



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

PROGRAMA IMSS-OPORTUNIDADES
LIBRO BLANCO 2007-2012



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

ÍNDICE

Capítulo I PRESENTACIÓN	5
I.1 Nombre del Programa	6
I.2 Objetivo del Programa	6
I.3 Periodo de vigencia que se documenta	6
I.4 Ubicación geográfica	6
I.5 Principales características de operación	8
I.6 Unidades administrativas participantes	11
I.7 Firmas	14
Capítulo II FUNDAMENTO LEGAL Y OBJETIVO DEL LIBRO BLANCO	15
II.1 Fundamento legal	16
II.2 Objetivo del Libro Blanco	18
Capítulo III ANTECEDENTES	19
Capítulo IV MARCO NORMATIVO	23
IV.1 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	24
IV.2 Ley del Seguro Social	25
IV.3 Ley General de Salud	27
IV.4 Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria	28
IV.5 Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público	28
IV.6 Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas	28
IV.7 Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación	28
IV.8 Decreto por el que se crea el Sistema Integral de Información de Padrones de Programas Gubernamentales	29
IV.9 Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social	29
IV.10 Reglas de Operación del Programa IMSS-Oportunidades	30
IV.11 Acuerdos del H. Consejo Técnico del IMSS	30
IV.12 Normas Oficiales Mexicanas (NOM)	32
IV.13 Marco normativo del Programa IMSS-Oportunidades	32
IV.14 Otras disposiciones administrativas de carácter normativo	33
Capítulo V VINCULACIÓN DEL PROGRAMA CON EL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2007-2012 Y PROGRAMAS SECTORIALES	35



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Capítulo VI SÍNTESIS EJECUTIVA.....	51
VI.1 Reducción de la mortalidad materna	55
VI.2 Prevención y atención oportuna del cáncer cérvico uterino.....	58
VI.3 Salud integral del adolescente.....	61
VI.4 Vacunación	62
VI.5 Vigilancia epidemiológica y control de enfermedades	65
VI.6 Prevención y control de la diabetes mellitus	68
VI.7 Otras acciones en salud	69
VI.8 Ampliación de infraestructura	71
VI.9 Padrón de beneficiarios	73
VI.10 Auditorías practicadas y evaluaciones externas.....	75
Capítulo VII ACCIONES REALIZADAS.....	79
VII.1 Prioridades en salud	83
VII.1.1 Reducción de la mortalidad materna	84
VII.1.2 Prevención y atención oportuna del cáncer cérvico uterino.....	106
VII.1.3 Salud integral del adolescente (CARA).....	112
VII.1.4 Vacunación	118
VII.1.5 Vigilancia epidemiológica y control de enfermedades	128
VII.1.6 Prevención y control de la diabetes mellitus	142
VII.1.7 Otras acciones en salud	147
VII.2 Ampliación de infraestructura	157
VII.2.1 Asignación de recursos.....	157
VII.2.2 Nuevos Hospitales Rurales.....	161
VII.2.3 Nuevas Unidades Médicas Rurales	170
VII.2.4 Nuevas Unidades Médicas Urbanas.....	172
VII.3 Padrón de beneficiarios	175
VII.3.1 Antecedentes	175
VII.3.2 Desarrollo	175
VII.3.3 Levantamiento	176
VII.3.4 Equipamiento	181
VII.3.5 Diseño e instrumentación del sistema en línea.....	182
VII.3.6 Calidad de la información del SPB	184
Capítulo VIII SEGUIMIENTO Y CONTROL.....	189
VIII.1 Informes sobre los avances o situación del Programa	190
VIII.1.1 Informes de labores y programas de actividades	190



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

VIII.1.2 Resumen de resultados institucionales para la Cuenta de la Hacienda Pública Federal.....	190
VIII.1.3 Indicadores de desempeño del Programa IMSS-Oportunidades.....	191
VIII.1.4 Informes al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y riesgos del IMSS	192
VIII.2 Auditorías practicadas y evaluaciones externas	193
VIII.2.1 Auditoría Superior de la Federación	194
VIII.2.2 Secretaría de la Función Pública y Órgano Interno de Control en el IMSS	198
VIII.3 Evaluaciones externas.....	199
 Capítulo IX RESULTADOS Y BENEFICIOS ALCANZADOS	205
IX.1.1 Reducción de la mortalidad materna	210
IX.1.2 Prevención y atención oportuna del cáncer cérvico uterino.....	217
IX.1.3 Salud integral del adolescente (CARA).....	222
IX.1.4 Vacunación	225
IX.1.5 Vigilancia epidemiológica y control de enfermedades	227
IX.1.6 Prevención y control de la diabetes mellitus	242
IX.1.7 Encuentros Médico Quirúrgicos	245
IX.2 Ampliación de Infraestructura	246
IX.3 Padrón de beneficiarios	253
IX.4 Evaluaciones externas.....	254
 Capítulo X INFORME FINAL	257
 ANEXO A. Entidades con presencia de IMSS-Oportunidades	261
 RELACIÓN DE ANEXOS	289
 GLOSARIO.....	297



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Capítulo I
PRESENTACIÓN



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

I.1 Nombre del Programa

IMSS-Oportunidades¹.

I.2 Objetivo del Programa

Contribuir a garantizar el derecho a la protección de la salud de los mexicanos que carecen de seguridad social y que habitan en condiciones de marginación, en las entidades donde tiene cobertura.

I.3 Periodo de vigencia que se documenta

Las acciones documentadas en el presente Libro Blanco abarcan el periodo comprendido entre enero de 2007 y junio de 2012.

I.4 Ubicación geográfica

IMSS-Oportunidades cubre localidades rurales en 19 estados del país, así como localidades urbanas en 26 entidades federativas [ver *Tabla I.1 Ubicación geográfica del Programa IMSS-Oportunidades*].

¹Denominación aprobada por el H. Consejo Técnico del IMSS, mediante acuerdo número 365 del 10 de julio de 2002.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Tabla I.1 Ubicación geográfica del Programa IMSS-Oportunidades

Entidades con presencia de IMSS-Oportunidades	
	Ámbito Rural[1]
1	<i>Baja California</i>
2	<i>Campeche</i>
3	<i>Coahuila</i>
4	<i>Chiapas</i>
5	<i>Chihuahua</i>
6	<i>Durango</i>
7	<i>Guerrero</i>
8	<i>Hidalgo</i>
9	<i>México</i>
10	<i>Michoacán</i>
11	<i>Nayarit</i>
12	<i>Oaxaca</i>
13	<i>Puebla</i>
14	<i>San Luis Potosí</i>
15	<i>Sinaloa</i>
16	<i>Tamaulipas</i>
17	<i>Veracruz</i>
18	<i>Yucatán</i>
19	<i>Zacatecas</i>
	Ámbito Urbano[2]
1	<i>Baja California</i>
2	<i>Campeche</i>
3	<i>Coahuila</i>
4	<i>Chiapas</i>
5	<i>Chihuahua</i>
6	<i>Distrito Federal</i>
7	<i>Durango</i>
8	<i>Guanajuato</i>
9	<i>Guerrero</i>
10	<i>Hidalgo</i>
11	<i>Jalisco</i>
12	<i>México</i>
13	<i>Michoacán</i>
14	<i>Morelos</i>
15	<i>Nayarit</i>
16	<i>Nuevo León</i>
17	<i>Oaxaca</i>
18	<i>Puebla</i>
19	<i>Querétaro</i>
20	<i>San Luis Potosí</i>
21	<i>Sinaloa</i>
22	<i>Sonora</i>
23	<i>Tlaxcala</i>
24	<i>Veracruz</i>
25	<i>Yucatán</i>
26	<i>Zacatecas</i>

^[1] La atención se proporciona mediante Unidades Médicas Rurales, Brigadas de Salud y Hospitales Rurales.

^[2] La atención se proporciona mediante Unidades Médicas Urbanas.

El desglose de infraestructura de cada entidad se puede consultar en el Anexo A.

Fuente: División de Información IMSS-Oportunidades.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

I.5 Principales características de operación

IMSS-Oportunidades es un Programa del gobierno federal administrado por el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Fundamenta su operación en el Modelo de Atención Integral a la Salud (MAIS) que, sustentado en el concepto de atención primaria a la salud², se compone de dos vertientes: la atención médica y la acción comunitaria.

El modelo propicia la vinculación de los servicios médicos con la participación activa y organizada de las comunidades, lo que permite el mejoramiento de la salud con un enfoque preventivo en el entorno individual, familiar y local [\[ver video\]](#) (Anexo I.1).

Los objetivos específicos de la atención médica son:

- Otorgar servicios de salud ambulatorios y hospitalarios eficientes, con calidad y calidez a la población del ámbito de responsabilidad del Programa, en las unidades de primer nivel [unidades médicas rurales (UMR), brigadas de salud (BS) y unidades médicas urbanas (UMU)] y segundo nivel de atención [hospitales rurales (HR)].
- Otorgar las acciones de protección específica personalizada a la población susceptible.
- Realizar las acciones de prevención de enfermedades con base en las prioridades y políticas de salud pública.

²La Declaración de Alma Ata (Kazajistán, URSS), signada en 1978 durante la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria a la Salud, define este concepto como “la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. (...) Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más de cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria”.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

- Realizar las acciones de promoción de la salud individual y grupal con base en las prioridades y políticas de salud pública.
- Identificar y atender los riesgos y daños a la salud a nivel individual y grupal de la población.
- Contribuir a evitar o reducir el empobrecimiento de la población por gastos catastróficos e innecesarios por motivos de atención médica, garantizando el acceso y disponibilidad de los servicios de salud a la población abierta.

Los objetivos específicos de la acción comunitaria para la salud son:

- Apoyar los programas de salud prioritarios del Programa IMSS-Oportunidades a través de la integración de la organización comunitaria y su orientación en acciones de promoción de la salud.
- Consolidar las acciones de identificación, búsqueda intencionada, derivación de casos a la unidad médica y seguimiento en la comunidad, con la participación activa de los grupos voluntarios de la comunidad.
- Fomentar la participación ciudadana a través de los mecanismos de Contraloría Social con la finalidad de dar seguimiento a la calidad en la prestación de servicios médicos, conocer la satisfacción de los usuarios e instrumentar acciones de mejora.

IMSS-Oportunidades brinda servicios de salud gratuitos de primer y segundo nivel de atención a 11.8 millones de personas³ en comunidades rurales de 19 estados, así como en zonas urbano-marginadas de 26 entidades de la República Mexicana.

³Fuente: Padrón de Beneficiarios del Programa IMSS-Oportunidades. Corte al trimestre abril-junio de 2012.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Para proporcionar estos servicios, el Programa cuenta con la siguiente infraestructura:

79	Hospitales Rurales
3,587	Unidades Médicas Rurales
222	Brigadas de Salud
270	Unidades Médicas Urbanas

Fuente: División de Información IMSS-Oportunidades.

Cabe mencionar que IMSS-Oportunidades también otorga el componente salud a las familias beneficiarias del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (PDHO), para lo cual establece los acuerdos y mecanismos de regionalización pertinentes con la Coordinación Nacional del PDHO y la Secretaría de Salud, tanto a nivel federal como estatal.

La atención médica ambulatoria preventiva y curativa se otorga en el primer y segundo nivel de atención (a través de los consultorios de medicina familiar en los HR y en las UMR); y en el segundo nivel, a través de los consultorios de especialidades básicas y servicios complementarios de los HR.

La atención hospitalaria se proporciona mediante las especialidades básicas, servicios auxiliares de diagnóstico y urgencias existentes en los HR.

Adicionalmente, el Programa proporciona servicios de promoción y prevención, tendientes a disminuir o eliminar riesgos y daños a la salud.

Por su parte, la vertiente de acción comunitaria para la salud incorpora actividades de comunicación y educación para la salud, promoción de prácticas saludables, orientación y vinculación con parteras voluntarias (para la atención del embarazo, parto y puerperio), atención social en albergues comunitarios, generación de entornos favorables para la salud y saneamiento básico.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Para una descripción detallada de los servicios y actividades que incorporan ambas vertientes se pueden consultar los numerales [8.1 Otorgamiento de los servicios de salud](#) (Anexo I.2) y [8.2 Acción comunitaria para la salud](#) (Anexo I.3), de las reglas de operación vigentes del Programa IMSS-Oportunidades [\[ver Reglas de Operación del Programa IMSS-Oportunidades para el ejercicio fiscal 2012. Diario Oficial de la Federación, 29 de diciembre de 2011\]](#) (Anexo I.4).

I.6 Unidades administrativas participantes

De acuerdo con el marco normativo institucional vigente:

La Dirección de Prestaciones Médicas (DPM) tiene la función de planear y coordinar la administración y operación del Programa IMSS-Oportunidades⁴.

La Unidad del Programa IMSS-Oportunidades, dependiente de la DPM, administra el Programa en los diferentes niveles de conducción y operación y está integrada por la oficina del despacho del titular y las siguientes áreas:

Coordinación de Atención Integral a la Salud.

Coordinación de Acción Comunitaria para la Salud.

División de Información IMSS-Oportunidades.

División de Seguimiento, Evaluación y Control del Presupuesto⁵.

Las delegaciones del IMSS son responsables de la administración del Programa en el ámbito estatal (entidades donde el Programa tiene presencia)⁶.

⁴ Fuente: Manual de Organización de la Dirección de Prestaciones Médicas. Diciembre 11, 2009. Folio 049.

⁵ Fuente: Reglas de Operación del Programa IMSS-Oportunidades para el ejercicio fiscal 2012, publicadas en el *Diario Oficial de la Federación (DOF)* el 29 de diciembre de 2011.

⁶ Fuente: *ídem*.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

La Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas (dependiente de cada delegación) es responsable de supervisar, vigilar y coordinar la operación del Programa en el ámbito delegacional, así como dar seguimiento a los compromisos de evaluación-asesoría de la Unidad del Programa IMSS-Oportunidades y de otras instancias, con el apoyo del Equipo de Gestión, Asesoría y Seguimiento y/o los Equipos Multidisciplinarios de Supervisión⁷.

A partir del número de HR y UMR existentes en cada delegación, se determina la estructura de IMSS-Oportunidades a través de un Equipo de Gestión Asesoría y Seguimiento y varios Equipos Multidisciplinarios de Supervisión dependientes de aquél, o bien, con sólo uno o dos Equipos Multidisciplinarios de Supervisión. En todo caso, ambos dependen de la Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas de la Delegación⁸.

Cada una de las regiones a cargo de un Equipo Multidisciplinario de Supervisión está constituida por uno o más HR, una o más zonas de supervisión de UMR y UMU y, en algunos casos, por BS, los cuales, a su vez, conforman una o más zonas de servicios médicos⁹.

La intervención de las figuras participantes antes descrita se refleja en el *Diagrama I.1 Unidades administrativas participantes en la conducción del Programa IMSS-Oportunidades*.

⁷ Fuente: *ídem*.

⁸ Fuente: *ídem*.

⁹ Fuente: *ídem*.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Diagrama I.1 Unidades administrativas participantes en la conducción del Programa IMSS-Oportunidades





INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

I.7 Firmas



Lic. Daniel Karam Toumeh

Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social



Dr. Santiago Echevarría Zuno

Director de Prestaciones Médicas



Lic. Fernando Gutiérrez Domínguez

Director Jurídico y Enlace del Instituto Mexicano del Seguro Social ante la Secretaría de la Función Pública para la elaboración e integración de Libros Blancos



Lic. Israel Raymundo Gallardo Sevilla

Titular de la Unidad del Programa IMSS-Oportunidades



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Capítulo II
FUNDAMENTO LEGAL Y OBJETIVO DEL LIBRO
BLANCO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

II.1 Fundamento legal

El sistema jurídico mexicano contiene diversos ordenamientos legales en materia de transparencia y rendición de cuentas que sustentan la elaboración e integración del presente Libro Blanco.

El primer párrafo del artículo 134 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece: “Los recursos económicos de que dispongan la Federación, los estados, los municipios, el Distrito Federal y los órganos político-administrativos de sus demarcaciones territoriales, se administrarán con eficiencia, eficacia, economía, transparencia y honradez para satisfacer los objetivos a los que estén destinados”.

La estrategia relativa a elevar la eficacia y eficiencia gubernamental del Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 obliga al gobierno a rendir cuentas y dar a conocer sus acciones a los mexicanos, lo que propicia una sana interrelación entre la ciudadanía y las instituciones del Estado.

La instrumentación de las estrategias para consolidar la política de la presente administración en materia de transparencia y rendición de cuentas se encuentra en el Programa Nacional de Rendición de Cuentas, Transparencia y Combate a la Corrupción 2008-2012, el cual tiene como finalidad contribuir al desarrollo de una cultura apegada a la legalidad, la ética y la responsabilidad por parte de los servidores públicos.

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 37 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal y de su Reglamento Interior, la Secretaría de la Función Pública (SFP) es la facultada para formular y conducir la política general de la administración pública federal, así como establecer acciones encaminadas a la transparencia de la gestión pública, la rendición de cuentas y el acceso a la información



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

por parte de los particulares. Por consiguiente, tiene como atribución la aplicación de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos.

El Ejecutivo Federal en el ejercicio de la facultad que le confiere el artículo 89, fracción I, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, expidió el Acuerdo para la Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006-2012, publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 19 de diciembre de 2011, ordenamiento que establece, en su artículo sexto: “Cuando las dependencias o entidades de la Administración Pública Federal consideren necesario resaltar las acciones de algún programa o proyecto de gobierno, se procederá a la elaboración de un Libro Blanco o de una Memoria Documental al respecto, conforme a los lineamientos emitidos por la Secretaría de la Función Pública”.

El presente Libro Blanco forma parte de los anexos del Informe de Rendición de Cuentas del Instituto Mexicano del Seguro Social 2006-2012, en cumplimiento a lo establecido en el numeral 15 de los Lineamientos para la Formulación del Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006-2012, publicados en el *Diario Oficial de la Federación* el 18 de enero de 2012.

En concordancia con lo expuesto, los Lineamientos para la Elaboración e Integración de Libros Blancos y de Memorias Documentales, publicados en el *Diario Oficial de la Federación* el 10 de octubre de 2011, constituyen el documento normativo de observancia obligatoria para las instituciones públicas que pretendan dejar constancia de las acciones y resultados obtenidos de programas, proyectos o asuntos relevantes y trascendentales de la administración pública federal, a través del denominado Libro Blanco, como es el caso del Programa IMSS-Oportunidades.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

En este sentido, es necesario destacar que la relevancia de IMSS-Oportunidades está enmarcada en las fracciones I, II y III del numeral tercero de los citados lineamientos, toda vez que se considera que el Programa:

- Es de alto impacto social y contiene aspectos de gestión operativa en beneficio de la sociedad.
- Es relevante para el logro de metas prioritarias en materia de salud, conforme a los objetivos y estrategias del Plan Nacional de Desarrollo (PND).
- Otorga subsidios que impactan en la salud de las personas en situación de pobreza y sin capacidad contributiva.

II.2 Objetivo del Libro Blanco

Dar a conocer las principales líneas y estrategias de acción mediante las cuales el Programa IMSS-Oportunidades contribuyó a cumplir con la obligación del Estado mexicano de garantizar el derecho a la protección de la salud de los mexicanos ofreciendo, durante el lapso 2007-2012, servicios de salud oportunos y con calidad destinados a combatir los principales riesgos y padecimientos que afectan a su población beneficiaria, ubicada predominantemente en zonas rurales y marginadas del país. Ello, mediante la exposición de la documentación que ampara el ejercicio del gasto, así como los resultados y beneficios alcanzados por IMSS-Oportunidades a través de dichas acciones.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Capítulo III
ANTECEDENTES



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

El origen del Programa IMSS-Oportunidades se remonta a 1973, cuando se reformó la Ley del Seguro Social y se facultó al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) para extender su acción a núcleos de población no asalariada, sin capacidad contributiva, en pobreza extrema y marginación.

En consecuencia, en 1974 el IMSS implementó el Programa Nacional de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria.

En 1977 el ejecutivo federal creó la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados de la Presidencia de la República (Coplamar), como parte de una política para abatir la marginación. De esta forma, en 1979 el gobierno federal recurrió a la experiencia en salud adquirida por el IMSS y suscribió con el Instituto el Convenio para el establecimiento de servicios de solidaridad social en las áreas marginadas del país, lo que dio origen al Programa IMSS-Coplamar, cuyo propósito era extender los servicios de salud a población abierta en las zonas rurales de alta marginación.

El 20 de abril de 1983, por decreto presidencial publicado en el *Diario Oficial de la Federación (DOF)*, desapareció Coplamar y se estableció que el Programa IMSS-Coplamar fuera administrado en su totalidad por el IMSS.

El 8 de marzo de 1984 se emitió el Decreto por el que se descentralizaron los servicios de salud a los gobiernos de los estados, incluyendo los proporcionados por IMSS-Coplamar. Dicha descentralización sucedió gradualmente, entre 1985 y 1987. Se transfirieron 911 unidades médicas rurales (UMR) y 23 hospitales rurales (HR) a los gobiernos de 14 entidades de la República. De tal forma que la presencia del Programa IMSS-Coplamar, en ese entonces, se redujo a 17 estados.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

A partir de 1989, la infraestructura del Programa IMSS-Coplamar fue ampliada en los estados donde permaneció vigente y su denominación cambió por la de IMSS-Solidaridad.

En 1997 fue creada la Coordinación Nacional del Programa de Educación, Salud y Alimentación (Progresa) con la finalidad de promover acciones intersectoriales para la educación, salud y alimentación de las familias en situación de pobreza extrema.

El 6 de marzo de 2002, de acuerdo con la política social integral del gobierno federal de involucrar la participación de los tres órdenes de gobierno, de la comunidad, las familias, entre otros, en un esfuerzo compartido para generar igualdad de oportunidades para los grupos más pobres y vulnerables, se renombró al Progresa como Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (PDHO). En este contexto, el 10 de julio de 2002 el H. Consejo Técnico del IMSS, mediante acuerdo 365/2002, aprobó que el Programa IMSS-Solidaridad se denominara IMSS-Oportunidades debido a que otorga el componente salud a los beneficiarios del PDHO.

El 15 de mayo de 2003 se publicó en el *DOF* el Decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud, cuyo artículo décimo sexto transitorio estableció, entre otras disposiciones, que los bienes muebles e inmuebles con que cuenta el Programa IMSS-Oportunidades, más aquellos que en lo sucesivo adquiera, quedarán incorporados al patrimonio del IMSS, conforme a la legislación aplicable [Ver Artículo décimo sexto transitorio del decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud. Diario Oficial de la Federación, 15 de mayo de 2003\]](#) (Anexo III.1).

A partir de 2005 el Programa IMSS-Oportunidades otorga el componente salud a familias beneficiarias del PDHO de la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) que habitan en áreas urbano-marginadas.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Cabe mencionar que en el bienio 2009-2010, el Programa IMSS-Oportunidades construyó nueva infraestructura médica en los estados de México y Guerrero, entidades en las que había dejado de operar en el ámbito rural, debido a la descentralización de los servicios de salud que tuvo lugar en la década de 1980.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Capítulo IV
MARCO NORMATIVO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

El derecho a la protección de la salud es una garantía individual de los mexicanos y una obligación del Estado la provisión de servicios oportunos y de calidad en favor de la población, lo que contribuye al desarrollo del país.

Las acciones emprendidas por el Programa IMSS-Oportunidades durante esta administración y que se detallan en el presente Libro Blanco fueron ejecutadas en estricto apego al marco jurídico legal, reglamentario, normativo sectorial e institucional.

IV.1 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

El artículo 4º, párrafo cuarto, establece: “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución”.

De igual manera, los párrafos tercero y cuarto del artículo 134, del antes citado ordenamiento constitucional, establecen: “Las adquisiciones, arrendamientos y enajenaciones de todo tipo de bienes, prestación de servicios de cualquier naturaleza y la contratación de obra que realicen, se adjudicarán o llevarán a cabo a través de licitaciones públicas mediante convocatoria pública para que libremente se presenten proposiciones solventes en sobre cerrado, que será abierto públicamente, a fin de asegurar al Estado las mejores condiciones disponibles en cuanto a precio, calidad, financiamiento, oportunidad y demás circunstancias pertinentes”.

“Cuando las licitaciones a que hace referencia el párrafo anterior no sean idóneas para asegurar dichas condiciones, las leyes establecerán las bases, procedimientos, reglas, requisitos y demás elementos para acreditar la economía, eficacia, eficiencia, imparcialidad y honradez que aseguren las mejores condiciones para el Estado.”



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

IV.2 Ley del Seguro Social

Las bases jurídicas de la solidaridad social en beneficio de la población no asalariada y en condiciones de pobreza dieron inicio al quedar constituidas en la Ley del Seguro Social de 1973.

El capítulo VII, sección cuarta, que se integra por los artículos 214 a 217 de la Ley del Seguro Social vigente, establece lo relativo a las prestaciones o servicios de solidaridad social que comprenden acciones de salud comunitaria, asistencia médica, farmacéutica y hospitalaria, como se describe a continuación:

Artículo 214. *Las prestaciones o servicios de solidaridad social comprenden acciones de salud comunitaria, asistencia médica, farmacéutica e incluso hospitalaria, en la forma y términos establecidos en los artículos 215 al 217 de esta Ley.*

Artículo 215. *El Instituto organizará, establecerá y operará unidades médicas destinadas a los servicios de solidaridad social, los que serán proporcionados exclusivamente en favor de los núcleos de población que por el propio estadio de desarrollo del país, constituyan polos de profunda marginación rural, suburbana y urbana, y que el Poder Ejecutivo Federal determine como sujetos de solidaridad social. Queda facultado el Instituto para dictar las bases e instructivos a que se sujetarán estos servicios, pero, en todo caso, se coordinará con la Secretaría de Salud y demás instituciones de salud y seguridad social.*

Artículo 216. *El Instituto proporcionará el apoyo necesario a los servicios de solidaridad social que esta Ley le atribuye, sin perjuicio del eficaz otorgamiento de las prestaciones a que tienen derecho los trabajadores y demás beneficiarios del régimen obligatorio.*



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Artículo 216 A. *El Instituto deberá atender a la población no derechohabiente en los casos siguientes:*

- I. En situaciones de emergencia nacional, regional o local o, en caso de siniestros o desastres naturales;*
 - II. Tratándose de campañas de vacunación, atención o promoción a la salud, y*
 - III. En apoyo a programas de combate a la marginación y la pobreza, cuando así lo requiera el Ejecutivo Federal.*
- ...

En todos los casos el Instituto llevará a cabo la contabilización específica y por separado de la contabilidad general.

Artículo 217. *Las prestaciones de solidaridad social serán financiadas por la Federación y por los propios beneficiados.*

Los beneficiados por estos servicios contribuirán con aportaciones en efectivo o con la realización de trabajos personales de beneficio para las comunidades en que habiten y que propicien que alcancen el nivel de desarrollo económico necesario para llegar a ser sujetos de aseguramiento en los términos de esta Ley.

En concordancia con lo anterior, la solidaridad social en el campo es considerada por la propia Ley del Seguro Social en su artículo 238, que a la letra señala: "Los indígenas, campesinos temporaleros de zonas de alta marginalidad y todas aquellas familias campesinas, cuya condición económica se ubique en pobreza extrema, tendrán acceso a las prestaciones de solidaridad social, bajo la forma y términos que establecen los artículos 214 a 217 de esta Ley".



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

IV.3 Ley General de Salud

Las acciones implementadas por el Programa IMSS-Oportunidades plasmadas en este Libro Blanco son materia de salubridad general y encuentran sustento en diversas fracciones del artículo 3, junto con las diversas disposiciones aplicables de esta Ley que es la reglamentaria del artículo 4º Constitucional sobre el derecho a la protección de la salud.

Asimismo, las actividades del Programa están enmarcadas en el artículo décimo sexto transitorio del decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud, publicado en el *Diario Oficial de la Federación (DOF)* el 15 de mayo de 2003, que a la letra indica:

“El Programa IMSS-Oportunidades continuará proporcionando servicios de salud a la población no asegurada, con el mismo modelo de atención con el que opera en la actualidad, para lo cual deberá contar con los recursos presupuestales suficientes, provenientes del Presupuesto de Egresos de la Federación, mismos que se canalizarán directamente a través del Instituto Mexicano del Seguro Social. Las familias actualmente atendidas por el Programa IMSS-Oportunidades podrán incorporarse al Sistema de Protección Social en Salud. En este caso deberá cubrirse al Programa, a través del Instituto Mexicano del Seguro Social, por cada familia que decida su incorporación a dicho Sistema, la cuota social y la aportación solidaria a cargo del Gobierno Federal; la aportación solidaria a cargo de los estados y la cuota familiar en los términos de la presente Ley. En cualquier caso, el Programa IMSS-Oportunidades seguirá siendo administrado por el Instituto Mexicano del Seguro Social, y los bienes muebles e inmuebles con que cuenta, más aquellos que en lo sucesivo adquiera, quedan incorporados al patrimonio del Instituto Mexicano del Seguro Social, conforme a la legislación aplicable”.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

IV.4 Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria

La administración de los recursos para la ejecución de las acciones materia del presente Libro Blanco, se ejercieron con base en los criterios de legalidad, honestidad, eficiencia, eficacia, economía, racionalidad, austeridad, transparencia, control, rendición de cuentas y equidad de género; en especial por tratarse de un programa que opera mediante la ministración de un subsidio federal en términos de lo dispuesto en los [artículos 74, 75](#) (Anexo IV.1) y demás relativos y aplicables de esta Ley.

IV.5 Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público

Las adquisiciones y prestación de servicios para el Programa IMSS-Oportunidades durante el periodo 2007-2012, se realizaron observando estrictamente su contenido reglamentario y concordante con el artículo 134 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, lo que garantiza las mejores condiciones para el Estado.

IV.6 Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas

El Programa de Obras de IMSS-Oportunidades se desarrolló en apego a las formas y procedimientos establecidos por la Ley, buscando en todo momento asegurar las mejores condiciones para el Instituto en cuanto a precio, calidad, financiamiento, oportunidad y demás circunstancias pertinentes.

IV.7 Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación

En el lapso 2006-2012, la ejecución de Programa IMSS-Oportunidades y el ejercicio de los recursos autorizados (aplicados a las acciones que se reportan en el presente Libro Blanco), se desarrollaron en estricto apego a lo dispuesto en el Presupuesto de Egresos



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

de la Federación (PEF) aprobado para cada ejercicio fiscal [ver Decretos del Presupuesto de Egresos de la Federación 2006-2012, publicados en el Diario Oficial de la Federación](#) (Anexo IV.2).

