO DE LA INTOXICACIÓN POR ALCOHOL METÍLICO	14	5	11	-	10
MANEJO EN URGENCIAS DEL SÍNDROME HIPERGLUCÉMICO NO CETÓSICO	11	5	4	17	7
TRATAMIENTO DE INTOXICACIÓN POR ORGANOFOSFORADOS	11	5	4	-	6
TRATAMIENTO DE MORDEDURA DE SERPIENTE	11	5	4	-	6
MANEJO DE MORDEDURA Y PREVENCIÓN DE RABIA EN HUMANOS	-	9	7	-	5
TRATAMIENTO DEL TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO LEVE	4	-	11	-	5
OTRAS MENCIONES	7	5	4	33	7

Base 83 ESI. RESPUESTA MÚLTIPLE: LOS PORCENTAJES NO SUMAN 100

Fuente: Elaboración de Beta Korosi con base en entrevistas a ESI. Anexo 3.23

En materia de urgencias, las tres acciones más practicadas son: estabilización por crisis hipertensiva (85%), manejo de lesiones traumáticas en tejidos blandos (41%), tratamiento de alacranismo (35%), estabilización en urgencias del paciente diabético (25%) y tratamiento de la intoxicación aguda alimentaria (20%).

Cabe señalar que 62% de los usuarios manifestaron que les fue recetado algún medicamento, de ellos, a prácticamente todos (60 del 62%) se lo dieron y ninguno tuvo que pagar por el mismo. Lo que confirma la gratuidad de la prestación de los servicios del PCS. Por otra parte 25% de los ESI dice que se atienden padecimientos locales no incluidos en los 79 CAUSES, que se contemplan para el PCS.⁶⁵ Los médicos de unidades Tipo III elevan su porcentaje de respuesta a 50%.

⁶⁵ La Pregunta a los ESI sobre padecimientos atendidos no incluidos en los 79 causas, se realizó apoyado con el listado de los CAUSES incluido en las ROP en la mano del encuestador.

En relación con la información de muertes maternas y de muertes infantiles ocurridas en las localidades atendidas por las caravanas, ésta es proporcionada a los ESI, en general por el auxiliar comunitario y el médico la informa a la jurisdicción sanitaria en la que opera la UMM, quienes las envían a los Servicios Estatales de Salud para su procesamiento.

La información presentada en este apartado sobre la cartera de servicios más frecuentemente ofrecidos por las Caravanas, revela la coincidencia entre los padecimientos identificados en el Capítulo I. Diagnóstico de las condiciones de salud de los municipios prioritarios, lo que permite confirmar el diagnóstico, así como, concluir que los servicios médicos que ofrece el PCS están efectivamente atendiendo la problemática detectada.

5. Continuidad en la atención (referencia y contra-referencia)

Los coordinadores del programa en los siete estados prioritarios coinciden, en términos generales, en que la mayoría de los padecimientos se atienden en las propias Caravanas y que el número de casos referidos es bajo, asimismo señalan que la referencia de pacientes atendidos por las Caravanas funciona adecuadamente, aunque no así la contra-referencia, debido a que los pacientes referidos no siempre regresan para que se les de continuidad a los tratamientos indicados en el establecimiento de salud referido. El presente estudio se propuso identificar casos de pacientes referidos durante el acompañamiento a las rutas seleccionadas y realizar el estudio de caso de cada uno de ellos con el propósito de conocer el comportamiento de la referencia y la contrarreferencia.

Cuadro 3.18 Pacientes canalizados a otras instancias de salud

Núm. de Pacientes	Tipo de Unidad				Total
	T0	TI	TII	TIII	%
1 – 5	29	23	11	17	20
6 - 10	11	18	26	17	18
11 – 15	14	27	22		19
16 – 20	11	9	15	17	12
21 – 30	11	14	7	17	11
31 – 50	14	5	7		8
51 Y MAS	11	5	11	17	10
NS/ NI				17	1
TOTAL	100	100	100	100	100
Promedio en núm. de personas	26	17	24	29	23

Base 83 ESI

Fuente: Elaboración de Beta Korosi con base en entrevistas a ESI. Anexo 3.24

La estimación hecha por los ESI del número de personas canalizadas a otras unidades médicas en lo que va del año es de 1,891 personas. En promedio cada ESI ha referido aproximadamente 23 personas en lo que va del año.

En las RRA se identificaron 24 casos de pacientes referidos⁶⁶. De los 24 casos documentados en el trabajo de campo, el dato más relevante es que 14 mujeres fueron referidas por embarazos de alto riesgo. Lo que indicaría que el PCS da seguimiento al embarazo y funciona en REDESS cuando los pacientes requieren ser atendidos por establecimientos de mayor capacidad resolutive.

⁶⁶ Ver: Anexo. Estudio de Casos.

Cuadro 3.19. Resumen de los estudios de caso

Caso/ Edo	Edad	Sexo	Padeci- miento	Resolución
1 Chiapas	29	Mujer	Embarazo de alto riesgo	El médico de la caravana, la refirió al IMSS de Ocosingo, la paciente no fue. Dio a luz con la ayuda de una partera.
2. Chiapas	23	Mujer	Embarazo de alto riesgo	El médico de la caravana la refirió al Centro de Salud de Chanal, al que regresó para una nueva cita. Siguió el tratamiento indicado y fue efectivo.
3. Chiapas	45	Mujer	Embarazo de alto riesgo	El médico de la Caravana la refirió al Hospital Regional de San Cristóbal de Casas, pero no fue, se dirigió al Centro de Salud de Chanal.
4. Veracruz	28	Mujer	Embarazo de alto riesgo	El médico de la Caravana la refirió al Hospital de Tlaquilpa, siguió el tratamiento que le recomendaron y debe regresar para darle seguimiento.
5. Veracruz	34	Mujer	Embarazo de alto riesgo (gemelar)	El médico de la caravana la refirió al Hospital de Tlaquilpa, tuvo que comprar un medicamento, pagó 78 pesos, siguió el tratamiento. El tratamiento fue efectivo.
6. Veracruz	17	Mujer	Embarazo de alto riesgo	El médico de la Caravana la refirió al Hospital Regional de Río Blanco. Se le dio seguimiento en el mismo Hospital. El tratamiento fue efectivo.
7. Veracruz	2 meses	Mujer	Falta de movilidad. Necesitaba incubadora.	El médico de la Caravana la refirió al Hospital de los Pinos en Tlaquilpan, la contrarrefirieron a la Caravana para que la siguieran atendiendo, pero tuvo que regresar al hospital para que le dieran el papel del diagnóstico. El médico de la Caravana la refirió en una segunda ocasión al mismo Hospital para que se le diera seguimiento.
8. Veracruz	38	Mujer	Embarazo de alto riesgo	El médico de la Caravana la refirió al Hospital del IMSS de Zongolica. La paciente no siguió el tratamiento.
9. Veracruz	58	Mujer	Grano que requería operación	El médico de la Caravana la refirió al hospital de Tlaquilpa. El tratamiento fue efectivo, se le dio una nueva cita para seguimiento.
10. Guerrero	22	Mujer	Embarazo de alto riesgo	El médico de la Caravana la refirió al hospital de la Madre y el Niño en Tlapa de Comonfort, dio a luz. El tratamiento fue efectivo.
11. Guerrero	54	Mujer	Hernia inguinal	El médico de la Caravana la refirió al Hospital General en Tlapa de Comonfort. Le cobraron 600 pesos y compró medicamento por 800 pesos. Le dieron nueva cita para seguimiento. El tratamiento no fue efectivo.
12. Puebla	5 meses	Mujer	Deficiente desarrollo	El médico de la Caravana la refirió al Hospital General de (no recuerda el nombre). Se le programó para regresar cada 15 días a curación. El tratamiento fue efectivo.

13. Puebla	20	Mujer	Embarazo de alto riesgo	El médico de la Caravana la refirió al Hospital General (no recuerda el nombre). Se le realizó una cesárea. El tratamiento fue efectivo.
14. Puebla	28	Mujer	Embarazo de alto riesgo	El médico de la Caravana la refirió al Hospital de Cozalapa. El tratamiento fue efectivo, le atendieron el parto.
15. Puebla	82	Mujer	Fractura de brazo	El médico de la Caravana la refirió al Hospital de Ahuehuetes. Fue enyesada, siguió el tratamiento, le dieron nueva cita para seguimiento. El tratamiento fue efectivo.
16. Puebla	27	Mujer	Embarazo	El médico de la Caravana la refirió al Hospital General de Huetla. Se le hizo un ultrasonido, siguió el tratamiento. El tratamiento fue efectivo.
17. Durango	28	Mujer	Cáncer cérvico uterino	El médico de la Caravana la refirió al Hospital General de Durango. La paciente no pudo seguir el tratamiento por falta de dinero. Le dieron cita para regresar al Hospital General de Durango.
18. Durango	44	Mujer	Soplo al corazón.	El médico de la Caravana la refirió al Hospital General de Durango. Le dieron medicamento y le realizaron estudios, le dieron nueva cita para seguimiento. El tratamiento fue efectivo.
19. Durango	18 meses	Mujer	Diarrea y deshidratación.	El médico de la Caravana la refirió al Hospital de Huajolota. Le dieron suero diarreico, le dieron nueva cita para regresar. El tratamiento fue efectivo.
20. Durango	47	Mujer	Quistes mamarios	El médico de la Caravana la refirió al Hospital General de Durango. Le realizaron una mastografía, le dieron medicamentos, siguió el tratamiento y fue efectivo.
21. Nayarit	42	Mujer	Embarazo de alto riesgo	El médico de la Caravana la refirió al Hospital General de Tepic. Dio a luz sin complicaciones. El tratamiento fue efectivo.
22. Nayarit	36	Mujer	Embarazo de alto riesgo	El médico de la Caravana la refirió al Hospital de Salud de Jesús María para análisis, le dieron medicamento, siguió el tratamiento, dio a luz. El tratamiento fue efectivo.
23. Guerrero	2	Mujer	Quemaduras	El médico de la Caravana la refirió al Hospital de Tlapa de donde la refirieron al hospital de Acapulco. Le realizaron exámenes en piel y de sangre no le dieron tratamiento. El tratamiento no fue efectivo.
24. Guerrero	35	Mujer	Atención a parto de riesgo	El médico de la Caravana la refirió al hospital de la Madre y el Niño en Tlapa de Comonfort. Le dieron medicamento. El tratamiento fue efectivo.

Fuente: Elaboración de Beta Korosi con base en los estudios de caso. Anexo 3.25

En todos los casos fueron con un papel que les dio el médico de la caravana, 7 fueron de inmediato (un día) y 17 después de varios días, 21 no tuvieron problemas para que los

atendieran, a 19 les resolvieron el problema de salud por el que fueron, 23 de los pacientes referidos tienen buena opinión del servicio de las Caravanas.

Se observa que de los 24 casos únicamente uno fue contrarreferido por el médico del establecimiento de referencia, sin embargo, no llevaba un papel en el que se indicara el diagnóstico. Regresó a la caravana, suponemos que la contrarreferencia no se documentó pues el paciente tuvo que regresar al Hospital para que le dieran el papel del diagnóstico. Asimismo, se observa en los casos documentados que a los pacientes referidos se les da continuidad en la atención en los establecimientos a los que fueron referenciados.

Por otro lado, es necesario señalar que el PCS no cuenta con procedimientos sistematizados y documentados para la referencia y contrarreferencia, coordinados con los establecimientos médicos a los que se refiere a los pacientes.

6. Vinculación del Programa Caravanas de la Salud, PCS con el Sistema de Protección Social en Salud, REPSS

6.1 Proceso de acreditación

El proceso de afiliación al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), o Seguro Popular en Salud (SPS) se establece en sus Reglas de Operación⁶⁷ y es competencia de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS), como parte de una estrategia de coordinación con el SPS, el Programa apoya la afiliación o reafiliación en las localidades que atiende en las siguientes etapas del proceso:

- Difusión del Seguro Popular de Salud con grupos de población abierta que carecen de acceso a los servicios médicos de la seguridad social y se exhorta a la población para que acuda a los centros de afiliación para incorporarse y recibir su credencial de beneficiario.
- Informa sobre los requisitos derechos y obligaciones para la afiliación.

⁶⁷ Reglas de Operación del Seguro Popular, DOF 4 de Julio del 2003.

- Promueve que los usuarios del PCS cuenten con la tarjeta única de salud (TUSalud) del Seguro Popular de Salud así como las cartas de derechos y obligaciones de los afiliados.
- Asimismo colaboran con los promotores del Seguro Popular en las gestiones necesarias, en las localidades, para la obtención de la documentación requerida para el proceso de afiliación y reafiliación.⁶⁸

Tanto los responsables de los REPSS, como los coordinadores estatales del PCS entrevistados, han manifestado que el PCS participa en el proceso de afiliación y reafiliación al Seguro Popular mediante acciones de promoción y difusión.

Los resultados del trabajo en campo muestran que la absoluta mayoría, 92%, de los ESI entrevistados siempre o la mayoría de las veces recomiendan a los usuarios inscribirse en el Seguro Popular.

6.2 Estimación del porcentaje de familias afiliadas al seguro popular en la población objetivo del PCS

71% de los usuarios entrevistados manifestó estar afiliado al SPS, de estos 18% fue ayudado para inscribirse por los doctores de las brigadas, 13% por los auxiliares de salud, 8% por la enfermera de la Caravana y 6% por los promotores de Oportunidades.

A partir de las respuestas de los ESI, se estima que 73% de los usuarios atendidos en Caravanas ya está inscrito en el Seguro Popular. La principal razón por la que 27% no se ha inscrito al Seguro Popular es la falta de documentos y el desinterés y la desidia de la gente.

Con respecto al conocimiento de los derechos que adquieren con la afiliación al SPS: de quienes están inscritos 63% dijo sí conocer sus derechos pero 7% de esa proporción no pudo mencionar ningún ejemplo de tales derechos; esto conduce a afirmar que la proporción que demostró si conocerlos fue del orden de 56%. Los principales derechos mencionados fueron tener consulta y medicamentos gratis.

⁶⁸ Anexo. Entrevistas a Coordinador Estatal y Representante de Régimen Estatal de Protección Social en Salud REPSS.

Cuadro 3.21. Conocimiento de los derechos como afiliados al Seguro Popular

Derechos	%
Derecho a consulta y medicamentos gratis	52
Recibir buena atención	3
Recibir todas las consultas	1
Que no cobren en caso de necesitar una operación	0
NS/NI	7
TOTAL	63

Base 323 usuarios.