IV.8 Decreto por el que se crea el Sistema Integral de Información de Padrones de Programas Gubernamentales

La integración del padrón de beneficiarios del Programa IMSS-Oportunidades en la administración 2006-2012 permitió cuantificar la población atendida e incorporar sus registros al Sistema Integral de Información de Padrones de Programas Gubernamentales (SIIPP-G). Ello, en cumplimiento a lo dispuesto en el [Artículo 177 del Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria](#) (Anexo IV.3), en el *Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación* de cada año, en el [Decreto por el que se crea el Sistema Integral de Información de Padrones de Programas Gubernamentales](#) [(Anexo IV.4) publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 12 de enero de 2006] y en el [Acuerdo por el que se da a conocer el Manual de Operación del Sistema Integral de Información de Padrones de Programas Gubernamentales](#) [(Anexo IV.5) publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 29 de junio de 2011].

IV.9 Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social

Al interior del IMSS, la Dirección de Prestaciones Médicas (DPM), en términos de sus facultades establecidas en el artículo 82, fracción XII, de este ordenamiento, es la responsable de “planear y coordinar la administración y operación del Programa IMSS-Oportunidades, cuyos recursos se ejercerán de conformidad con lo establecido en la Ley del Seguro Social, Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria y demás disposiciones legales aplicables, así como aquellas reglamentarias y administrativas que de ellas deriven, y analizar sus resultados”.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

IV.10 Reglas de Operación del Programa IMSS-Oportunidades (Anexo IV.6)

La Unidad del Programa IMSS-Oportunidades, en apego a las facultades descritas en el numeral 7.1 “Instancia Normativa” de sus reglas de operación, establece las estrategias, políticas y normas generales para su operación.

Las reglas de operación del Programa se publican en el *DOF* con el objeto de asegurar la aplicación eficiente, eficaz, equitativa y transparente de los recursos que le son asignados para lograr sus objetivos. Lo anterior, en cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 77 de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria y en concordancia con el Presupuesto de Egresos de la Federación.

Cabe mencionar que dichas reglas sustentan las acciones específicas que forman parte del presente Libro Blanco.

IV.11 Acuerdos del H. Consejo Técnico del IMSS

El H. Consejo Técnico es el órgano de gobierno, representante legal y el administrador del IMSS, que ha instruido mediante acuerdos a la Unidad del Programa IMSS-Oportunidades para la ejecución de diversas acciones en favor de la población beneficiaria; entre dichos acuerdos, destacan:

Nomenclatura o número	Fecha	Descripción
<u>365/2002</u> (Anexo IV.7)	10/07/2002	Se aprueba el cambio de nombre actual del Programa IMSS-Solidaridad por el de IMSS-Oportunidades.
<u>459/2005</u> (Anexo IV.8)	26/10/2005	Propuesta de modificación a la estructura organizacional del IMSS. Transferencia de las atribuciones de la Coordinación General del Programa IMSS-Oportunidades a la Dirección de Prestaciones Médicas.
<u>126/2006</u> (Anexo IV.9)	29/03/2006	Otorgamiento de atención médica en hospitales de segundo y tercer nivel a las mujeres embarazadas beneficiarias del Programa IMSS-Oportunidades.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Nomenclatura o número	Fecha	Descripción
<u>ACDO.SA2.HCT.210710/188.P.DAED</u> (Anexo IV.10)	21/07/2010	Creación de la categoría de citotecnólogo en IMSS-Oportunidades.
<u>ACDO.SA3.HCT.230211/58.P.DPM</u> (Anexo IV.11)	23/02/2011	Se autoriza el incremento de compensación a parteras voluntarias rurales (IMSS-Oportunidades).
<u>SCAT2.HCT.301111/134.P.DPM</u> (Anexo IV.12)	30/11/2011	Informe final del levantamiento del Padrón de Beneficiarios Único del Programa IMSS-Oportunidades correspondiente al año 2011.

Fuente: Sistema Integral de Control de Acuerdos de la Secretaría General del IMSS; División de Información IMSS-Oportunidades.

Por otra parte, y de conformidad con las reglas de operación del Programa para el ejercicio fiscal 2012, el H. Consejo Técnico del Instituto es el responsable de autorizar la distribución total de los recursos con los que contará el Programa, así como las modificaciones que se realicen durante el ejercicio fiscal. En este contexto, durante el lapso enero 2007 a junio 2012 se emitieron los siguientes acuerdos:

Nomenclatura o número	Fecha	Descripción
ACDO.HCT.311007/404.P.DF	31/10/2007	Aprobación de las adecuaciones del presupuesto del Programa IMSS-Oportunidades.
ACDO.HCT.111207/485.P.DF	11/12/2007	Aprobación de las adecuaciones de la Propuesta de Adecuación al Presupuesto 2007, del Programa IMSS-Oportunidades.
ACDO.AS3.HCT.260308/66.P.DF	26/03/2008	Se aprueba el Presupuesto 2008 del Programa IMSS-Oportunidades, así como la distribución por capítulo de gasto y se aprueba el Programa de Inversión Física 2008 del Programa IMSS-Oportunidades.
ACDO.AS3.HCT.300708/163.P.DF	30/07/2008	Se aprueba la Propuesta de Adecuación al Presupuesto 2008 del Programa IMSS-Oportunidades.
ACDO.AS3.HCT.260808/192.P.DF	26/08/2008	Se aprueba la Propuesta de Adecuación al Presupuesto 2008 del Programa IMSS-Oportunidades.
ACDO.AS3.HCT.291008/252.P.DF	29/10/2008	Reordenamiento de presupuesto del capítulo de servicios de personal de conservación, del Programa IMSS-Oportunidades.
ACDO.AS3.HCT.101208/293.P.DF	10/12/2008	Se aprueba la adecuación al presupuesto 2008 del Programa IMSS-Oportunidades.
ACDO.AS3.HCT.280109/3.P.DF	28/01/2009	Presupuesto 2009 del Programa IMSS-Oportunidades y aprobación de su Programa de Inversión Física 2009.
ACDO.AS3.HCT.250609/134.P.DF	25/06/2009	Se aprueba la propuesta de adecuación al Presupuesto 2009 del Programa IMSS-Oportunidades.
ACDO.AS3.HCT.290709/146.P.DF	29/07/2009	Se aprueba adecuación al presupuesto 2009 del Programa IMSS-Oportunidades.
ACDO.AS3.HCT.281009/219.P.DF	28/10/2009	Se aprueba adecuación al Presupuesto 2009 del Programa IMSS-Oportunidades.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Nomenclatura o número	Fecha	Descripción
ACDO.AS3.HCT.270110/6.P.DF	27/01/2010	Aprobación del Presupuesto 2010 del Programa IMSS-Oportunidades.
ACDO.AS3.HCT.260510/100.R.DF	26/05/2010	Autorización de las adecuaciones al Presupuesto 2010 del Programa IMSS-Oportunidades.
ACDO.AS3.HCT.250810/220.P.DF	25/08/2010	Ampliación al Presupuesto 2010 del Programa IMSS-Oportunidades.
ACDO.AS3.HCT.290910/269.P.DF	29/09/2010	Se toma nota de las adecuaciones al Presupuesto 2010 del Programa IMSS-Oportunidades.
ACDO.AS3.HCT.241110/338.P.DF	24/11/2010	Se aprueba la Propuesta de Adecuación al Presupuesto 2010 del Programa IMSS-Oportunidades.
ACDO.AS3.HCT.260111/5.P.DF	26/01/2011	Se aprueba el Cierre del ejercicio fiscal 2010 y Presupuesto 2011 del Programa IMSS-Oportunidades.
ACDO.AS3.HCT.300311/67.P.DF	30/03/2011	Distribución del Presupuesto 2011, por capítulo de gasto, del Programa IMSS-Oportunidades.
ACDO.SA3.HCT.301111/306.P.DF	30/11/2011	Se autoriza el Presupuesto 2012 del Programa IMSS-Oportunidades.
ACDO.IN3.HCT.290212/32.P.U.I.O.	29/02/2012	Se aprueba la propuesta de distribución del Presupuesto 2012, por capítulo de gasto, del Programa IMSS-Oportunidades.

Fuente: Sistema Integral de Control de Acuerdos de la Secretaría General del IMSS; División de Información IMSS-Oportunidades.

IV.12 Normas Oficiales Mexicanas (NOM)

Las acciones específicas emprendidas por el Programa IMSS-Oportunidades contenidas en el presente Libro Blanco, además de estar apegadas a las disposiciones antes aludidas en este capítulo, también observan las disposiciones de la Secretaría de Salud, a través de la publicación de diversas normas oficiales mexicanas en la materia que sean aplicables a las acciones.

IV.13 Marco normativo del Programa IMSS-Oportunidades

- Procedimiento para otorgar atención estomatológica en Unidad Médica Rural.
- Procedimiento de operación para el personal de dietología y nutrición en los hospitales rurales del Programa IMSS-Oportunidades.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

- Procedimiento para la intervención de la trabajadora social en los hospitales rurales del Programa IMSS-Oportunidades.
- Procedimiento de enfermería en hospitalización de adultos para hospitales rurales del Programa IMSS-Oportunidades.
- Procedimiento de enfermería en el servicio central de equipos y esterilización para hospitales rurales del Programa IMSS-Oportunidades.
- Procedimiento para otorgar atención estomatológica en hospital rural.
- Procedimiento de conservación para unidades médicas rurales del Programa IMSS-Oportunidades.
- Procedimiento para la participación con los grupos de voluntarios del Programa IMSS-Oportunidades.
- Procedimiento para la entrega de apoyos económicos a voluntarios de salud y parteras voluntarias rurales del Programa IMSS-Oportunidades.

IV.14 Otras disposiciones administrativas de carácter normativo

- Lineamientos generales para la evaluación de los programas federales de la administración pública federal, publicados en el *Diario Oficial de la Federación* el 30 de marzo de 2007.
- Lineamientos para la vinculación de la matriz de indicadores para resultados y las reglas de operación de los programas correspondientes, emitidos con oficio de fecha 24 de octubre de 2008, por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social y la Unidad de Política y Control Presupuestario de la Subsecretaría de Egresos de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Capítulo V
VINCULACIÓN DEL PROGRAMA CON EL
PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2007-
2012 Y PROGRAMAS SECTORIALES



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

IMSS-Oportunidades se encuentra inmerso en el [Plan Nacional de Desarrollo \[PND\]](#), (Anexo V.1) 2007-2012 y contribuye principalmente al eje 3 “Igualdad de Oportunidades”, en particular al rubro [3.2 Salud](#) (Anexo V.2), debido a que la protección de la salud es indispensable para que las personas en situación vulnerable puedan desarrollar su potencial y mejorar su calidad de vida.

Asimismo, se inscribe dentro de los objetivos y estrategias del [Programa Nacional de Salud \[PRONASA 2007-2012 \(Anexo V.3\)\]](#), del [Programa Sectorial de Salud \[PROESA \(Anexo V.4\)\]](#) del mismo periodo, y de los [Objetivos de Desarrollo del Milenio \(Anexo V.5\)](#), signados por México en 2000 durante la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas.

Las prioridades en salud y líneas estratégicas implementadas en el lapso 2007-2012, documentadas en el presente Libro Blanco, se encuentran inmersas en el *PND*, en el PRONASA, el PROESA, así como en el [Programa Estratégico del Instituto Mexicano del Seguro Social \(PEIMSS\) 2009-2012](#) (Anexo V.6).

Por otra parte, en el marco de una política social integral, el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (PDHO), a cargo de la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), promueve acciones intersectoriales para la educación, la salud y la alimentación de las familias que viven en condiciones de pobreza extrema.

En este contexto, y de acuerdo con las reglas de operación para el ejercicio fiscal 2012, los Servicios Estatales de Salud en cada entidad federativa y el Programa IMSS-Oportunidades fungen como instancias responsables de otorgar el componente salud del PDHO. Lo anterior, mediante el otorgamiento de las acciones del Paquete Básico Garantizado de Salud¹⁰ (PBGs):

¹⁰ Las acciones del PBGS son otorgadas a las familias beneficiarias del PDHO en los ámbitos urbano y rural del Programa. Adicionalmente en este último, IMSS-Oportunidades brinda servicios médicos con base en su Modelo de Atención Integral a la Salud.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Saneamiento básico a nivel familiar y comunitario.
Planificación familiar.
Atención prenatal, del parto y puerperio y del recién nacido.
Vigilancia de la nutrición y el crecimiento infantil.
Inmunizaciones.
Manejo de casos de diarrea en el hogar.
Tratamiento antiparasitario a las familias.
Manejo de infecciones respiratorias agudas.
Prevención y control de la tuberculosis pulmonar.
Prevención y control de la hipertensión arterial y la diabetes mellitus.
Prevención de accidentes y manejo inicial de lesiones.
Capacitación comunitaria para el autocuidado de la salud.
Prevención y detección del cáncer cérvico uterino.

Prioridad en salud: Reducción de la mortalidad materna

La muerte por causas atribuibles a un embarazo constituye un problema de salud pública que afecta principalmente a las mujeres que viven en condiciones de marginación y pobreza, y cuya disminución urgente ha sido plasmada como una meta impostergable en la Cumbre del Milenio auspiciada por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en el año 2000.

Vinculación

PND 2007-2012

Eje 3. Igualdad de oportunidades

3.2 Salud

Objetivo 6

Reducir las desigualdades en los servicios de salud mediante intervenciones



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Prioridad en salud: Reducción de la mortalidad materna

focalizadas en comunidades marginadas y grupos vulnerables.

Estrategia 6.1 Promover la salud reproductiva y la salud materna y perinatal, así como la prevención contra enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias agudas, y otras enfermedades asociadas al rezago social que persiste en la sociedad.

PRONASA y PROESA 2007-2012

Objetivo 2: Reducir las brechas o desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas.

Reducir las desigualdades en salud que existen entre los distintos grupos de una población.

Objetivos de Desarrollo del Milenio

Objetivo 5: Mejorar la salud materna.

Meta 5A: Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes.

5.1 Tasa de mortalidad materna.

5.2 Porcentaje de partos con asistencia de personal sanitario especializado.

Meta 5B: Lograr, para 2015, el acceso universal a la salud reproductiva.

5.3 Tasa de uso de anticonceptivos.

5.4 Tasa de natalidad entre las adolescentes.

5.5 Cobertura de atención prenatal (al menos una visita y al menos cuatro visitas).

5.6 Necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Prioridad en salud: Reducción de la mortalidad materna

PEIMSS 2009-2012

Eje rector I: Mejorar la capacidad de gestión y operación del Instituto.

Frente de trabajo: Mejorar la calidad de los servicios.

Prioridad en salud: Prevención y atención oportuna del cáncer cérvico uterino

El cáncer cérvico uterino (CaCu) representa uno de los principales problemas de salud pública en México; particularmente en las áreas rurales, donde el riesgo de morir por esta enfermedad es tres veces mayor al de las mujeres que habitan en zonas urbanas.

Por ello, IMSS-Oportunidades tiene la prioridad de consolidar las acciones de prevención, detección, diagnóstico y tratamiento del cáncer cérvico uterino en las comunidades altamente dispersas donde tiene presencia.

Vinculación

PND 2007-2012

Eje 3. Igualdad de oportunidades

3.2 Salud

Objetivo 6: Reducir las desigualdades en los servicios de salud mediante intervenciones focalizadas en comunidades marginadas y grupos vulnerables.

PRONASA y PROSESA 2007-2012

Objetivo 1: Mejorar las condiciones de salud de la población.

Meta 1.6: Disminuir 27 por ciento la tasa de mortalidad por cáncer cérvico uterino por 100,000 mujeres de 25 años y más.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Prioridad en salud: Prevención y atención oportuna del cáncer cérvico uterino

Estrategia 2: Fortalecer e integrar las acciones de promoción de la salud, y prevención y control de enfermedades.

Línea de acción 2.13. Promover la prevención, detección y atención temprana del cáncer cérvico uterino y de mama.

Prioridad en salud: Salud integral del adolescente (CARA)

Los adolescentes constituyen un grupo de gran importancia por su magnitud, vulnerabilidad y trascendencia. Por ello, desde 2007 IMSS-Oportunidades ha reorientado y fortalecido la atención otorgada a este grupo de edad, en los Centros de Atención Rural al Adolescente (CARA).

Vinculación

PND 2007-2012

Eje 3. Igualdad de oportunidades

3.2 Salud

Objetivo 4: Mejorar las condiciones de salud de la población.

Estrategia 4.2: Promover la participación activa de la sociedad organizada (...) en el mejoramiento de la salud de los mexicanos.

Objetivo 6: Reducir las desigualdades en los servicios de salud mediante intervenciones focalizadas en comunidades marginadas y grupos vulnerables.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Prioridad en salud: Salud integral del adolescente (CARA)

PRONASA y PROSESA 2007-2012

Objetivo 1: Mejorar las condiciones de salud de la población.

Estrategia 2: Fortalecer e integrar las acciones de promoción de la salud, prevención y control de enfermedades.

Línea de Acción 2.7: Promover la salud sexual y reproductiva responsable.

Línea de Acción 2.11: Fortalecer las políticas de atención contra las adicciones causadas por el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales y médicas no prescritas.

Línea de Acción 2.15: Reducir la prevalencia de daños a la salud causados por violencia.

Prioridad en salud: Vacunación

La inmunización es el método de salud pública más efectivo y económico para prevenir enfermedades. Además de que permite controlar y erradicar padecimientos, brinda la posibilidad de emplear en otras acciones de salud los recursos que tendrían que ser destinados para restablecer el bienestar físico de las personas.

De ahí que la vacunación haya sido una de las prioridades con mayor trascendencia en la administración 2007-2012 del Programa IMSS-Oportunidades.

Vinculación

PND 2007-2012

Eje 3. Igualdad de oportunidades



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Prioridad en salud: Vacunación

3.2 Salud

Objetivo 5: Brindar servicios de salud eficientes, con calidad, calidez y seguridad para el paciente.

Estrategia 5.3 Asegurar recursos humanos, equipamiento, infraestructura y tecnologías de la salud suficientes, oportunas y acordes con las necesidades de salud de la población.

PRONASA y PROSESA 2007-2012

Objetivo 2: Reducir las brechas o desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas.

Estrategia 2: Fortalecer e integrar las acciones de promoción de la salud, prevención y control de enfermedades.

Línea de Acción 2.4: Reducir la incidencia de enfermedades prevenibles por vacunación.

Prioridad en salud: Vigilancia epidemiológica y control de enfermedades

En la actualidad, el país atraviesa una transición epidemiológica en la cual se observa un incremento en los padecimientos reincidentes, asociados al mal saneamiento del medio, como el dengue; y nuevos, como la influenza humana, lo que hace necesario realizar acciones conjuntas, integrales y anticipatorias para su prevención y control.

Vinculación

PND 2007-2012



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Prioridad en salud: Vigilancia epidemiológica y control de enfermedades

Eje 3. Igualdad de oportunidades

3.2 Salud

Objetivo 4: Evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud.

Objetivo 5: Brindar servicios de salud eficientes, con calidad, calidez y seguridad para el paciente.

Estrategia 5.3: Asegurar recursos humanos, equipamiento, infraestructura y tecnologías de la salud suficientes, oportunas y acordes con las necesidades de salud de la población.

Objetivo 6: Reducir las desigualdades en los servicios de salud mediante intervenciones focalizadas en comunidades marginadas y grupos vulnerables.

Objetivo 8: Garantizar que la salud contribuya a la superación de la pobreza y al desarrollo humano en el país.

PRONASA y PROSESA 2007-2012

Objetivo: Reducir las brechas o desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas.

Estrategia 2: Fortalecer e integrar las acciones de promoción de la salud y prevención y control de enfermedades.

2.9 Prevenir y controlar la tuberculosis.

2.10 Establecer acciones para la prevención y atención del dengue, paludismo y rabia.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Prioridad en salud: Vigilancia epidemiológica y control de enfermedades

2.12 Impulsar una política integral para la prevención y control del sobrepeso, obesidad, Diabetes Mellitus y riesgo cardiovascular.

2.16 Atender los efectos de los desastres y las urgencias epidemiológicas.

Objetivos de Desarrollo del Milenio

Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.

Meta: Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves.

Prioridad en salud: Prevención y control de la diabetes mellitus

La transición epidemiológica que enfrenta el país también ha tenido efectos en la población rural e indígena, la cual refleja cambios radicales en las primeras causas de muerte. De esta manera, en los últimos 12 años ha disminuido el peso que tienen las enfermedades transmisibles en la mortalidad de la población del medio rural que atiende IMSS-Oportunidades.

Por ello, el Programa se suma a las estrategias para fortalecer e integrar las acciones de promoción de la salud, prevención y control de enfermedades.

Vinculación

PND 2007-2012

Eje 3. Igualdad de oportunidades



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Prioridad en salud: Prevención y control de la diabetes mellitus

3.2 Salud

Objetivo 4: Evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud.

Objetivo 5: Brindar servicios de salud eficientes, con calidad, calidez y seguridad para el paciente.

Estrategia 5.3: Asegurar recursos humanos, equipamiento, infraestructura y tecnologías de la salud suficientes, oportunas y acordes con las necesidades de salud de la población.

Objetivo 6: Reducir las desigualdades en los servicios de salud mediante intervenciones focalizadas en comunidades marginadas y grupos vulnerables.

Objetivo 8: Garantizar que la salud contribuya a la superación de la pobreza y al desarrollo humano en el país.

PRONASA y PROSESA 2007-2012

Objetivo 1: Mejorar las condiciones de salud de la población.

Meta 1.3: Reducir en 20 por ciento la velocidad de crecimiento de la mortalidad por diabetes mellitus con respecto a la tendencia observada entre 1995-2006

Estrategia 2: Fortalecer e integrar las acciones de promoción de la salud y prevención y control de enfermedades.

2.12 Impulsar una política integral para la prevención y control (...) de la diabetes mellitus.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Línea estratégica: Ampliación de infraestructura

El desarrollo de nueva infraestructura y el fortalecimiento de la existente en IMSS-Oportunidades constituyen una estrategia íntimamente ligada a las prioridades en salud y al otorgamiento de más y mejores servicios médicos.

Vinculación

PND 2007-2012

Eje 3. Igualdad de oportunidades

3.2 Salud

Objetivo 5: Brindar servicios de salud eficientes, con calidad, calidez y seguridad para el paciente.

Estrategia 5.3: Asegurar recursos humanos, equipamiento, infraestructura y tecnologías de la salud suficientes, oportunas y acordes con las necesidades de salud de la población.

PRONASA y PROESA 2007-2012

Estrategia 10: Apoyar la prestación de servicios de salud mediante el desarrollo de la infraestructura y el equipamiento necesarios.

Línea estratégica: Padrón de beneficiarios

El padrón de beneficiarios es una estrategia mediante la cual IMSS-Oportunidades construye un sistema electrónico y nominal de los beneficiarios de los servicios que otorga, lo que contribuye a la universalización de servicios de salud en México.

Vinculación

PND 2007-2012



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Línea estratégica: Padrón de beneficiarios

Eje 3. Igualdad de oportunidades

3.2 Salud

Objetivo 7: Evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud mediante el aseguramiento médico universal.

Estrategia 7.1: Consolidar un sistema integrado de salud para garantizar el acceso universal a servicios de alta calidad y proteger a todos los mexicanos de los gastos causados por la enfermedad.

PRONASA y PROESA 2007-2012

Estrategia 8. Promover la inversión en sistemas, tecnologías de la información y comunicaciones que mejoren la eficiencia e integración del sector.

8.1 Consolidar un sistema único de información estadística y epidemiológica para la toma de decisiones en materia de salud pública.

PEIMSS 2009-2012

Eje rector III: Preparar al Instituto para el Sistema Integrado de Salud.

Frente de trabajo: Promover la portabilidad de derechos.

Línea estratégica: Encuentros médico-quirúrgicos

Las condiciones de marginación y pobreza constituyen un impedimento para miles de pacientes que no han podido resolver problemas de salud crónicos, a veces discapacitantes, que les impiden aspirar a mejores condiciones de vida.

De ahí la trascendencia de acercar servicios gratuitos de alta especialidad a



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Línea estratégica: Encuentros médico-quirúrgicos

poblaciones rurales y marginadas que carecen de acceso a este tipo de atención.

Vinculación

PND 2007-2012

Eje 3. Igualdad de oportunidades

3.2 Salud

Objetivo 6

Reducir las desigualdades en los servicios de salud mediante intervenciones focalizadas en comunidades marginadas y grupos vulnerables.

Objetivo 8

Garantizar que la salud contribuya a la superación de la pobreza y al desarrollo humano en el país.

Línea estratégica: Capacitación

Un aspecto fundamental en el objetivo de mejorar la calidad de la atención médica es la capacitación continua del personal médico y de enfermería y la orientación proporcionada a los voluntarios del Programa.

IMSS-Oportunidades implementó estrategias encaminadas a fortalecer la capacidad técnica del personal operativo; particularmente, en torno de la atención médica que involucra las prioridades en salud.

Vinculación

PND 2007-2012



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Línea estratégica: Capacitación

Eje 3. Igualdad de Oportunidades

3.2 Salud

Objetivo 5

Brindar servicios de salud eficientes, con calidad, calidez y seguridad para el paciente.

Estrategia 5.3 Asegurar recursos humanos, equipamiento, infraestructura y tecnologías de la salud suficientes, oportunas y acordes con las necesidades de salud de la población.

PRONASA y PROESA 2007-2012

Estrategia 9. Fortalecer la investigación y la enseñanza en salud para el desarrollo del conocimiento y los recursos humanos.

Cabe destacar que la vertiente de la acción comunitaria para la salud –la cual contribuye de manera sustantiva al logro de las prioridades y líneas estratégicas que se documentan– también se encuentra inmersa en el *PND*, a través del objetivo 4 “Mejorar las condiciones de salud de la población” y específicamente en la estrategia 4.2 “Promover la participación activa de la sociedad organizada (...) en el mejoramiento de la salud de los mexicanos”.

En este sentido, destaca la participación y corresponsabilidad de la comunidad para la prevención de riesgos y daños que motivan la pérdida de la salud.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Capítulo VI
SÍNTESIS EJECUTIVA



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

A lo largo de más de 30 años de trayectoria, y con el fin de mejorar sus servicios, IMSS-Oportunidades ha focalizado sus acciones y optimizado sus recursos financieros a través del establecimiento de prioridades.

Durante la administración 2007-2012, la definición de dichas prioridades se realizó mediante trabajos de planeación colegiados, en los que se consideraron aspectos operativos y de salud pública¹¹.

A partir de ello, se consolidaron seis prioridades en salud –documentadas en el presente Libro Blanco– con base en las políticas de salud del país y en las necesidades de atención a riesgos y daños de la población del ámbito de responsabilidad del Programa, ratificando la distribución de los recursos como una premisa sustantiva para la operación de IMSS-Oportunidades:

- Reducción de la mortalidad materna.
- Prevención y atención oportuna del cáncer cérvico uterino.
- Salud integral del adolescente.
- Vacunación.
- Vigilancia epidemiológica y control de enfermedades.
- Control de la diabetes mellitus.

Adicionalmente, y con base en los requerimientos del marco normativo nacional, las recomendaciones emitidas por las instancias de auditoría o de evaluación, o la disponibilidad presupuestal, IMSS-Oportunidades ha fijado otras líneas de acción como son, para el caso de este Libro Blanco:

¹¹La Unidad del Programa IMSS-Oportunidades realizó durante la administración tres reuniones de planeación y una de revisión de estrategias prioritarias.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

- Encuentros médico-quirúrgicos.
- Ampliación de infraestructura.
- Padrón de beneficiarios.

Lo anterior permitió la puesta en operación, ejecución y seguimiento de programas de trabajo anuales y consecuentes, no sólo con respecto al fortalecimiento de las vertientes del Modelo de Atención Integral a la Salud [(MAIS), atención médica y acción comunitaria], sino también con los recursos presupuestales disponibles.

En ese sentido, es necesario detallar que IMSS-Oportunidades financia su operación con recursos del gobierno federal, ministrados a través de los ramos 19 “Aportaciones a Seguridad Social” y 12 “Salud”¹².

Adicionalmente, el Programa participa en convenios de colaboración para la prestación de servicios a beneficiarios de otros esquemas de salud, con el fin de fortalecer la coordinación y evitar duplicidades.

La asignación de recursos en el periodo que se documenta se detalla en el gráfico VI.1 *Recursos autorizados al Programa IMSS-Oportunidades 2006-2012*.

Cabe mencionar que los recursos no ejercidos fueron reintegrados a la Tesorería de la Federación (ver *Gráfico VI.2 Reintegros a la TESOFE 2006-2011*).

En razón de que los recursos otorgados no se encuentran etiquetados al constituir un subsidio federal, el H. Consejo Técnico del Instituto es responsable de autorizar su distribución, así como las modificaciones realizadas durante el ejercicio.

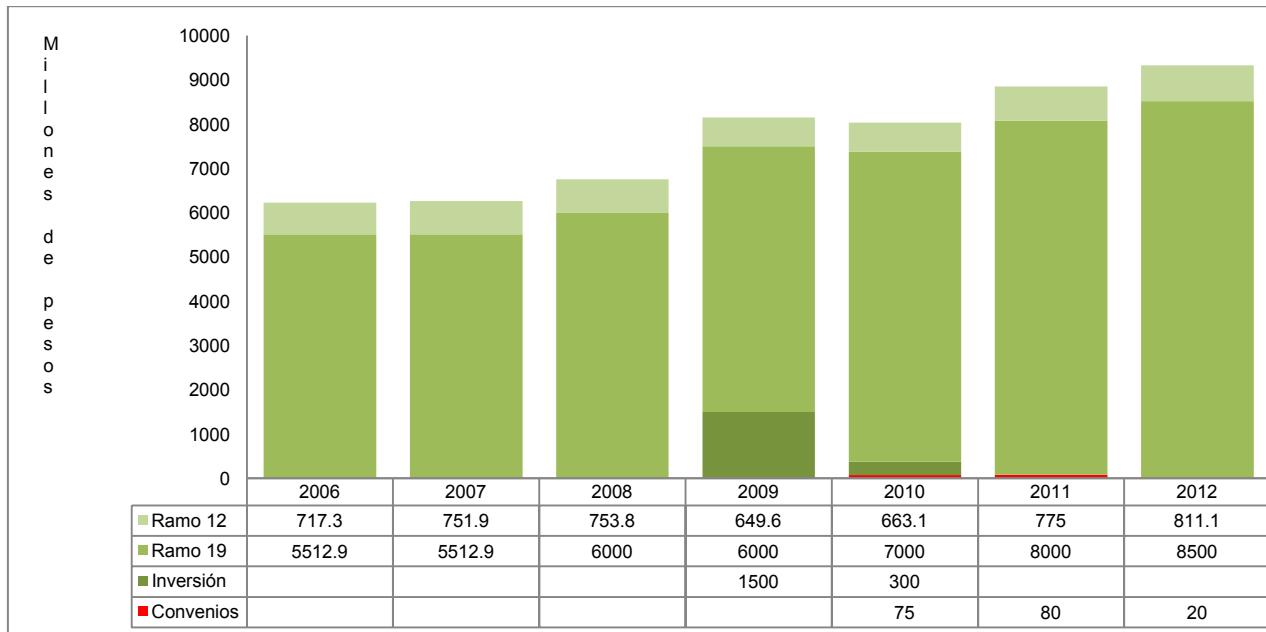
¹²Los recursos del ramo 12 son proporcionados por parte de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud y están destinados a apoyar el otorgamiento del componente salud a las familias beneficiarias del PDHO.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Gráfico VI.1 Recursos autorizados al Programa IMSS-Oportunidades 2006-2012



Nota: El total de los recursos asignados al Programa en el periodo 2007-2012 fue de 47,392.4 millones de pesos.