Fuente: Elaboración de Beta Korosi con base en entrevistas a Usuarios. Anexo 3.26

A diferencia del grado de conocimiento de los derechos del Seguro Popular, sólo 34% dijo sí conocer sus obligaciones.

En las entrevistas realizadas a los responsables del REPSS en los siete estados prioritarios, se reconoce que el PCS es, en algunas localidades, el primer contacto de la población con el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), así como con el modelo de REDESS.

6.3 Mecanismo del PCS como prestador de servicios y del REPSS como financiador

Con relación al financiamiento del Seguro Popular al Programa, las UMM de Caravanas son consideradas como establecimientos médicos que forman parte de la REDESS, y por lo tanto están sujetas a los estándares de la acreditación, antes descritos.

En este sentido, las UMM del PCS deben estar acreditadas para recibir el financiamiento correspondiente a los servicios prestados a los usuarios del PCS afiliados al SPSS.

Como se señaló anteriormente, las UMM del PCS en los siete estados prioritarios no están aún acreditadas, de manera que la transferencia de recursos del REPSS a las UMM no se ha implementado.

Lo anterior debido a que los usuarios del PCS afiliados no están asignados a las UMM del Programa, como Unidad de Salud de primer contacto con el modelo de REDESS. Los usuarios están asignados a los centros médicos fijos acreditados más cercanos a sus

localidades, y son los que recibirían el financiamiento correspondiente a los servicios de salud brindados al afiliado.

El REPSS no reconoce los servicios que ofrecen las UMM de Caravanas, en tanto no estén acreditadas. Una vez que las UMM se acrediten se podrá solicitar la reasignación de los afiliados de las localidades incluidas en las RAA del PCS y gestionar el financiamiento correspondiente del REPSS, por los padecimientos incluidos en el CAUSES mediante la firma del instrumento jurídico administrativo: Acuerdos de Gestión. Este Acuerdo se celebra entre el REPSS y la Unidad Médica que presta el servicio de salud a sus afiliados, en el marco del Convenio de Prestación de Servicios suscrito por el REPSS y las Secretarías de Salud de las entidades federativas. Una problemática adicional relativa a la acreditación de las UMM de Caravanas, descrita en el apartado de acreditación, es que las UMM Tipo 0 no serán acreditadas y por lo tanto, no recibirán recursos del REPSS por la prestación de servicios a los usuarios que estén afiliados al SPS.

En este sentido el equipo evaluador propone que una vez que se acrediten las UMM Tipo I, II y III, los afiliados al SPS atendidos por UMM Tipo 0 sean asignados a una UMM acreditada, que cubra la RAA más cercana a las localidades atendidas por las Tipo 0. De esta manera el PCS podría recibir el financiamiento correspondiente a la atención brindada a dichos afiliados.

Por otra parte, el equipo evaluador recomienda que se realice un análisis respecto de la posibilidad de que, considerando la mayor capacidad resolutoria de las UMM Tipo I, II y III, amplíen el número de intervenciones del CAUSES que actualmente le reconocen tanto la Dirección General de Acreditación como el propio Seguro Popular, con la finalidad de que acceda a un mayor financiamiento.

Las dos últimas recomendaciones en aras de mejorar la capacidad financiera del PCS.

Actualmente, el financiamiento del PCS está basado, como se establece en las ROP⁶⁹, en los recursos de la Secretaría de Salud Federal para la adquisición de vehículos, contratación del personal permanente y gastos de operación para la puesta en marcha (primeros dos meses de este ejercicio fiscal) de las UMM nuevas, los Servicios Estatales de Salud tienen la responsabilidad de la organización operativa del programa, así como del financiamiento proveniente del Ramo 33, que será destinado a proporcionar los servicios a la persona y a la comunidad, por medio de los equipos de salud itinerantes existentes, a la población afiliada y a la no afiliada al SPS, asimismo los Servicios Estatales de Salud podrán recibir recursos del Fondo de Aportaciones para los servicios de salud a la Comunidad (FASSC), Fondo constituido con recursos de Seguro Popular para acciones de promoción y prevención en salud tales como el impulso y fortalecimiento de la participación municipal, la organización comunitaria para la salud, y el establecimiento de redes sociales en apoyo a la atención de la mujer embarazada y de los menores de dos años de edad, señalados en el Catálogo de Servicios de Salud a la Comunidad, (CASSCO) entre otros, que como se ha señalado realiza el PCS.

6.4 Convenios de colaboración y acuerdos de gestión

En el marco de la Ley General de Salud en materia de protección social, de su Reglamento, Lineamientos y demás disposiciones aplicables, los Servicios Estatales de Salud (SESA) de las entidades federativas y los REPSS, celebran un convenio en el que se establecen los compromisos de las partes con relación a la prestación de servicios médicos que satisfagan las necesidades de salud de la población beneficiaria del SPSS y se establecen las responsabilidades del REPSS como financiador y de los SESA como prestadores de servicios de salud a los afiliados.

El equipo evaluador tuvo acceso a los Convenios de Colaboración entre los Servicios Estatales de Salud y el REPSS, cuyo propósito es fortalecer la oferta de servicios de salud, para incrementar la capacidad de prestación de servicios de salud con calidad, efectividad eficiencia y seguridad para los pacientes en los ámbitos ambulatorios y de hospitalización

⁶⁹ ROP. Apartado 5.1.8

que están incluidos en el CAUSES, el Seguro Médico para una Nueva Generación, (SMNG), Embarazo Saludable (ES) y el Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos (FPcGC)

En el marco de este Convenio se celebran los Acuerdos de Gestión entre los SESA por conducto de las Unidades Médicas (fijas y móviles) y los REPSS, instrumento mediante el cual se formaliza la transferencia de los recursos del SPSS al PCS.

El equipo evaluador tuvo acceso al modelo de Acuerdo de Gestión en el que se establece que los SESA proporcionarán a la Unidad (centro médico o caravana) los recursos necesarios para prestar las intervenciones incluidas en el CAUSES, para garantizar los servicios médicos y medicamentos asociados a éste, en dicho modelo Acuerdo se establece, entre otros compromisos la cápita asignada por centro de salud.

Entre las obligaciones de la Unidad está implementar todos los requerimientos necesarios para la acreditación y certificación de su calidad. Así como garantizar que el paciente cuente con un expediente clínico individual de acuerdo con los requisitos de fondo y forma que estipula la Norma Oficial Mexicana 168.SSA01-1998.

Es necesario señalar que estos acuerdos no han sido firmados, en tanto que las UMM de caravanas no están acreditadas.

CAPÍTULO IV. PERCEPCIÓN

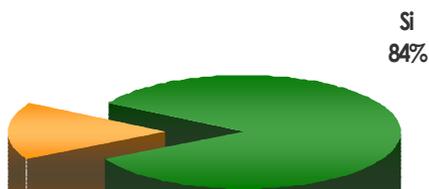
1. Promoción y difusión del PCS

Para la difusión del PCS en la etapa de puesta en marcha se elaboraron carteles, trípticos y mensajes radiofónicos en lenguas indígenas para las localidades con población mayoritariamente indígena, que se distribuyeron y difundieron en las localidades objetivo del PCS, en las entrevistas a coordinadores estatales del PCS, se señala que actualmente la promoción y difusión más efectiva es la propia presencia de las Caravanas, destacan igualmente el papel del auxiliar comunitario, así como las pláticas realizadas por el promotor social (chófer polivalente).

A este respecto en el estudio de campo se encontró que 84% de la población sabe de las Caravanas y se enteró por diferentes medios. A la pregunta de por qué medio se enteró, 46% señaló que por el auxiliar comunitario y 17% porque la vieron.

Figura.4.1

Conocimiento de la Caravanas



Fuente: Elaboración de Beta Korosi con base en Entrevistas a Población abierta. Anexo 4.1

Cuadro.4.1

¿Cómo supo de las Caravanas de Salud?	%
No la conoce	16
Por familiares /amigos	7
Yo la vi	17
Por el auxiliar de salud	46
Por la radio o la TV.	5
Por carteles	1
No se acuerda	8
TOTAL	100

De los que dijeron conocerla, 46% se enteraron por medio del auxiliar comunitario, 17% porque la vieron, lo que confirma que son los auxiliares y la presencia de las Caravanas el mejor medio de difusión. No obstante, 62% de la población (equivalente a 73% de los enterados de las Caravanas) dijo no saber de qué institución vienen. Entre los que mencionaron alguna institución, la más frecuente correspondió al Gobierno del Estado (8%) y la SSA (7%).

Cabe destacar, nuevamente, que el auxiliar comunitario juega un papel central en la difusión y promoción del Programa, como se aprecia tanto en la percepción de las autoridades locales, de la población abierta, así como de los usuarios del Programa.

2. Posicionamiento

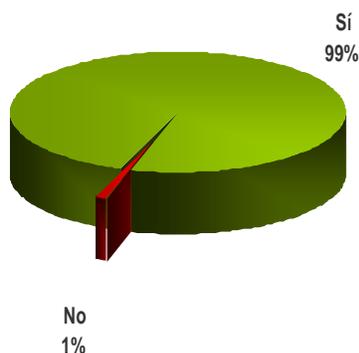
Como se ha señalado en el Capítulo II, 84% de la población total de las localidades visitadas conoce a las Caravanas y tiene información básica sobre los servicios que ofrecen (ver Cuadro.1.14).

2.1 Conocimiento de la oferta de servicios de las Caravanas

La población de las localidades entrevistada sabe que las caravanas ofrecen los siguientes servicios:

Figura 4.2

Porcentaje de usuarios que piensan seguir asistiendo a las Caravanas



1% no piensa seguir asistiendo a la Caravana porque prefieren los remedios caseros.

Fuente: Elaboración de Beta Korosi. Entrevistas a usuarios. Anexo4.2. Anexo 4.3

Cuadro 4.3

Conocimiento de los usuarios sobre los servicios que ofrecen las Caravanas

¿Por qué van a la caravana?	%
PARA RECIBIR LOS SERVICIOS MÉDICOS GRATUITOS	41
POR LA BUENA ATENCIÓN	22
LES DAN MEDICAMENTO/VACUNAS	16
LE INTERESAN LAS PLÁTICAS	5
POR LA UBICACIÓN	5
NS/NI	3
PREVENIR ENFERMEDADES	4
SON CONSTANTES LAS CARAVANAS	1
INSPIRAN CONFIANZA	1
OTRAS (5 DIFERENTES)	1
TOTAL	99

Asimismo, señalaron las razones por las que asisten a las Caravanas. Los usuarios del Programa tienen un conocimiento básico de los servicios que brindan las Caravanas y están dispuestos a continuar solicitándolos.

2.2 Apropiación del Programa Caravanas de la Salud PCS por parte de los Equipos de Salud Itinerantes

En relación con la apropiación del PCS y el nivel de satisfacción de los miembros del ESI respecto de su participación en el mismo, pese a la multiplicidad de problemas que tienen que encarar, los entrevistados le dieron calificaciones altas, los médicos dieron una calificación de 8.95 en promedio, de un máximo de diez, a su nivel de satisfacción, por su parte la de los odontólogos fue de 8.7 y de 9.1 la de las enfermeras.⁷⁰

Las principales motivaciones en el trabajo que encuentran tanto los médicos como los odontólogos y las enfermeras son el “ayudar a gente necesitada”, otra motivación que es importante, aunque no se menciona con alta frecuencia es la de vivir una buena experiencia trabajando en comunidades y lograr los objetivos.

La calificación de los Chóferes polivalentes fue de 8.92, ellos encontraron más fuentes de satisfacción con su trabajo; aparte de mencionar el gusto por ayudar a la gente necesitada y la experiencia que se adquiere trabajando en comunidades, hablaron de las pláticas que dan para evitar las enfermedades.

No obstante el alto grado de satisfacción que muestran los miembros del ESI, en los aspectos señalados, se mencionan algunos problemas, que dan cuenta igualmente del grado de compromiso que tienen con el Programa, entre los que se desatacan:

- falta de material/ insumos y apoyo de la institución
- falta de equipo
- los usos/ costumbres no permiten que se aplique bien el programa
- cuesta mucho verificar si entendieron las indicaciones
- falta traductor
- complicaciones en los caminos de terracería

⁷⁰ Bases de datos Usuarios.

- por falta de tiempo no cubren más localidades
- trabaja más de lo establecido
- el área de trabajo no tiene espacio para el aseo
- por problemas manifestados en las vacunas, falta de organización
- por el salario
- no están contratados por la institución
- atraso de pago
- falta de seguro y prestaciones

2.3 Acercabilidad y accesibilidad

Cincuenta por ciento de los usuarios dijo que antes del PCS nadie les iba a dar servicios de salud, y 47% dijo que antes llegaban otras brigadas. 58% de los usuarios de Caravanas dijo haber recurrido en el pasado a otros servicios de salud, entre los que se incluyen el IMSS, ISSSTE, Secretaría de Salud, hospitales del estado y servicios privados.

La mayoría de estos servicios se encuentra lejos de las localidades y representa viajes largos. 25.9% de los traslados a estos servicios toma más de tres horas, y 30.4% toma entre dos y tres horas (ver anexo 1.21) y una vez que han llegado esperan hasta cinco horas en ser atendidos, en tanto que en las Caravanas esperan entre 30 minutos y una hora con 45 minutos, siendo treinta minutos el tiempo de espera más señalado

La presencia de la Caravana en la localidad elimina la necesidad de estos traslados en los casos de padecimientos que puedan ser atendidos por la Caravana.

Los únicos requisitos señalados por los usuarios para ser atendidos fueron solicitar el servicio, anotarse en una lista y esperar su turno.

- El servicio médico que proporcionan las Caravanas a los usuarios, así como los medicamentos son gratuitos.

Estas respuestas hablan de la facilidad de acceso a los servicios de las Caravanas.

2.4 Acciones y estrategias en materia de interculturalidad

No obstante lo anterior, para el acercamiento de la población y la comunicación con los prestadores del servicio de salud una barrera es la cultural y lingüística, en particular en las localidades atendidas por el PCS con población mayoritariamente indígena.

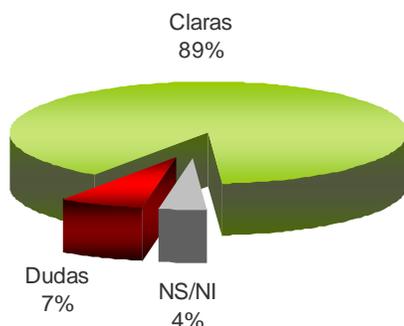
A este respecto una de las fortalezas del Programa es que ha incorporado el enfoque intercultural, tanto la Coordinación Nacional de Programa como los coordinadores del PCS manifestaron claramente la necesidad de contar con dicho enfoque en la prestación de los servicios, por ello se han impartido cursos de capacitación sobre interculturalidad a los ESI que brindan los servicios en localidades de población indígena.

Por su parte, en el proceso de selección de los ESI, tanto los SESA como los propios coordinadores estatales toman en consideración si hablan alguna lengua y si tiene el perfil necesario para un acercamiento respetuoso de los usos y costumbres de los pueblos y comunidades indígenas, para el mejoramiento cualitativo de la relación médico paciente.

En el perfil de los ESI presentado en el Capítulo III se muestra que 20% de los médicos y odontólogos, 29% de las enfermeras y 16% de los Chóferes polivalentes hablan o entienden alguna lengua indígena.

Cabe destacar que en las entrevistas realizadas a población abierta y a usuarios no se expresó la problemática de la barrera lingüística dado que la mayoría manifestó la comprensión y la claridad de las instrucciones dadas por el ESI.

Figura 4.3 Claridad de las instrucciones recibidas por parte de los ESI



% Ajustados a quienes dijeron haber recibido instrucciones

Fuente Elaboración de Beta Korosi. Anexo 4.4

Sin embargo, se encontró que uno de los obstáculos manifestados por los ESI se relaciona con que los usos / costumbres no permiten que se aplique bien el programa y que les faltan traductores.

Es por ello que el equipo evaluador recomienda seguir impulsando la capacitación en materia de interculturalidad y considerar favorablemente en el proceso de selección, a los postulantes que hablen o entienden alguna lengua indígena y que manifiesten sensibilidad y respeto a los usos y costumbres de los pueblos indígenas.

3. Percepción de actores clave

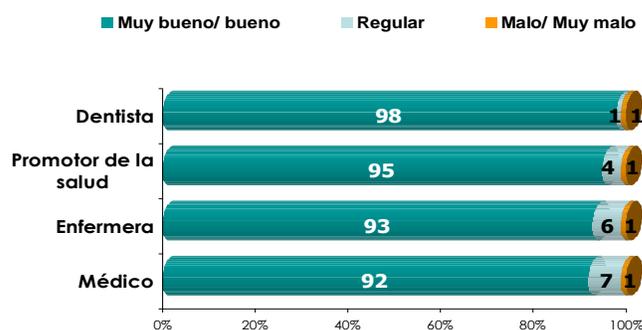
3.1. Percepción de los usuarios

La absoluta mayoría de quienes señalaron que antes llegaban brigadas (36 de 44 por ciento) dice que las actuales Caravanas son mejores a las brigadas, basados principalmente en que “Regalan la medicina”, “La atención es mejor”, que “viene más seguido”, hay “servicio dental” hacen estudios y están mejor equipadas.

La atención de la Caravana es, en general, muy bien percibida por los usuarios, ya que 88% dice que está muy satisfecho y 96% que sí la recomendaría a otros.

99% de los beneficiarios sí piensa regresar a las Caravanas, basado en que quiere “recibir los servicios médicos gratuitos 41%”, “por la buena atención 22%” y porque “les dan medicamentos y vacunas 16%”. Sólo 1% de los entrevistados dijo que no regresará porque prefiere sus remedios caseros.

Figura 4.4 Percepción de los usuarios sobre el desempeño del Equipo de Salud Itinerante (ESI)



Fuente: Elaboración de Beta Korosi con base en entrevistas a Usuarios. Anexo 4.5

El desempeño de los miembros del ESI es bien considerado por los usuarios, 90% lo califican como “bueno y muy bueno”, 90% de los usuarios considera que el tiempo de atención que les dedicaron en la Caravana fue suficiente, siendo 23 minutos el tiempo promedio, y en relación con la confianza en los miembros del ESI, ésta fue calificada como de “mucho confianza” por entre 82 y 92 por ciento de los usuarios.

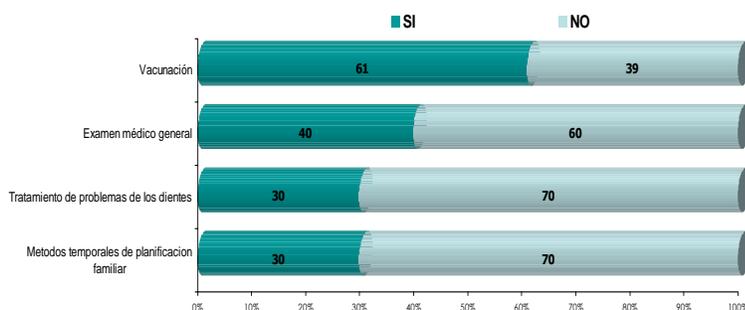
Asimismo el trato recibido por los usuarios fue calificado por 91% como muy amable. 93% de los beneficiarios recibió instrucciones acerca de qué es lo que deberían de hacer para solucionar su problema de salud, a 89% de ellos les quedaron bien claras estas instrucciones.

Se destacan las siguientes intervenciones del CAUSES como las más demandadas por los usuarios. 61% de los entrevistados ha recibido servicios de vacunación, a 40% se le ha hecho un examen médico general. Los diagnósticos o tratamientos mayormente realizados por las Caravanas son, en orden: enfermedades respiratorias 51%, enfermedades del aparato digestivo 35%, enfermedades de la nutrición 29%, enfermedades de la piel 19%, de los huesos 17%, diabetes 16%, del corazón 15% y del oído 13%.

A 30% les han dado métodos temporales de planificación familiar y 30% han sido tratados por algún problema relacionado con los dientes.

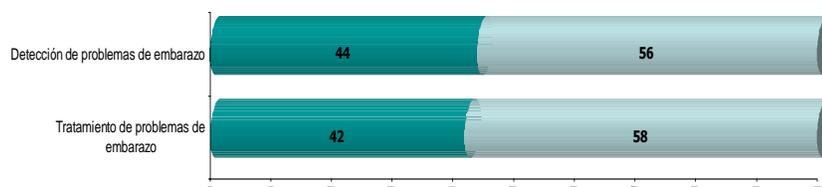
De las mujeres entrevistadas a 44% les han detectado problemas de embarazo y a 42% de mujeres se les han tratado dichos problemas.

Figura 4.5 Servicios recibidos en la Caravana



Fuente: Elaboración de Beta Korosi con base en entrevistas a ESI. Anexo 4.6.

Figura 4.6 Servicios recibidos por las mujeres usuaria



N = 357, % Ajustados a mujeres

Fuente: Elaboración de Beta Korosi con base en entrevistas a ESI. Anexo 4.7

Como se muestra en las figuras anteriores los usuarios del PCS tienen una muy buena opinión sobre el personal y la calidad de los servicios que ofrece el PCS.

3.2 Percepción de las autoridades en las entidades federativas

Las autoridades locales entrevistadas coinciden en que dadas las condiciones actuales, es decir, que es un programa en proceso de consolidación, en general, se considera que se logra dar un servicio integral y de calidad a la población usuaria.

Respecto de la principal contribución del PCS a la solución del problema de la falta de acceso a los servicios de salud de las localidades objetivo del Programa, consideran que la principal contribución es que acercan los servicios de salud a localidades que no los tienen, en particular los servicios dentales, consideran que el PCS podría contribuir - en conjunto con otras acciones y programas de ampliación de cobertura - a cubrir la casi totalidad de las localidades de los 125 municipios prioritarios; señalan también que las Caravanas ofrecen una atención curativa integral y que han contribuido a disminuir la incidencia de muertes materno infantiles, las complicaciones cardiovasculares y la diabetes; además destacan la importancia de la frecuencia con que visitan las localidades.

Acerca de la alineación del PCS con otros programas y acciones, tanto los coordinadores estatales, como los administradores y los representantes de los REPSS destacan el hecho de que la coordinación con los SESA ha permitido una operación adecuada del Programa y que éste está alineado con los otros programas de salud de los estados, apoyando las campañas de vacunación, detección de plagas y en la identificación de los focos de infección

en las localidades. La coordinación con el Programa Oportunidades ha permitido realizar ajustes en las rutas para evitar duplicidades así como la complementación entre los dos programas con respecto al seguimiento a los beneficiarios de Oportunidades, pases de lista y seguimiento al peso y talla.

Por su parte, en coordinación con el REPSS se informa a los usuarios sobre las ventajas, derechos y obligaciones relacionadas con la afiliación al Seguro Popular, asimismo, apoya al REPSS en las gestiones ante autoridades municipales y locales para resolver el problema de la falta de documentación de los usuarios con la finalidad de integrar los expedientes para la afiliación.

Con respecto a la viabilidad financiera del PCS, en la percepción de las autoridades estatales se destaca que la falta de acreditación de las Caravanas es un obstáculo para mejorar su financiamiento. La transferencia de recursos del SPS se hace mediante los Acuerdos de Gestión entre los REPSS y Unidades Médicas que prestan los servicios y sólo si éstas están acreditadas son susceptibles de recibir el pago por los servicios que brindan a los afiliados. Por otra parte, se señala también que las UMM de Caravanas son muy caras y que la cápita que pueden recibir por las 79 intervenciones del CAUSES que les han sido asignadas no es suficiente para financiar el Programa porque las Caravanas son más caras que las unidades fijas de primer nivel, tanto por los sueldos como por el costo de mantenimiento de las unidades médicas móviles.

Por otra parte, los REPSS señalan que no se cuenta aún con información sobre la administración financiera del Programa Caravanas de la Salud que permita estimar los costos que el REPSS debería cubrir por la atención a sus afiliados y que de igual modo, no se cuenta con sistemas de información específicos para el seguimiento y evaluación de las acciones y los recursos transferidos a los SESA. Por último, consideran que los procesos operativos de Caravanas deben consolidarse para garantizar la prestación de servicios de calidad a los afiliados, para lograr la acreditación de las UMM y la firma de los acuerdos de gestión que permitirán la transferencia de recursos al PCS.

Sin embargo:

Coinciden igualmente en que para resolver la falta de acceso a los servicios de salud de las localidades objetivo es necesario que se rediseñen las UMM tipo I, II y III que fueron diseñadas para terrenos planos y pavimentados.

En las entrevistas se formularon recomendaciones para mejorar la operación del PCS, en particular, que los consultorios móviles se coloquen sobre vehículos más altos y más eficientes para los caminos de las regiones que atiende el Programa, que se requieran más vehículos Tipo 0 con equipos dentales y de química seca portátiles.

Por último, se propone rediseñar el PCS colocando los equipos médicos en lugares fijos y transportar al personal médico a las localidades, y a los usuarios a los lugares donde se encuentran los equipos cuando requieran estudios, análisis, diagnósticos y atención más especializada.

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES

1. PRINCIPALES RESULTADOS Y RECOMENDACIONES POR CAPÍTULO

En este Capítulo se presentan los principales resultados del estudio de evaluación del Programa Caravanas de la Salud 2008, en el orden del cuerpo del estudio, seguidos de las recomendaciones que surgieron del análisis de las fuentes secundarias, de la información documentada del programa y del trabajo de campo, así como un apartado de conclusiones generales.

Capítulo I. Diagnóstico de las condiciones de salud de los municipios prioritarios

El análisis de las principales causas de mortalidad y de egresos hospitalarios en los 125 municipios de menor IDH del país, así como los datos de las entrevistas con usuarios y población abierta en las localidades visitadas por las Caravanas de la Salud muestran que la población objetivo del PCS está más afectada por padecimientos relacionados con la pobreza. Las infecciones respiratorias e intestinales, las deficiencias nutricionales, la mortalidad materno-infantil, las enfermedades crónicas del hígado y el síndrome de dependencia al alcohol, los cánceres tratables con detección temprana (incluyendo el cáncer cérvico-uterino y de mama), y los accidentes y lesiones, son los padecimientos que afectan más frecuentemente a los habitantes de estos municipios que a los habitantes del resto del país.

El análisis de las principales causas de muerte indica que hay dos grupos de edades a los cuáles se tiene que prestar especial atención cuando se planea la estrategia de atención en salud en estos municipios: los menores de 10 años y los adultos mayores de 60 años. En 2006 las muertes de niños de 9 años y menos representaron 17% del total de muertes en estos municipios (correspondiente a 8% del total de muertes a nivel nacional). Aproximadamente una de cada cinco muertes entre los menores de 10 años fueron

causadas por afecciones perinatales (y la mayoría de estas fueron debidas a traumatismos al nacimiento), y el 13% se debió a infecciones intestinales.

Las defunciones de los adultos de 60 años y más representan 47% del total de muertes en estos municipios. Aunque, como en el resto del país, las afecciones del sistema circulatorio son la causa de muerte más frecuente entre los adultos mayores, las infecciones, la anemia, la desnutrición y otras deficiencias nutricionales son una causa de muerte común en estas poblaciones, condición que tiene frecuencia menor entre los habitantes del resto de México.

La mortalidad materna y las complicaciones puerperales son otros problemas de salud en los que el PCS debe enfocarse para poder lograr su objetivo de mejorar las condiciones de salud en su población objetivo. Las muertes relacionadas con el embarazo, parto y puerperio representan 5.75% de todas las muertes de mujeres en edad reproductiva en los 125 municipios prioritarios y cuatro de cada diez muertes maternas se deben a hemorragias obstétricas, mientras que dos de cada diez se deben a hipertensión en el embarazo y preclampsia. Además, 23% de los egresos hospitalarios entre los habitantes de estos municipios se deben a emergencias obstétricas. La mortalidad materna es un problema particularmente importante en los municipios prioritarios que se encuentran en Chiapas y Guerrero.

Los accidentes y las lesiones son un riesgo de salud importante en las localidades prioritarias del PCS, pero ni este Programa ni los otros servicios de salud que podrían estar disponibles para la población objetivo ofrecen una atención oportuna para estos padecimientos. 23% de las muertes entre los jóvenes de 10 a 19 años, y 24% de las muertes entre hombres de 20 a 59 años se deben a accidentes y lesiones. Además, 48% de la población abierta entrevistada en esta evaluación dijo que ella o alguien de su familia han padecido un golpe o caída, y 16% ha sufrido de heridas y hemorragias, pero sólo 19 y 12 por ciento han recibido atención médica.