Fuente: Departamento de Recursos Financieros, Unidad del Programa IMSS-Oportunidades.

Gráfico VI.2 Reintegros a la TESOFE 2006-2011

Año	Monto reintegrado	
	Total	%*
2006	\$158,946,575.00	2.6
2007	\$454,153,585.69	7.2
2008	\$116,035,598.67	1.7
2009	\$225,111,218.00	2.8
2010	\$92,163,760.00	1.1
2011	\$150,828,838.00	1.7

*Porcentaje obtenido respecto al total de recursos autorizados

Fuente: Departamento de Recursos Financieros, Unidad del Programa IMSS-Oportunidades.

Los recursos asignados a IMSS-Oportunidades son sujetos de fiscalización por parte de la Secretaría de la Función Pública (SFP) a través de los despachos externos que



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

designe para tal efecto, así como la SHCP, la Auditoría Superior de la Federación (ASF), el Órgano Interno de Control del IMSS (OIC), y en su caso, por el área de Auditoría, Quejas y Responsabilidades del IMSS en las delegaciones donde el Programa opera, además de las instancias que en el ámbito de sus respectivas atribuciones resulten competentes.

VI.1 Reducción de la mortalidad materna

La muerte de una mujer por causas secundarias al embarazo, parto o puerperio constituye un problema de salud pública a nivel mundial, que afecta principalmente a las mujeres que viven en condiciones de marginación.

Como integrante del Sector Salud mexicano, IMSS-Oportunidades tiene el compromiso de reducir para el año 2015, el 75 por ciento de la tasa de muerte materna registrada en 1990 (meta comprometida en los *Objetivos de Desarrollo del Milenio* de la ONU), lo que se traduce en disminuir la tasa de 110 defunciones por 100 mil nacidos vivos estimados (registrada en 1990), a 37 decesos en 2015.

Con la finalidad de alcanzar dicha meta, desde 2007 el Programa planeó una política de atención integral basada en tres ejes estratégicos, cuya puesta en operación, ejecución y seguimiento se describe a continuación:

- 1) Reducción de los embarazos de alto riesgo, mediante actividades educativas de planificación familiar y prescripción y otorgamiento de métodos anticonceptivos, lo que ha contribuido a que las parejas puedan posponer o limitar sus embarazos, en especial cuando existen factores que ponen en riesgo la vida de la mujer.
- 2) Prevención de complicaciones en el embarazo y el parto, mediante el control prenatal, cuidado y vigilancia por parte de personal calificado, aunado al fomento



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

de la atención del parto en unidades médicas y hospitales del Programa (parto institucional), a fin de reducir la posibilidad de riesgos y proporcionar atención en caso de complicaciones.

En este contexto destaca la incorporación de la *Ruta crítica para la atención de las embarazadas*, que establece las acciones a realizar de acuerdo con el riesgo obstétrico de cada paciente; a lo cual se da seguimiento (entre otros elementos) mediante la evaluación periódica del promedio de consultas prenatales que recibe cada embarazada.

Asimismo, y con el fin de proporcionar atención exclusiva a las embarazadas en sus distintas etapas (control prenatal, parto y puerperio), se puso en operación el programa Centros de Atención Rural Obstétrica (CARO), ubicados en comunidades de alta marginación y dispersión geográfica y que han sido sedes repetidoras de muerte materna. Mediante éstos, IMSS-Oportunidades no sólo amplió su capacidad para proporcionar atención obstétrica calificada a las embarazadas, sino que les evita la realización de traslados prolongados (de 2 horas o más) hasta un hospital para recibir atención, situación particularmente crucial ante una emergencia (cuando las primeras horas son fundamentales para evitar una muerte materna). La construcción de los primeros 14 CARO se realizó en 2010 e iniciaron operaciones durante 2011. IMSS-Oportunidades concluirá el año 2012 con 39 de estos centros en operación.

- 3) Manejo efectivo y oportuno de las urgencias obstétricas, a través de la continuidad y seguimiento al uso del acuerdo 126, aprobado en 2006 por el H. Consejo Técnico del IMSS¹³; capacitación en Soporte Vital Avanzado en Obstetricia (ALSO, Advanced Life Support in Obstetrics, por sus siglas en

¹³A través de esta iniciativa se autoriza que las embarazadas beneficiarias de IMSS-Oportunidades con alto riesgo, complicaciones o emergencia obstétrica, puedan ser referidas por las UMR o HR a los hospitales de régimen obligatorio del IMSS para recibir atención especializada y cuyos gastos generados por la atención son pagados con presupuesto de IMSS-Oportunidades.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

inglés), dirigida al personal médico y de enfermería, principalmente de hospitales rurales (HR) y unidades médicas rurales (UMR) ubicados en zonas de servicios médicos repetidoras de muerte materna; fortalecimiento del abasto básico de medicamentos (con 12 claves prioritarias) para el manejo de las principales urgencias en la embarazada, en el 100 por ciento de UMR y HR.

A lo anterior se suma el monitoreo sistemático y permanente de la situación y los resultados de la mortalidad materna en cada una de las zonas de servicios médicos, lo que ha permitido identificar las áreas críticas que requieren intervenciones específicas y conocer las características y los principales factores condicionantes de las defunciones maternas; todo ello, con la finalidad de establecer acciones de mejora para la prevención de nuevos casos.

La vertiente de acción comunitaria para la salud contribuyó activamente a la reducción de la mortalidad materna en IMSS-Oportunidades, mediante la planeación, puesta en operación, ejecución y seguimiento de las siguientes líneas de acción:

- 1) Fortalecimiento de interrelación y de orientación a parteras voluntarias rurales para que, a su vez, proporcionen asistencia y vigilancia a las mujeres durante el embarazo y el parto en las mejores condiciones posibles; brinden consejería en temas de salud reproductiva, materno infantil y ginecológica; realicen búsqueda intencionada de embarazadas y las deriven, junto con los recién nacidos, para atención en unidades médicas; entre otras acciones.
- 2) Organización de redes sociales para la promoción de la salud materna, especialmente en localidades caracterizadas por su dispersión e inaccesibilidad geográfica. Las redes sociales llevan a cabo la vigilancia permanente de las embarazadas de riesgo, así como su derivación y traslado oportuno a los albergues comunitarios para ser atendidas por especialistas en los hospitales.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Incorporan la participación de equipos de salud del Programa, de la organización comunitaria, de autoridades locales, la familia y la comunidad en general.

- 3) Servicio en albergues comunitarios, en donde las embarazadas en riesgo y sus acompañantes cuentan con hospedaje y alimentación gratuita, orientación y asesoría educativa.
- 4) Identificación y derivación oportuna de embarazadas a unidades médicas, así como seguimiento a la contrarreferencia del equipo de salud, por parte de los voluntarios de salud y voluntarios.

Gracias a las actividades de ambas vertientes del MAIS, entre 2007 y 2011 se observó una disminución sostenida de la tasa de muerte materna en el universo de trabajo de IMSS-Oportunidades, que pasó de 65.9 en 2007 a 42.6 por 100 mil nacidos vivos estimados al término de 2011.

Lo anterior se traduce en la reducción de 23.3 puntos de tasa, manteniendo además una tendencia a la baja por quinto año consecutivo, misma que se ha sostenido a junio de 2012, cuyas cifras preliminares registran una tasa de muerte materna de 42.4.

VI.2 Prevención y atención oportuna del cáncer cérvico uterino

En México, el cáncer cérvico uterino (CaCu) constituye la segunda causa de muerte en las mujeres de 25 años y más.

De acuerdo con el *PRONASA 2007-2012*, las mujeres que habitan en áreas rurales del país –con menor acceso a servicios de detección y tratamiento oportunos– tienen tres



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

veces más probabilidad de morir por esta causa, que aquellas que habitan en zonas urbanas.

Hasta finales de la década de 1990, uno de los factores que más limitaba la prevención de este tipo de cáncer era la insuficiencia de recursos humanos calificados (citotecnólogos y patólogos), situación particularmente crítica en áreas rurales, lo que obstaculizaba el procesamiento e interpretación de las citologías cervicales, condicionando que la cobertura de detección en el país fuera inferior a 20 por ciento: sólo dos de cada diez mujeres se efectuaban la citología cervical.

En el periodo que se documenta, el Modelo de Atención a la Salud Ginecológica de IMSS-Oportunidades –implementado a partir de 1998– fue focalizado a la ejecución y seguimiento de los siguientes ejes estratégicos:

- 1) Consolidación de la prevención del CaCu. Para ello, en 2010 se inició la aplicación de la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (VPH), dirigida a todas las niñas de nueve años del ámbito de responsabilidad del Programa¹⁴. Adicionalmente, se incorporó la detección oportuna a través de visualización cervical con ácido acético al 5 por ciento y citología cervical (papanicolaou) a la población femenina, en apego al lineamiento técnico del Modelo de Atención a la Salud Ginecológica y bajo los criterios de la [NOM-014-SSA2](#) (Anexo VI.1), a partir de 2011.
- 2) Laboratorios de citología. También durante 2010 –en un hecho inédito y con el propósito de mejorar la calidad en la lectura y la oportunidad en la entrega de resultados– el Programa inició la construcción y equipamiento de laboratorios para el procesamiento e interpretación de citologías, así como la formación de

¹⁴ En 2009, con apoyo del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud y en el contexto de la estrategia de prevención del CaCu en los municipios con menor índice de desarrollo humano, inició la aplicación de esta vacuna en las niñas de 12 a 16 años, residentes en las localidades de dichos municipios.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

citotecnólogos¹⁵, quienes al concluir sus estudios se integran a la operación de los espacios antes citados.

- 3) Fortalecimiento de la atención de las mujeres con alguna patología premaligna o maligna del cérvix uterino en los Módulos de Salud Ginecológica ubicados en HR. Para ello, IMSS-Oportunidades gestionó la donación de equipo e instrumental especializado ante la Fundación Gonzalo Río Arronte, IAP.
- 4) Reforzamiento de las actividades educativas dirigidas la población.

Los voluntarios de salud contribuyen a la detección de este padecimiento y a disminuir la tasa de mortalidad asociada al mismo –en coordinación con los equipos de salud– mediante las siguientes acciones:

- 1) Búsqueda intencionada de mujeres que iniciaron vida sexual activa, a fin de identificar a quienes no han recibido atención médica, y derivarlas para exploración ginecológica en las unidades médicas del Programa.
- 2) Actividades de comunicación educativa en salud ginecológica, junto con el desarrollo de talleres comunitarios para brindar orientación sobre el autocuidado de la mujer en este tema.
- 3) Seguimiento a las mujeres con tratamiento establecido por los equipos de salud, aunado a la vigilancia en la continuidad de visitas a las unidades médicas.
- 4) Derivación de mujeres remisas para exploración ginecológica integral.

¹⁵ Con apoyo de la Coordinación de Educación en Salud (CES) del IMSS y el Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social (SNTSS).



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

En este contexto, destaca el impacto integral que ha tenido la aplicación del Modelo de Atención a la Salud Ginecológica en el universo de trabajo de IMSS-Oportunidades, el cual se traduce –entre otros beneficios– en el incremento de la cobertura de tratamiento de las displasias y el cáncer. En 1998 aproximadamente 15 de cada 100 mujeres recibían tratamiento ante su problema de salud; al cierre de 2011, 85 de cada 100 mujeres lo reciben, lo que significa un incremento de 70 puntos porcentuales en relación con 1998 y de 19 en el último quinquenio.

VI.3 Salud integral del adolescente

Los adolescentes representan un grupo de gran importancia para el desarrollo de la sociedad mexicana, no sólo porque constituyen uno de los segmentos más grandes de la población –23 por ciento de la población atendida por IMSS-Oportunidades–, sino porque debido a la etapa de desarrollo físico y emocional en la que se encuentran son propensos a desarrollar comportamientos o hábitos que ponen en riesgo su salud.

Para la atención de jóvenes de 10 a 19 años, el Programa cuenta con el Modelo de Atención Integral a la Salud del Adolescente Rural (MAISAR), el cual tiene entre sus principales líneas de acción el Centro de Atención Rural al Adolescente (CARA), un espacio físico ubicado en el 100 por ciento de UMR y HR, y creado con el objetivo de atender específicamente a este sector poblacional.

Los CARA focalizan una estrategia educativa, reflexiva y vivencial que aborda diversos temas de salud a través de sesiones educativas, con el fin de impactar en los adolescentes a nivel afectivo y cognitivo, lo que repercute directamente en un cambio de conductas y actitudes, permitiéndoles tener un estilo de vida más saludable.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

En un inicio, el énfasis de los CARA se centraba en la disminución del embarazo y la prevención de infecciones de transmisión sexual. A partir de 2007 el enfoque y ejecución fueron ampliados para incorporar temas que afectan la salud y desarrollo de los jóvenes, tales como la prevención de la violencia, las adicciones, el sobrepeso y la obesidad, entre otros.

A la renovación del enfoque, en 2009-2011 se sumó la construcción y equipamiento de nuevos CARA, 95 de ellos ubicados en municipios considerados con bajo índice de desarrollo humano.

En esta prioridad, la vertiente de acción comunitaria también participa con los equipos de salud, mediante la realización de talleres comunitarios sobre adolescencia y sexualidad, la búsqueda intencionada de adolescentes que iniciaron vida sexual activa para su orientación y consejería, con particular atención a las adolescentes embarazadas.

Los CARA han demostrado ser una estrategia exitosa para fomentar el cambio en las actitudes de los adolescentes de las zonas rurales y marginadas de México, a través del desarrollo de habilidades para la vida: tomar mejores decisiones, adquirir destrezas ante situaciones de riesgo, cambiar hábitos o actitudes nocivas y, sobre todo, establecer un plan de vida. Esto permite que se conviertan en verdaderos agentes de cambio en sus comunidades, tanto en la promoción de la salud como en la prevención de enfermedades.

VI.4 Vacunación

La vacunación se considera una de las acciones más efectivas para prevenir diversas enfermedades, por lo que constituye una alta prioridad, tanto para las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud como para IMSS-Oportunidades.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

La vacunación conlleva una etapa de planeación de metas de dosis de vacunas a aplicar con criterios y esquemas normados por el Consejo Nacional de Vacunación (CONAVA), además de las actividades administrativas relacionadas con las licitaciones para la adquisición de productos biológicos.

En la administración 2007-2012, el Programa asumió el objetivo de hacer llegar todas las vacunas a la población de las localidades rurales y marginadas y de esta manera garantizar la equidad inmunológica, para lo cual destinó recursos presupuestales sin precedentes.

En 1998 se aplicaban cinco vacunas y se protegía contra seis enfermedades. En el lapso 2007-2010 se logró la inclusión de 14 vacunas para prevenir 32 padecimientos. Cabe mencionar que para el periodo invernal 2011-2012 se deja de usar la vacuna contra la influenza pandémica por la aparición de la antiinfluenza trivalente, por lo que actualmente se emplean 13 biológicos.

El seguimiento de las acciones de vacunación se realiza a través del monitoreo del abasto de vacunas y del cumplimiento de metas en dosis aplicadas. La evaluación de los resultados se lleva a cabo con el monitoreo de indicadores de coberturas con esquemas básicos completos de vacunación en los diversos grupos de edad, conforme a los criterios establecidos por el CONAVA.

Por otra parte, ante las evidentes limitaciones y obsolescencia de la cadena de frío, y con el fin de asegurar la calidad inmunológica de las vacunas, IMSS-Oportunidades estableció el Proyecto de Modernización y Fortalecimiento de la Cadena de Frío – diseñado a partir de un diagnóstico de necesidades de refrigeradores para vacunas–. Lo anterior, sustentado en los lineamientos emitidos por el CONAVA, toda vez que el almacenamiento y conservación de los biológicos representa el aspecto más crítico del proceso de vacunación.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

En esta prioridad, los grupos voluntarios del Programa mantuvieron una participación activa con la estrategia de información, educación y comunicación sobre la promoción de la vacunación, así como a través de la vigilancia epidemiológica simplificada, que consiste en la identificación y derivación de personas que requieren de vacunas (para iniciar, o bien completar esquemas básicos).

Con el apoyo de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI) se transmiten mensajes en lenguas maternas y español promocionando la vacunación, acordes con los emitidos por la Secretaría de Salud.

Durante el periodo que se reporta, las actividades de vacunación han permitido mantener la erradicación de la poliomielitis, la eliminación del sarampión, la ausencia de casos de difteria y la disminución significativa de enfermedades tales como la rubéola, rubéola congénita, tos ferina, tétanos, tétanos neonatal, tuberculosis meníngea, parotiditis y hepatitis “B”, entre otras.

Asimismo, se cumplió con el proyecto de Modernización y Fortalecimiento de la Cadena de Frío, lo que significó que al cierre de 2011 la totalidad de HR y UMR del Programa, contaran –por primera vez– con refrigerador para vacunas con tecnología de punta y conforme a los requerimientos normados. El proyecto se complementó con la adquisición y distribución de 7,855 termos de 9 litros, 4,404 termos de 45 litros y 278 congeladores, entre otros insumos necesarios para la distribución de biológicos.

Lo anterior permite garantizar la calidad inmunológica de las vacunas que se aplican en el Programa.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

VI.5 Vigilancia epidemiológica y control de enfermedades

Las condiciones de marginalidad y el entorno rural de la población atendida por IMSS-Oportunidades son condicionantes para que la vigilancia epidemiológica sea una prioridad.

La planeación de la vigilancia epidemiológica inicia mediante la emisión del “calendario epidemiológico” en el cual están definidas con claridad fechas para el cumplimiento de la notificación semanal de casos nuevos de enfermedades, cuya herramienta sectorial incorpora indicadores que permiten conocer el cumplimiento y la oportunidad en la notificación de padecimientos sujetos a vigilancia epidemiológica.

Cabe mencionar que la planeación incorpora el establecimiento de metas de detección de distintos padecimientos, la gestión para la adquisición de insumos y capacitación requeridos en el nivel operativo; en tanto que la ejecución se lleva a cabo en las unidades médicas de primer y segundo nivel del Programa, con el seguimiento y control correspondiente por parte de la Unidad del Programa IMSS-Oportunidades, cuyos resultados y recomendaciones de mejora se hacen del conocimiento de las delegaciones.

En el periodo que se reporta:

- Se fortaleció la vigilancia epidemiológica de la fiebre por dengue y fiebre hemorrágica por dengue, debido a su incidencia actual en México.
- Se dio prioridad a las acciones de prevención y control de la tuberculosis. Lo anterior, en virtud de las metas para disminuir la incidencia y mortalidad por este padecimiento, comprometidas en el marco de los *Objetivos de Desarrollo del Milenio*.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

- Se fortaleció el tamiz neonatal y la vigilancia epidemiológica del hipotiroidismo congénito.
- Se puso en operación el tamiz neonatal ampliado, a fin de identificar padecimientos que, de no ser diagnosticados y tratados con oportunidad, dejan secuelas importantes por déficit mental y pueden incluso causar la muerte.
- Se implementó el diagnóstico y atención de la anemia en UMR, lo que permite identificar e iniciar tratamiento a lactantes y embarazadas, y proporcionar seguimiento hasta la curación de cada paciente.

Aunado a lo anterior, y en apoyo a esta prioridad, se fomenta el autocuidado de la salud para mejorar las condiciones del entorno familiar y comunitario, a fin de disminuir factores de riesgo; además de la realización de obras e implementación de acciones domiciliarias.

En el lapso 2008-2011, con apoyo de la CDI se transmitieron mensajes preventivos sobre saneamiento básico y participación comunitaria.

A partir de marzo de 2011 se instrumentaron proyectos para la prevención y control de enfermedades, desarrollando estrategias de información, educación y comunicación; vigilancia epidemiológica simplificada; entornos favorables para la salud y gestión de apoyos ante otras instituciones y órdenes de gobierno.

Entre los resultados obtenidos destaca la cobertura oportuna de notificación de casos nuevos alcanzada entre 2007 y 2011, de 96 por ciento en promedio; en tanto que el cumplimiento promedio de las unidades médicas para el mismo periodo fue de 99 por ciento, lo que garantizó información confiable del estado de salud de la población. Durante las primeras ocho semanas epidemiológicas de 2012 los logros son de 98.2 y 97.8 por ciento, respectivamente.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Durante el periodo 2007-2011 se logró disminuir la incidencia de casos confirmados de fiebre por dengue, con una tasa de 44.53 por cada 100 mil beneficiarios en 2007, a una tasa de 6.88 por cada 100 mil beneficiarios obtenida en 2011.

La incidencia de casos de fiebre hemorrágica por dengue registró una discreta disminución, al registrar una tasa de 1.74 por cada 100,000 beneficiarios durante 2007, a 1.72 por cada cien mil beneficiarios en 2011.

Por otra parte, en los últimos seis años se ha mantenido un nivel bajo de incidencia de tuberculosis. Ello se traduce en la posibilidad de romper paulatinamente con la cadena de trasmisión: por cada paciente curado que deja de arrojar la bacteria causante, se previene la infección de 20 nuevos casos. A la par, la reducción de la incidencia y las tasas de curación obtenidas han permitido la disminución de las defunciones por tuberculosis pulmonar.

En el lapso 2007-2011 el tamiz neonatal para la detección oportuna del hipotiroidismo congénito en recién nacidos se ha mantenido con una cobertura de alrededor de 96 por ciento, y de 98 por ciento a junio de 2012.

La mayor evidencia de los resultados de las acciones del MAIS, especialmente aquellas de promoción y prevención de la salud, en las cuales se involucran tanto los equipos de salud como los voluntarios de la comunidad, es el impacto en las tasas de mortalidad en la infancia, tanto en sus indicadores generales como la tasa de mortalidad en niños menores de un año y niños menores de cinco años, como en dos de los indicadores específicos: la tasa de mortalidad por enfermedades diarreicas agudas y la tasa de mortalidad por infecciones respiratorias agudas.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

VI.6 Prevención y control de la diabetes mellitus

La transición epidemiológica por la que México atraviesa ha tenido efectos en la población rural e indígena.

Del análisis efectuado a las causas específicas de mortalidad en los beneficiarios de IMSS-Oportunidades en 2011, se observó que la diabetes mellitus:

- Es la segunda causa de mortalidad, superada únicamente por las enfermedades isquémicas del corazón.
- Ocupa el segundo lugar respecto a la mortalidad hospitalaria.
- Constituye la cuarta causa de egresos hospitalarios.

En este contexto, durante 2010 se planteó el objetivo de lograr una mejor eficiencia en la detección de diabetes mellitus. Para ello, se adquirieron equipos que además de medir con mayor precisión los niveles de azúcar en sangre (glucosa), permiten la medición del colesterol, con lo que se progresó en la prevención de enfermedades cardiovasculares.

En el mismo año se implementó el Fortalecimiento de la Atención Integral de la Diabetes Mellitus, que tiene el propósito de establecer el seguimiento nominal de pacientes a los que se les detecten signos de diabetes, hasta lograr confirmar o descartar la enfermedad.

Adicionalmente, durante el periodo reportado se implementó el Servicio de Atención Integral a la Salud (SAIS) para la atención específica de los pacientes crónico-degenerativos.

En 2012 se iniciaron acciones de prevención secundaria en pacientes diabéticos, a través de la detección oportuna de complicaciones tardías.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Por su parte, los grupos voluntarios fortalecieron la promoción para la prevención y control de este padecimiento con acciones de comunicación educativa en salud como pinta de bardas, carteles y perifoneo. Se difundieron mensajes radiofónicos informativos y motivacionales con apoyo de la CDI. Adicionalmente se llevaron a cabo acciones de vigilancia epidemiológica simplificada mediante la búsqueda intencionada de personas con factores de riesgo, enfermos renuentes, o bien, seguimiento para que los pacientes con diabetes cumplieran con los tratamientos y citas médicas establecidas.

Gracias a la confluencia de la atención médica y de la acción organizada y participativa de los voluntarios, en el periodo de reporte IMSS-Oportunidades registró un incremento de personas confirmadas con la enfermedad. Con ello, los pacientes están en posibilidad de acudir a tratamiento en las unidades médicas del Programa y, gradualmente, alcanzar el control de su glicemia.

Adicionalmente, con las acciones implementadas, IMSS-Oportunidades ha identificado pacientes con prediabetes, quienes podrán recibir una adecuada atención para modificar sus hábitos y costumbres en forma saludable y así retrasar el inicio de la enfermedad por varios años.

VI.7 Otras acciones en salud

Encuentros médico quirúrgicos

Los encuentros médico quirúrgicos (EMQ) constituyen una estrategia institucional mediante la cual la Dirección de Prestaciones Médicas del IMSS y el Programa IMSS-Oportunidades acercan servicios quirúrgicos de alta especialidad a la población del medio rural.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Surgieron en 1996, ante la necesidad de acercar los servicios de alta especialidad a la población que por sus condiciones de marginación y pobreza no había podido resolver problemas de salud crónicos, a veces discapacitantes, que limitaban su desarrollo y bienestar.

Los EMQ se llevan a cabo principalmente en las especialidades de oftalmología, ginecología oncológica, cirugía reconstructiva, ortopedia y traumatología, urología, y cirugía pediátrica. Para su ejecución, se cuenta con la infraestructura hospitalaria de IMSS-Oportunidades y con recursos e infraestructura tecnológica de punta del IMSS régimen obligatorio. A partir de 2006 se incorporaron las unidades móviles de diagnóstico y quirúrgicas equipadas con quirófano, propiedad del Instituto; además de equipos de diagnóstico especializado como mastógrafo, colposcopios y unidades de electrocirugía, entre otros.

Los grupos voluntarios de la comunidad apoyan activamente en la difusión, promoción, orientación, búsqueda y derivación de pacientes candidatos a valoración –de acuerdo con la especialidad de que se trate–, además de que gestionan recursos con autoridades regionales y locales para su identificación, traslado, alimentación y hospedaje.

De diciembre de 2006 al primer semestre de 2012 se realizaron 109 EMQ a partir de los cuales fueron valorados 77,869 pacientes; 12,203 de ellos fueron intervenidos, y se realizaron 17,254 procedimientos quirúrgicos.

Talleres comunitarios

En la administración 2007-2012 la participación comunitaria se fortaleció a través del reforzamiento de los talleres comunitarios, mecanismo educativo a través del cual se



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

forma a los grupos voluntarios para que a su vez éstos orienten a las familias beneficiarias, con el fin de fomentar y lograr impactos en las prioridades de salud.

En 2008 se diseñó el Manual para Realizar los Talleres Comunitarios, material destinado a dar mayor efectividad a la capacitación en cascada, que inicia con los equipos de conducción de acción comunitaria del Programa, hasta ser replicada entre la población beneficiaria.

Los temas abordados con mayor frecuencia en dichos talleres están inmersos en las prioridades en salud del Programa: salud reproductiva, salud ginecológica, salud sexual de los adolescentes, prevención y control de enfermedades crónico-degenerativas, padecimientos por mal saneamiento básico, alimentación y nutrición familiar.

Apoyo económico a parteras voluntarias rurales y voluntarios de salud

Es importante destacar que al igual que a las parteras voluntarias rurales (6,993), a los voluntarios de salud (15,319) IMSS-Oportunidades les otorga un apoyo económico mensual de 500 pesos para el desarrollo de sus actividades comunitarias¹⁶ en su lugar de origen. Cabe mencionar que a partir de 2010 el Programa firmó contrato con TELECOMM a fin de propiciar una entrega más eficiente, oportuna, segura y transparente de este apoyo económico.

VI.8 Ampliación de infraestructura

La nueva infraestructura se desarrolló gracias a la ampliación presupuestal que la Cámara de Diputados autorizó al Programa IMSS-Oportunidades por un monto de 1,500

¹⁶Tales como la promoción de la salud, vigilancia epidemiológica simplificada, saneamiento básico y mejoramiento de la vivienda, entre otros.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

mdp, en el Presupuesto de Egresos de la Federación para el ejercicio fiscal 2009. El objetivo de acercar servicios médicos a zonas de alto rezago social en los estados de Puebla, Michoacán, Campeche, Veracruz, Guerrero y México, tuvo como finalidad fortalecer la base social en los municipios en donde fue construida.

Destaca que parte de esta inversión se destinó a la construcción de nueva infraestructura médica en los estados de México y Guerrero, entidades en las que IMSS-Oportunidades había dejado de operar en el ámbito rural debido a la descentralización de los servicios de salud que tuvo lugar en la década de 1980.

Es necesario detallar que cada hospital rural cuenta con las denominadas zonas de servicios médicos, las cuales constituyen la unidad local fundamental para otorgar la prestación de servicios, además de que emplean un sistema de referencia y contrarreferencia que permite proporcionar apoyo a otras unidades de los servicios estatales de salud. En este sentido, para los HR de Guerrero y Estado de México (Delegación Poniente del IMSS) se construyeron 15 y 24 UMR nuevas, respectivamente. A las UMR del Estado de México se adicionaron tres más que originalmente se proyectaron como urbanas y se adecuaron al esquema de UMR.

Durante el segundo semestre de 2010 iniciaron operaciones los ocho nuevos hospitales de 30 camas en las delegaciones de Campeche (Mamantel), Estado de México Poniente (Amanalco y San José del Rincón), Guerrero (La Unión), Michoacán (Buenavista y Villamar), Puebla (Ixtepec) y Veracruz Norte (Plan de Arroyos).