La población objetivo del PCS en las comunidades a las que llegan las Caravanas tiene acceso a atención médica –a través del Programa o de otros servicios de salud- para algunos de los padecimientos que les afectan comúnmente, pero no para otros. En particular,

la población recibe atención para aquellas afecciones que pueden esperar un poco a que llegue la caravana o a que el afectado viaje a un establecimiento de salud fijo (como las enfermedades respiratorias, enfermedades estomacales e intestinales y parásitos). Sin embargo, aquellos casos que requieren atención médica inmediata (como las heridas y hemorragias, caídas y golpes) o las enfermedades virales (como varicela, rubéola y sarampión) no son atendidos.

Recomendaciones

- Considerando que las infecciones son un problema de salud relevante entre las principales causas de morbimortalidad en los municipios atendidos por el PCS, debe garantizarse que las UMM cuenten con un abastecimiento constante, suficiente y oportuno de antibióticos para atender oportunamente estos padecimientos y evitar su agravamiento.
- Con respecto a los padecimientos relacionados con deficiencias nutricionales, es importante que además de las acciones de prevención y promoción que el PCS realiza mediante pláticas sobre nutrición, se refuerce la focalización de acciones y se sumen esfuerzos con los SESA, utilizando recursos del Fondo de Aportaciones de Servicios de Salud a la Comunidad (FASSC), y otros programas dirigidos a la atención de la desnutrición (Diconsa, Liconsa y Oportunidades) para elaborar estrategias específicas que permitan llevar a las localidades los servicios y acciones de dichos programas.
- En relación con los distintos grupos de riesgo, además de las acciones de prevención y promoción de salud que lleva a cabo el PCS entre la población general de cada localidad, se recomienda que los ESI desarrollen acciones específicas enfocadas a:
 - Los hombres adultos sobre los problemas relacionados con el abuso del alcohol;
 - Los adultos mayores sobre las señales de riesgo que podrían estar indicando un problema cerebrovascular y a dónde dirigirse o qué hacer en caso de emergencia.
- Que en las acciones de promoción y prevención de la salud se refuerce la necesidad de las consultas prenatales para identificar tempranamente los embarazos de alto

riesgo y para referenciar a las mujeres a un nivel de atención superior, en caso de ser necesario, así como para alertar a las mujeres sobre las señales de alarma en el embarazo y puerperio. Así como para ayudarlas a preparar un plan de emergencia (incluyendo el tener preparado un contacto que pueda ayudarlas si hubiese un problema, y con información sobre qué hacer y a dónde dirigirse).

- Considerando que las Caravanas no permanecen de manera constante en una localidad, no se puede depender exclusivamente de las mismas para reducir la mortalidad materno-infantil, para este objetivo se recomienda que el Programa se apoye en otras instancias –parteras tradicionales en las comunidades y auxiliares de salud asociados a las casas de salud- para atender los partos, ofreciendo capacitación, medicamentos básicos e instrumentos para identificar oportunamente los riesgos y las emergencias obstétricas.
- Considerando que las UMM Tipo I, II y III son las que cuentan con la capacidad resolutive necesaria para la detección temprana de los cánceres mamario y cérvico uterino, y otros tipos de cánceres, se recomienda que el PCS implemente estrategias para acercar a las usuarias que habitan en localidades de difícil acceso atendidas por UMM Tipo 0, a los lugares donde se encuentren las UMM Tipo I, II y III.
- Asegurar que todas las UMM, así como las Casas de Salud, cuenten con sistemas de radiocomunicación para poder atender las emergencias cuando no se encuentra una Caravana visitando la comunidad; se recomienda que el Programa se refuerce con unidades de emergencia, Tipo 0 o Tipo I –que son las que pueden viajar por terrenos más difíciles- para que puedan responder lo más oportunamente posible a las emergencias de sus RAA.

Se requiere realizar diagnósticos específicos, a nivel de RAA y localidades, que permitan identificar los padecimientos locales y sus posibles causas, con mayor precisión de la que ofrecen las estadísticas agregadas de salud, de manera que las acciones de prevención y promoción incidan más exitosamente en las condiciones de salud de las localidades atendidas por el PCS.

Capítulo II. Estimación de la cobertura del Programa en los municipios prioritarios

La necesidad de un programa de extensión de cobertura como el PCS entre la población de los 125 municipios con menor IDH es evidente por el hecho de que de las 6,764 localidades de más de dos habitantes en estos municipios, únicamente en 9% hay algún servicio médico fijo registrado.

En el poco tiempo que tiene desde que comenzó su implementación, el PCS ha contribuido de manera significativa a mejorar el acceso a los servicios de salud entre su población objetivo, pero todavía está lejos de alcanzar a cubrir todas las localidades que no cuentan con servicios médicos fijos. De acuerdo con la información sobre las localidades cubiertas por las RAA disponible en los anexos 6 del Programa, las unidades de Tipo I, II y III llegan a 10.81% de los habitantes de las localidades sin servicios de salud en los 125 municipios de mayor IDH. No se cuenta con información de las localidades cubiertas por las unidades de Tipo 0, pero se estima que en su conjunto todas las unidades de Tipo 0, I, II y III que están operando en los siete estados prioritarios podrían estar cubriendo a 27% de su población objetivo.

El porcentaje de la población objetivo cubierta por las UMM Tipo I, II y III del PCS es particularmente alta en Durango, Nayarit y Puebla donde este tipo de unidades visitan localidades que abarcan en su conjunto a más de 18% de la población objetivo. Por el contrario, la cobertura de PCS es especialmente baja en Chiapas y Guerrero, pues en estos estados las UMM de Tipo I, II y III no cubren más que a 8% de la población.

De querer llegar a la meta de acercar los servicios de salud a todas las localidades que no tienen acceso a servicios de salud fijos, el PCS tendría que llegar al menos a otras 5,162 localidades. Si la expansión de cobertura se realizara mediante unidades de tipo 0, se requerirían al menos 753 nuevas unidades para alcanzar esta meta.

De acuerdo con lo presentado en el 2do. Informe Gerencial del Programa, cada UMM Tipo 0 cubre en promedio 1,636 habitantes y cada unidad de Tipo I, II y III cubre en promedio 1,764

habitantes. Es decir, la población promedio cubierta por cada UMM satisface la condición de llegar al menos a 1,500 habitantes establecida en las Reglas de Operación.

Las unidades Tipo 0 visitan en promedio 6.85 localidades y las unidades Tipo I, II y III visitan a un promedio de 6.19 localidades. La mayor parte de la población cubierta por el PCS es alcanzada por medio de unidades de Tipo 0. Estas unidades cubren 1.85 veces el número de localidades y 1.5 veces la población que las unidades Tipo I, II y III. Esta mayor cobertura de las unidades Tipo 0 se debe a que hay más unidades de este tipo en operación y a su mayor capacidad para entrar en terrenos difíciles.

Las encuestas entre la población abierta en las localidades visitadas por el PCS muestra que 84% de los entrevistados han escuchado del Programa Caravanas de la Salud, lo que indica que en las comunidades visitadas, el Programa es visible.

Las entrevistas entre los usuarios del PCS parecen indicar que el Programa ha contribuido a mejorar el acceso a los servicios de salud entre su población objetivo. 50% de sus usuarios dijo que antes del PCS nadie les iba a dar servicios de salud, y 47% dijo que antes llegaban otras brigadas, muchas de las cuales se convirtieron en Caravanas.

Recomendaciones

- Se recomienda que los esfuerzos de expansión de cobertura del PCS se centren en Chiapas y Guerrero. A pesar de que engloban a 54% de la población objetivo del programa, la cobertura del Programa en estos dos estados es la más baja de los 7 estados prioritarios. Se estima que se requerirían al menos 387 unidades Tipo 0 para llegar a estas localidades.
- Una segunda prioridad en los esfuerzos de expansión de cobertura del programa deberían de ser, en este orden, los estados de Oaxaca y Veracruz, donde el PCS llega únicamente a 12% de los habitantes de los municipios prioritarios que no tienen otros servicios de salud. Se estima que se requieren 124 UMM de Tipo 0 para llegar a las localidades faltantes en Oaxaca y 51 para llegar a las localidades faltantes en Veracruz.

Capítulo III. Operación

Principales resultados del análisis de la información generada en campo y de análisis en gabinete sobre la información proporcionada por el Programa.

Rutas de Atención Ambulatoria y Casas de Salud

En relación con el diseño de las Rutas de Atención Ambulatoria (RAA) como se ha observado en las encuestas, los criterios establecidos en las ROP para la definición de las RAA con respecto al número de localidades (10), población a atender (1,500), el número de visitas (dos veces al mes) y el sistema de trabajo (20 días de trabajo y 10 de descanso) no se cumplen en la totalidad de las RAA, éstas operan en función de factores particulares y diversos de cada región, así como de los recursos con que cuenta. A este respecto, no se ha encontrado la justificación técnica y operativa para que el PCS haya adoptado los criterios establecidos en las ROP.

Además de la problemática mencionada, otro dato relevante con relación a las jornadas de trabajo diarias en las localidades atendidas por las Caravanas, es que se encuentra un número de personas -aunque reducido- que no alcanzan a ser atendidos; lo anterior a pesar de que el tiempo que permanecen en las comunidades visitadas es de casi 26 horas en promedio, considerando que las respuestas de los ESI fueron muy variadas.

Recomendaciones

- Se recomienda que a partir de la experiencia del primer año de operación del PCS, tomando en consideración los perfiles particulares de cada región atendida, (dispersión geográfica de las localidades así como de las dificultades de acceso, medidas en tiempos de traslado necesarios, y el número de habitantes de las mismas), que dificultaron el cumplimiento de los criterios adoptados por el PCS, señalados en la ROP, se establezcan programas de trabajo adecuados y debidamente sustentados, que permitan que las Caravanas presten sus servicios en función de las necesidades específicas de cada RAA y localidad.

- Lo anterior mediante un ejercicio de planeación operativa a nivel regional de tal suerte que se establezcan criterios que respondan a las condiciones de operación reales de las regiones, utilizando para ello, los recursos tecnológicos, el conocimiento de los perfiles sociodemográfico, epidemiológicos, la red de servicios médicos disponibles en la región y específicamente la experiencia de los operadores de los servicios de salud y de los programas de ampliación de cobertura y del propio PCS, que se traduzca en programas operativos de trabajo. Que se elaboren los manuales de operación y procedimientos necesarios como una herramienta que permita dar seguimiento, monitorear y evaluar los resultados y el desempeño del Programa. Asimismo, realizar las modificaciones pertinentes en las Reglas de Operación 2009.
- Aún cuando el número de pacientes que se quedan sin atención no es muy relevante, se recomienda que se revisen los tiempos de permanencia de las Caravanas, de manera que se atienda a todos los pacientes que lo requieren, tomando en consideración que la UMM no regresará a la localidad sino hasta 15 días después en el mejor de los casos.

Casas de Salud

La información generada en campo confirma la importancia de las Casas de Salud. Se encontró que en prácticamente todas las RAA hay Casas de Salud, aunque en condiciones precarias la mayoría de ellas; asimismo, que no reciben apoyo económico de ninguna institución. Lo anterior permite concluir la necesidad de implementar, a corto plazo, las acciones de mejora de las instalaciones y del equipamiento de las mismas para que desempeñen eficazmente el papel que se les ha asignado en la estrategia del PCS.

Es necesario señalar que sobre el particular, las Coordinaciones Estatales, así como la Coordinación Nacional del PCS, han realizado gestiones tanto con autoridades locales, como con otros programas que tienen incidencia en las regiones atendidas, con el propósito de mejorar el acondicionamiento de las Casas de Salud.

Recomendaciones

- Tomando en consideración que las casas de salud constituyen una red de infraestructura y apoyo local para la prestación de los servicios de salud ambulatorios, y que con la mejora de sus instalaciones y equipamiento podrían apoyar más eficazmente la operación del Programa, se recomienda diseñar programas de trabajo específicos, a corto plazo, a partir de acuerdos con las autoridades de las comunidades- propietarias de las casas de salud y quienes se hacen cargo de su cuidado y mantenimiento- en los que concurren recursos comunitarios, municipales y estatales, así como federales, a través de los programas que inciden en el desarrollo local. Para ello, es necesario que la Secretaría de Salud convoque a los programas federales y a las autoridades de salud en los estados y municipios, para que concurren con recursos y acciones en la implementación de los programas de trabajo establecidos por las autoridades comunitarias y los responsables de la operación del Programa en los estados.
- Con base en la observación a la Casa de Salud, se sugiere adecuar las instalaciones para la pernocta del personal; en este sentido se recomienda tomar en consideración la construcción de letrinas y/o sanitarios, espacio de dormitorio y cocina.

Integración del PCS en el modelo de atención en REDESS, referencia y contrarreferencia

La absoluta mayoría de los ESI entrevistados (89%), dijo estar familiarizado con el modelo de atención en REDESS y también señaló que trabajan bajo ese modelo. Se señala que la mayoría de los padecimientos se atienden en las propias Caravanas y que el número de casos referidos es bajo, asimismo señalan que la referencia de pacientes atendidos por las Caravanas funciona adecuadamente, aunque no así la contra-referencia, debido a que los pacientes referidos no siempre regresan para que se les de continuidad a los tratamientos indicados en el centro de salud referido.

El PCS no siempre refiere con un procedimiento documentado para el seguimiento de los pacientes referidos a establecimientos médicos de mayor nivel resolutivo, actualmente la contra-referencia depende del propio paciente, en el sentido de que es quien podría informar sobre la atención recibida en el establecimiento médico al que fue referido.

El trabajo en REDESS se concreta en la referencia y la contrarreferencia que permite que los usuarios accedan a los niveles de atención médica necesarios para la resolución satisfactoria de sus padecimientos. El estudio muestra que las Caravanas trabajan en REDESS, sin embargo, los estudios de caso permiten inferir que los establecimientos médicos a los que las Caravanas refieren no tienen incorporado el procedimiento de la contrarreferencia. Esto aseguraría la complementariedad entre servicios de salud de distintos niveles de capacidad resolutiva para optimizar los recursos de salud disponibles y favorecer que los usuarios accedan a la atención y al seguimiento de sus padecimientos, al menor costo posible, (tiempos y costos de traslado evitables); puesto que en prácticamente todos los casos estudiados se les citó para dar seguimiento al tratamiento en el establecimiento receptor.

Recomendaciones

- Se recomienda documentar los procedimientos administrativos necesarios que favorezcan el traslado justificado de los pacientes entre los distintos establecimientos de la Red y generar los mecanismos de intercambio de información necesarios para realizar la referencia y contrarreferencia, de manera que garanticen la óptima continuidad de la atención, de manera ágil, eficiente y eficaz en beneficio del paciente.
- Se recomienda, asimismo, que para la contrarreferencia se garantice que las Caravanas cuenten con la capacidad resolutiva necesaria para dar la continuidad requerida a la atención médica.

Coordinación de las RAA con los SESA y los REPSS

Como consecuencia de la coordinación que se lleva a cabo entre el Programa, los SESA, los REPSS y Oportunidades se realizaron ajustes a las rutas de la Caravanas, con el propósito de evitar las duplicidades en los servicios de salud y llevar la atención médica a localidades

que no cuentan con ella; no obstante, la población de las localidades visitadas señala que prefiere los servicios ofrecidos por las Caravanas, entre otras razones, “porque hacen todo tipo de estudios”, “traen mejor equipo”, “vienen más seguido” y la “atención es mejor” aspectos centrales en la estrategia del Programa.

El PCS informa a los usuarios sobre las ventajas, derechos y obligaciones relacionados con la afiliación al Seguro Popular, colabora para la afiliación de las familias a éste y apoya al REPSS en las gestiones ante autoridades municipales y locales para resolver el problema de la falta de documentación de los Usuarios.

Recomendación

- Si bien es adecuado el proceso de coordinación para evitar las duplicidades en la prestación de servicios de salud, se recomienda evaluar si la calidad de los servicios ofrecidos por los otros programas itinerantes que atienden los municipios prioritarios, tienen la misma capacidad resolutoria (equipamiento, insumos y personal médico) que las UMM del PCS, de manera que no se afecte negativamente la atención a la salud en estas localidades.

Verificación de UMM

La verificación realizada a las Tipo 0 muestra que a 82% se le hizo al menos una reparación. De éstas, las más frecuentes fueron reparación en general 71%, cambio de llantas 61%, arreglo/cambio de amortiguadores 47%, hojalatería y pintura 38%, arreglo de motor 35% y arreglos del sistema eléctrico 32%.

En relación con el Kilometraje, las UMM Tipo 0 inspeccionadas, se muestra que un 20% tienen más de 100,000 kilómetros, por lo que ya excedieron su vida útil, 14% tienen entre 50,000 y 100,000, que si no la han excedido, están en el límite, un 20% más de las que no se sabe qué kilometraje tienen.

Para el total de las UMM inspeccionadas se encontró que presentan diversos grados de deterioro, al tal punto que las UMM dejan tirada a la Caravana por problemas de funcionamiento en promedio 2.5 veces al año.

Con respecto al equipo básico, particularmente necesario para resolver los principales percances (atascos de los vehículos y las descomposturas) a los que se enfrentan en las RAA, son preocupantes la falta de un sistema de radiocomunicación (74%), tanque de reserva de gasolina (75%), equipo necesario para ponchaduras (43%), equipo contra incendios (38%) y cables para corriente (32%).

Las UMM Tipo I, II y III nuevas presentan dificultades para el acceso a las localidades por sus característica físicas de tamaño y peso.

Recomendaciones

- Con relación a las UMM Tipo 0, dignificadas en operación, el PCS debe tomar en consideración la necesidad de sustituir las que presentan mayor deterioro y las que han excedido su tiempo de vida útil. Al respecto, es necesario programar y establecer un calendario para la sustitución de las UMM Tipo 0 dignificadas, y considerar en la planeación de las RAA que parte de las UMM que serán adquiridas el presente año, según información proporcionada por los coordinadores estatales, y la Coordinación Nacional de PCS, se deberán destinar a dicha sustitución y que no se les podrán asignar nuevas rutas, lo que afectará la estrategia de ampliación de cobertura.
- Para evitar, por un lado, la interrupción de la programación de las RAA, y por el otro, el deterioro físico de las UMM, se recomienda que los programas de mantenimiento a la UMM se cumplan oportunamente.
- Con respecto a la falta de un sistema de radiocomunicación, es indispensable que las UMM cuenten con el mismo. También se recomienda que las casas de salud cuenten con equipo de radiocomunicación, de manera que puedan informar a los usuarios sobre las modificaciones del calendario de las RAA, así como para informar a las UMM sobre emergencias que se presenten en las localidades.

- Con relación a las carencias de tanque de reserva de gasolina, equipo necesario para ponchaduras, equipo contra incendios y cables para corriente, programar su adquisición de manera inmediata.

Por otra parte, en cuanto a las UMM Tipo I y particularmente las Tipo II y III, se recomienda:

- Para la adquisición de UMM nuevas Tipo I, II y III, es indispensable que se rediseñen y se definan las características físicas y mecánicas mínimas indispensables, para que se optimice su capacidad de desplazamiento en las regiones atendidas por el PCS, con el propósito de llevar la mayor capacidad resolutive posible a localidades de más difícil acceso.
- Asimismo, en las especificaciones técnicas para la adquisición de UMM se deberán incluir los requisitos de equipamiento e instalación de los mismos para que, de origen, cumplan con los puntajes de los conceptos correspondientes, en el proceso de acreditación.

Acreditación

En relación con los procesos de acreditación de las UMM del PCS, al 30 de octubre del presente año, en los siete estados prioritarios no se había acreditado ninguna UMM, sin embargo la DGCES de la Secretaría de Salud tenía programado acreditar 191 UMM de Caravanas de la Salud en 2008.

El principal obstáculo para la acreditación de las UMM Tipo 0 se debe a que son consideradas vehículos de transporte, no establecimientos médicos.

Las UMM Tipo I, II y III, desde su fabricación, equipamiento e instalación, no responden a los criterios establecidos en la norma para la acreditación.

Durante el diagnóstico de las UMM se han identificado carencias de equipamiento médico, así como deficiencias en el abasto de medicamentos, insumos y materiales de curación que impedirían la calificación aprobatoria en el proceso de auditoría de acreditación. Reviste particular gravedad la falta de equipo de esterilización (20%), refrigeradores de 10 pies cúbicos o más (6%), así como el hecho de que se encuentren equipos defectuosos o en malas condiciones.

Las precarias condiciones de las Casas de Salud no siempre garantizan las condiciones de conservación de los insumos, medicamentos y expedientes que serán valorados en el proceso de acreditación, pues para el caso de las UMM, se toma en consideración que éstas no pueden llevar en su interior todos los medicamentos e insumos necesarios para la ruta, de manera que parte de la auditoría se realiza en el lugar donde éstos se almacenan, lo que refuerza la necesidad de mejorar el acondicionamiento de las Casas de Salud.

Recomendaciones

- Implementar, a corto plazo, un programa para la readecuación de las UMM existentes, de manera que aprueben el proceso de acreditación.
- El deterioro observado en los equipos médicos de las UMM, requiere que los programas de mantenimiento establecidos se implementen de manera oportuna y eficiente, así como un programa de sustitución de los equipos descompuestos, para evitar que esta situación se agudice, deteriorándose con ello la calidad en la atención médica que se propone como objetivo el PCS.
- Mejorar el abasto de medicamentos, insumos y materiales de curación para garantizar la suficiencia y oportunidad de los mismos, considerando que los usuarios no pueden adquirir los medicamentos que no se les ha podido proporcionar, así como, que la Caravana no regresa sino hasta 15 días después, en el mejor de los casos.
- Las condiciones en las que se encuentran actualmente las UMM exigirán la implementación de un programa consistente y regular de mantenimiento para evitar su deterioro paulatino.

Recursos humanos

En relación con la estrategia de reclutamiento de los recursos humanos del PCS, el estudio encontró que la selección y contratación de los Coordinadores del PCS en los estados se realiza en la Secretaría de Salud, en tanto que los supervisores y los ESI son seleccionados por los coordinadores estatales de PCS en coordinación con los Servicios Estatales de Salud, siguiendo los lineamientos de las ROP.

En todos los casos se encontró que para el proceso de selección se tomaron en consideración los perfiles señalados en las Reglas de Operación 2008 del Programa (ROP). El análisis de la información proporcionada por el programa, así como los resultados del trabajo en campo, muestran que en términos generales el personal de PCS cumple con dichos perfiles.

Acerca del perfil establecido en las ROP para el cargo de chófer polivalente, éste es difícil de cubrir, dada la diversidad de funciones que debe realizar.

Las funciones y atribuciones se encuentran establecidas en líneas generales dentro de las ROP. Sin embargo, el Programa no cuenta con manuales de funciones para definir las actividades y responsabilidades que corresponden a los distintos cargos considerados en la estructura.

Con respecto al auxiliar comunitario, éste desempeña un papel fundamental en la operación del Programa, es el vínculo entre la localidad y el PCS, su principal agente promotor y de difusión. Su relevancia es reconocida tanto por los coordinadores estatales como por los REPSS y los ESI. Realiza tanto actividades relacionadas con la salud comunitaria, impartir pláticas sobre cuidados básicos, organizar a la población, informar sobre la llegada de la Caravana, así como de prestación de servicios básicos de salud como atención a mujeres embarazadas, curaciones, aplicación de inyecciones, detección y control de diabetes, traslado a enfermos graves, control de peso en mujeres y niños, visitas domiciliarias a enfermos, entre otras. No recibe apoyo económico del PCS.

Recomendaciones

- Es necesario revisar las funciones que se pretende realice el chófer polivalente, considerando que el manejo de las UMM tipo II y III requiere destrezas adicionales para su manejo, dadas sus característica de peso y tamaño.
- Elaborar un manual de organización y uno de procedimientos que regulen la operación del PCS y permitan dar seguimiento a su desempeño.

- Se recomienda que se valore la posibilidad de proporcionar estímulos adicionales al auxiliar comunitario.

Prestación de servicios

En relación con las intervenciones proporcionadas por las Caravanas, fue necesario incluir en las entrevistas a los ESI, preguntas para conocer las intervenciones más frecuentemente atendidas, dado que el PCS no cuenta actualmente con expedientes sistematizados que permitirían conocer con mayor precisión dichas intervenciones.

Como resultado de las entrevistas a los ESI se identificaron las intervenciones más frecuentes realizadas por las Caravanas, las mismas se ordenaron de acuerdo a las frecuencias de las respuestas y por categorías de preventivas, ambulatorias, odontológicas, reproductivas, de atención al embarazo, parto y recién nacido y de urgencias establecidas en el CAUSES.

Las intervenciones que ofrece el PCS se incluyen, en su mayoría, dentro de las primeras 79 señaladas en el CAUSES que corresponden a los servicios que otorgan las unidades de primer nivel de atención de la Secretaría de Salud. Sin embargo en las entrevistas a los ESI, 50% de los médicos de las UMM Tipo III señalan que ofrecen también intervenciones no incluidas en el CAUSES que corresponde a las Caravanas.

Entre las intervenciones identificadas, las que se proporcionan con mayor frecuencia coinciden con las enfermedades señaladas en el diagnóstico epidemiológico realizado por el equipo evaluador y señaladas en el Capítulo I, como las asociadas a la condición de pobreza, es decir: infecciones respiratorias y estomacales y enfermedades relacionadas con deficiencias nutricionales. Entre las urgencias se destacan las crisis hipertensivas, las lesiones traumáticas en tejidos blandos y el tratamiento del alacranismo.

Las recomendaciones relacionadas con estos hallazgos están señaladas en la primera sección de este capítulo.

Con respecto a la identificación, seguimiento y registro de los indicadores de muertes maternas y de muertes infantiles, la información de las localidades atendidas por las Caravanas se entrega a las jurisdicciones sanitarias en las que operan las UMM, corresponde a los SESA el registro de la información en el Sistema de Información en Salud.

Vinculación del PCS con el Seguro Popular en Salud

La vinculación formal del Seguro Popular en Salud, está normada por un instrumento jurídico administrativo denominado Acuerdo de Gestión; en las entrevistas realizadas tanto a los coordinadores estatales del PCS, los administradores y los responsables de los REPSS manifestaron que dichos acuerdos no han sido firmados.

El REPSS no reconoce los servicios que ofrecen las UMM de Caravanas, en tanto no estén acreditadas, una vez que las UMM se acrediten se podrá solicitar la reasignación de los afiliados de las localidades incluidas en las RAA del PCS y gestionar el financiamiento correspondiente del REPSS, por los padecimientos incluidos en el CAUSES.

Independientemente de lo anterior, el PCS apoya al REPSS en la promoción de la afiliación de los usuarios, en la difusión de los derechos y obligaciones que se adquieren con la afiliación, informan a los usuarios sobre las ventajas, derechos y obligaciones relacionados con la afiliación al Seguro Popular. Asimismo, participa en las gestiones ante autoridades municipales para resolver el problema de la falta de documentación necesaria para integrar el expediente de afiliación al Seguro popular.

Por lo que respecta al número de usuarios de PCS afiliados al Seguro Popular, las estimaciones se realizaron a partir de dos instrumentos y la encuesta a usuarios arrojó que 71% de los usuarios entrevistados está afiliado al SPS. A partir de las estimaciones de los ESI se llegó a que, en promedio 73% de los usuarios atendidos en Caravanas ya está inscrito en el Seguro Popular. Los ESI consideran que la principal razón de la no inscripción del 27% restante es la falta de documentos.

Por su parte los representantes del REPSS en los estados señalaron que las metas de afiliación para 2008 en los municipios prioritarios se cumplirían ampliamente.

Con relación al financiamiento del Seguro Popular al Programa, las UMM de Caravanas son consideradas como establecimientos médicos que forman parte de la REDESS, y por lo tanto están sujetas a los estándares de la acreditación, antes descritos. En este sentido, las UMM del PCS deben estar acreditadas para recibir el financiamiento correspondiente a los servicios prestados a los usuarios del PCS afiliados al SPSS.