Adicionalmente, en el periodo 2009-2011 IMSS-Oportunidades adquirió e instaló 55 nuevas UMU en las siguientes delegaciones del IMSS: Baja California, Coahuila, Distrito Federal Sur, Durango, Guerrero, Oaxaca, Puebla, Veracruz Norte, Veracruz Sur y Yucatán.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Derivado de ello, la población del Programa IMSS-Oportunidades ascendió a 11.8 millones de beneficiarios, por lo que se amplió el acceso a servicios de salud del Programa y de su Modelo de Atención Integral a la Salud a población altamente desprotegida de distintas entidades del país, especialmente se acercaron servicios ligados a las prioridades en salud, enfocadas a combatir los principales riesgos y daños que afectan a los habitantes del medio rural.

VI.9 Padrón de beneficiarios

Durante la administración 2007-2012 el Programa se planteó la meta de contar con un padrón que permitiera cuantificar la población atendida en sus unidades médicas, a través del registro electrónico y nominal de sus beneficiarios.

Ello a fin de dar cumplimiento a lo dispuesto en el decreto por el que se crea el Sistema Integral de Información de Padrones de Programas Gubernamentales (SIIPP-G), publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 12 de enero de 2006, sistema que reúne los padrones de programas sociales a cargo de la administración pública federal.

En 2010, ante la carencia de equipo adecuado y suficiente para operar el sistema electrónico del padrón de beneficiarios, se gestionó la adquisición de 5,936 equipos personales de cómputo, destinados a las unidades médicas de primer y segundo nivel de atención¹⁷.

En el mismo año se inició el levantamiento de información de la población beneficiaria del Programa, tarea que estuvo a cargo de los voluntarios de salud de la estructura comunitaria, y la cual fue concluida en agosto de 2011.

¹⁷ Este equipo también se utiliza para operar otros sistemas de información que registran la productividad de las acciones médicas de IMSS-Oportunidades.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

La captura de la información recabada la llevó a cabo personal contratado por honorarios en las delegaciones¹⁸. Los avances de dicha captura fueron presentados trimestralmente al H. Consejo Técnico del IMSS, incluido el informe de la conclusión del levantamiento, presentado en noviembre de 2011.

Paralelamente, se gestionó la obtención de la base de datos de los beneficiarios del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (PDHO) atendidos en las unidades médicas de IMSS-Oportunidades.

Para garantizar la protección de los datos personales obtenidos, a fines de 2011 las cédulas soporte del padrón fueron concentradas y resguardadas en el ámbito central del Programa y certificadas mediante notario.

En el mismo año se reanudaron los trabajos –iniciados durante 2009, bajo la conducción de la Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico– a fin de concluir el desarrollo del Sistema Padrón de Beneficiarios (SPB), el cual permitiría la actualización en línea de la información de los beneficiarios registrados en la base de datos y la adición de registros nuevos.

El despliegue del SPB inició hacia el segundo bimestre del año 2012 en los HR de Coahuila, Nayarit, Oaxaca y Veracruz Sur. En diciembre de 2012 el Sistema deberá estar instalado en los 79 hospitales del Programa.

Cabe mencionar que desde el inicio del levantamiento de información, la Unidad del Programa IMSS-Oportunidades ha cumplido en tiempo y forma con la obligación de incorporar trimestralmente la base de datos de su padrón al SIIPP-G, previa validación con el Registro Nacional de Población (RENAPO) de la Secretaría de Gobernación. Por último, IMSS-Oportunidades ha emprendido acciones para adoptar en su padrón el

¹⁸ Dicha contratación fue sometida a aprobación del H. Consejo Técnico del IMSS.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

modelo de estructura de datos del domicilio geográfico establecido por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).

VI.10 Auditorías practicadas y evaluaciones externas

Durante la presente administración se practicaron al Programa ocho auditorías (tres por la Auditoría Superior de la Federación y cinco por la Secretaría de la Función Pública) y seis evaluaciones externas.

Tabla VI.10.1 Auditorías y evaluaciones practicadas a la Unidad del Programa IMSS-Oportunidades 2007-2012 (corte al 30 de junio de 2012)

Instancia Fiscalizadora	2007	2008	2009	2010	2011	Total
Auditoría Superior de la Federación (ASF)				1	2	3
Secretaría de la Función Pública (SFP) ¹	1	1	1	1	1	5
Evaluadores Externos	1	2	1	1	1	6
Totales	2	3	2	3	4	14

Notas:

1. Auditorías ordenadas por la SFP y practicadas por despacho externo

Fuente: Unidad IMSS-Oportunidades.

La primera auditoría efectuada por la ASF correspondió a la revisión y fiscalización de la Cuenta Pública 2009, tuvo lugar en 2010 y se denominó Revisión de los Indicadores: Esquemas de Vacunación Infantil, Detección de Cáncer Cervicouterino y Valoración del Estado Nutricional del Menor. La ASF formuló tres “recomendaciones al desempeño”, mismas que fueron atendidas por la Unidad del Programa IMSS-Oportunidades.

En 2011 la ASF llevó a cabo dos auditorías de carácter financiero al Programa, correspondientes a la revisión y fiscalización de la Cuenta Pública 2011.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

En la primera de ellas, identificada con el número 825 y denominada Bienes Inmuebles, la Unidad del Programa IMSS-Oportunidades coadyuvó para aportar información sobre los inmuebles afectos al Programa. A partir de dicha auditoría, la ASF formuló 16 recomendaciones; tres de ellas fueron atendidas corresponsablemente por la Unidad, junto con otras áreas normativas del Instituto.

La segunda auditoría se identifica con el número 828 y se denominó Gastos con Cargo al Programa S038 “Programa IMSS Oportunidades”. Dicha auditoría se realizó en oficinas centrales de la Unidad y en las delegaciones Estado de México Poniente, Durango y Chihuahua. La ASF formuló 15 recomendaciones, cuatro promociones de responsabilidad administrativa sancionatoria y dos pliegos de observación.

Debe precisarse que en el ámbito central de IMSS-Oportunidades sólo se generó una recomendación, misma que fue atendida. El resto de las recomendaciones, promociones de responsabilidad administrativa sancionatoria y los pliegos de observación tuvieron su origen en las delegaciones aludidas. La Unidad realizó las acciones para solventar las citadas 14 recomendaciones, que se encuentran en proceso de revisión y dictaminación por parte de la ASF.

De la misma forma, las promociones de responsabilidad administrativa sancionatoria y los pliegos de observación se encuentran en proceso de revisión y dictaminación por parte del OIC en el IMSS y de la ASF, respectivamente.

Por otra parte, las cinco auditorías efectuadas por la Secretaría de la Función Pública (SFP) fueron de carácter contable y presupuestal y derivaron en siete observaciones a las que el OIC-IMSS dio seguimiento hasta su conclusión.

Mediante los *Mecanismos para el seguimiento a los aspectos susceptibles de mejora derivados de informes y evaluaciones a los programas presupuestarios de la*



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Administración Pública Federal, emitidos por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, la Secretaría de la Función Pública y el CONEVAL, la Unidad del Programa IMSS-Oportunidades ha identificado 32 Aspectos Susceptibles de Mejora (ASM), 81.25 por ciento ha sido resuelto.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Capítulo VII
ACCIONES REALIZADAS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

El Programa IMSS-Oportunidades financia su operación con recursos del gobierno federal, autorizados por la H. Cámara de Diputados en el Presupuesto de Egresos de la Federación, los cuales son ministrados a través del ramo 19 “Aportaciones a Seguridad Social” y constituyen un subsidio federal, por lo que en su ejercicio y control debe cumplir con lo estipulado en el Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación y en la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria (LFPRH) y su Reglamento.

Adicionalmente, se reciben recursos por parte de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, provenientes del ramo 12 “Salud”, para apoyar al PDHO en el otorgamiento del componente salud a las familias beneficiarias, tanto en el ámbito rural como en el urbano.

De igual forma, en apego a lo establecido en la fracción VII del artículo 75 de la LFPRH, el artículo 178 de su Reglamento y el artículo 26 de la Ley General de Salud, el Programa participa en convenios de colaboración para la prestación de servicios a beneficiarios de otros esquemas de salud, con el fin de fortalecer la coordinación y evitar duplicidades. Ello, encaminado al logro de objetivos de las dependencias involucradas.

La Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) ministra los recursos de acuerdo con el calendario autorizado que para tal fin elabora y los registra en la partida 43401 del clasificador por objeto del gasto denominada Subsidios a la Prestación de Servicios Públicos, que corresponde a asignaciones destinadas al otorgamiento de subsidios a favor de la población a través de la prestación de servicios públicos en materia de salud, educación, laboral, entre otros.

En apego a lo estipulado en el apartado 9. Informes Programático-Presupuestarios, numeral 9.1 Origen, Programación y Distribución de los Recursos, de las reglas de operación del Programa IMSS-Oportunidades para el ejercicio fiscal 2012, y en razón de que los recursos otorgados al Programa no se encuentran etiquetados debido a que

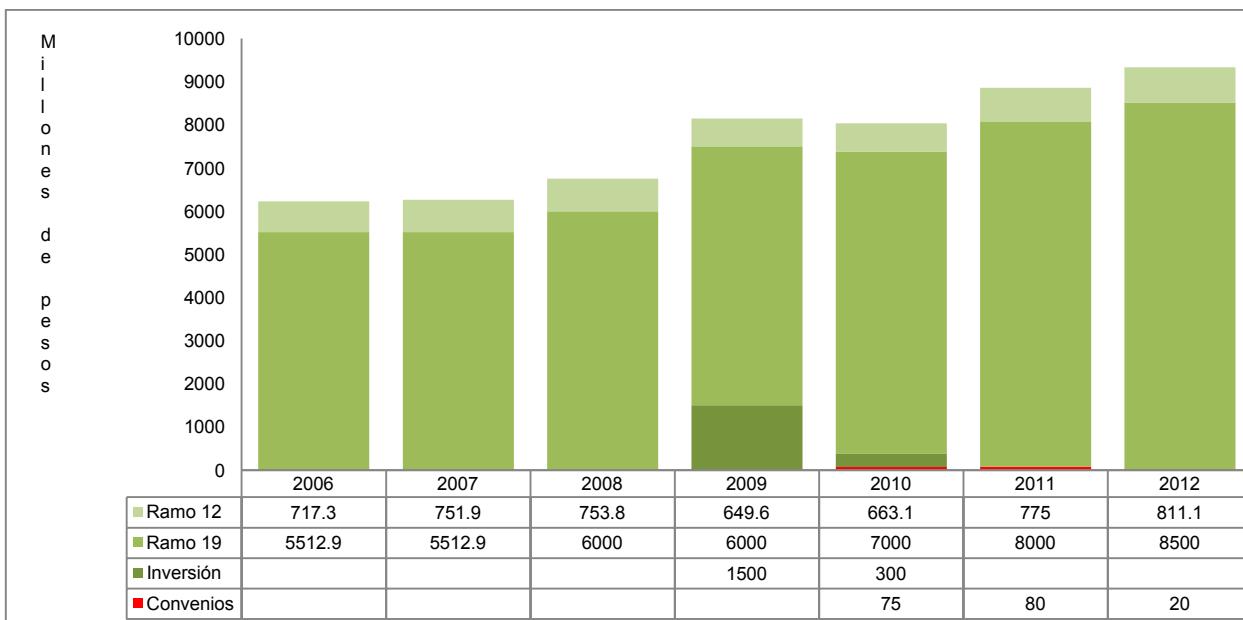


INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

corresponden a un subsidio federal, el H. Consejo Técnico del Instituto es responsable de autorizar la distribución total de los recursos, así como las modificaciones que se realicen durante el ejercicio.

La distribución de dichos recursos, a partir del ejercicio 2006 al 2012, se detalla en el siguiente gráfico:



Nota: El total de los recursos asignados al Programa en el periodo 2007-2012 fue de 47,392.4 millones de pesos.

Fuente: Departamento de Recursos Financieros, Unidad del Programa IMSS-Oportunidades.

Los recursos asignados al Programa son sujetos de fiscalización por parte de la Secretaría de la Función Pública (SFP) a través de los despachos externos que designe para tal efecto, de conformidad con lo establecido en los artículos 37, fracciones IV, VII, X y XXVII de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 6 de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria; 278, 306 y 307 de su Reglamento; y 50, fracción I del Reglamento Interior de la Secretaría de la Función Pública; así como la SHCP, la Auditoría Superior de la Federación (ASF), el Órgano Interno de Control del IMSS (OIC), y, en su caso, por el Área de Auditoría, Quejas y Responsabilidades del



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

IMSS en las delegaciones donde el Programa opera, además de las instancias que en el ámbito de sus respectivas atribuciones resulten competentes.

La operación del Programa se acredita con la integración de los expedientes que se detallan a continuación: [Ver Expediente del ejercicio de gasto presupuestal](#) (Anexo VII.1).

- Reporte situación presupuestal por cuenta y delegación; gasto corriente.
- Autorizaciones de presupuesto.
- Reintegros a la TESOFE.
- Estados financieros.
- Auditor externo.
- Dictamen de estados financieros.
- Dictamen presupuestal.
- Carta de observaciones definitiva.
- Informe ejecutivo y propuestas de mejora.

No obstante que uno de los factores de mayor impacto en el presupuesto del Programa es el pago de la plantilla de personal, en el lapso que se documenta se promovió un ejercicio eficiente de los recursos, lo que permitió fortalecer la atención a las seis prioridades en salud establecidas en el Programa e impulsar otras líneas de acción de trascendencia como fueron la ampliación de su infraestructura y la integración del padrón de beneficiarios.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

VII.1 Prioridades en salud

A lo largo de su historia, el Programa IMSS-Oportunidades ha aplicado el Modelo de Atención Integral a la Salud a través de una estrategia de focalización de sus acciones médicas y comunitarias. Esta línea de trabajo, además de permitirle alinearse a la política nacional y sectorial, le ha facilitado adaptarse a los riesgos y daños de la población de su ámbito de responsabilidad, propiciando una mejor relación entre los recursos disponibles y los resultados obtenidos.

En este contexto, al inicio de la administración y durante el transcurso de ésta se definieron las prioridades a través de ejercicios colegiados de análisis¹⁹, considerando aspectos operativos y de salud pública aplicables a IMSS-Oportunidades, como son:

- Poseer una carga epidemiológica susceptible de ser traducida en impactos en salud.
- Estar alineadas al presupuesto.
- Estar sustentadas en intervenciones costo-efectivas.
- Tener factibilidad operativa.
- Dar respuesta a las expectativas de la población.
- Estar apegadas a la normativa y estructura institucional.
- Estar enmarcadas en las prioridades sectoriales: *PND, PRONASA 2007-2012* y *Objetivos de Desarrollo del Milenio* de la ONU.

¹⁹Reuniones de Planeación de la Unidad del Programa IMSS-Oportunidades efectuadas el 23 y 24 de noviembre de 2007 en el Centro Interamericano de Estudios en Seguridad Social (CIESS), Ciudad de México; el 10 y 11 de diciembre de 2010 en Manzanillo, Colima; 13 y 14 de junio de 2011 en la Ciudad de México. Asimismo, la Reunión Nacional de Revisión de Estrategias Prioritarias en IMSS-Oportunidades en el Centro Vacacional Adolfo López Mateos del IMSS en Oaxtepec, Morelos, el 25 de mayo de 2010.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

A partir de lo anterior, se establecieron las prioridades en salud que rigieron el programa de trabajo de IMSS-Oportunidades en la presente administración [ver *Tabla VII.1*].

Tabla VII.1 Prioridades en Salud del Programa IMSS-Oportunidades 2007-2012

2007	2008	2009	2010	2011	2012
Salud Reproductiva y Muerte Materna	Reducir la Mortalidad Materna	Reducir la Mortalidad Materna	Reducir la Mortalidad Materna	Reducción de Mortalidad Materna	Reducción de Mortalidad Materna
Atención Integral del Adolescente	Salud Integral del Adolescente (CARA)	Salud Integral del Adolescente (CARA)	Salud Integral del Adolescente (CARA)	Salud Integral del Adolescente (CARA)	Salud Integral del Adolescente (CARA)
Atención Integral a la Salud Ginecológica	Modelo de Salud Ginecológica	Modelo de Salud Ginecológica	Prevención y Atención Oportuna del CaCu	Prevención y Atención Oportuna del CaCu	Prevención y Atención Oportuna del CaCu
	Fortalecimiento de la Vigilancia Epidemiológica (dengue y tuberculosis)	Fortalecimiento de la Vigilancia Epidemiológica (dengue y tuberculosis)	Vigilancia Epidemiológica, prevención y Control de Enfermedades	Vigilancia Epidemiológica, Prevención y Control de Enfermedades	Vigilancia Epidemiológica, Prevención y Control de Enfermedades
	Vacunación Universal	Vacunación Universal	Vacunación	Vacunación	Vacunación
				Prevención y Control de la Diabetes Mellitus	Prevención y Control de la Diabetes Mellitus

Fuente: Unidad del Programa IMSS-Oportunidades.

Las seis prioridades en salud que delinearon las acciones en el ámbito médico y comunitario se describen a continuación:

VII.1.1 Reducción de la mortalidad materna

La muerte de una mujer por causas secundarias a un embarazo, parto o puerperio constituye un problema de salud pública a nivel mundial que afecta principalmente a las mujeres que viven en condiciones de marginación, por ello su disminución se estableció como un compromiso internacional en la Cumbre del Milenio, auspiciada en el año 2000 por la ONU, donde se planteó como meta reducir en 2015 el 75 por ciento de la tasa de muerte materna registrada en 1990.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

México es signatario de este compromiso y todas las instituciones de salud son corresponsales de que el país alcance esta meta.

Para IMSS-Oportunidades la meta del milenio se traduce en disminuir la tasa de 110 defunciones por 100 mil nacidos vivos estimados que fue el valor registrado en 1990, a 37 en 2015, por lo que a partir de 2007 el abatimiento de las defunciones relacionadas con el embarazo constituyó una prioridad enfática.

En este sentido, desde 2007 se han ejecutado diversos programas específicos enfocados a modificar los principales factores que contribuyen a la ocurrencia de las defunciones, reforzando la prevención desde antes de la gestación y mejorando la atención de la mujer durante y después del embarazo.

Estos programas han seguido los siguientes ejes estratégicos:

a) Reducción de los embarazos de alto riesgo

Las mujeres son susceptibles de presentar una serie de factores biológicos, psicológicos y sociales que potencialmente pueden, ante un eventual embarazo, desencadenar daños a su salud e incluso llevarlas a la muerte; a esta serie de circunstancias se denomina *factores de riesgo* y a la condición de la mujer cuando los presenta se le denomina de *alto riesgo reproductivo*, por lo que una línea de acción para la prevención de la mortalidad materna es la disminución de los embarazos con alto riesgo reproductivo.

En este contexto, IMSS-Oportunidades fortaleció la operación del programa de planificación familiar mediante la ejecución de acciones de información, educación y consejería con el objetivo de sensibilizar y fortalecer la adopción y el uso responsable de métodos anticonceptivos en las mujeres en edad fértil, con pleno respeto a su libre elección y a sus derechos reproductivos; estas



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

actividades se han complementado con el reforzamiento de la prescripción y otorgamiento de métodos anticonceptivos modernos, seguros y de alta efectividad en todas las unidades médicas y hospitales rurales (HR).

El conjunto de estas acciones de planificación familiar ha contribuido a que las mujeres puedan posponer o limitar sus embarazos, en especial cuando hay factores que ponen en riesgo su vida.

b) Prevención de complicaciones en el embarazo y el parto

La vigilancia del embarazo y la atención del parto por personal calificado es otro de los programas enfocados a abatir la mortalidad materna en IMSS-Oportunidades.

El cuidado del embarazo se realiza a través del control prenatal, que tiene como objetivo fundamental, además de vigilar la evolución de las principales variables propias de la gestación (ganancia de peso, crecimiento y desarrollo fetal, tensión arterial, etc.), prevenir y/o identificar oportunamente cualquier factor que favorezca o aumente la probabilidad de desarrollar alguna patología o complicación, con el fin de eliminarlo o controlarlo; en este sentido, el personal de salud emprende medidas preventivas como la prescripción de hierro, ácido fólico y aplicación de toxoide tetánico-diftérico; acciones de educación para la salud tales como consejería en planificación familiar, información sobre el autocuidado del embarazo y signos y síntomas de alarma, orientación nutricional y promoción de la lactancia materna, así como actividades médico-asistenciales.

En cada consulta prenatal, el médico evalúa y establece el riesgo obstétrico, el cual es la base para el manejo específico de cada embarazada. En el control prenatal destaca que a través de los voluntarios de la comunidad se realiza búsqueda sistemática de las embarazadas en las localidades, a fin de



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

incorporarlas a control prenatal desde las etapas más tempranas de la gestación; asimismo llevan a cabo un monitoreo permanente, no sólo para asegurar que acudan a cada una de sus consultas, sino también para evaluar y notificar al personal de salud, en caso necesario, su estado de salud y la aparición de algún tipo de complicación.

En este sentido, IMSS-Oportunidades incorporó dentro del control prenatal la Ruta Crítica para la Atención de las Embarazadas, la cual establece en un fluograma las acciones a realizar en cada paciente de acuerdo con su riesgo obstétrico [ver *Diagrama VII.1.1*].

Un elemento central para dar seguimiento a este programa ha sido la evaluación periódica del promedio de consultas prenatales que recibe cada embarazada, que debe ser al menos de cinco consultas.

La continuidad de la vigilancia de la embarazada se da a través de la atención del parto por personal capacitado, por lo que se ha fomentado que éste se realice de manera institucional en las unidades médicas y HR, reduciendo con ello el riesgo y posibilitando la atención en caso de complicaciones.

Esto se logra a través de un proceso de información y consejería en las consultas prenatales, donde el personal de salud sensibiliza a las embarazadas sobre la importancia de que la atención del evento obstétrico se realice dentro de la institución, por lo que al final de la gestación son referidas a un hospital.

Un factor que contribuye a la ocurrencia de las muertes maternas en el área rural es la dispersión geográfica y la marginación de las localidades, al dificultar el acceso y oportunidad de las mujeres para recibir atención durante el parto o ante una emergencia; en este sentido y con la finalidad de ampliar la capacidad de



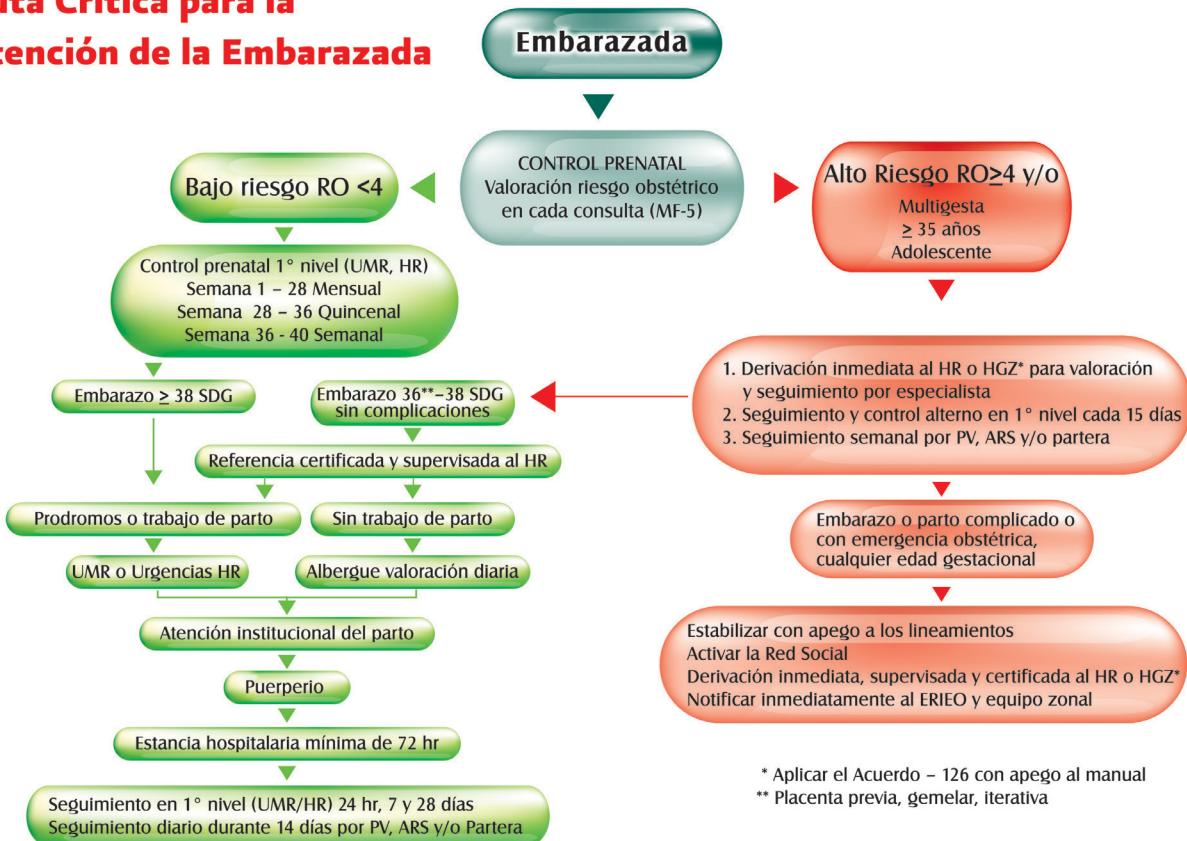
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

atención obstétrica calificada, el programa contempló la operación de los Centros de Atención Rural Obstétrica (CARO). Estos inmuebles, ubicados en comunidades de alta marginación y dispersión geográfica y que han sido sedes repetidoras de muerte materna, poseen mayores recursos y personal capacitado que una unidad médica rural (UMR).

Diagrama VII.1.1. Ruta Crítica para la Atención de las Embarazadas en IMSS-Oportunidades

Ruta Crítica para la Atención de la Embarazada



Los CARO fueron planeados para proporcionar atención exclusiva a las embarazadas en sus distintas etapas (control prenatal, parto y puerperio).



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Los CARO previenen que la mujer se sujete a traslados de dos o más horas a un hospital a recibir atención, lo cual es crucial si se presenta una emergencia donde las primeras horas son fundamentales para evitar una muerte materna.

En 2010 arrancó la construcción y equipamiento de los primeros 14 CARO [ver Datos de obra, equipamiento y contratación de personal](#) (Anexo VII.2), los cuales iniciaron operaciones durante 2011 [ver *Tabla VII.1.1*].

Los CARO cuentan con un área de observación y recuperación, otra para la atención del parto y están dotados con equipo moderno como ultrasonidos, tococardiógrafos, bombas de infusión, cunas de calor radiante, entre otros.

Tabla VII.1.1 Ubicación de los Centros de Atención Rural Obstétrica 2011

No	Delegación	Municipio	Localidad
1		Tila	El Limar
2	Chiapas	Ocosingo	Damasco
3		Tapilula	Pavencul
4	Chihuahua	Balleza	El Vergel
5	Nayarit	El Nayar	Lindavista
6		La Yesca	Guadalupe Ocotán
7	Oaxaca	Santiago Ixtayutla	Santiago Ixtayutla
8		San Miguel Quetzaltepec	San Miguel Quetzaltepec
9	Oaxaca	Sta. Cruz Zezontepec	La Cofradía
10		San Baltazar Loxicha	San Baltazar Loxicha
11	Puebla	Chignahuapan	Chiconcuantla
12	SLP	Aquismon	Tamapatz
13	Veracruz Norte	Texcatepec	Texcatepec
14		Chachilpilco	Naranjal

Fuente: Departamento de Construcción y Conservación.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Durante 2012 se pondrán en operación 25 nuevos CARO, 15 en una primera etapa [ver *Tabla VII.1.2*] y 10 en una segunda [ver *Tabla VII.1.3*], concluyendo el año con un total de 39 centros en operación [Ver Datos de obra, equipamiento y contratación del personal](#) (Anexo VII.2).

Tabla VII.1.2 CARO que iniciarán operaciones en 2012 (primera etapa)

No.	Delegación	Municipio	Localidad
1		Frontera Comalapa	Paso Hondo
2	Chiapas	El Porvenir	El Porvenir
3		Rayón	Rayón
4	Chihuahua	Urique	Tascates
5		Zitácuaro	Crescencio Morales
6	Michoacán	La Huacana	Pueblo Viejo
7		San Martín Peras	San Martín Peras
8	Oaxaca	Cuyamecalco	Cuyamecalco
9		Santiago Choápam	Santiago Choápam
10	San Luis Potosí	Villa de Ramos	Zacatón
11		Santa Catarina	Santa María Acapulco
12		Soledad Atzompa	Huitzila
13	Veracruz Sur	Mecayapan	La Perla
14		Uxpanapa	El Tesoro
15		Agua Dulce	Cedral

Fuente: Departamento de Construcción y Conservación.

c) Manejo efectivo y oportuno de las urgencias obstétricas

Una de las acciones que más han contribuido a disminuir la mortalidad materna en IMSS-Oportunidades ha sido el Acuerdo 126, aprobado en 2006 por el H. Consejo Técnico del IMSS [Ver Acuerdo](#) (Anexo VII.3) y [Manual de operación del Acuerdo](#) (Anexo VII.4), iniciativa a través de la cual se autoriza que las embarazadas oportunohabientes de alto riesgo, complicadas o con emergencia obstétrica puedan ser referidas por las UMR o HR a los hospitales de régimen



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

obligatorio del IMSS para recibir atención especializada y cuyos gastos generados por su atención son pagados con presupuesto de IMSS-Oportunidades [Ver Presupuesto ejercido a partir del Acuerdo 1261](#) (Anexo VII.5).

A partir de 2007 se dio seguimiento a la aplicación de este acuerdo a fin de que un mayor número de embarazadas de alto riesgo o complicadas se beneficiara de él.

Tabla VII.1.3 CARO que iniciarán operaciones en 2012 (segunda etapa)

No.	Delegación	Municipio	Localidad
1	Chiapas	Las Margaritas	Nuevo San Juan Chamula
2		Ocosingo	Monte Líbano
3		Santa Cruz Zenzontepec	Santa Cruz Zenzontepec
4	Oaxaca	Santiago Amoltepec	Santiago Amoltepec
5		Santiago Ixquintepéc	Santiago Ixquintepéc
6	Puebla	Ajalpan	Boca del Monte
7	San Luis Potosí	Rayón	Vicente Guerrero
8	Veracruz Norte	Ixhuatlán de Madero	San Francisco
9	Veracruz Sur	Tezonapa	Paraíso La Reforma
10		Hueyapan de Ocampo	Lomas de Sogotegoyo

Fuente: Departamento de Construcción y Conservación.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) las principales fallas de tipo médico en una muerte materna tienen que ver con la falta de oportunidad para reconocer una emergencia, o bien en la carencia de un plan de manejo que resuelva esa complicación.

Es por ello que a partir de 2009 se puso en operación el programa de capacitación del personal en el manejo efectivo y oportuno de las principales urgencias obstétricas, a través del curso en Soporte Vital Avanzado en Obstetricia –curso ALSO, *Advanced Life Support in Obstetrics*– dirigido al



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

personal médico y de enfermería principalmente de los HR y algunas UMR de las zonas de servicios médicos repetidoras de muerte materna.

Adicionalmente al mejoramiento de la competencia técnica del personal en emergencias obstétricas, el programa incorporó el abasto a todas las UMR y HR con un *stock* básico de las 12 claves prioritarias para el manejo de las principales urgencias en la embarazada [ver *Tabla VII.1.4*].

Tabla VII.1.4 Claves prioritarias para el manejo de las principales urgencias

Número	Clave	Concepto	Presentación
1	010.000.0597	Nifedipino 10 mg	Cápsulas
2	010.000.4201	Hidralazina 20 mg	Ámpula 1 ml
3	040.000.0202	Diazepam 10 mg	Ámpula 2 ml
4	010.000.3629	Sulfato de Magnesio 1 gr	Ámpula 10 ml
5	010.000.3620	Gluconato de Calcio 1 gr	Ámpula 10 ml
6	010.000.1542	Oxitocina 5 UI	Ámpula 1 ml
7	010.000.1544	Ergometrina 0.2 mg	Ámpula 1 ml
8	010.000.1541	Carbetocina 100 mcg	Ámpula 1 ml
9	010.000.3616	Sol. Hartman	Envase 1000 ml
10	010.000.3603	Sol. Glucosa 5%	Envase 1000 ml
11	010.000.3661	Poligelina	Envase 500 ml
12	010.000.3662	Seroalbúmina humana	Envase 50 ml

Fuente: Coordinación de Atención Integral a la Salud.

Evaluación y seguimiento de la mortalidad materna

La puesta en operación de todos los programas vinculados con la reducción de la mortalidad materna implica el seguimiento sistemático y permanente de los resultados obtenidos y su impacto en la situación y avances de la mortalidad materna en cada una de las zonas de servicios médicos.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Esto con el objetivo de identificar las áreas críticas que requieren intervenciones específicas, conocer las características y principales factores condicionantes de las defunciones maternas, y hacer factible el establecimiento de acciones de mejora para la prevención de nuevos casos.

El seguimiento se realiza a través de la vigilancia epidemiológica, que incluye:

- Búsqueda intencionada y permanente de las muertes maternas a nivel operativo.
- Notificación inmediata de 100 por ciento de los casos desde el ámbito delegacional al central (a la Dirección General del IMSS y a la Unidad del Programa IMSS-Oportunidades).
- Análisis de 100 por ciento de las defunciones maternas y retroinformación a las delegaciones.
- Elaboración y actualización del perfil epidemiológico de la mortalidad materna.
- Evaluación del número y la tasa de muerte materna en cada delegación y zona de servicios médicos donde IMSS-Oportunidades tiene presencia.

Debe resaltarse que como parte del seguimiento a la disminución de la muerte materna, esta prioridad se incluyó en los Frentes Estratégicos de la Dirección General del IMSS, a través de la iniciativa 1.1.9 A, “Acciones para Abatir la Mortalidad Materna en IMSS-Oportunidades”, por lo que la evolución y resultados se reportan periódicamente.

Organización y participación comunitaria para contribuir a la reducción de la muerte materna

Los programas de trabajo de la acción comunitaria que se desprendieron de la reducción de la mortalidad materna durante el periodo de análisis, son los siguientes:



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Interrelación con las parteras rurales

Las parteras voluntarias rurales (PVR) son líderes en su comunidad, con conocimientos y habilidades para la atención del embarazo, parto y puerperio. El acuerdo de cooperación voluntaria entre las PVR y el Programa se denomina “interrelación” y significa que las PVR aceptan reportar las actividades que realizan en beneficio de la población y recibir orientación y asesoría técnica bimestral en las unidades médicas en los siguientes rubros:

- Consejería en salud reproductiva, materno infantil y ginecológica.
- Búsqueda intencionada de embarazadas.
- Atención de parto de bajo riesgo.
- Derivación de mujeres a unidades médicas para atención del parto de alto riesgo; control e identificación de factores de riesgo; aplicación de métodos anticonceptivos temporales o definitivos; exploración de mamas; exploración ginecológica; visualización cervical o toma de citología cervical.
- Derivación de los recién nacidos a unidades médicas para prueba del tamiz neonatal ampliado, inicio del esquema de vacunación y elaboración de certificados de nacimiento.

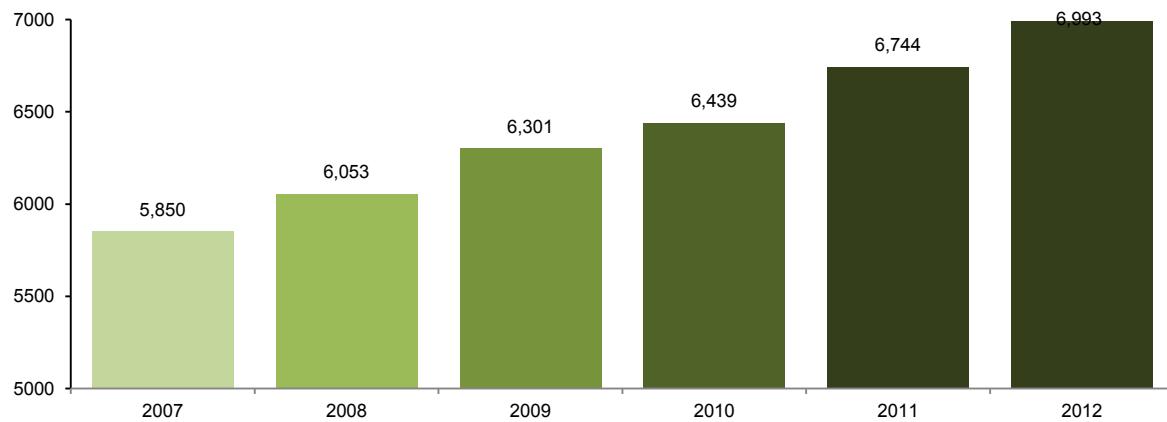
En 2007 IMSS-Oportunidades mantenía coordinación con 5,850 parteras y, derivado de la búsqueda intencionada que se efectuó en los últimos cinco años, en el primer semestre de 2012 se cuenta con 6,993 PVR, es decir, un incremento de 19.5 por ciento [ver Gráfico VII.1.1].



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

**Gráfico VII.1.1 Interrelación con parteras voluntarias rurales
(Número de parteras voluntarias rurales)**



Fuente: Sistema de Información en Salud para Población Abierta Rural (SISPA).

Capacitación a parteras

La dificultad para acceder a los servicios de salud por las grandes distancias y las condiciones geográficas hace de la PVR, en algunos casos, la única opción de asistencia durante el embarazo y la atención del parto. Ante este hecho, se pretende que a través de la capacitación y orientación esta asistencia se dé en las mejores condiciones posibles para la embarazada.



Curso de capacitación para parteras voluntarias rurales del estado de Chiapas 2011.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

De 2007 a junio de 2012 el 100 por ciento de PVR en interrelación recibió capacitación en aspectos de atención materna y planificación familiar.

Los talleres de salud materno-infantil han tenido un fuerte impulso con el fin de motivar cambios en los procesos de atención de la PVR y erradicar prácticas erróneas. Su duración es de cinco días y son totalmente didácticos y vivenciales; se apoyan con material que permite el intercambio de experiencias y conocimientos; evitan el enfoque unidireccional o escolarizado; eliminan el uso de conceptos o lenguaje técnico; en caso necesario, cuentan con el apoyo de traductores, y respetan la interculturalidad, los usos, costumbres y tradiciones.

El taller se estructura en acciones de atención médica y acciones comunitarias. Entre los temas que se imparten están:

- La partera en la planificación familiar (consejería y sensibilización).
- Reglas para la esterilización del equipo básico y técnica de lavado de manos.
- Diagnóstico oportuno de urgencias obstétricas y su manejo.
- Atención del puerperio normal y del recién nacido.
- Fortalecimiento de la red social.
- Control prenatal (embarazo normal y diagnóstico del embarazo de alto riesgo con énfasis de las enfermedades más frecuentes).
- Atención del parto (manejo adecuado del alumbramiento y diagnóstico oportuno de urgencias obstétricas y su manejo), acciones que salvan vidas.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

En caso dado de que persista la necesidad de la atención del parto por la PVR, la capacitación garantiza el parto limpio, es decir, en las mejores condiciones de higiene para la madre y el recién nacido. Para tal efecto, de 2008 a 2012 IMSS-Oportunidades dotó de equipo básico –16 a 19 artículos– a todas las PVR, lo que significó una inversión de más de 17,490,311.19 pesos [\[ver Datos de Adquisición de insumos para PVR\]](#) (Anexo VII.6).

Como parte del fortalecimiento de la coordinación y trabajo conjunto con las PVR, la Unidad del Programa IMSS-Oportunidades solicitó al H. Consejo Técnico del IMSS la autorización de incremento de 66 por ciento de este apoyo a partir de 2011 [\[ver Acuerdo del H. Consejo Técnico del IMSS\]](#) (Anexo VII.7), pasando de 300 pesos a 500 pesos mensuales [ver *Tabla VII.1.5*].

Tabla VII.1.5 Apoyos económicos a PVR por Delegación. Enero 2007 a junio 2012

Delegación	Clave	PRESUPUESTO Apoyo económico a parteras voluntarias rurales					Cifras en Pesos
		2007	2008	2009	2010	2011	
52	Baja California	\$0	\$54,600	\$68,700	\$62,100	\$108,000	\$54,000
54	Campeche	\$333,900	\$332,100	\$357,600	\$299,700	\$511,500	\$282,000
57	Chiapas	\$7,289,890	\$7,846,228	\$7,983,442	\$7,812,600	\$14,065,000	\$7,200,000
58	Chihuahua	\$81,270	\$195,866	\$178,334	\$160,200	\$342,000	\$195,000
60	Durango	\$262,800	\$277,200	\$283,200	\$234,300	\$426,000	\$204,000
62	Guerrero	\$0	\$0	\$0	\$0	\$213,000	\$105,000
63	Hidalgo	\$711,246	\$1,176,681	\$1,167,344	\$1,055,700	\$1,776,500	\$942,000
66	México	\$0	\$0	\$0	\$0	\$32,000	\$15,000
67	Michoacán	\$860,500	\$845,700	\$888,900	\$776,100	\$1,393,000	\$768,000
69	Nayarit	\$102,800	\$147,900	\$121,500	\$122,400	\$277,500	\$108,000
71	Oaxaca	\$1,487,765	\$1,458,600	\$1,555,500	\$1,564,800	\$3,590,000	\$1,710,000
72	Puebla	\$3,288,450	\$3,186,000	\$3,178,200	\$3,012,000	\$5,058,000	\$2,685,000
75	San Luis Potosí	\$829,800	\$812,000	\$843,556	\$837,900	\$1,565,000	\$807,000
76	Sinaloa	\$149,100	\$151,800	\$152,700	\$144,600	\$238,000	\$120,000
79	Tamaulipas	\$254,019	\$127,121	\$142,600	\$104,400	\$166,500	\$102,000
81	Veracruz Norte	\$1,843,949	\$1,816,800	\$1,872,200	\$1,761,300	\$3,344,000	\$1,590,000
82	Veracruz Sur	\$1,916,910	\$1,993,597	\$2,192,400	\$2,130,300	\$3,799,500	\$1,950,000
83	Yucatán	\$497,400	\$541,941	\$629,910	\$605,100	\$1,075,500	\$528,000
84	Zacatecas	\$76,500	\$93,300	\$93,900	\$87,300	\$145,000	\$72,000
Total		\$19,986,299	\$21,057,434	\$21,709,986	\$20,770,800	\$38,126,000	\$19,437,000

Presupuesto ejercido 2007- junio de 2012.

Fuente: Departamento de Recursos Financieros. IMSS-Oportunidades.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Cabe señalar que al inicio de la administración los apoyos eran entregados por el personal operativo del Programa, representando riesgos y retrasos, por lo que en 2010 se firmó un contrato con el prestador de servicios TELECOMM con el objeto de transparentar y hacer más oportuna la entrega de la compensación [\[ver Contrato de prestación de servicios con TELECOMM\]](#) (Anexo VII.8).

Derivación por PVR

La labor de sensibilización que se hace con las parteras respecto a la importancia de derivar oportunamente a las mujeres embarazadas a las unidades médicas de primer y segundo nivel, dio como resultado que de 2007 a 2011 se incrementara en 162 por ciento el número de derivaciones para control prenatal, de primera vez y subsecuente.

Durante el primer semestre de 2012 las derivaciones ascendieron a 68,193 y para el cierre de 2012 se estima que serán 140,000 [ver *Gráfico VII.1.2*].

Promoción del parto institucional

Respecto a la promoción del parto institucional se logró una reducción gradual de la atención del parto por parteras, disminuyendo de 13,317 en 2007 a 11,885 en 2011, lo que representa 12.1 por ciento del total de partos atendidos en el Programa [ver *Gráfico VII.1.3*].

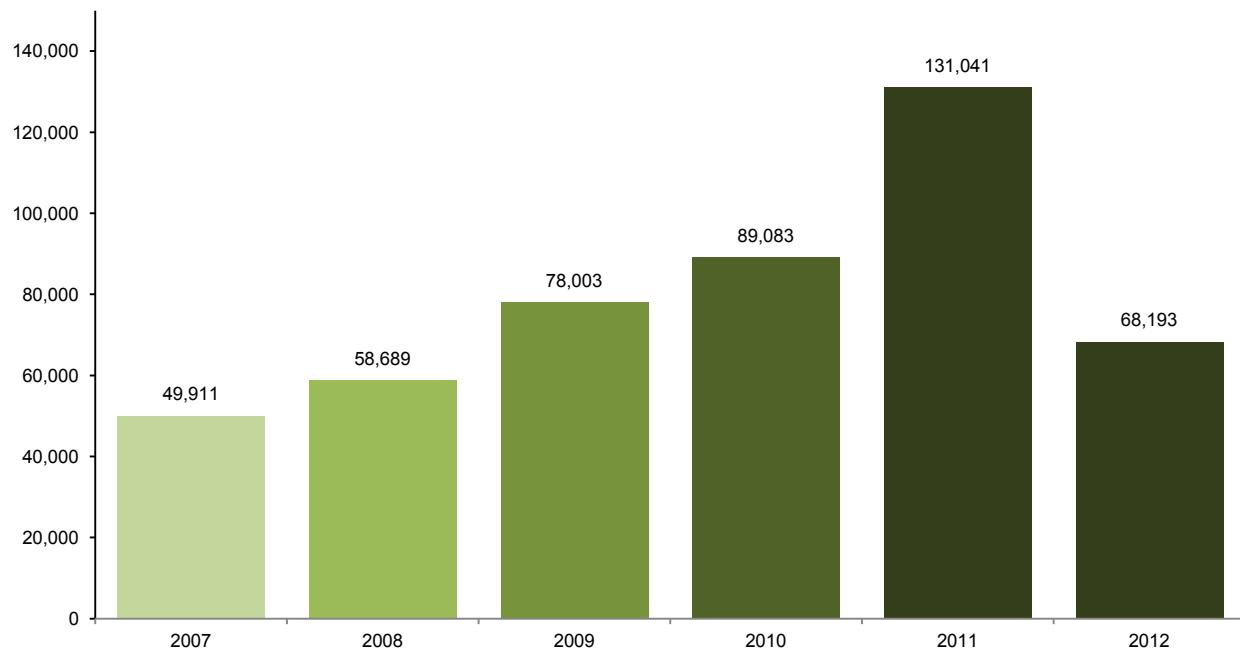
El número de partos institucionales va en aumento, mientras que el parto atendido por parteras experimenta una disminución gradual en el mismo periodo. De 2007 a 2011 se observa una tendencia descendente de los partos comunitarios [ver *Gráfico VII.1.4*].



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

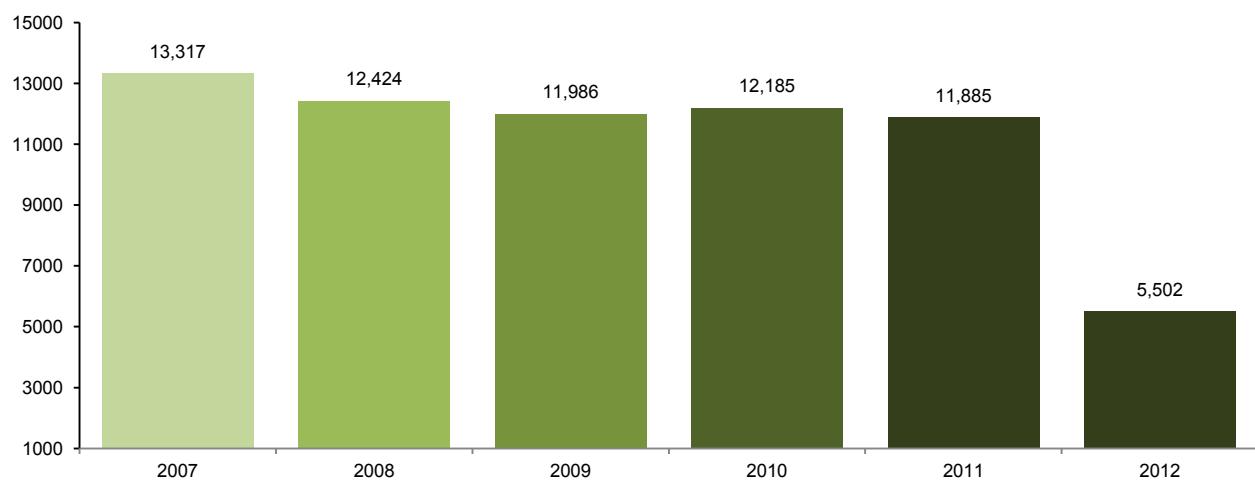
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Gráfico VII.1.2 Embarazadas derivadas por parteras para control prenatal 2007-2012
(Número de derivaciones embarazadas)



Fuente: Sistema de Información en Salud para Población Abierta Rural (SISPA).

Gráfico VII.1.3 Partos atendidos por parteras 2007-2012 (Número de partos)



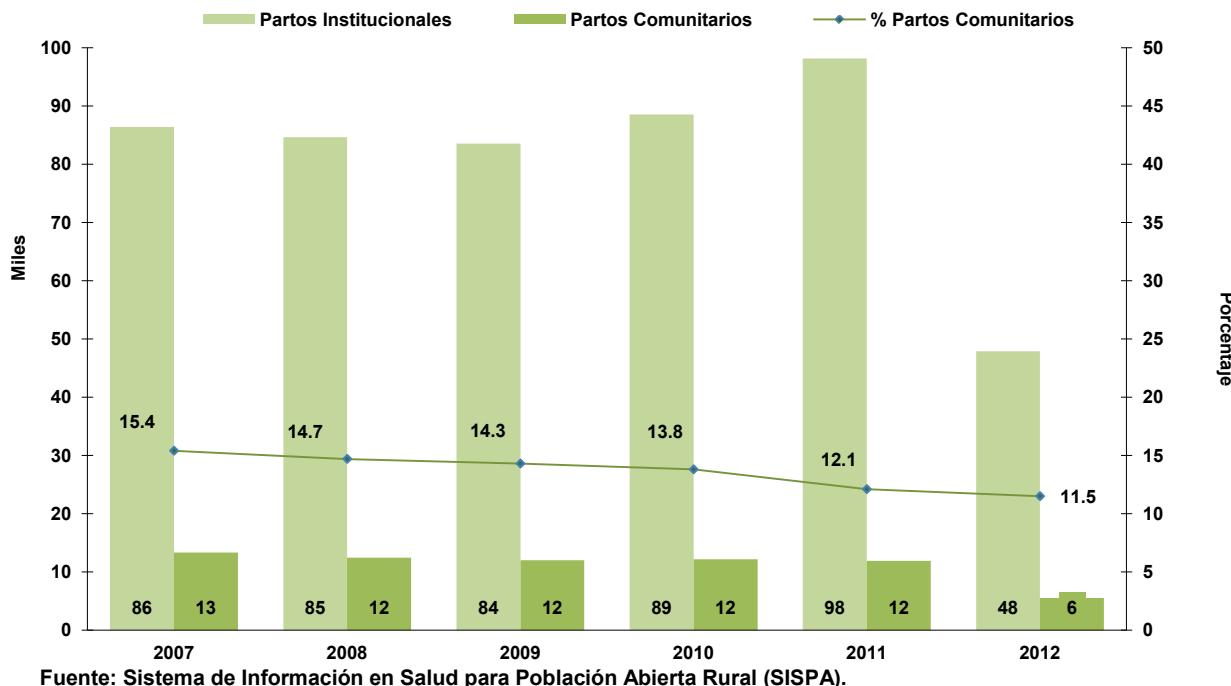
Fuente: Sistema de Información en Salud para Población Abierta Rural (SISPA).



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Gráfico VII.1.4 Comportamiento de partos institucionales y comunitarios



Fuente: Sistema de Información en Salud para Población Abierta Rural (SISPA).

La participación de las PVR en la atención del parto sigue siendo significativa: atendieron 11.5 por ciento de los partos al primer semestre de 2012 y más de 67 mil entre 2007 y 2012.

El seguimiento de embarazadas por PVR y voluntarios de salud en el periodo 2007-2011 se incrementó 12.1 por ciento, y a junio de 2012 representó en promedio 24.6 por ciento de las consultas que proporciona el personal médico [ver Gráfico VII.1.5].

Planificación familiar

La labor de las PVR como promotoras de la planificación familiar es destacable ya que de 2007 a 2011 lograron incrementar en más de 100 por ciento a nuevas aceptantes. Durante 2011, de las más de 352 mil aceptantes anuales de métodos anticonceptivos captadas por el Programa, 4 por ciento (13,683) recibió métodos orales por parte de las



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

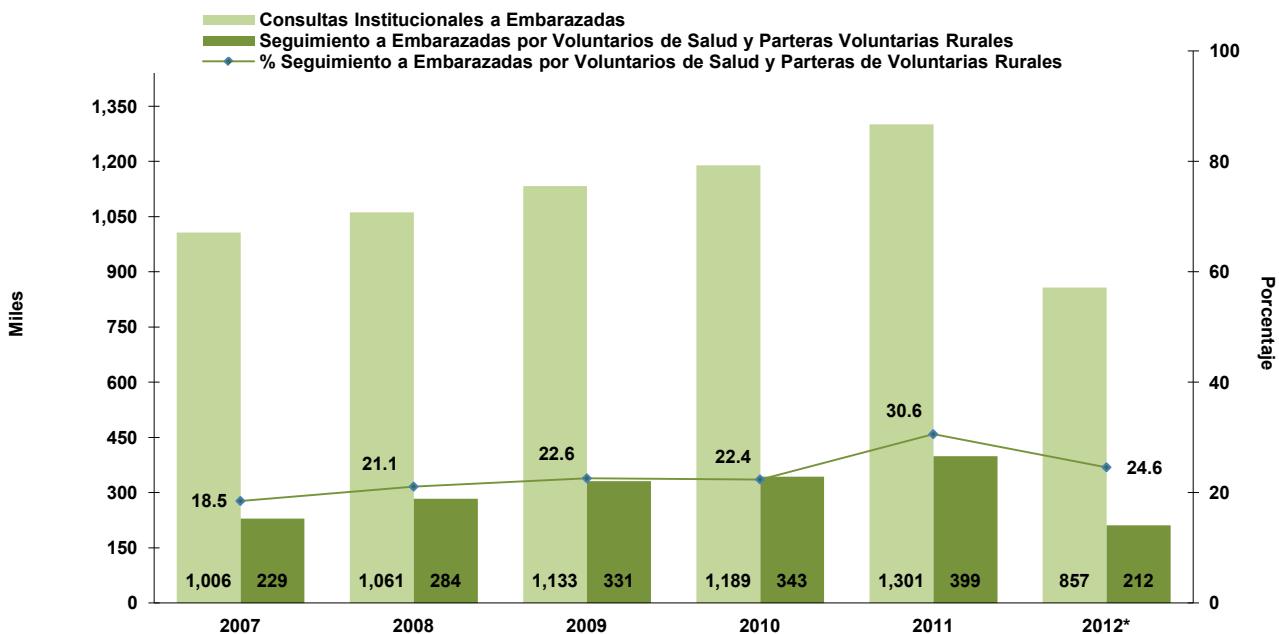
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

PVR y para el cierre de 2012 se pretende lograr 14,000 nuevos métodos orales [ver Gráfico VII.1.6].



Partera náhuatl. Control prenatal de embarazada

Gráfico VII.1.5 Seguimiento de embarazadas por voluntarios de salud y PVR



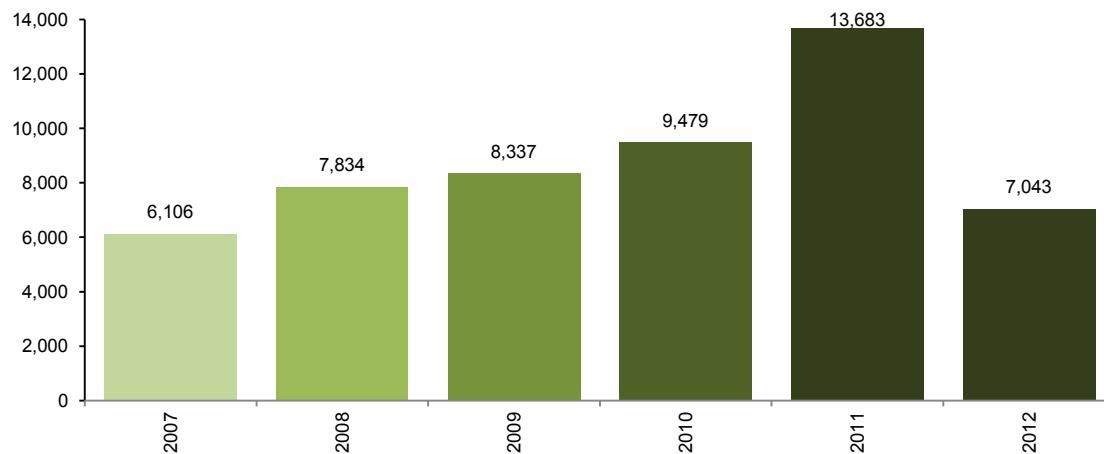
Fuente: Sistema de Información en Salud para Población Abierta Rural (SISPA). 2007-junio 2012*



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

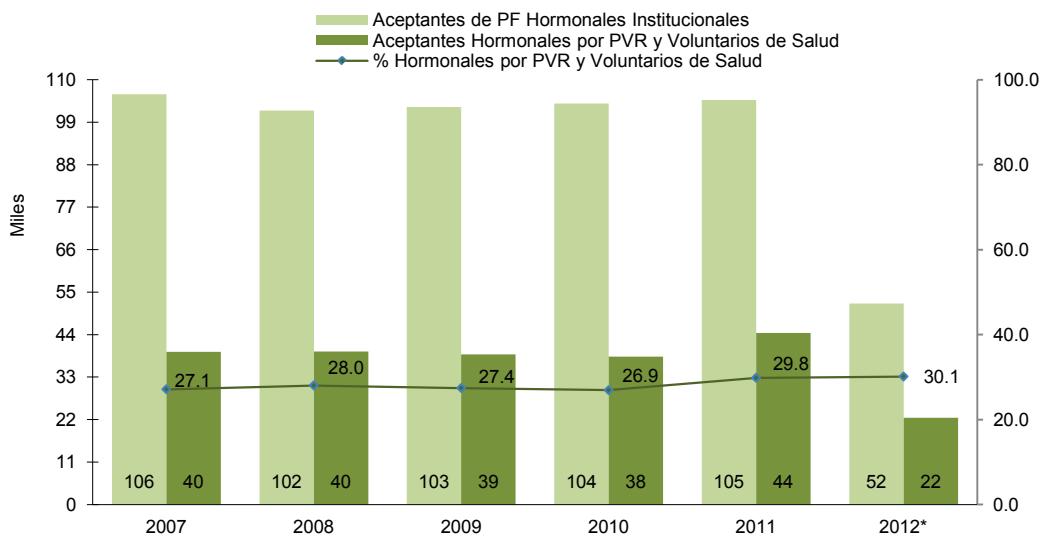
**Gráfico VII.1.6 Mujeres aceptantes de métodos orales de planificación familiar remitidas por parteras
(Número de nuevas aceptantes)**



Fuente: Sistema de Información en Salud para Población Abierta Rural (SISPA).

En lo que se refiere a las aceptantes de métodos de planificación familiar otorgados por PVR y voluntarios de salud, los resultados son positivos con un total de 223 mil métodos hormonales distribuidos. Destaca que tres de cada diez anticonceptivos hormonales son entregados por PVR y voluntarios de salud [ver Gráfico VII.1.7].

Gráfico VII.1.7 Métodos de PF hormonales otorgados en primer nivel por personal institucional y voluntarios (PVR y voluntarios de salud)



Fuente: Sistema de Información en Salud para Población Abierta Rural (SISPA). 2007-junio 2012*



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Red social

A partir de 2009 se impulsó la formación de redes sociales de promoción a la salud materna entre la población beneficiaria del Programa, especialmente en las localidades de mayor dispersión y difícil acceso.

La red social es un modelo de autogestión y solidaridad encaminado a disminuir la muerte materna, que incluye la participación de los equipos de salud, la organización comunitaria, las autoridades locales, la familia y la comunidad en general. Su propósito es vigilar permanentemente a las embarazadas de riesgo, derivarlas y trasladarlas oportunamente a los albergues comunitarios para ser atendidas en los HR.

La red social implica también el apoyo con información, recursos económicos, medios de transporte y cuidado de los hijos, entre otros. Con la orientación de los equipos de salud, la población se involucra y toma decisiones, adquiriendo mayor responsabilidad de su salud y la de su comunidad.