Recomendaciones

- Se recomienda resolver los obstáculos referidos, en los apartados anteriores, para la acreditación.
- Se recomienda agilizar la firma de los Acuerdos de Gestión para formalizar la transferencia de los recursos del SPS al PCS.
- El equipo evaluador propone que una vez que se acrediten las UMM Tipo I, II y III, los afiliados al SPS atendidos por UMM Tipo 0 sean asignados a una UMM acreditada, que cubra la RAA más cercana a las localidades atendidas por la Tipo 0. De esta manera el PCS podría recibir el financiamiento correspondiente a la atención brindada a dichos afiliados.
- Se recomienda realizar un análisis respecto de la posibilidad de que, considerando la mayor capacidad resolutoria de las UMM Tipo II y III, amplíen el número de intervenciones del CAUSES que actualmente les reconocen, tanto la DGCES responsable de la acreditación como el propio Seguro Popular, con la finalidad de que accedan a un mayor financiamiento.

Percepción

La promoción y difusión más efectiva puede atribuirse en un primer momento al auxiliar comunitario y, posteriormente, a la propia presencia de las Caravanas; 84% de la población encuestada conoce a las Caravanas, de ellos 46% señaló que las conoce por medio del auxiliar comunitario y 17% porque la vieron.

Por su parte, prefieren las Caravanas a otros servicios itinerantes que los visitaban con anterioridad, entre otras razones: porque distribuyen las medicinas de manera gratuita, la atención es mejor, vienen más seguido, tienen servicio dental, hacen todo tipo de estudios y

traen mejor equipo; respecto de las intervenciones que les puede ofrecer señalan, entre otras, la atención a enfermedades respiratorias, embarazo, vacunación, enfermedades estomacales y checar la presión.

Se considera que la gran mayoría de la población está informada sobre las visitas de la Caravana, así como sobre las intervenciones que ofrecen.

Con relación a la percepción de las autoridades estatales respecto de la viabilidad financiera del Programa, se observan coincidencias en torno a que es un programa caro, que la acreditación de las UMM es indispensable para mejorar sus condiciones de financiamiento, y a que, dado que los CAUSES que ofrecen son los básicos, cuando reciban las transferencias por los afiliados que atienden recibirán cápitas bajas, por lo que no podrán acceder al financiamiento necesario para su operación.

Por otra parte, señalan que no se cuenta con información financiera suficiente para estimar los costos que el REPSS debería cubrir por la atención a sus afiliados. En general no cuentan con información para valorar la transparencia en la asignación de recursos, ni con sistemas de información específicos para el seguimiento y evaluación de las acciones y los recursos transferidos a los Servicios Estatales de Salud; por último, se observan coincidencias en torno a que los procesos operativos de Caravanas deben consolidarse.

Recomendación

- Con respecto a la percepción de las autoridades locales se aplican las recomendaciones del apartado de Vinculación del PCS con el Seguro Popular en Salud, adicionalmente, se recomienda promover la firma de los instrumentos jurídico administrativos, Acuerdos de Gestión, entre el REPSS y los Servicios Estatales de Salud, en los que se establezcan los mecanismos de pago de los servicios proporcionados por las Caravanas de la Salud a los afiliados al SPS.
- Por último, se recomienda generar un sistema que incluya tanto información financiera como de las acciones realizadas por el PCS, que permita la transferencia de los recursos, tanto federales, como estatales y del SPSS de manera eficiente y oportuna.

Tanto la firma de los Acuerdos de Gestión, como el sistema de información permitirán dar mayor transparencia a la asignación de los recursos al Programa.

2. CONCLUSIONES GENERALES

En relación con las condiciones de salud de la población, las principales causas de mortalidad y de egresos hospitalarios en los 125 municipios de menor IDH, son los padecimientos relacionados con la pobreza, infecciones respiratorias e intestinales, deficiencias nutricionales, la mortalidad materna infantil, las enfermedades crónicas de hígado y el síndrome de dependencia al alcohol.

A este respecto, es necesario señalar que el Programa y la Red de Servicios de Salud pueden atender los efectos de la pobreza en la salud, sin embargo, no pueden resolver las causas relacionadas con la pobreza que los originan, para ello será necesario conjuntar esfuerzos de los tres órdenes de gobierno.

El Programa Caravanas de la Salud ha contribuido de manera significativa a mejorar el acceso a la salud de algunas de las localidades de menor Índice de Desarrollo Humano. Sin embargo, no llega todavía a cubrir todas las localidades objetivo, está cubriendo a 27% de las localidades y a 10.81 % del total de habitantes de los municipios prioritarios por lo que requiere ampliar su cobertura para llegar al menos a otras 5,173 localidades.

En relación con la estrategia de acercabilidad y accesibilidad el Programa reduce la necesidad de los traslados y dado que no existen restricciones para recibir los servicios ofrecidos por las Caravanas, hace accesibles los servicios a la población de las localidades a las que llega.

Sobre la estrategia del trabajo en REDESS, impulsada por el Modelo Integrador de Atención Médica (MIDAS), las Caravanas del PCS son un complemento de la Red de Servicios, ya que se constituye en el primer contacto de la RED en las localidades que visitan.

El personal del Programa manifiesta un alto compromiso con la prestación de los servicios y los objetivos del Programa.

El PCS no cuenta con un sistema de información que le permita monitorear los resultados de la prestación de los servicios médicos, ni con manuales de organización y procedimientos para dar seguimiento y evaluar la operación y el desempeño del programa, para posteriormente evaluar su impacto.

En relación con su operación e implementación, el programa deberá resolver de manera inmediata los problemas relacionados con la capacidad de desplazamiento de las UMM, de su equipo básico y mantenimiento para ampliar su cobertura. Asimismo, completar y mantener en condiciones óptimas de operación el equipo médico de las UMM, para evitar su paulatino deterioro y garantizar el abasto necesario, suficiente y oportuno de medicamentos y materiales de curación, así como, consolidar sus procesos operativos y sistematizar la información necesaria para su monitoreo y evaluación, con la finalidad de hacer más eficiente su gestión y acceder al financiamiento del Seguro Popular en Salud.

La relevancia del Programa radica, por una parte, en que las Caravanas son el primer contacto para el acceso de los usuarios a los distintos niveles de atención médica en la Red de Servicios de Salud que les permite recibir atención integral y de calidad para mejorar sus condiciones de salud, y por la otra, que a un año de puesta en marcha, el Programa es muy bien aceptado y calificado por la población usuaria de las localidades que atiende, que no cuentan con otras alternativas cercanas y accesibles de atención médica.

ANÁLISIS DE LAS FORTALEZAS, DEBILIDADES, OPORTUNIDADES Y AMENAZAS

Componente (tema) de la evaluación	Fortalezas u oportunidad/debilidad o amenaza	Referencia	Recomendaciones (Referencia de las recomendaciones)
Fortalezas			
Población Objetivo	Se puede estimar que el PCS está cubriendo, a través de todos los Tipos de UMM a 1,107 localidades (es decir, el 17.66% de las comunidades prioritarias) y podría estar cubriendo el 27% de la población objetivo del PCS en los siete estados prioritarios, en menos de un año de operación.	Página 37 y 38 del Capítulo II	
RAA	En la mayoría de las rutas existen casas de salud, éstas juegan un papel relevante en la operación de las RAA. La casa de salud sirve principalmente para tener un “espacio para dar consulta 81%”, para “almacenar medicinas 69%” y como “archivos de expedientes médicos 56%”.	Página 51 del Capítulo III	
RAA	En la totalidad de las casas de salud se encontró un auxiliar comunitario el que desempeña un papel central en la operación de las RAA.	Página 53 del Capítulo III	
RAA	En relación con las RAA es importante señalar que, con el propósito de evitar las duplicidades en los servicios de salud y llevar la atención médica a localidades que no cuentan con ella, los coordinadores estatales han realizado ajustes a las rutas de la Caravanas	Página 53 del Capítulo III	
	La absoluta mayoría, 89% de los ESI entrevistados, dijo estar familiarizado con el modelo de atención en REDESS y también señaló que trabajan bajo ese	Página 54 del Capítulo III	

	modelo.		
Trabajo en REDESS	El estudio encontró que todas las RAA tienen identificadas y localizadas, tanto geográficamente como en términos de las distancias, los establecimientos de atención médica (EAM) que proporcionan servicios a los usuarios del PCS, en caso de necesitar servicios de mayor complejidad de atención (referencia y contrarreferencia)	Página 54 del Capítulo III	
Recursos humanos	El personal del Programa recibe las réplicas de los cursos de capacitación de Caravanas de la Salud, adicionalmente los ESI participan en los programas de capacitación de los Servicios Estatales de Salud, atendiendo a las estrategias de prevención y promoción de la salud, vacunación, planificación familiar y cuidados neonatales entre otros.	Páginas 66 del Capítulo III	
Interculturalidad	El personal del PCS recibe capacitación permanente en temas de interculturalidad.	Página y 66 del Capítulo III	
Recursos humanos	Los coordinadores y los supervisores, son profesionales de la salud titulados; asimismo han realizado estudios de especialización diversos, cuentan con experiencia laboral previa relacionada con la atención médica, superior a los cinco años. tienen amplio conocimiento de los estados en los que se desempeñan, de su diversidad cultural, de la problemática de salud y de las estrategias de ampliación de cobertura y del trabajo en REDESS.	Página y 66 del Capítulo III	
Interculturalidad	20% de los médicos habla alguna lengua indígena. 29% de las enfermeras habla alguna lengua indígena. 20% de los odontólogos habla alguna lengua indígena 16% de los odontólogos habla alguna lengua indígena.	Páginas 67,68 y 69 del Capítulo III	
Interculturalidad	Existe Comité de Salud en el 87%	Página 70	

dad	de las localidades atendidas por el PCS, en 83% de ellas hay auxiliar de salud encargado de promover la cultura de la prevención.	del Capítulo III	
Referencia y contrarreferencia	El PCS da seguimiento al embarazo y funciona en REDESS cuando las pacientes requieren ser atendidos por establecimientos de mayor capacidad resolutive.	Página 78 del Capítulo III	
Coordinación con el SPSS	El Programa apoya la afiliación o reafiliación de sus usuarios al Seguro Popular.	Página 81 del Capítulo III	
Coordinación con el SPSS	El PCS participa en el proceso de afiliación al Seguro Popular mediante acciones de promoción y difusión.	Página 81 del Capítulo III	
Coordinación con el SPSS	71% de los usuarios entrevistados manifestó estar afiliado al SPS, de estos 18% fue ayudado para inscribirse por los doctores de las brigadas.	Página 81 del Capítulo III	
Coordinación con el SPSS	Con relación al conocimiento de los derechos que adquieren con la afiliación al SPS: De aquellos que sí están inscritos en el Seguro Popular, 63% dijo sí conocer sus derechos.	Página 82 del Capítulo III	
Coordinación con el SPSS	El PCS es, en algunas localidades, el primer contacto de la población con el Sistema de Protección Social en Salud SPSS.	Página 82 del Capítulo III	
Promoción y difusión	La promoción y difusión más efectiva es la propia presencia de las Caravanas, destacan igualmente el papel del auxiliar comunitario.	Página 86 del Capítulo IV	
Promoción y difusión	84% de la población de las localidades, sabe de las Caravanas y se enteró por diversos medios. A la pregunta de por qué medio se enteró 46% señaló que por el auxiliar comunitario y 17% porque la vieron	Página 86 del Capítulo IV	
Posicionamiento	Los usuarios del Programa tienen un conocimiento básico de los servicios que brindan las Caravanas y están dispuestos a continuar solicitándolos.	Página 88 del Capítulo IV	
Acercabi-	58% de los usuarios de Caravanas	Página 90	

lidad	<p>dijo haber recurrido en el pasado a otros servicios de salud, entre los que se incluyen el IMSS, ISSTE, Secretaria de Salud, hospitales del estado y servicios privados.</p> <p>La mayoría de estos servicios se encuentran lejos de las localidades y representa viajes largos. 25.9% de los traslados a estos servicios toma más de tres horas, y el 30.4% toma entre dos y tres horas y una vez que han llegado esperan hasta cinco horas en ser atendidos, en tanto que en las Caravanas esperan entre 30 minutos y una hora con 45 minutos, siendo treinta minutos el tiempo de espera más señalado.</p>	del Capítulo IV	
Percepción	<p>La atención de la Caravana es, en general, muy bien percibida por los usuarios, ya que 88% dice que está muy satisfecho y 96% de los mismos sí la recomendaría a otros.</p>	Página 92 del Capítulo IV	
Percepción	<p>99% de los beneficiarios sí piensa regresar a las Caravanas, basado en que quiere “recibir los servicios médicos gratuitos 41%”, “por la buena atención 22%” y porque “les dan medicamentos y vacunas 16%”. Sólo 1% de los entrevistados dijo que no regresará porque prefiere sus remedios caseros.</p>	Página 92 del Capítulo IV	
Percepción	<p>El desempeño de los miembros de ESI es bien considerado por los usuarios, el 90% lo califican como “bueno y muy bueno”, 90% de los usuarios considera que el tiempo de atención que les dedicaron en la Caravana fue suficiente, siendo 23 minutos el tiempo promedio y en relación con la confianza en los miembros del ESI ésta fue calificada como de “mucho confianza” por entre 82 y 92 por ciento de los usuarios.</p>	Página 93 del Capítulo IV	
Percepción	<p>El trato recibido por los usuarios fue calificado por 91% como muy amable. 93% de los beneficiarios</p>	Página 93 del Capítulo IV	

	recibió instrucciones acerca de qué es lo que deberían de hacer para solucionar su problema de salud, a 89% de ellos les quedaron bien claras estas instrucciones.		
Percepción	A 62% de los pacientes les fue recetado algún medicamento, a prácticamente todos (60 de 62 por ciento) les dieron el medicamento y ninguno tuvo que pagar por él.	Página 94 del Capítulo IV	
Percepción	Las autoridades locales entrevistadas coinciden en que dadas las condiciones actuales, es decir, que es un programa en proceso de consolidación, en general, se logra dar un servicio integral y de calidad a la población usuaria.	Página 94 del Capítulo IV	
Percepción	<p>Las autoridades en los estados señalan las siguientes fortalezas:</p> <p>Llevar los servicios a localidades que nunca los habían recibido.</p> <p>La atención curativa e integral.</p> <p>Poner más cerca los servicios de salud.</p> <p>La frecuencia con la que se llevan los servicios, la equidad de llevar los servicios de salud a quienes no los tenían,</p> <p>El acceso a servicios dentales,</p> <p>La coordinación con los Servicios Estatales de Salud e IMSS Oportunidades.</p> <p>Con Caravanas se va a lograr cubrir 95% de las localidades, ya que se cuenta también con IMSS Oportunidades y la Secretaría de Salud.</p> <p>EL haber disminuido la incidencia de complicaciones cardiovasculares, diabetes, y la muerte materna, e infantil.</p> <p>En relación con la alineación del PCS con otros programas y acciones, los coordinadores señalan en términos generales, que las acciones de coordinación han permitido una operación adecuada del Programa.</p>	Páginas 94 y 95 del Capítulo IV	