La participación de diversos segmentos de población en las redes sociales permite ampliar la información y la educación en el uso de métodos de planificación familiar, para incidir en la reducción de embarazos no deseados y el embarazo adolescente.

Desde 2009 que inició la estrategia y al cierre de 2011 se logró incrementar el número de localidades sede de unidad médica con red social instalada. Durante 2011, la estrategia se extendió de las localidades sede a las localidades de acción intensiva (LAI) con un avance en la conformación de las redes en estas últimas localidades de 89.4 por ciento.

A junio de 2012, la red social activa tiene una cobertura de 99.7 por ciento en las localidades sede y 93.8 por ciento en localidades de acción intensiva [ver *Gráfico VII.1.8*]. Al cierre de 2012 se concluirá la instalación de redes sociales en las localidades

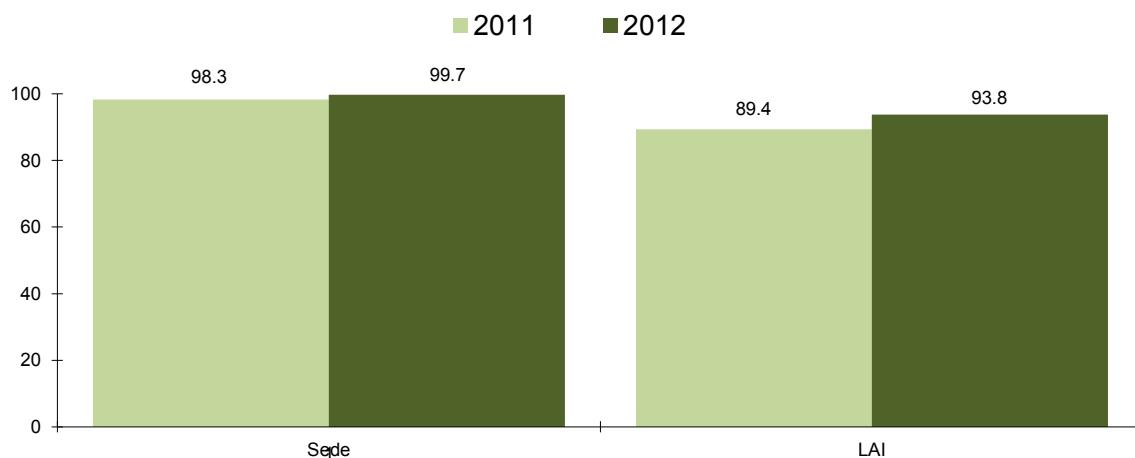


INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

del universo del Programa, lo que permitirá garantizar el traslado de embarazadas en riesgo a los albergues y HR contribuyendo a la reducción de la muerte materna.

Gráfico VII.1.8 Red social activa en sede y localidad de acción intensiva (2011-2012)



Fuente: Sistema de Información en Salud para Población Abierta Rural (SISPA).

Albergues comunitarios

Son espacios anexos o cercanos al HR que dan hospedaje y alimentación gratuita, orientación y asesoría educativa a embarazadas en riesgo y acompañantes, que proceden de comunidades poco accesibles, lejanas y dispersas.

A 2012 se cuenta con 67 albergues, de los cuales 64 están ubicados en HR, 2 de manera temporal en sedes de UMR y uno al costado de un CARO.²⁰

- Cuentan con dormitorios para hombres y mujeres, baños, cocina y área de lavado.

²⁰ Con base en información de la Coordinación de Acción Comunitaria para la Salud.



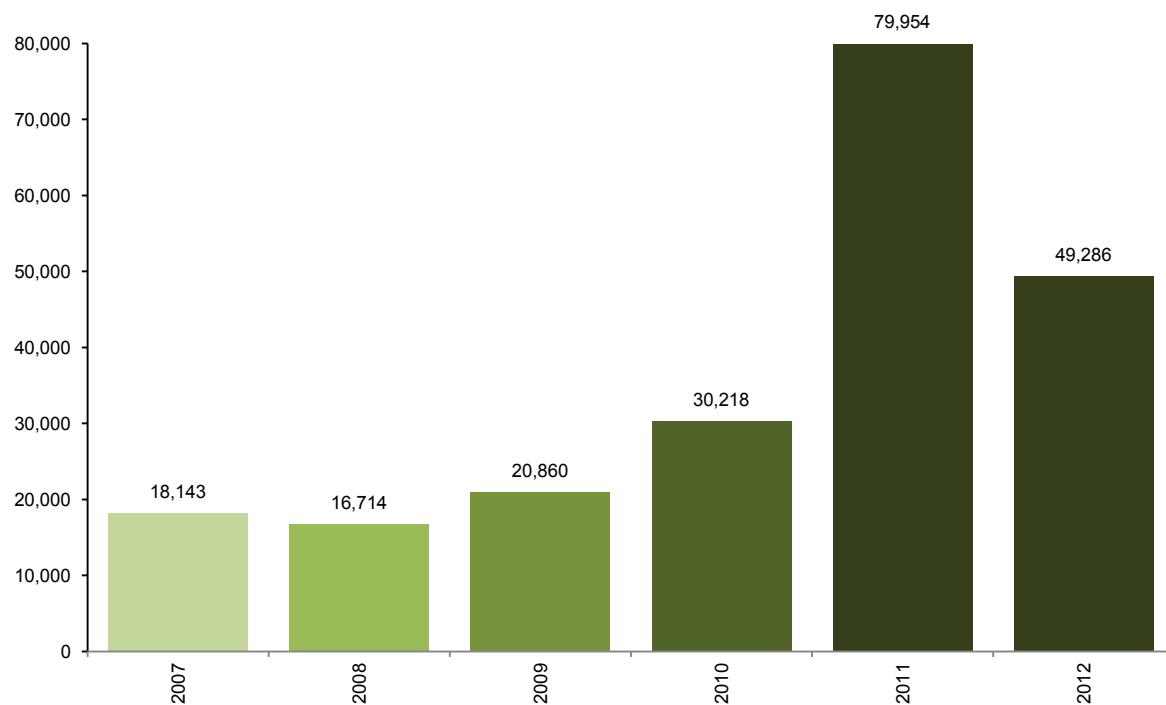
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

- 39 albergues (58%) proporcionan atención a población indígena y en estos casos los encargados hablan la lengua local.
- Los encargados del albergue reciben capacitación del personal del HR en salud sexual y reproductiva, salud ginecológica y protección civil.

Resalta que a partir de 2008 se incrementó el número de embarazadas alojadas en estos albergues: en 2011 se superó más de 160 por ciento lo reflejado en 2010 y en el corte de junio de 2012 se tiene un avance de más de 60 por ciento con respecto al año previo [ver *Gráfico VII.1.9*].

Gráfico VII.1.9 Embarazadas alojadas en albergues comunitarios



Fuente: Sistema de Información en Salud para Población Abierta Rural (SISPA).



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

VII.1.2 Prevención y atención oportuna del cáncer cérvico uterino

En México, el cáncer cérvico uterino (CaCu) constituye la segunda causa de muerte en las mujeres de 25 años y más. De acuerdo con el *PRONASA 2007-2012*, las mujeres que habitan las áreas rurales del país tienen tres veces más probabilidad de morir por esta causa que las que habitan en zonas urbanas, debido a que tienen menor acceso a los servicios de detección y tratamiento oportunos.

Hasta fines de 1990 uno de los factores que más limitaba la prevención de este tipo de cáncer era la insuficiencia de recursos humanos calificados –citotecnólogos y patólogos– para el procesamiento e interpretación oportuna de las pruebas de tamizaje (citología cervical) a todas las mujeres. Esta situación se hacía más crítica en las áreas rurales donde se registraban coberturas de detección inferiores a 20 por ciento, lo que representaba que sólo a dos de cada diez mujeres se les practicara la citología cervical, cifra muy lejana del porcentaje mayor a 80 por ciento considerado óptimo en el país.

En este contexto, IMSS-Oportunidades inició en 1997 los trabajos de planeación para la reducción de este problema de salud pública, tomando en cuenta los recursos disponibles y las características de operación del Programa. De esta manera, en 1998 se puso en marcha un esquema operativo para la prevención del CaCu denominado Modelo de Atención a la Salud Ginecológica.

En sus inicios, el modelo se planteó como ejes estratégicos la prevención y la detección oportuna, por lo que sus objetivos primordiales se focalizaron a fomentar la participación de las mujeres en el autocuidado de su salud e incrementar la cobertura de detección de CaCu.

Dentro de las acciones médicas ejecutadas para incrementar la detección se establecieron las siguientes:

- Visualización cervical con ácido acético al 5 por ciento, en forma anual para las mujeres de 15 a 49 años.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

- Citología cervical (papanicolaou) para las mujeres de 50 años y más.

Además de las acciones para la detección del CaCu, se estableció la exploración ginecológica, dirigida a la identificación en el 100 por ciento de mujeres de lesiones benignas del tracto genital inferior.

En complemento, se inició el programa de diagnóstico y tratamiento de las mujeres con alguna patología premaligna o maligna del cérvix uterino, por lo que se implementaron los Módulos de Salud Ginecológica, áreas ubicadas dentro de los HR.

A partir de 2007, las acciones del modelo se reorientaron y se definieron los siguientes ejes:

- Consolidación de la prevención del CaCu.
- Fortalecimiento de la atención de las mujeres con alguna patología premaligna o maligna del cérvix uterino en los Módulos de Salud Ginecológica.
- Reforzamiento de las actividades educativas dirigidas a la población.

Dentro de las acciones consideradas en la planeación que finalmente se pusieron en operación para fortalecer la prevención, destacan:

- a) Incorporación a partir de 2010 de la vacuna preventiva contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) a todas las niñas de 9 años del ámbito de responsabilidad del Programa. Debe señalarse que este virus está asociado como factor causal en 95 por ciento de los casos de CaCu.

Cabe destacar que con el apoyo del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGySR) de la Secretaría de Salud, y en el contexto de la Estrategia de Prevención del CaCu en los Municipios con Menor Índice de Desarrollo Humano, en 2009 inició la aplicación de esta vacuna en las niñas de 12 a 16 años, residentes en las localidades de dichos municipios, y



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

posteriormente en 2010, en un acto de equidad inmunológica se incorporó la aplicación de este biológico a todas las niñas de 9 años del ámbito de responsabilidad de IMSS-Oportunidades.

b) Detección oportuna a través de visualización cervical con ácido acético al 5 por ciento y citología cervical (papanicolaou) a la población femenina, tal y como se establece en el lineamiento técnico del Modelo de Atención a la Salud Ginecológica [\[ver Anexo VII.9\]](#); debe mencionarse que como parte del proceso de seguimiento de este programa, en 2010 se modificaron los grupos de edad de las mujeres a las que se dirigen las acciones de detección, homologando la aplicación de la citología cervical al resto de instituciones del Sector Salud, de tal forma que a partir de 2011 la citología se realiza a mujeres de 25 a 64 años bajo los criterios de periodicidad establecidos en la NOM-014-SSA2 [\[ver Anexo VI.1\]](#), mientras que la visualización cervical se dirigió a las de 15 a 24 años en forma anual.

En este contexto, es fundamental considerar que hasta 2010 IMSS-Oportunidades carecía de citotecnólogos propios y subrogaba la lectura de las citologías a los servicios privados disponibles en cada entidad federativa, lo que originaba retraso en la entrega de los resultados por la saturación de los laboratorios o bien la emisión de resultados poco confiables. Por ello, en 2010 se inició la construcción y equipamiento de cinco laboratorios donde se procesan e interpretan las citologías cervicales, ubicados estratégicamente en los HR de las delegaciones de Chiapas, Michoacán, Oaxaca, Veracruz Norte y Zacatecas [\[ver Tabla VII.1.6\]](#).

Tabla VII.1.6 Laboratorios de citología que iniciaron operaciones en 2011

Núm.	Delegación	Hospital Rural
1	Chiapas	Ocozocoautla
2	Michoacán	Buenavista
3	Oaxaca	Huajuapan de León



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Núm.	Delegación	Hospital Rural
4	Veracruz Norte	Papantla
5	Zacatecas	Villanueva

Fuente: Unidad del Programa IMSS-Oportunidades.

Para la operación de estos laboratorios y con el apoyo de la Coordinación de Educación en Salud (CES) del IMSS y el Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social (SNTSS), el 15 de julio de 2010 inició, en un hecho inédito para el Programa, la formación dentro del propio Instituto de la primera generación de 16 citotecnólogos, misma que concluyó el 14 de julio de 2011, integrándose dichos recursos a la operación.

En la implementación de estos laboratorios se invirtieron \$ 1.6 mdp considerando obra y equipamiento [\[Ver Datos de laboratorios de citología\]](#) (Anexo VII.10).

Como parte del proceso de planeación de este programa se consideró la ampliación paulatina del número de laboratorios de citología, por lo que en 2011 inició la construcción de cinco laboratorios más ubicados en los siguientes HR y delegaciones: San José del Rincón, Estado de México Poniente; San Cayetano, Nayarit; Tepexi de Rodríguez, Puebla; Zacatipan, San Luis Potosí; Coscomatepec, Veracruz Sur.

Dichos laboratorios iniciarán actividades una vez que la segunda generación de 15 citotecnólogos concluya su formación el 12 de octubre de 2012, la cual inició el 17 de octubre de 2011.

En la implementación de estos laboratorios se invirtieron \$ 1.6 mdp considerando obra y equipamiento [\[Ver Datos de laboratorios de citología\]](#) (Anexo VII.10)

Asimismo, el 9 de abril de 2012 inició la formación de la tercera generación de citotecnólogos de HR, quienes egresarán el 7 de abril de 2013 para la operación de cinco laboratorios de citología más que se encuentran en construcción y que se ubicarán en los siguientes HR: Valle de Allende, Chihuahua; Guadalupe Victoria, Durango; Huejutla, Hidalgo; Villa Unión, Sinaloa; e Izamal, Yucatán.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

En estos laboratorios se invirtieron \$ 1.6 mdp considerando obra y equipamiento [\[ver Datos de laboratorios de citología\]](#) (Anexo VII.10).

El segundo eje para la prevención del CaCu es la atención en los módulos de salud ginecológica de los HR, de las mujeres que presentan una prueba de detección positiva y con sospecha de una alteración premaligna o maligna; para esta acción, todas las UMR y los consultorios de los HR refieren a los Módulos de Salud Ginecológica de los HR, a las mujeres que resultan con una visualización cervical positiva o una citología con displasia leve o más, para que se realice la confirmación diagnóstica de la patología y se dé el tratamiento correspondiente, o bien, se descarte.

Con el propósito de fortalecer la operación de los Módulos de Salud Ginecológica, IMSS-Oportunidades gestionó ante la Fundación Gonzalo Río Arronte, IAP, la entrega de equipo e instrumental especializado a través de dos donaciones [\[ver Expedientes de Fundación Gonzalo Río Arronte 2007\]](#) (Anexo VII.11) y [\[Fundación Gonzalo Río Arronte 2010\]](#) (Anexo VII.12)].

La primera donación se llevó a cabo entre 2007 y 2008 e incluyó el siguiente equipo específico para los módulos de salud ginecológica:

- 40 colposcopios.
- 20 equipos de criocirugía.
- 54 equipos de electrocirugía.

La segunda donación se realizó entre 2010 y 2011 e incluyó:

- 70 colposcopios.
- 70 equipos de criocirugía.
- 70 equipos de electrocirugía.
- 300 pinzas de Shubert para biopsia.
- 300 espejos vaginales.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

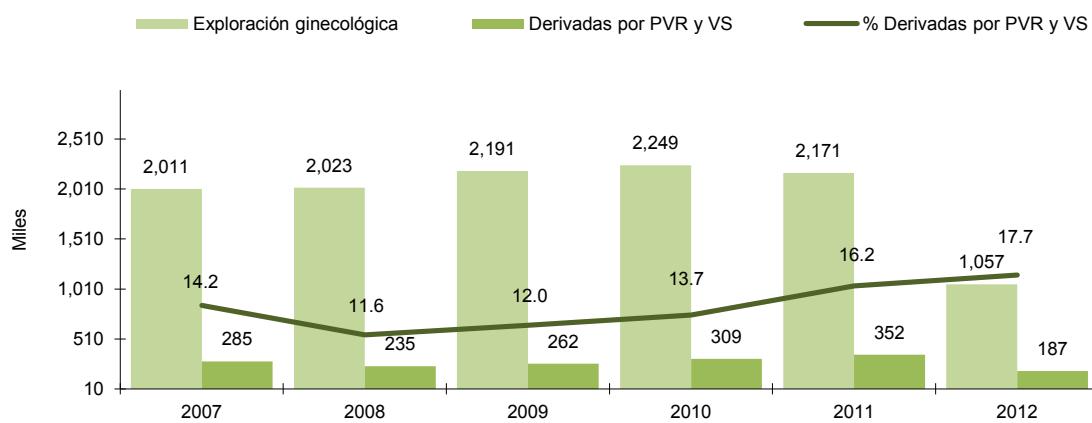
Organización y participación comunitaria para la prevención y atención oportuna del CaCu

De forma coordinada y con la asesoría de los equipos de salud, en los últimos cinco años los grupos voluntarios llevaron a cabo la búsqueda intencionada de mujeres que iniciaron vida sexual activa, identificando a quienes no habían recibido atención ginecológica.

De 2007 a junio de 2012 las PVR y los voluntarios rurales derivaron a más de 1.6 millones de mujeres para exploración ginecológica y su participación se incrementó en 3.5 puntos porcentuales durante el periodo referido [ver Gráfico VII.1.10].

Adicionalmente, con la participación de los grupos de voluntarios del Programa durante todos los meses de mayo y octubre (2007-2012) se realizaron actividades intensivas de comunicación educativa en salud ginecológica para informar y motivar a las mujeres a asistir a la detección oportuna y prevención del CaCu y cáncer de mama, respectivamente; y durante el transcurso del año se desarrollaron los talleres comunitarios para orientarlas en su autocuidado en estos temas.

Gráfico VII.1.10 Mujeres derivadas por PVR y VS para Exploración Ginecológica



Fuente: Sistema de Información en Salud para Población Abierta Rural (SISPA). 2007-junio 2012*



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

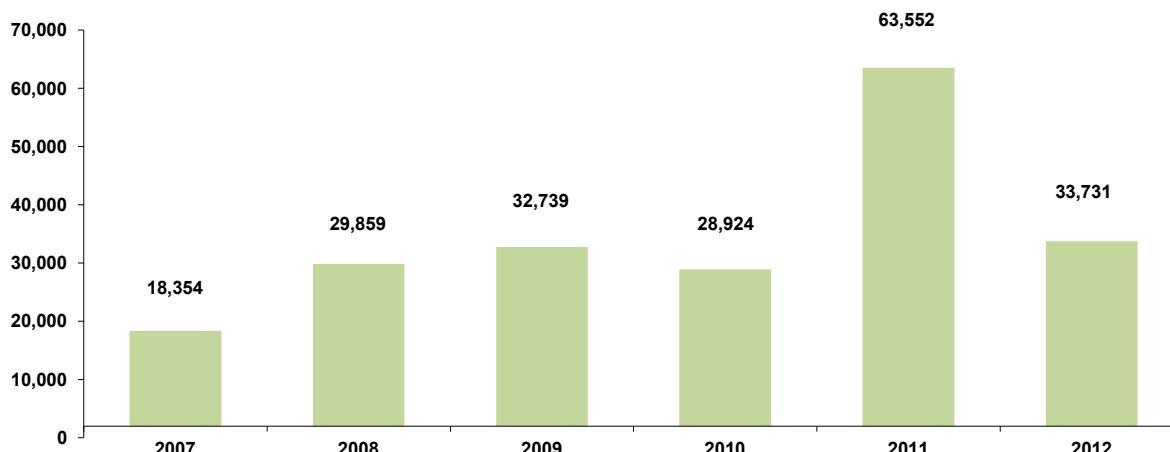
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Destaca que los grupos de voluntarios dan seguimiento a las mujeres que representan alguna necesidad de atención continua indicada por el médico.

La revisión temprana de la mujer es fundamental para la detección y tratamiento oportuno en caso de presentarse diagnóstico de CaCu, por lo que las parteras al realizar esta actividad contribuyen en la incidencia de la disminución de la tasa de mortalidad asociada a este padecimiento.

Las PVR derivan a las mujeres remisas a la exploración ginecológica integral, actividad en la que se registra un importante incremento, con una proporción de 3 a 1 respecto a los datos manejados entre 2007 y 2011 [ver Gráfico VII.1.11]. Para 2012 y dada la tendencia se espera derivar a más de 64,000 mujeres para revisión ginecológica.

Gráfico VII.1.11. Mujeres derivadas por parteras a unidad médica para revisión ginecológica (Número de mujeres)



Fuente: Sistema de Información en Salud para Población Abierta Rural (SISPA). *2007-junio 2012

VII.1.3 Salud integral del adolescente (CARA)

Los adolescentes representan un grupo de gran importancia para el desarrollo de cualquier sociedad, no sólo porque son uno de los segmentos más grandes de la



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

población, sino porque debido a la etapa de desarrollo físico y emocional en que se encuentran son vulnerables a desarrollar comportamientos o hábitos que ponen en riesgo su salud.

Para IMSS-Oportunidades los adolescentes constituyen un grupo prioritario, representan 23 por ciento de la población atendida en el ámbito rural, es decir, 2.3 millones de jóvenes de entre 10 y 19 años.²¹

En 1998 el Programa implementó el Modelo de Atención Integral a la Salud del Adolescente Rural (MAISAR), dirigido a jóvenes de 10 a 19 años. Su instrumento principal es el Centro de Atención Rural al Adolescente (CARA), el cual es un espacio físico ubicado en 100 por ciento de las UMR y HR. Su propósito es ser un punto de atracción y reunión para que los jóvenes, además de acercarse a los servicios de salud, reciban educación, información, consejería y atención médica.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que una de las herramientas más importantes para la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades es la educación para la salud, la cual no debe limitarse a la transmisión de información, sino al desarrollo de habilidades personales y autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar los estilos de vida.

En ese sentido, una de las premisas de los CARA ha sido modificar los enfoques tradicionales de atención centrados en proporcionar información y otorgar atención médica ante un daño a la salud. En este tenor, el enfoque fue la educación reflexiva y vivencial, a partir de una visión integral que promueve el desarrollo de habilidades de competencia psicosocial como la comunicación familiar, los valores, la autoestima, la toma asertiva de decisiones, y la prevención de embarazos no planeados e infecciones de transmisión sexual (ITS), entre otras.

²¹Padrón de Beneficiarios, corte a junio 2012.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

A través de este modelo educativo se impacta en los adolescentes a nivel afectivo y cognitivo, lo que repercute directamente en un cambio de conductas y actitudes, permitiéndoles tener un estilo de vida más saludable.

Un personaje importante en esta línea de trabajo es el líder adolescente, quien forma parte de la comunidad. A través de la formación de equipos juveniles y de una metodología de pares, el líder refiere, orienta e informa a otros adolescentes de su localidad. Por ello, el desarrollo del liderazgo en este grupo de edad es una prioridad.

En este mismo rubro un programa relevante para IMSS-Oportunidades es la atención de las embarazadas adolescentes, por lo que dentro de los CARA se crean grupos educativos de adolescentes embarazadas, donde se abordan temas de autocuidado para la salud durante la gestación, que favorecen el óptimo desarrollo de su embarazo, así como aspectos de anticoncepción para la planeación de futuras gestaciones.

Por otra parte, con el propósito de acercar los servicios a los jóvenes que por algún motivo no pueden asistir a los CARA, se implementaron estrategias extramuros denominadas módulos ambulantes y encuentros educativos.

Si bien en un inicio el énfasis de los CARA era la disminución del embarazo y la prevención de infecciones de transmisión sexual, a partir del seguimiento de la situación epidemiológica de los adolescentes y acorde con sus necesidades y expectativas, en 2007 se planeó y ejecutó la ampliación de su enfoque, incorporando temas que afectan su salud y su desarrollo, tales como la prevención de la violencia, las adicciones, el sobrepeso y la obesidad, entre otros.

Actualmente se encuentran en operación 3,666 CARA en las delegaciones donde tiene presencia el Programa, 79 en HR y 3,587 en UMR.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Adicionalmente a los programas que habitualmente se desarrollan en los CARA, de 2007 a junio 2012 se llevaron a cabo las siguientes actividades.

- En 2009 se construyeron y equiparon 95 CARA en localidades ubicadas en municipios considerados como de bajo índice de desarrollo humano, localizados, a su vez, en ocho delegaciones del IMSS [ver *Tabla VII.1.7*].

Tabla VII.1.7 Distribución de CARA en 2009

Delegación	CARA construidos
Chiapas	20
Durango	18
Nayarit	14
Oaxaca	20
Puebla	7
San Luis Potosí	1
Veracruz Norte	11
Veracruz Sur	4
Total	95

Fuente: Unidad del Programa IMSS-Oportunidades.

- Esta inversión tuvo un costo de \$ 63.5 mdp. Los CARA cuentan con equipo y material educativo como televisión, DVD y minicomponente, entre otros, a fin de enriquecer el trabajo educativo.
- Adicionalmente, en 2011 se construyeron cuatro CARA más en las delegaciones de Chiapas y Puebla, con un costo de \$ 3.1 mdp [\[ver Datos CARA 2009-2011\]](#) (Anexo VII.13).
- Del 19 al 23 de septiembre de 2011 los CARA de IMSS-Oportunidades participaron en la Primera Semana Nacional de Salud de la Adolescencia,



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

organizada y coordinada por el Centro Nacional de la Infancia y la Adolescencia (CENSIA) de la Secretaría de Salud, evento en el que todas las unidades médicas del Sector Salud efectuaron acciones intensivas de promoción e información de autocuidado para la salud, dirigidas a los jóvenes. Durante esa semana, en los CARA se realizaron 12,707 talleres con la participación y asistencia de 239,693 adolescentes.

Para 2012 se tiene programada la Segunda Semana Nacional del 24 al 28 de septiembre.

Organización y participación comunitaria para la salud integral del adolescente

Durante 2007-2011 los grupos de voluntarios realizaron los talleres comunitarios sobre adolescencia y sexualidad e hicieron la búsqueda intencionada de adolescentes que iniciaron vida sexual activa para su orientación y consejería, con particular atención a las adolescentes embarazadas.

Como resultado, al primer semestre de 2012 la derivación de adolescentes embarazadas por parte de los voluntarios de salud rebasó en 2.3 puntos porcentuales a las consultas otorgadas de primera vez a las jóvenes por parte del equipo de salud, lo que ha contribuido a disminuir el alto riesgo del embarazo temprano [ver *Gráfico VII.1.12*].

La vigilancia y seguimiento por parte del voluntario de salud a las embarazadas adolescentes se incrementó en 13.4 por ciento, alcanzando en 2012 el 26.1 por ciento, lo que representa que tres de cada diez embarazadas son vigiladas por el voluntario de salud [ver *Gráfico VII.1.13*].



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



Voluntaria de Salud orientando a una adolescente con vida sexual activa.

Gráfico VII.1.12 Derivación por voluntarios de salud de adolescentes embarazadas de primera vez



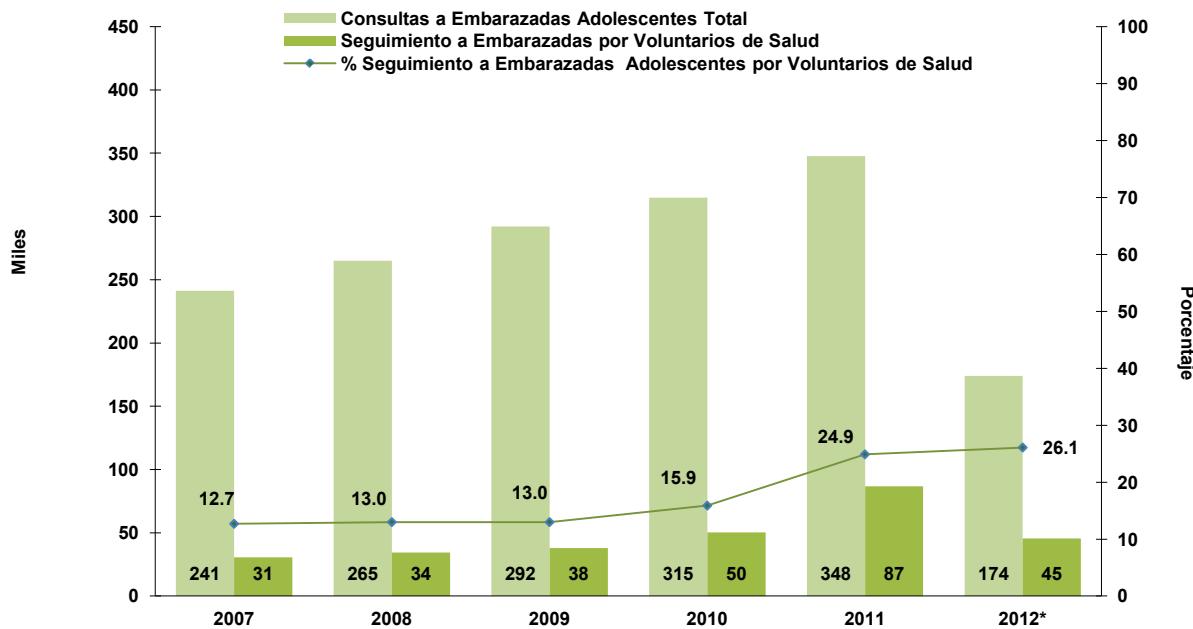
Fuente: Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA), 2007-junio 2012*



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Gráfico VII.1.13 Vigilancia y seguimiento a adolescentes embarazadas por voluntarios de salud



Fuente: Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA) 2007-junio 2012*.

VII.1.4 Vacunación

La vacunación se considera una de las acciones más efectivas para prevenir diversas enfermedades, por lo que reviste una alta prioridad para el Programa y el resto de instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud. Por este motivo, desde sus inicios, IMSS-Oportunidades ha asignado suficientes recursos a esta actividad y ha adoptado las medidas necesarias para lograr una cobertura óptima en la aplicación de biológicos.

El Consejo Nacional de Vacunación (CONAVA) instrumentó el Programa de Vacunación Universal (PVU) como una política sanitaria que tiene como propósito proveer protección específica contra algunas infecciones, mediante la vacunación en los diferentes grupos de edad, en toda la población del país.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

En los lineamientos de dicho Programa se establecen los criterios y procedimientos que todas las instituciones de salud del país deben observar para lograr el control, la eliminación y la erradicación de las enfermedades prevenibles por vacunación. La ejecución del Programa de Vacunación Universal se realiza mediante dos estrategias esenciales: las Acciones Intensivas y el Programa Permanente de Vacunación.

Las Actividades Permanentes se llevan a cabo en los servicios del primer, segundo y tercer nivel de atención del Sistema Nacional de Salud y se desarrollan de manera continua a lo largo del año, mediante actividades enfocadas a cubrir los Esquemas Básicos de Vacunación y los Esquemas Complementarios en las diferentes edades.

En las tres Semanas Nacionales de Salud, como reforzamiento a las actividades permanentes, se aplican todas las vacunas para iniciar o completar esquemas de vacunación en los menores de ocho años, mujeres en edad fértil y grupos poblacionales específicos. También se promueven otras acciones de salud como distribución de sobres con soluciones hidratantes (Vida Suero Oral) y se proporciona información a los responsables de los niños menores de cinco años para el uso adecuado del Vida Suero Oral en el tratamiento de los cuadros diarreicos.

En este sentido, la vacunación es una de las prioridades de IMSS-Oportunidades a la cual se le han destinado recursos presupuestales sin precedentes en los últimos años [\[Ver Expedientes de vacunas 2007-2011\]](#) (Anexo VII.14). La inversión en vacunas se incrementó de manera progresiva a partir de 2008 [ver *Gráfico VII.1.14* y *Tabla VII.1.8*].

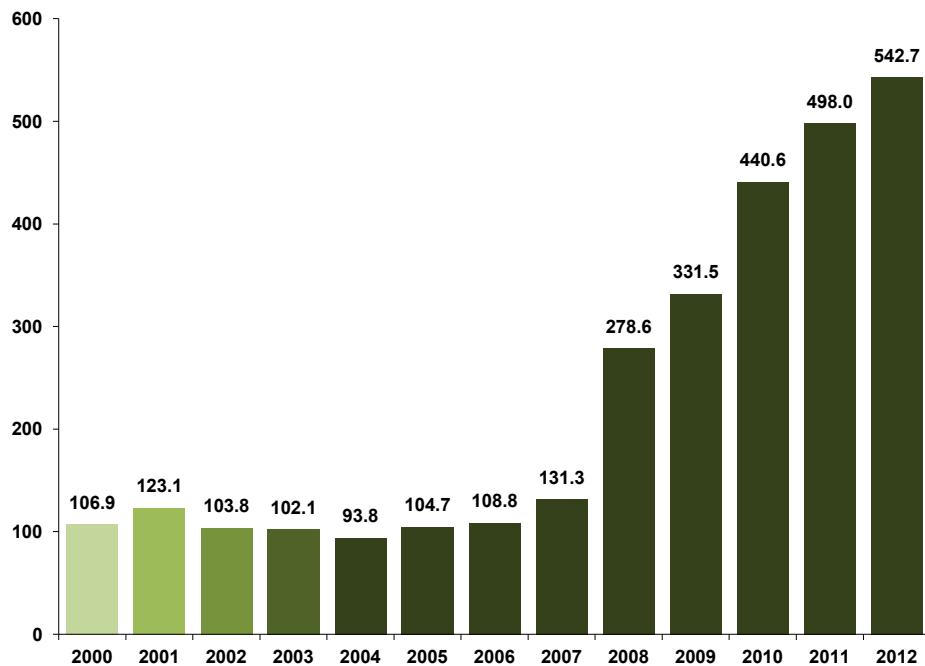
Por ser la vacunación universal la intervención en salud preventiva prioritaria a nivel nacional, IMSS-Oportunidades asumió el objetivo de hacer llegar todas las vacunas a la población de las localidades de más difícil acceso y mayor índice de marginación, garantizando de esta manera la equidad inmunológica.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Gráfico VII.1.14 Inversión en vacunas IMSS-Oportunidades
(Millones de pesos, 2000-2012)



Fuente: Departamento de Recursos Materiales, Unidad del Programa IMSS-Oportunidades.

Tabla VII.1.8 Adquisición de vacunas 2007-2012

Año	Vacunas del esquema básico del menor de ocho años	Otras vacunas y productos biológicos	Número total de vacunas adquiridas
2007	8,155,610	7,149,650	15,305,260
2008	10,245,100	8,973,355	19,218,455
2009	11,116,700	5,209,020	16,325,720
2010	12,314,090	7,703,676	20,017,766
2011	11,931,600	5,440,170	17,371,770
2012	9,915,990	4,927,055	14,843,045

Fuente: Departamento de Recursos Materiales, Unidad del Programa IMSS-Oportunidades.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Vacunación en actividades permanentes y en Semanas Nacionales de Salud

Para garantizar el cumplimiento de llevar todas las vacunas a todos los niños y otros grupos de riesgo, todos los años se inicia la planeación de metas de dosis de vacunas a aplicar, con criterios poblacionales y esquemas normados por el CONAVA.

Como parte de esta planeación y su ejecución, se realizan actividades relacionadas con las licitaciones para la adquisición de los productos biológicos. En el periodo de análisis, se priorizó la inversión en vacunas para hacer llegar al 100 por ciento de los niños universo del Programa vacunas como la anti-rotavirus, anti-neumocócica pediátrica y anti-influenza, que pasaron a formar parte del nuevo esquema básico. A lo anterior se agregó la inclusión de la vacuna contra el virus del papiloma humano para niñas y adolescentes a partir de los nueve años.

En 1998 se aplicaban cinco vacunas y se protegía contra seis enfermedades; mientras que de 2007 a 2010 se logró la inclusión de 14 vacunas para prevenir 32 enfermedades. Para el periodo invernal 2011-2012 se deja de usar la vacuna contra la influenza pandémica por la aparición de la anti-influenza trivalente, por lo que actualmente se usan 13 vacunas. Para la evolución de la inclusión de vacunas en IMSS-Oportunidades [ver *Diagrama VII.1.2*].

El seguimiento de las acciones de vacunación se realiza en dos puntos: el primero a través del monitoreo del abasto de vacunas del almacén central de programas especiales a las delegaciones, y el segundo mediante el monitoreo mensual del cumplimiento de metas en dosis aplicadas, reportadas por todas la unidades médicas a través del Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA).

La evaluación final de los resultados de vacunación se realiza mediante el monitoreo de los indicadores de coberturas con esquemas básicos completos de vacunación en los diversos grupos de edad, conforme a los criterios establecidos por el CONAVA.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Diagrama VII.1.2 Evolución del esquema de vacunación en IMSS-Oportunidades

		2010-2011		2012	
		Antinf. AH1N1			
		2007-2009	Vacuna contra VPH	Vacuna contra VPH	
		Antirotavirus	Antirotavirus	Antirotavirus	
		2006	Antineumococo 7V	Antineumococo 10V	Antineumococo 13V
		Antineumococo 23V	Antineumococo 23V	Antineumococo 23V	Antineumococo 23V
2000-2005		Antiinfluenza	Antiinfluenza	Antiinfluenza	Antiinfluenza Trivalente
1999		Doble viral	Doble viral	Doble viral	Doble viral
		Antihepatitis B	Antihepatitis B	Antihepatitis B	Antihepatitis B
1998	Cuádruple	Pentavalente	Pentavalente	Pentavalente	Pentav. Acelular
	Sabin	Sabin	Sabin	Sabin	Sabin
	DPT	DPT	DPT	DPT	DPT
	BCG	BCG	BCG	BCG	BCG
	Antisarampión	Triple viral	Triple viral	Triple viral	Triple viral
	TT	TT	TD	TD	TD

Fuente: Departamento de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades.

Proyecto de fortalecimiento y modernización de la cadena de frío

No obstante el crecimiento e incorporación de nuevas vacunas al esquema básico, en este rubro se hicieron evidentes las limitaciones y obsolescencia de la cadena de frío, por lo que para asegurar la calidad inmunológica de las vacunas, IMSS-Oportunidades se dio a la tarea de establecer un diagnóstico nacional de necesidades de refrigeradores, termos y termómetros, conformándose por vez primera un Proyecto de Modernización y Fortalecimiento de la Cadena de Frío que se cumplió gradualmente entre 2007 y 2012 [\[ver Proyecto\]](#) (Anexo VII.15).

Lo anterior, sustentado en los lineamientos emitidos por el CONAVA, toda vez que el almacenamiento y conservación de las vacunas representa el aspecto más crítico de



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

todo proceso de vacunación y conforma la cadena de frío, la cual constituye el soporte básico de los procesos de inmunización y a la que se requiere prodigar especial atención en el conjunto de eslabones de tipo logístico que intervienen en la manipulación, transporte y almacenamiento de los productos biológicos.

La planeación del Proyecto de Fortalecimiento y Modernización de la Cadena de Frío se inició con la realización de un diagnóstico de necesidades de refrigeradores para vacunas, para lo cual se revisaron las compras realizadas en años previos para identificar la cantidad que se requería sustituir, ya fuera por obsolescencia o por no cubrir con los requisitos de calidad para la adecuada conservación de las vacunas, todo esto respaldado en el diagnóstico de la cadena de frío del CONAVA, el cual: [Ver Acuerdo CONAVA](#) (Anexo VII.16).

- Otorga la más alta prioridad a garantizar la calidad de las vacunas que se aplican en México e identifica en la Cadena de Frío nacional un punto débil.
- En una primera investigación de campo, identificó desde faltantes de equipamiento, hasta el no cumplimiento de las normas de calidad de los refrigeradores y de los sistemas de monitoreo de temperatura.
- Emitió acuerdos para fortalecer la vigilancia de la Cadena de Frío e impulsar que las instituciones apliquen mayor inversión en equipamiento moderno.

Una vez definidas las necesidades de refrigeradores y otros equipos e insumos, para su ejecución se revisaron y actualizaron las cédulas técnicas de especificación de bienes y se realizaron las gestiones para su adquisición a través de diversos procesos de licitación.

Como resultado, a través del Proyecto de Fortalecimiento y Modernización de la Cadena de Frío se invirtieron 145.9 mdp entre 2007 y 2011 [Ver Adquisiciones red de Frío 2007-2011](#) (Anexo VII.17), lo que significó que por primera vez se adquirieran refrigeradores

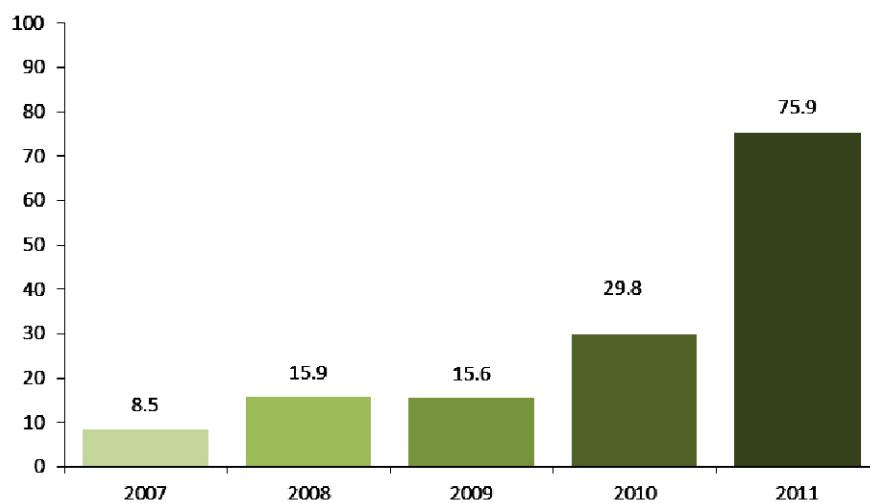


INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

para vacunas con tecnología de punta y conforme a los requerimientos normados, por lo cual desde fines de 2011 el 100 por ciento de unidades médicas –79 HR y 3,587 UMR– de IMSS-Oportunidades cuenta al menos con un refrigerador apropiado para garantizar la calidad inmunológica de las vacunas que se aplican en IMSS-Oportunidades [ver *Gráfico VII.1.15 y Tabla VII.1.9*].

Gráfico VII.1.15 Inversión en la modernización de la Cadena de Frío
(Millones de pesos, 2007-2011)



Fuente: Departamento de Recursos Materiales, Unidad del Programa IMSS-Oportunidades.

Tabla VII.1.9 Refrigeradores distribuidos a partir del Proyecto de Fortalecimiento y Modernización de la Cadena de Frío 2007-2012

Delegaciones	Donación Río Arronte (Refrigeradores de 10 pies)	Suministro de Refrigeradores de 17.6 pies (2008-2010)	Equipamiento Refrigeradores 2012						Total Núm.	Congelador de paquetes refrigerantes para vacunas
			Tres vías	10 pies	12 pies	15 pies	17.6 pies	Sub Total		
TOTAL	900	968	361	900	314	61	168	1,804	3,672	278
Baja California	2	3	0	4	3	0	0	7	12	2
Campeche	8	6	12	0	16	0	0	28	42	3
Coahuila	11	27	4	40	0	0	0	44	82	8
Chiapas	205	347	14	0	0	0	0	14	566	44
Chihuahua	6	21	46	74	0	0	0	120	147	13
Durango	29	27	63	27	14	3	3	110	166	13



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Delegaciones	Donación Río Arronte (Refrigeradores de 10 pies)	Suministro de Refrigeradores de 17.6 pies (2008-2010)	Equipamiento Refrigeradores 2012						Total Núm.	Congelador de paquetes refrigerantes para vacunas
			Tres vías	10 pies	12 pies	15 pies	17.6 pies	Sub Total		
Guerrero	0	15	0	1	0	0	0	1	16	0
Hidalgo	74	30	25	78	0	0	12	115	219	14
México	0	24	0	5	0	0	0	5	29	0
Michoacán	46	53	10	222	0	0	12	244	343	24
Nayarit	44	10	26	0	0	0	0	26	80	5
Oaxaca	153	151	32	50	93	0	0	175	479	41
Puebla	78	66	13	156	0	0	0	168	313	23
San Luis Potosí	46	34	3	0	55	15	53	126	206	16
Sinaloa	6	20	3	58	20	0	0	81	107	10
Tamaulipas	34	18	1	54	0	0	0	55	107	8
Veracruz Nte	53	34	30	10	60	41	66	207	294	17
Veracruz Sur	61	30	38	25	53	2	22	140	231	15
Yucatán	24	28	23	12	0	0	0	35	87	10
Zacatecas	20	24	18	84	0	0	0	102	146	12

Fuente: Departamento de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades.

El proyecto se complementó con la adquisición y distribución de 7,855 termos de nueve litros, 4,404 termos de 45 litros y 278 congeladores, entre otros insumos necesarios para la distribución de biológicos y durante las campañas de vacunación [ver *Tabla VII.1.10*].

Tabla VII.1.10 Adquisición de elementos complementarios de la red de frío

Delegación	Termo de nueve lt.	Canastilla Termo de nueve lt.	Termómetro de Vástago con censor de 14 cm de largo y llave calibradora integrada	Termo de 45 lt.	Charolas de acero inoxidable
TOTAL	7, 855	7, 855	7, 855	4, 404	8, 020
Baja California	27	27	27	15	22
Campeche	93	93	93	51	60
Coahuila	176	176	176	98	114



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Delegación	Termo de nueve lt.	Canastilla Termo de nueve lt.	Termómetro de Vástago con censor de 14 cm de largo y llave calibradora integrada	Termo de 45 lt.	Charolas de acero inoxidable
Chiapas	1180	1180	1180	662	2252
Chihuahua	314	314	314	181	134
Durango	343	343	343	191	226
Guerrero	35	35	35	19	6
Hidalgo	466	466	466	256	432
México	64	64	64	33	168
Michoacán	737	737	737	417	586
Nayarit	163	163	163	89	218
Oaxaca	1047	1047	1047	573	1158
Puebla	665	665	665	373	614
San Luis Potosí	450	450	450	260	574
Sinaloa	243	243	243	144	110
Tamaulipas	238	238	238	134	220
Veracruz Norte	617	617	617	349	354
Veracruz Sur	490	490	490	277	370
Yucatán	186	186	186	103	216
Zacatecas	321	321	321	179	186

Fuente: Departamento de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades.

Organización y participación comunitaria para la vacunación

Los grupos voluntarios del Programa participan activamente a través de la estrategia de información, educación y comunicación para promover la vacunación (a través de mantas, carteles, periódicos murales, pinta de bardas y perifoneo) y, con el apoyo de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI), se transmiten mensajes en lenguas maternas y español promocionando la vacunación, acordes con los emitidos por la Secretaría de Salud.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

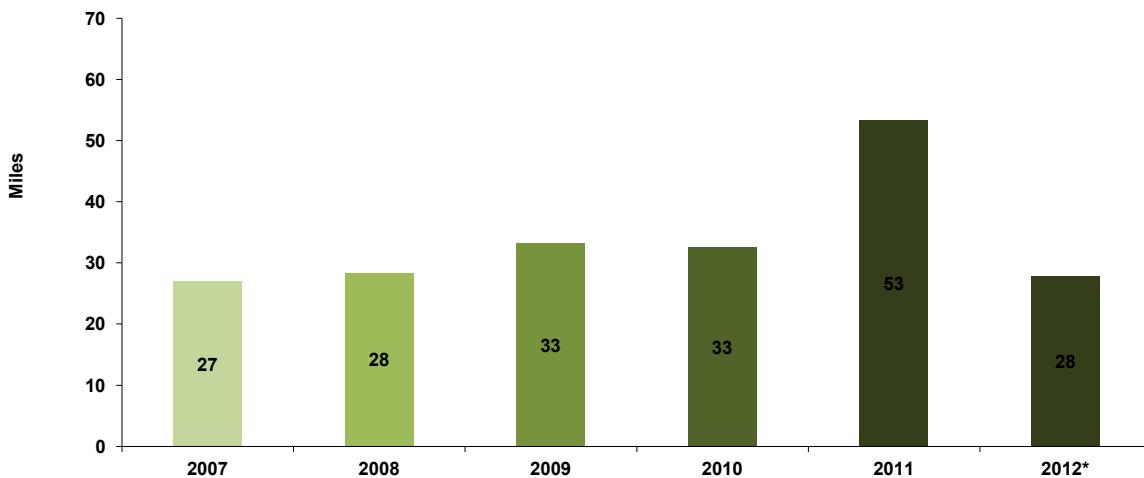
Asimismo, la organización comunitaria realiza la vigilancia epidemiológica simplificada (VES) que consiste en visitas domiciliarias para la identificación y derivación de personas que requieren de vacunas (completar e iniciar esquemas básicos), principalmente menores de cinco años, mujeres embarazadas y adultos mayores. La VES se realiza con mayor énfasis durante las Semanas Nacionales de Salud.



Voluntario de salud en visita domiciliaria.

De 2007 a junio de 2012 más de 200 mil niños fueron derivados por voluntarios para completar esquemas de vacunación [ver **Gráfico VII.1.16**].

Gráfico VII.1.16 Niños menores de 5 años derivados por voluntarios de salud



Fuente: Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA) 2007-junio 2012*



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

VII.1.5 Vigilancia epidemiológica y control de enfermedades

Las condiciones de marginalidad y el entorno rural de la población que atiende IMSS-Oportunidades obligan a priorizar la vigilancia epidemiológica. La planeación de los programas de vigilancia epidemiológica inician con la emisión del calendario epidemiológico en el cual están definidas las fechas para el cumplimiento de cada tarea.

Una de las más importantes es la notificación semanal de casos nuevos de enfermedades a través del Sistema Único Automatizado de Vigilancia Epidemiológica (SUAVE), herramienta sectorial en la cual participan para su ejecución 100 por ciento de las unidades médicas del Programa; para el óptimo funcionamiento de este sistema se establecieron indicadores de seguimiento y evaluación que permiten conocer el cumplimiento y la oportunidad en la notificación de enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica.

Dichos indicadores del ámbito nacional son dados a conocer a través de un informe ejecutivo mensual mediante el cual, además mostrarse la situación de cada delegación, se envían las recomendaciones de mejora.

Fiebre por dengue y fiebre hemorrágica por dengue (FHD)

Ante la incidencia actual del país por este padecimiento, su vigilancia epidemiológica se ha fortalecido en estos últimos años a través de la implementación de un módulo de dengue en la plataforma electrónica del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE), en donde personal del Programa incorpora de manera rápida los casos, y también participa en reuniones regionales de vectores; realiza visitas con el grupo técnico del CONAVE de supervisión y asesoramiento interinstitucional a los estados; dictamina las defunciones ocurridas en las diferentes instituciones de salud como probables FHD con el Grupo de Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Transmisibles (CONAVE); participa en la elaboración de la Guía de Práctica Clínica “Manejo del Dengue no Grave y el Dengue Grave”, y en la actualización de la norma oficial mexicana [NOM-032-SSA2-2010](#) (Anexo VII.18) para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las enfermedades transmitidas por vector.

Tuberculosis

La disminución de la incidencia y la mortalidad por tuberculosis es una de las metas que México tiene comprometidas como parte de los *Objetivos de Desarrollo del Milenio*. IMSS-Oportunidades también contribuye con este objetivo, dando prioridad a todas las acciones de prevención y control de este padecimiento.

La planeación de este proceso inicia con el establecimiento de metas de detección a través de la realización de baciloscopias en personas de 15 y más años que demanden atención médica por tos productiva, tarea que se realiza en el ámbito central de IMSS-Oportunidades y se valida de manera conjunta con las delegaciones.

Su ejecución se realiza de manera directa en todas las UMR y consultorios de medicina familiar de los HR y se consolida en los laboratorios clínicos de estos últimos. Para los pacientes en los que se confirma la enfermedad, se inicia el Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (TAES), el cual incluye fármacos altamente eficaces que permiten elevados niveles de curación y disminuyen la transmisión del padecimiento.

Para tal efecto, se usa el módulo de tuberculosis de la plataforma electrónica del Sistema Único Automatizado para la Vigilancia Epidemiológica (SUAVE), sistema en línea que permite dar seguimiento a cada paciente hasta que finaliza su tratamiento. El seguimiento y evaluación de su operación, así como sus resultados, se realiza con la emisión de un informe ejecutivo mensual mediante el cual se retroinforma al personal de las delegaciones sobre sus avances y resultados.



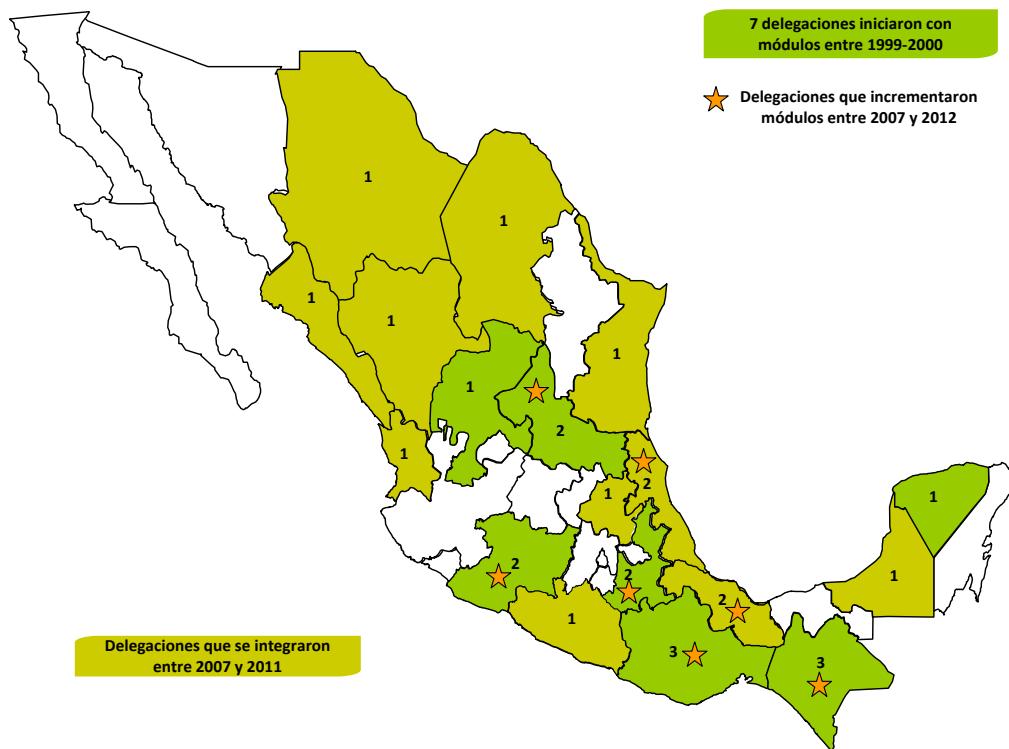
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Tamiz neonatal para la detección oportuna del hipotiroidismo congénito

A partir de 1999, el Programa IMSS-Oportunidades incorporó dentro de las acciones integrales de atención al recién nacido la detección del hipotiroidismo congénito en un principio con siete módulos, ubicados en Chiapas, Michoacán, Oaxaca, Puebla, San Luis Potosí, Zacatecas y Yucatán, y estableció el esquema de organización para que las demás delegaciones enviaran sus muestras a sus módulos de apoyo. Actualmente son 27 los módulos existentes [ver *Imagen VII.1.1*].

Imagen VII.1.1 Evolución de la instalación de módulos de laboratorio de hospital rural para el procesamiento de muestras de tamiz neonatal



Fuente: Departamento de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades.

El objetivo principal de esta acción es evitar el retraso mental y/o físico, así como otras secuelas y la muerte, elevando la calidad de vida en los niños con hipotiroidismo congénito (HC) a través de su detección, diagnóstico y tratamiento oportunos.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Para el periodo 2007-2012 se fortaleció el tamiz neonatal y la vigilancia epidemiológica del HC; en la planeación anual de este proceso se incluyeron las siguientes acciones:

- Establecimiento de metas de tamiz por delegación y unidad médica, considerando el historial de partos atendidos en años previos.
- Participación en la gestión de los reactivos de laboratorio y equipo necesarios para la realización de las pruebas de tamizaje [\[ver Datos de gasto y pruebas de tamizaje\]](#) (Anexo VII.19).

La ejecución del tamiz neonatal se realiza a los recién nacidos atendidos en las UMR y en los HR, beneficiando incluso a recién nacidos atendidos en otras unidades médicas. Para su puesta en operación se realizan acciones como las siguientes:

- Sistematización del reporte semanal que emiten los módulos a los diferentes niveles de casos sospechosos y/o probables, dando seguimiento hasta su confirmación o descarte.
- Coordinación con los proveedores para otorgar asesoría técnica cuando el personal de laboratorio tenga problemas con el funcionamiento del equipo; identifique insuficiencia de insumos, y surjan fallas en el control de calidad del procesamiento de las muestras.
- Retroinformación a las delegaciones, a través de un reporte ejecutivo mensual con el avance sus actividades y análisis de indicadores de evaluación, con las recomendaciones correspondientes para mejorar los logros.
- Capacitación: en abril de 2012 se dio un curso de actualización sobre enfermedades metabólicas congénitas al personal de laboratorio de los módulos y a los coordinadores de vigilancia epidemiológica y medicina preventiva de los HR de IMSS-Oportunidades.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

La detección de las enfermedades metabólicas congénitas en todas las unidades del Programa que atiendan partos y recién nacidos se realiza de acuerdo con las siguientes normas oficiales mexicanas: “Para la prevención de los defectos al nacimiento” [NOM-034-SSA2-2003](#) (Anexo VII.20); “Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido” [NOM-007-SSA2-1993](#) (Anexo VII.21), y “Para la vigilancia epidemiológica” [NOM-017-SSA2-1994](#) (Anexo VII.22).

Tamiz neonatal ampliado y vigilancia epidemiológica de enfermedades metabólicas congénitas

En concordancia con las políticas de salud pública del país y del Instituto, en 2007 IMSS-Oportunidades puso en operación el tamiz neonatal ampliado, aplicando los siguientes criterios para seleccionar los padecimientos a incluir:

- Padecimientos con alta incidencia y/o con fase de latencia diagnosticable.
- Relación costo/beneficio (principalmente que el costo de la detección universal sea inferior al costo del tratamiento de los enfermos que se diagnostiquen).
- Disponibilidad de tratamiento médico efectivo.
- Pruebas de tamiz de bajo costo, poco invasiva y automatizada.
- Pruebas de tamiz de alta sensibilidad y especificidad.

De esta manera, se decidió retomar los tres padecimientos que ya se estaban tamizando en el IMSS en su régimen obligatorio: hiperplasia adrenal congénita, deficiencia de biotinidasa y fenilcetonuria, padecimientos que de no ser diagnosticados y tratados con oportunidad dejan secuelas importantes por déficit mental e incluso pueden causar la muerte. A partir de 2012 se incluyó la detección de la galactosemia, enfermedad que también puede causar déficit mental si no es tratada con oportunidad.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Al igual que para el tamiz neonatal del hipotiroidismo congénito, el proceso de planeación y ejecución del tamiz neonatal ampliado implicó las siguientes acciones: gestiones administrativas para la compra de los reactivos; diseñar y poner en operación las adecuaciones a los módulos de laboratorio para el procesamiento de las muestras de sangre; emisión de los criterios para la toma de muestras en los recién nacidos; capacitación al personal de laboratorio; gestionar la inclusión de las claves al cuadro básico de medicamentos del Programa para el tratamiento de los padecimientos.

El seguimiento a este programa también se realiza a través de un informe ejecutivo mensual de evaluación de coberturas de tamiz a recién nacidos, tanto en primero como en segundo nivel de atención.

Diagnóstico y atención de la anemia en UMR

La Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere que “aunque durante muchos años la anemia se ha reconocido como un problema de salud pública, se han reportado pocos progresos, y la prevalencia mundial de este problema sigue siendo inadmisiblemente elevada”.

Al respecto, y como antecedente, sabemos que hay una clara asociación entre la concentración de hemoglobina (Hb) y el desempeño psicomotor, y está documentado que adolescentes que padecieron anemia en la niñez tienen en promedio nueve puntos menos en las pruebas cognitivas, en comparación con sus pares que no padecieron de anemia por deficiencia de hierro.

En México a través de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) realizada por el Instituto Nacional de Salud Pública en 2006, se encontró que la prevalencia de anemia en los niños de 12 a 59 meses de edad era de 23.7 por ciento, la cual se incrementaba a 37.8 por ciento al desagregar a los niños de 12 a 23 meses. Respecto



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

de las mujeres en edad reproductiva (12 a 49 años), se encontró que la prevalencia de anemia era de 20.6 por ciento entre las que están embarazadas y 15.5 por ciento entre las no embarazadas.