	<p>Así como, que se ha logrado alinear el Programa con otros programas de salud del Estado ya que el PCS apoya las campañas de vacunación del Estado así como en la detección de plagas y en la identificación de los focos de infección en las localidades que visita.</p> <p>Por otra parte se reconoce que los ESI informan a los usuarios sobre las ventajas, derechos y obligaciones relacionados con la afiliación al Seguro popular, y Apoyan al REPSS en las gestiones ante autoridades municipales y locales para resolver el problema de la falta de documentación de los usuarios.</p> <p>A partir de los acuerdos con el REPSS, IMSS Oportunidades y los Servicios Estatales de Salud, se ha realizado una distribución de localidades que debe atender cada instancia, con el propósito de evitar duplicidades.</p> <p>El PCS cuenta con el apoyo de los Servicios Estatales para su operación y las Caravanas apoyan a los Servicios estatales de Salud en las emergencias o contingencias que se presentan en los estados.</p>		
Debilidades			
<p>Estimación de la población objetivo y población atendida</p>	<p>La información sobre qué población de estas localidades ha recibido algún servicio del PCS, qué población de otras localidades aledañas ha recibido algún servicio y de qué localidades provienen no se encuentra disponible, pues los expedientes médicos (que podrían servir para estimar el número de usuarios) no se concentran en un solo lugar y no están digitalizados.</p>	<p>Página 33 del Capítulo II</p>	
<p>Principales complicaciones en el diseño y operación de</p>	<p>El hecho de que cada ruta no pueda cubrir, en promedio, más de 7 localidades se debe a una combinación de tres factores: a)</p>	<p>Página 35 del Capítulo II</p>	

<p>las RAA</p>	<p>las grandes distancias que separan a una comunidad de la otra en estos municipios, b) lo difícil del terreno y los caminos (cuando existen) que llevan de una comunidad a otra, y c) lo inapropiado de las unidades de Tipo II y III, para circular por estos terrenos.</p>		
<p>Principales complicaciones en el diseño y operación de las RAA</p>	<p>Las unidades Tipo III no pueden circular por terrenos de terracería lo que fuerza a los operadores del programa a restringir las visitas de estas unidades a localidades de mayor tamaño y con mejores condiciones de urbanización. Esto repercute en el hecho de que algunas de las localidades visitadas por el Programa estén cubiertas por otros servicios de salud.</p>	<p>Página 37 del Capítulo II</p>	<p>La mayoría de estas localidades son cabeceras municipales. Se recomienda que la expansión del Programa limite las unidades de Tipo III y se incremente el número de unidades de Tipo 0, I y II que tienen mayores posibilidades de llegar a localidades sin servicios médicos.</p>
<p>Cobertura</p>	<p>La cobertura del PCS no es la misma en los siete estados prioritarios. En Durango, Nayarit y Puebla el Programa ha logrado llegar, a través de las unidades de Tipo I, II y III, a 18% o más de la población objetivo; en Oaxaca y Veracruz se alcanza a 12% y 13% respectivamente, y en Chiapas y Guerrero se llega nada más a 8% de la población que no tiene otros servicios de salud</p>	<p>Páginas 39, 40 y 41 del Capítulo II</p>	<p>Los esfuerzos de expansión de cobertura deberían de centrarse, en primer lugar en Chiapas y Guerrero que son los estados donde el PCS cubre al menor porcentaje de la población y donde, además, se concentra la mayor proporción de la población objetivo. Para poder cubrir todas las localidades a las que se estima falta llegar con el Programa se requerirían 387 unidades entre Tipo 0 y Tipo I rediseñadas. Una segunda prioridad en los esfuerzos de expansión del Programa deberían de ser, en este orden, los estados de Oaxaca y Veracruz, respectivamente. Se estima que se requieren 124 UMM para llegar a las localidades faltantes en Oaxaca y 51 para llegar a las unidades faltantes en Veracruz.</p>
<p>Operación</p>	<p>Con relación al esquema de días de trabajo el estudio encontró que el sistema de trabajo es variable, las UMM Tipo 0 son las que con mayor frecuencia (82%) trabajan</p>	<p>Páginas 45,46,47, Capítulo III</p>	<p>Sería recomendable que a partir de la experiencia del primer año de operación del PCS, tomando en consideración los perfiles particulares de cada región</p>

	20 días y descansan 10, sólo el 45% de las Tipo I, 41% de las Tipo II y 33% de las Tipo III. lo hacen de igual modo.		atendida, (dispersión geográfica de las localidades así como de las dificultades de acceso, medidas en tiempos de traslado necesarios, y el número de habitantes de las mismas), que dificultaron el cumplimiento de los criterios adoptados se establecieran programas de trabajo adecuados y debidamente sustentados, que permitieran que las Caravanas presten sus servicios en función de las necesidades específicas de cada RAA y localidad.
Operación	64% de las Caravanas visitan las localidades una vez al mes, en el caso de las Tipo 0 93%, visitan las localidades una vez al mes		Lo anterior mediante un ejercicio de planeación operativa a nivel regional de tal suerte que se establezcan criterios que respondan a las condiciones de operación reales de esas regiones, utilizando para ello, los recursos tecnológicos, el conocimiento de los perfiles socio demográficos, epidemiológicos, la Red de Servicios Médicos disponibles en la región y específicamente la experiencia de los operadores de los Servicios Estatales de Salud y del propio PCS.
Operación	Los criterios establecidos en las ROP no se cumplen en la totalidad de las RAA, éstas operan en función de factores particulares y diversos.		
Operación	No obstante, en este proceso de coordinación para evitar las duplicidades no se ha evaluado si los servicios ofrecidos por otras unidades móviles brindan la misma capacidad resolutiva (equipamiento, insumos y personal médico) que las UMM del PCS, aspecto central en la estrategia del PCS.	Páginas 52 y 107 Capítulo III	Evaluar si la calidad de los servicios ofrecidos por los otros programas itinerantes que atienden a los municipios prioritarios, tienen la misma capacidad resolutiva (equipamiento, insumos y personal médico) que las Caravanas del PCS, y prestan a los usuarios la misma calidad en el servicio de manera que no se afecte negativamente la atención a la salud de estas localidades.
Operación	La mayoría de las casas de salud no cuenta con las condiciones necesarias para brindar un apoyo eficaz debido a su acondicionamiento. Asimismo, no	Páginas 50,51 y 52 Capítulo III	Implementar un plan de acción de mejora de las instalaciones y del equipamiento de las casas de salud, con la concurrencia de otros recursos, para que éstas

	cuentan con espacios, para que los ESI puedan pernoctar y asearse durante la Ruta.		desempeñen eficazmente el papel que se les ha asignado en la estrategia del PCS.
Operación	Al 30 de octubre del presente año, en los estados prioritarios no se había acreditado ninguna UMM, sin embargo la DGCEs de la Secretaría de Salud tenía programado acreditar 191 UMM de Caravanas de la Salud en 2008.	Páginas 50, 51 y 52 Capítulo III	
Operación	No es posible acreditar las UMM Tipo 0 porque son vehículos de transporte, no son establecimientos médicos	Página 56 y 82 Capítulo III	Se recomienda que una vez que se acrediten las UMM Tipo I, II y III, los afiliados al SPS atendidos por UMM Tipo 0 sean asignados a una UMM acreditada, que cubra la RAA más cercana a las localidades atendidas por las Tipo 0. De esta manera el PCS podría recibir el financiamiento correspondiente.
Operación	Las UMM, Tipo I, II y III, desde su fabricación, equipamiento y su instalación, no responden a los criterios establecidos en la norma para la acreditación	Página 57 Capítulo III	Deberán realizarse las adecuaciones necesarias para que las UMM cumplan con los requerimientos de la norma
Operación	Respecto de las funciones y procedimientos que corresponde realizar al personal, el PCS no cuenta con manuales de organización ni procedimientos por lo que no es posible realizar una valoración sobre el desempeño del personal asignado al PCS.	Página 57 Capítulo III	Elaborar un manual de organización y uno de procedimientos que regulen la operación del PCS y permitan dar seguimiento a su desempeño.
Operación	55% de los ESI de las UMM Tipo II y III, expresa que hace falta diverso instrumental y material necesarios		
Operación	En cuanto al equipo odontológico las placas radiográficas y líquidos para revelar son los insumos que más faltan (33%) y los que están en condiciones menos adecuadas (43%).	Páginas 58,59 y 60 Capítulo III	Implementar un programa consistente y regular de mantenimiento, sustitución y abasto para evitar el deterioro en la calidad de los servicios y lograr la acreditación de las Caravanas y acceder al financiamiento del Seguro Popular de Salud
Operación	Con relación a los medicamentos, en 84% de los casos consideraron que son los adecuados para el tratamiento de las enfermedades más comunes. Sobre la suficiencia, en 71% de los casos se consideró		

	suficiente y en 76% de los casos se consideró que el abasto era oportuno.		
Operación	Sólo en 20% de los casos habría mantenimiento adecuado para el equipo médico.		
Operación	En relación con el Kilometraje, las UMM Tipo 0 inspeccionadas, un 20% tienen más de 100,000 kilómetros, por lo que ya excedieron su vida útil, 14% tienen entre 50,000 y 100,000, que si no la han excedido, están en el límite, un 20% más de las que no se sabe qué kilometraje tienen	Páginas 61 y 62 Capítulo III	El PCS tendrá que prever la sustitución, en muy corto plazo. Se recomienda implementar un programa consistente y regular de mantenimiento para evitar el deterioro en la calidad de los servicios y lograr la acreditación de las Caravanas y acceder al financiamiento del Seguro Popular de Salud.
Operación	El perfil del chófer descrito en las ROP ha representado una dificultad en los procesos de selección y ha generado una alta rotación de dicho personal		Análisis de las ROP
Operación	El PCS no cuenta con un procedimiento documentado para el seguimiento de los pacientes referidos a establecimientos médicos de mayor nivel resolutivo, actualmente la contra-referencia depende del propio paciente, en el sentido de que es quien podría informar al médico de la Caravana que lo refirió sobre la atención recibida y el seguimiento a su padecimiento	Páginas 79 Capítulo III	Se recomienda documentar los procedimientos administrativos necesarios para el traslado justificado de los pacientes entre los distintos establecimientos de la Red y generar los mecanismos de intercambio de información necesarios para realizar la referencia y contrarreferencia, de manera que garanticen la óptima continuidad de la atención, de manera ágil, eficiente y eficaz en beneficio del paciente.
Operación	El REPSS no reconoce los servicios que ofrecen las UMM de Caravanas, en tanto no estén acreditadas, una vez que las UMM se acrediten se podrá solicitar la reasignación de los afiliados de las localidades incluidas en las RAA del PCS y gestionar el financiamiento correspondiente del REPSS,	Páginas 82 Capítulo III	Implementar las acciones recomendadas para lograr la acreditación de las UMM Tipo I, II, III y promover la firma de los acuerdos de gestión que se celebran entre el REPSS y la unidad médica que presta el servicio de salud a sus afiliados, en el marco del Convenio de Prestación de Servicios que celebran el REPSS y las secretarías de salud de las entidades federativas
Percepción	Las autoridades estatales perciben que:		Promover entre las autoridades estatales la función del PCS

	<p>La falta de acreditación de las Caravanas es un obstáculo para mejorar su financiamiento. Por otra parte se señala que las UMM de Caravanas son muy caras.</p> <p>Las intervenciones del CAUSES que cubre el Programa de Caravanas son las mismas que las de Oportunidades, 79 intervenciones, y la cápita es muy baja, este financiamiento no es suficiente para el Programa porque es más caro que una unidad fija, tanto por los sueldos como por el costo de mantenimiento de las unidades.</p> <p>No se cuenta aún con información sobre la administración financiera del Programa Caravanas de la Salud que permita estimar los costos que el REPSS debería cubrir por la atención a sus afiliados.</p> <p>No se cuenta con sistemas de información específicos para el seguimiento y evaluación de las acciones y los recursos transferidos a los Servicios Estatales de salud quienes no han realizado transferencias específicas del REPSS para el Programa. Los procesos operativos de Caravanas deben consolidarse para la acreditación.</p>		<p>como una estrategia de ampliación de cobertura en marco del MIDAS, necesario en tanto no se logre una cobertura más amplia con establecimientos de servicios médicos fijos de calidad.</p>
Amenazas			
	<p>Las causas de las enfermedades, en particular las asociadas con la pobreza no pueden ser resueltas por el PCS</p>		
	<p>Los usos y costumbres de los pueblos y comunidades indígenas no permiten atender ciertos padecimientos y riesgos.</p>		
Oportunidades			
	<p>Lograr la concurrencia de otras acciones y programas para mejorar la calidad de vida de la población que habita en las localidades en</p>		

	extrema pobreza.		
	<p>Fomentar la interculturalidad también entre los pueblos y comunidades Indígenas.</p> <p>Difundir los beneficios de la medicina alópata y no “tradicional” como un complemento de la medicina tradicional.</p>		

BIBLIOGRAFÍA

- Anrudh K. Jain, “Fertility Reduction and the Quality of Family Planning Services,” *Studies in Family Planning* 20, no. 1 (1989): 1-16.
<http://www.prb.org/Publications/PolicyBriefs/OverviewofQualityofCareinReproductiveHealthDefinitionsandMeasurements.aspx>
- Banco Interamericano de Desarrollo (BID), Oficina de Supervisión y Evaluación. *Evaluación: Una herramienta de gestión para mejorar el desempeño de los proyectos. Anexo 1: La matriz de marco lógico.*
- Banco Interamericano de Desarrollo (BID), (1997), “Anexo I. *La matriz del marco lógico*”, en *Evaluación: Una herramienta de gestión para mejorar el desempeño de los proyectos*, BID, Washington.
- Banco Mundial. *Matriz de Marco Lógico. Una herramienta de formulación de proyectos. The Logframe Handbook. La pobreza en México: una evaluación de las condiciones, las tendencias y la estrategia del gobierno. México, Banco Mundial, 2004.*
- Barzelay, Michael, *La Nueva Gestión Pública: Un acercamiento a la investigación y al debate de las políticas*. México: Fondo de Cultura Económica, 2003
- Briones, Guillermo. *Evaluación de Programas Sociales*. Editorial Trillas, México, 1991
- Cohen, E y R. Franco. *Evaluación de proyectos Sociales*. Siglo XXI Editores, México 1992
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social. Boletín del Instituto No. 15: *Metodología del Marco Lógico*. Octubre de 2005.
- Commission of the European Communities. *Project Cycle Management: Integrated approach and logical framework*. No. 1. Febrero 1993.
- Consejo Nacional de Evaluación de las Políticas de desarrollo Social. (CONEVAL). *Mapas de Pobreza, 2007. Criterios de Resultados para la Determinación de las Zonas de Atención Prioritarias, 2006.*

Gómez Galán, M., Cámara, L (2003) *Orientación para la aplicación del enfoque de marco lógico. Errores frecuentes y sugerencias para evitarlos*. CIDEAL. Madrid.

Gómez-Vela, María; Sabeh, Eliana N. *“Calidad de Vida, Evolución de su concepto y su influencia en la investigación y la práctica*. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca. Salamanca, España.

ILPES-CEPAL. *Metodología general de identificación, preparación y evaluación de proyectos de inversión pública*. Manual No. 39. Agosto 2005.

Judith Bruce, “Fundamental Elements of Quality of Care: A Simple Framework,” *Studies in Family Planning* 21, no. 2 (1990): 61-91.

Ligero, J. A. (2001) *Propuesta de un nuevo criterio de evaluación de proyectos de ayuda al desarrollo: la Cobertura*. Revista Española de Desarrollo y Cooperación.

Miller, Robert, Andrew Fisher, Kate Miller, Lewis Ndhlovu, Baker Ndugga Maggwa, Ian Askew, Diouratie Sanogo, and Placide Tapsoba. 1997. *The Situation Analysis Approach to Assessing Family Planning and Reproductive Health Services: A Handbook*. New York: Population Council.

Organización Panamericana de la Salud. OPS. *Perfil del Sistema de Servicios de Salud*. 2002

Ortegón, E. Pacheco J. y Prieto, A. *Metodología del Marco Lógico para la planificación, el seguimiento y la evaluación de proyectos y programas*. Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social.

Presidencia de la República. *Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012*.

Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. PNUD.

Indicadores Municipales de Desarrollo Humano en México. 2004

Ajustes al Índice de Desarrollo Humano Municipal. Actualización al 2005.

Secretaría de Hacienda y Crédito Público, Secretaría de la Función Pública y Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. *Lineamientos generales de evaluación de los Programas Federales de la Administración Pública Federal. Diario Oficial de la Federación. 30 de marzo de 2007*.

Secretaría de Salud.

Programa Nacional de Salud, 2007 2012.

Dirección General de Planeación en Salud. Estrategia Nacional Caravanas de la Salud, Manual de Inducción para personal operativo, Marzo 2007.
Evaluación Externa 2007. Programa Caravanas de la Salud.

SEDESOL (2002). Serie: Documentos de investigación. Comité Técnico de la Pobreza. *Medición de la pobreza*. Variantes metodológicas y estimación preliminar. (2005)
Serie: Documentos de Investigación. Hernández, D. Orozco, M. Vázquez S. *La focalización como estrategia de política pública*.

FUENTES PRIMARIAS

- Reglas de Operación 2008 del Programa Caravanas de la Salud (ROP). Publicadas en el Diario Oficial de la Federación, 30 de Diciembre del 2007.
- Secretaría de Salud. Matriz de Indicadores del Programa Caravanas de la Salud. DEGPLADES.
- Secretaría de Salud. Directorio de Unidades Médicas del Sector Salud. Todas las instituciones según entidad federativa. 2008.
Sistema Nacional de Información en Salud. *Situación de la salud en México*. Bases de datos en formato de cubo dinámico. Indicadores básicos 200 2006. Mortalidad en México 2000 2004.
Manual para la Acreditación y Garantía de Calidad en Establecimientos para la Prestación de Servicios de Salud. Proporcionada por el Programa.
Manual de Inducción para Personal Operativo. DEGPLADES.
Programa Sectorial de Salud 2007-2012. México.
- Reglas de Operación del Seguro Popular, DOF 4 de Julio del 2003.
- Reformas a la Ley General de Salud. DOF 14-07-2008.
- Instituto nacional de Estadística Geografía e Informática INEGI. Censo General de Población y Vivienda 2000. Censo de Población y Vivienda 2005. Índices de Marginación 2000. Índices de Desarrollo Humano 2000.
- Consejo Nacional de Población CONAPO.
Indicadores Demográficos Básicos 1999 2030.
Indicadores de Salud Reproductiva de la República Mexicana.

Relación de archivos electrónicos

Anexos. Informe Final de la Evaluación del Programa Caravanas de la Salud 2008

Capítulo I

- Anexo 1.1. Criterios utilizados para clasificar a los municipios de acuerdo a los grupos de edad y sexo prioritarios con base en el análisis de la mortalidad en el período 2005-2008.
- Anexo 1.2. Distribución de muertes por grandes grupos de edad y sexo (porcentajes)
- Anexo 1.3. Distribución de las defunciones de menores de 10 años en los 125 municipios prioritarios por grandes grupos de causas principales, 2005-2008
- Anexo 1.4 Criterios utilizados para clasificar a los municipios de acuerdo a los grupos de edad y sexo prioritarios con base en el análisis de la mortalidad en el período 2005-2008.
- Anexo 1.5. Distribución de las defunciones de menores de 10 años en los 125 municipios prioritarios por grandes grupos de causa y clasificación de municipios. 2005-2008.
- Anexo 1.6. Clasificación de los municipios prioritarios de acuerdo a la causa predominante de mortalidad entre los menores de 10 años. 2005-2008.
- Anexo 1.7. Descripción de los grandes grupos de causas de mortalidad para el grupo de edad 10 a 19 años
- Anexo 1.8. Detalle de las causas específicas que más contribuyen a la mortalidad por grandes grupos en los 125 municipios prioritarios, en el grupo de edad 10 a 19
- Anexo 1.9. Definición de los grandes grupos de causas de muerte utilizados en el análisis de las defunciones de las mujeres de 20 a 59 años
- Anexo 1.10. Detalle de las causas específicas que más contribuyen a la mortalidad por grandes grupos en los 125 municipios prioritarios, en el grupo de edad mujeres de 20 a 59 años
- Anexo 1.11. Distribución de las defunciones de mujeres de 20 a 59 años en los municipios prioritarios por principales causas de muerte y clasificación de los
- Anexo 1.12. Definición de los grandes grupos de causas de muerte utilizados en el análisis de las defunciones de los hombres de 20 a 59 años

- Anexo 1.13. Distribución de las defunciones de hombres de 20 a 59 años en los municipios prioritarios por principales causas de muerte y clasificación de los municipios en grupos de acuerdo a las causas prioritarias
- Anexo 1.14. Definición de los grandes grupos de causas de muerte utilizados en el análisis de las defunciones del grupo 60 años y más
- Anexo 1.15. Detalle de las causas específicas que más contribuyen a la mortalidad por grandes grupos en los 125 municipios prioritarios, en el grupo de edad 60 años y más
- Anexo 1.16. Distribución de las defunciones de 60 años y más en los municipios prioritarios por principales causas de muerte y clasificación de los municipios en grupos de acuerdo a las causas prioritarias
- Anexo 1.17. Definición de los grandes grupos de causas de atención asociadas a los egresos hospitalarios en los municipios prioritarios
- Anexo 1.18. Detalle de las causas específicas que más contribuyen a los principales grupos de causas de los egresos hospitalarios
- Anexo 1.19. Porcentaje de los egresos hospitalarios debidos a los diferentes grupos de edad
- Anexo 1.20. Principales causas de egresos hospitalarios en los municipios prioritarios por grupo de edad, 2005-2008
- Anexo 1.21. Estimación del tiempo de traslado por viaje, para todos los servicios utilizados

Capítulo II

- Anexo 2.1. Lista de municipios prioritarios de acuerdo a si han presentado reporte de actividades en Caravanas de la salud, 2007-2008
- Anexo 2.2. Población objetivo y población cubierta por el PCS
- Población cubierta por el Programa en los 125 municipios prioritarios, por estado
Localidades cubiertas por el Programa en los 125 municipios prioritarios, por estado
Población cubierta por el Programa en los 125 municipios prioritarios, por municipio y estado
- Anexo 2.3. Localidades visitadas por el PCS, de acuerdo al anexo 6, Chiapas,
- Localidades visitadas por el PCS, de acuerdo al Anexo 6, Guerrero,
Localidades visitadas por el PCS, de acuerdo al Anexo 6, Durango,
Localidades visitadas por el PCS, de acuerdo al Anexo 6, Nayarit,
Localidades visitadas por el PCS, de acuerdo al Anexo 6, Oaxaca,
Localidades visitadas por el PCS, de acuerdo al Anexo 6, Puebla,

Localidades visitadas por el PCS, de acuerdo al Anexo 6, Veracruz

Anexo 2.4. Acceso a servicios de salud, cobertura del PCS y población en las localidades en los 125 municipios prioritarios con menor IDH, Totales

Acceso a servicios de salud, cobertura del PCS y población en las localidades en los 125 municipios prioritarios con menor IDH, Chiapas

Acceso a servicios de salud, cobertura del PCS y población en las localidades en los 125 municipios prioritarios con menor IDH, Guerrero

Acceso a servicios de salud, cobertura del PCS y población en las localidades en los 125 municipios prioritarios con menor IDH, Durango

Acceso a servicios de salud, cobertura del PCS y población en las localidades en los 125 municipios prioritarios con menor IDH, Nayarit

Acceso a servicios de salud, cobertura del PCS y población en las localidades en los 125 municipios prioritarios con menor IDH, Oaxaca

Acceso a servicios de salud, cobertura del PCS y población en las localidades en los 125 municipios prioritarios con menor IDH, Puebla

Acceso a servicios de salud, cobertura del PCS y población en las localidades en los 125 municipios prioritarios con menor IDH, Veracruz

Anexo 2.5. Acceso a servicios de salud, cobertura del PCS y población en los 125 municipios prioritarios con menor IDH

Anexo 2.6. Cálculo del número de UMM tipo 0 necesarias para alcanzar la cobertura universal de las localidades sin acceso a servicios de salud en los municipios prioritarios

Capítulo III

Anexo 3.1. Localidades atendidas por tipo de UMM

Anexo 3.2. Calendario de trabajo

Anexo 3.3. Horas que permanecen en cada localidad por tipo de UMM

Anexo 3.4 Número de visitas realizadas por mes a las localidades de las RAA

Anexo 3.5 Estimación de personas que se quedan sin atención

Anexo 3.6 Número promedio de casas de salud en las rutas de la muestra

Anexo 3.7 Apoyo que presta la casa de salud al PCS

Anexo 3.8 Número de establecimientos médicos con los que se interrelacionan las Caravanas por tipo de UMM

Anexo 3.9 Nivel de atención que prestan los establecimientos médicos con los que se interrelacionan las Caravanas

Anexo 3.10 Existencia y condiciones del equipamiento de las UMM Tipo I, II y III

Anexo 3.11 Abasto de insumos

Anexo 3.12 Reparaciones realizadas a las UMM en operación

Anexo 3.13 Kilometraje por tipo de UMM en operación

Anexo 3.14 Perfil del ESI

Anexo 3.15 Principales tareas del auxiliar en salud

Anexo 3.16 Número de Intervenciones por Tipo de UMM

Anexo 3.17 Número de Intervenciones por Tipo de UMM

Anexo 3.18 Acciones preventivas más frecuentes realizadas por Tipo de UMM

Anexo 3.19 Acciones de Medicina Ambulatoria más frecuentes realizadas por tipo de UMM

Anexo 3.20 Acciones de Odontología más frecuentes realizadas por tipo de UMM

Anexo 3.21 Acciones de salud reproductiva más frecuentes realizadas por tipo de UMM

Anexo 3.22 Acciones de embarazo parto y recién nacido más frecuentes realizadas por tipo de UMM

Anexo 3.23 Acciones de urgencias más frecuentes realizadas por tipo de UMM

Anexo 3.24 Pacientes canalizados a otras instancias de salud

Anexo 3.25 Resumen de los estudios de caso

Anexo 3.26 Conocimiento de los derechos como afiliados al Seguro Popular

Anexo 3.27 Principales resultados de las Entrevistas a Coordinadores Estatales del Programa Caravanas de la Salud, y al Responsable del Régimen Estatal de Protección Social en Salud.

Capítulo IV

Anexo 4.1 Conocimiento de la Caravanas

Anexo 4.2 Porcentaje de usuarios que piensan seguir asistiendo a las Caravanas

Anexo 4.3 Conocimiento de los usuarios sobre los servicios que ofrecen las Caravanas

Anexo 4.4 Claridad de las instrucciones recibidas por parte de los ESI

Anexo 4.5 Percepción de los usuarios sobre el desempeño del Equipo de Salud Itinerante (ESI)

Anexo 4.6 Servicios recibidos en la Caravana

Anexo 4.7 Servicios recibidos por las mujeres usuaria

Bases de datos

Bitácora de campo Localidades Visitadas en el seguimiento de las Caravanas

Casas de salud Casa de Salud Base de Datos
Casa de Salud Tablas de Resultados

ESI ESI Base de Datos
ESI Tablas de Resultados

Morbimortalidad Morbilidad
Mortalidad

Población abierta Población Abierta Base de Datos I
(Catálogos de variables) de Población Abierta Base de Datos II
Población Abierta Tablas de Resultados I
Población Abierta Tablas de Resultados II

UMM UMM Base de Datos
UMM Tablas de Resultados

Usuarios Usuarios Base de Datos
Usuarios tablas de resultados

Usuarios Referidos Usuarios Referidos Estudio de Casos

Instrumentos aprobados, cuestionarios y guías para la recolección de información

Trabajo de campo

1.1. Presentaciones en Power Point

Entrevistas a usuarios

Entrevista a Población abierta

Entrevista a equipo de salud itinerante (ESI)

Diagnóstico de Unidades Médicas Móviles

Observación de casas de salud

Presentación metodológica. PPT

Presentación de la evaluación del PCS 2008. Principales resultados. PPT