Asimismo, la Organización Panamericana de la Salud establece que es necesario desarrollar medidas factibles y de bajo costo que permitan la identificación de lactantes con un elevado riesgo para desarrollar anemia por deficiencia de hierro antes de los 6 meses de edad (por ejemplo, desarrollar pruebas fáciles y rápidas para medir el estado del hierro, tal como el HemoCue para la hemoglobina o la creación de nuevos instrumentos de tamizaje que no requieren sangre).

Por otra parte, por lo que respecta al Seguro Popular, en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) está incluido en las intervenciones de consulta de medicina general/familiar y de especialidad, el Diagnóstico y Tratamiento de Anemia Ferropriva y por Deficiencia de Vitamina B12.

Con base en este panorama, a partir de 2012 el Programa IMSS-Oportunidades inicia la planeación de una intervención específica que pone a disposición de los equipos de salud de las UMR tecnología moderna, de alta precisión y de uso fácil y rápido, con el objetivo de identificar a los lactantes y embarazadas que cursan con anemia, otorgarles hierro en dosis terapéuticas, verificar la eficacia y dar seguimiento hasta la curación de cada paciente [\[ver Proyecto anemia\]](#) (Anexo VII.23).

Para el desarrollo de esta intervención el proyecto se planeó durante 2011, y su ejecución se puso en marcha a partir de 2012, con las siguientes acciones:

- Gestiones para la adquisición de fotómetros cuantitativos portátiles de hemoglobina capilar (hemoglobinómetros), así como los reactivos y lancetas [\[ver expediente de adquisición\]](#) (Anexo VII.24). Al respecto, se logró la adquisición y



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

distribución del equipo e insumos suficientes para realizar el diagnóstico y seguimiento, en caso de diagnóstico de anemia, en 100 por ciento de niños de 12 a 59 meses de edad y mujeres embarazadas.

- Se elaboró la “Guía operativa para el diagnóstico y atención de la anemia en las UMR del ámbito de responsabilidad del Programa IMSS-Oportunidades” [\[ver Guía Operativa Anemia\]](#) (Anexo VII.25).
- Durante la Reunión Nacional de Supervisores Médicos de EGAS, EMS y ESAZUMR, en noviembre de 2011, se impartió el tema “Prevención y atención de la anemia en UMR” a 258 médicos responsables de la conducción, supervisión y asesoría del personal operativo.
- Se adecuó el sistema de información (SISPA) para obtener la productividad en este rubro.

Para la operación de la intervención, durante el primer semestre de 2012 se realizaron 421,826 determinaciones de hemoglobina en sangre capilar, que permitieron diagnosticar e iniciar tratamiento a 30,916 niños de 12 a 23 meses de edad; 50,386 de 24 a 56 meses y a 12,864 embarazadas.

Es importante señalar que los equipos tienen una vida útil de tres a cinco años, por lo que para dar continuidad a esta intervención sólo se requerirá adquirir insumos para las determinaciones de hemoglobina en 2013-2015. Para tal efecto, se estableció un esquema de monitoreo de los resultados de este programa en el sistema de información de IMSS-Oportunidades (SISPA), y se creó una base de datos con información nominal de los beneficiarios del diagnóstico y tratamiento de la anemia.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Organización y participación comunitaria para la vigilancia epidemiológica y control de enfermedades

La organización comunitaria participa en el autocuidado de la salud para mejorar las condiciones del entorno familiar y comunitario. De 2007 a 2012 se realizaron obras e implementaron acciones domiciliarias en apoyo a la vigilancia epidemiológica y control de EDAS, IRAS, dengue, hepatitis A, tuberculosis, desnutrición e intoxicación por la picadura de alacrán.

Con el apoyo de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI), de 2008 a 2011 se transmitieron mensajes relacionados con la prevención del dengue, tuberculosis, hepatitis A, EDAS, cólera, paludismo, saneamiento básico y participación comunitaria, tracoma, alacranismo, rabia e intoxicación por hongos.

Personal institucional comunitario y grupos de voluntarios participaron en las brigadas para hacer frente a emergencias epidemiológicas de dengue, diarreas, hepatitis A, influenza AH1N1, IRAS, paludismo y rabia.

En la presente administración se instrumentaron proyectos para la prevención y control del dengue, diarreas (cólera) e intoxicación por la picadura de alacrán, desarrollando estrategias de información, educación y comunicación (talleres comunitarios de enfermedades transmitidas por vectores y saneamiento ambiental, capacitación y orientación a voluntarios, asambleas comunitarias y sesiones informativas, perifoneo, transmisión de spots, pinta de bardas, instalación de mantas y lonas, entrega de trípticos); vigilancia epidemiológica simplificada (visitas domiciliarias para la identificación y derivación de personas sospechosas); entornos favorables para la salud, jornadas de limpieza y eliminación de criaderos, abatizaciones, desinfección del agua y monitoreo de su calidad, entrega de plata coloidal, uso de cal, entre otros, y gestión de apoyos ante otras instituciones y órdenes de gobierno (servicios de salud de los estados para



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

acciones de entomología, higiene personal, transmisión de spots, impresión de documentos de promoción).

En el periodo de análisis se adquirieron diversos insumos, como fueron 3,448,435 kg y 910,903 litros de insecticidas; 141,853 pabellones; 7,654 artículos que forman parte del equipo básico de protección personal, y 90 motomochilas, lo que significa una inversión de 92,616,206.82 pesos, todo se distribuyó en localidades de riesgo para dengue, EDAS, rabia y alacranismo, entre otras (ver *Tabla VII.1.11*).

Tabla VII.1.11 Compras realizadas para el control de la fauna nociva y tratamiento del agua (2007-2012)

TIPO DE INSUMO	2007	2008	2009	2010	2011	2012	TOTAL	UNIDAD DE MEDIDA
Insecticidas sólidos	63,000	104,130	150,000	787,525	1,157,345	1,186,435	3,448,435	KGS.
Insecticidas líquidos	358,723	18,702	109,520	155,828	70,434	197,697	910,903	LTS.
Pabellones	2,895	19,956		36,000	38,587	44,415	141,853	PIEZAS
Equipo de protección		1,206		800	5,648		7,654	PIEZAS
Diversos				90			90	PIEZAS
Importe	\$4,517,918.75	\$8,150,551.98	\$5,042,100.25	\$16,844,146.61	\$21,975,260.02	\$36,086,229.21	\$92,616,206.82	

Fuente: Departamento de Recursos Materiales.

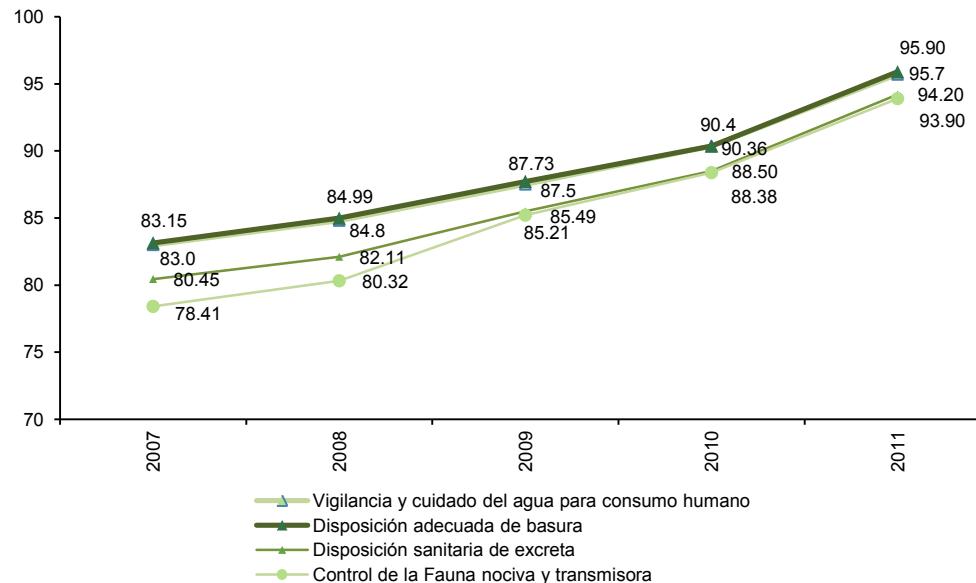
Saneamiento básico

De 2007 a 2012 los voluntarios promovieron entre las familias del universo de trabajo acciones de autocuidado de la salud en saneamiento básico (vigilancia y cuidado del agua, disposición sanitaria de excreta humana, disposición adecuada de basura y control de la fauna nociva), incrementando 14 puntos en promedio el porcentaje de familias que participan activamente [ver *Gráficos VII.1.17 y VII.1.18*].



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

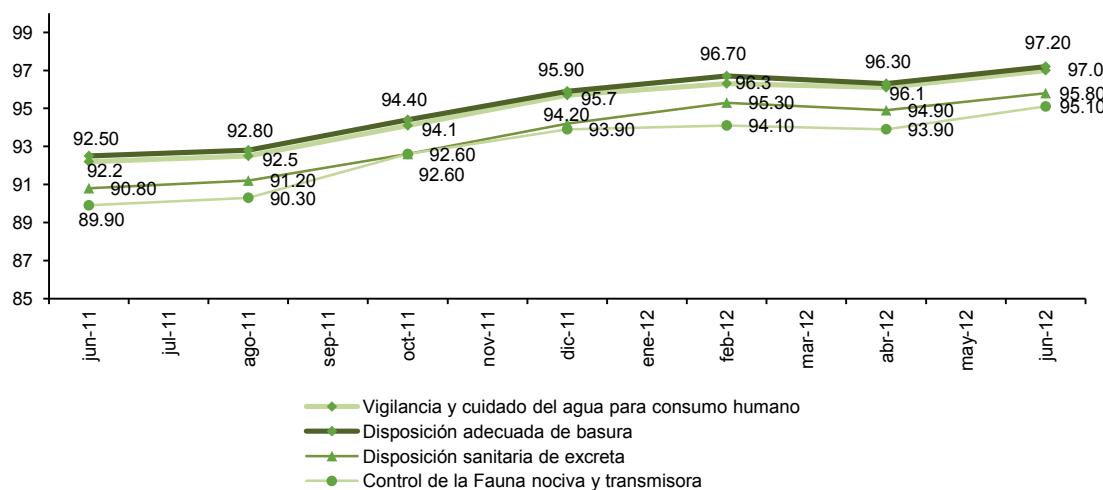
**Gráfico VII.1.17 Participación familiar en actividades de saneamiento básico 2007-2011
(Porcentaje de familias participantes)**



Fuente: Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA) 2007-2011 y Censo Universo de trabajo 2007 y 2011.

Gráfico VII.1.18 Comportamiento de la participación familiar en saneamiento básico.

Junio 2011 a junio 2012 (porcentaje de familias participantes)



Fuente: Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA) 2011- 2012 y Censo Universo de Trabajo 2011 y actualizado 2012.

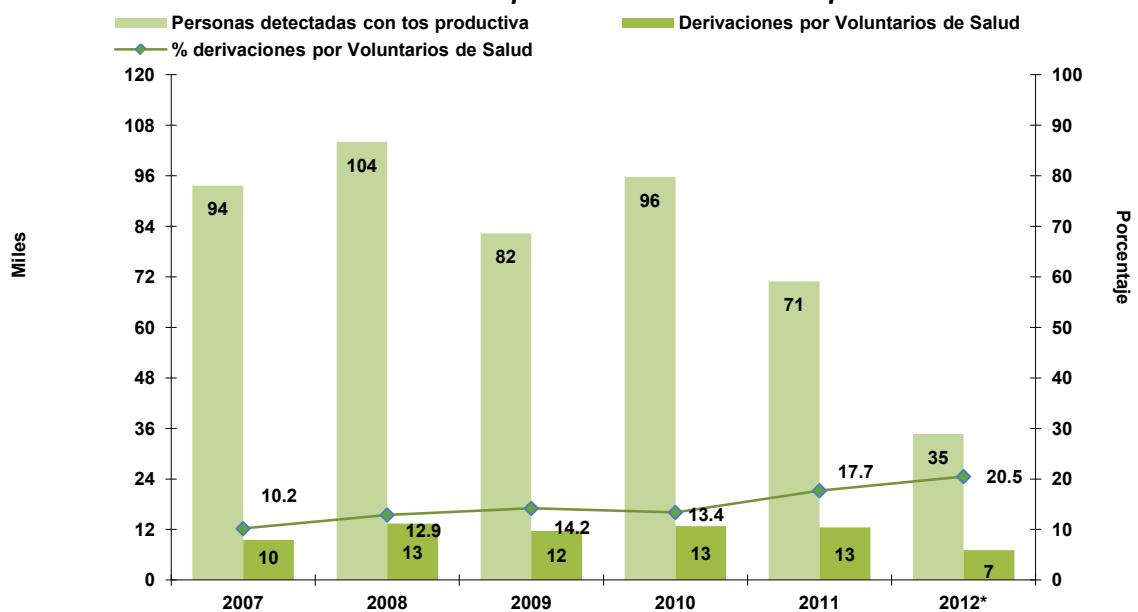


INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

En relación con la tuberculosis pulmonar, la participación de los voluntarios en la identificación y derivación de personas sospechosas mediante los sistemas de vigilancia epidemiológica simplificada ha permitido sumar esfuerzos y disminuir riesgos. En los últimos cinco años la derivación se fortaleció, alcanzando un máximo de 17.7 por ciento de las derivaciones en 2011 y un incremento global de 7.5 puntos. El avance en el primer semestre de 2012 fue de 20.5 por ciento [ver Gráfico VII.1.19]. Es importante señalar que el avance es producto de la capacitación constante de los voluntarios de salud en la correcta identificación de sospechosos de tuberculosis.

Gráfico VII.1.19 Personas derivadas por voluntarios de salud para detección de TBP



Fuente: Sistema de Información en Salud para Población Abierta Rural (SISPA) 2007- junio 2012*

El voluntario de salud participa directamente en la estrategia del Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (TAES), vigilando que los pacientes enfermos de tuberculosis realicen la ingesta completa de la dosis del medicamento proporcionado en la unidad médica, para garantizar su cumplimiento y evitar que el paciente abandone el tratamiento y se haga drogo-resistente.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



Voluntarios participando en actividades de saneamiento básico.

La participación en el TAES por los voluntarios de salud se incrementó en 21 por ciento entre 2007 y 2011 [ver *Gráfico VII.1.20*], lo que significa que casi 4 de 10 pacientes con tuberculosis son vigilados por los voluntarios. El avance a junio de 2012 es mayor a 51 por ciento, lo que muestra que los voluntarios de salud están jugando un papel importante para romper la cadena de transmisión.

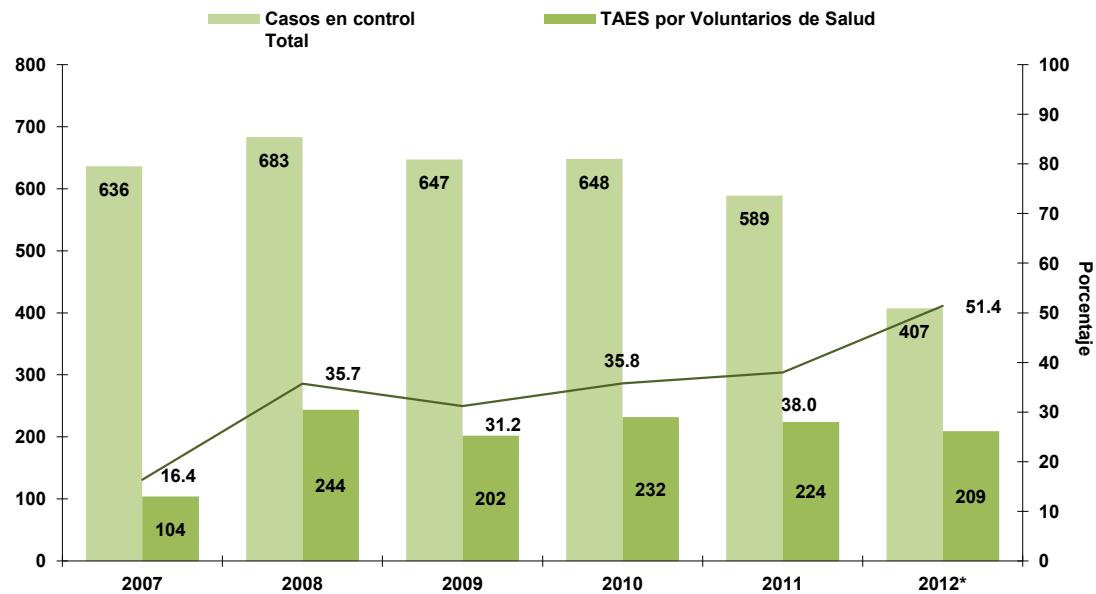
Como resultado de la capacitación que se proporciona a los voluntarios, de 2007 a junio de 2012 se logró incrementar el porcentaje de los casos de tuberculosis en TAES vigilados por los voluntarios de salud, con lo que se contribuyó a que la incidencia de tuberculosis disminuyera, permitiendo reducir el riesgo de transmisión [ver *Gráfico VII.1.21*].

En relación al tamiz neonatal, la organización comunitaria vigila de manera permanente a las mujeres en puerperio atendidas por la unidad médica o por la partera, con el propósito de derivar oportunamente a los recién nacidos para el estudio del tamiz neonatal ampliado y prevenir enfermedades metabólicas congénitas.



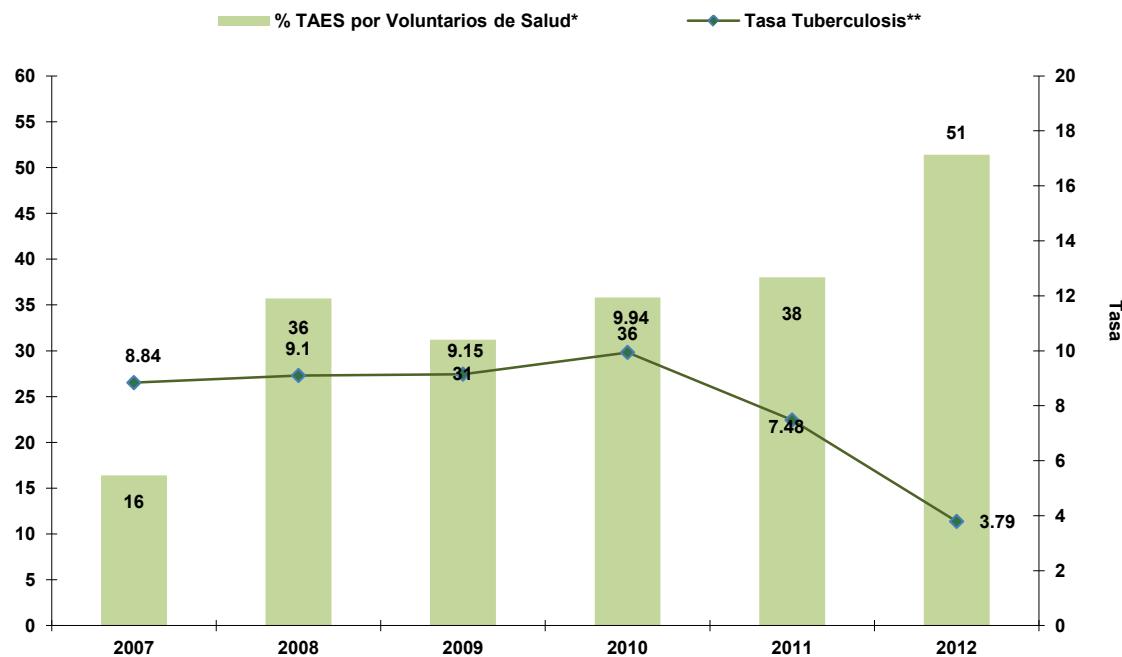
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Gráfico VII.1.20 Casos de TBP en TAES supervisado por voluntarios de salud



Fuente: Sistema de Información en Salud para Población Abierta Rural (SISPA). 2007- junio 2012*

Gráfico VII.1.21 TAES vigilados por voluntarios de salud e incidencia de TBP



Fuente: * Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA), 2007-2010 y 2011 corte a junio. Carpeta Epidemiológica corte a junio 2012*preliminar

* *Tasa: x 100,000 Oportunohabitantes



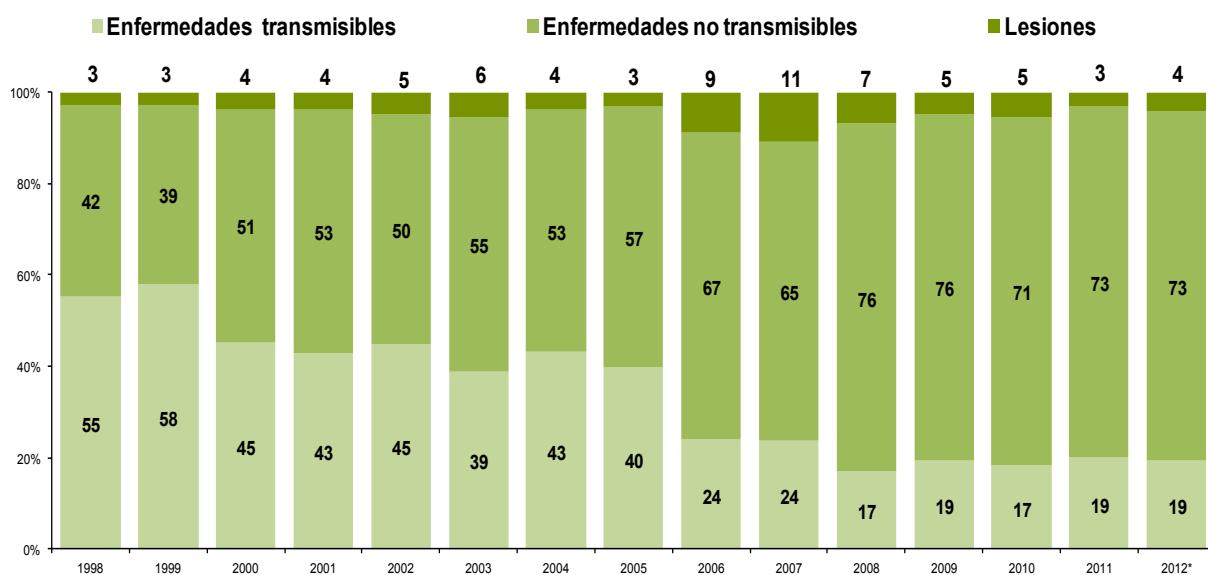
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

VII.1.6 Prevención y control de la diabetes mellitus

La transición epidemiológica ha tenido efectos en la población rural e indígena, la cual refleja cambios radicales en las causas de defunción de la población. En los últimos doce años se observó una disminución en el peso que tienen las enfermedades transmisibles como causas de mortalidad de la población del medio rural que atiende IMSS-Oportunidades [ver Gráfico VII.1.22].

Gráfico VII.1.22 Reducción de la mortalidad por causas transmisibles y aumento por las no transmisibles



Fuentes: Sistema Único de Información (SUI) 1998-2003; Sistema de Mortalidad (SISMOR) 2004-junio de 2012.

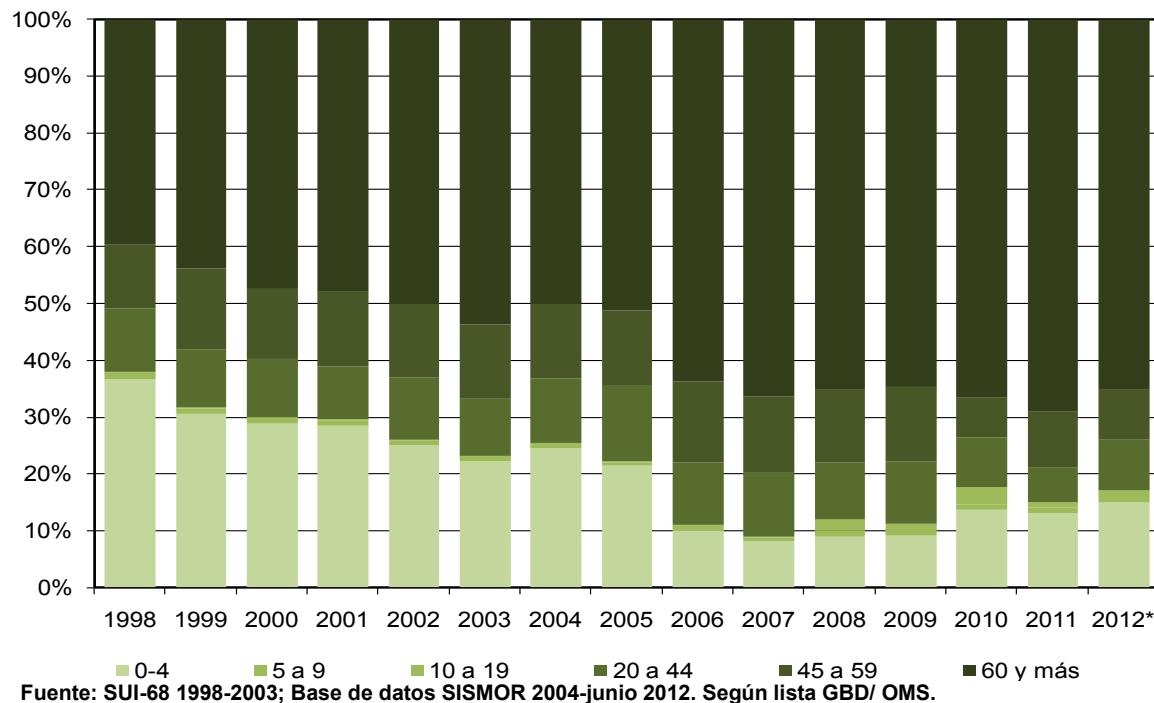
Otra evidencia de los cambios en la población de IMSS-Oportunidades es que en los últimos doce años se observa una reducción de la mortalidad en los menores de 5 años, sobre todo en los menores de 1 año, debido a que cada vez mueren menos de infecciones respiratorias, enfermedades diarreicas agudas y prevenibles por vacunación, con un consecuente aumento de la mortalidad en la población de 60 y más años, la cual fallece por enfermedades crónicas no transmisibles [ver Gráfico VII.1.23].



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Gráfico VII.1.23 Aumento de la mortalidad de los adultos mayores y Reducción en la de los menores de 5 años



Con base en lo anterior y al analizar las causas específicas de mortalidad de la población rural e indígena de IMSS-Oportunidades de 2011 [ver *Tabla VII.1.12*] se desprende que:

- La diabetes mellitus es la segunda causa de mortalidad, superada únicamente por las enfermedades isquémicas del corazón, y registra una tasa de 10.2 X 100 mil oportunohabientes.
- Con respecto a la mortalidad hospitalaria, ocupa el segundo lugar con un total de 192 defunciones y una tasa de 10.85 por 100 mil oportunohabientes.
- Constituye la cuarta causa de egresos hospitalarios, con un total de 5,883 egresos y un promedio de 5 días de estancia.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Tabla VII.1.12 Diez principales causas de mortalidad en IMSS-Oportunidades 2006-2011

10 Principales Causas de Mortalidad 2006				10 Principales Causas de Mortalidad 2011					
No.	Diagnóstico	Def*	Tasa	%	No.	Diagnóstico	Def*	Tasa	%
1	Diabetes Mellitus Tipo II	879	9.2	11.1	1	Enfermedades Isquémicas del corazón	1,079	10.7	10.6
2	Enfermedades Isquémicas del corazón	651	6.8	8.2	2	Diabetes Mellitus Tipo II	1,026	10.2	10.1
3	Enfermedades del hígado	597	6.2	7.5	3	Enfermedades Hipertensivas	635	6.3	6.3
4	Neumonías Bronconeumonias	450	4.7	5.7	4	Enfermedades del hígado	555	5.5	5.5
5	Enfermedades cerebrovasculares	426	4.4	5.4	5	Enfermedades cerebrovasculares	469	4.7	4.6
6	Tumores malignos de los órganos digestivos	323	3.4	4.1	6	Neumonías Bronconeumonias	436	4.3	4.3
7	Enfermedades Hipertensivas	310	3.2	3.9	7	Otras formas de enfermedad del corazón	429	4.2	4.2
8	Insuficiencia cardiaca	281	2.9	3.5	8	Otras enfermedades de las vías respiratorias inferiores	392	3.9	3.9
9	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, no especificada	275	2.9	3.5	9	Tumores malignos de los órganos digestivos	323	3.2	3.2
10	Trastornos Respiratorios y cardiovasculares específicos del RN.	246	2.6	3.1	10	Trastornos respiratorios y cardiovasculares específicos del periodo perinatal	300	3.0	3.0
10 principales causas		4,438	46.3	55.8	10 principales causas		5,644	56.1	55.7
Resto de las Causas		3,514	36.6	44.2	Resto de las Causas		4,491	44.6	44.3
Total		7,952	82.9	100.0	Total		10,135	100.7	100.0

** Tasa por 100,000
Oportunohabientes

Fuentes: Base Datos SISMOR 2006 & 2011

Con base en lo anterior, durante 2010 IMSS-Oportunidades inició la planeación de los trabajos para lograr una mejor eficiencia en la detección de diabetes mellitus. En principio era necesario considerar la adquisición de insumos con un costo de 61.6 mdp a fin de dotar a las unidades médicas de 4,833 equipos para medir glucosa y colesterol. Estos instrumentos, además de medir con mayor precisión los niveles de azúcar en la sangre, permiten la medición de colesterol, con lo que se progresó en la prevención de enfermedades cardiovasculares como la arterosclerosis, el infarto, la hemorragia y la embolia cerebral [\[ver Datos de insumos para atención de glucosa y colesterol 2010\]](#) (Anexo VII.26).

Asimismo, durante 2010 IMSS-Oportunidades planeó y ejecutó una Estrategia de Fortalecimiento de la Atención Integral de la Diabetes Mellitus, a través de la [Guía operativa para la prevención y control de la diabetes mellitus de IMSS-Oportunidades](#) (Anexo VII.27) difundida en todo el ámbito del Programa cuyo punto de partida fue el



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Reordenamiento de la Atención Preventiva con el propósito de dar seguimiento nominal a toda persona que en la detección resulte sospechosa de diabetes, hasta lograr confirmar si padece la enfermedad o está sana; por lo que durante 2011 y 2012 se dio continuidad a dichas acciones y se adquirieron los reactivos necesarios [Ver Datos de insumos para el fortalecimiento de la atención integral de la diabetes mellitus](#) (Anexo VII.28).

Adicionalmente, en 2012 se iniciaron acciones de prevención secundaria en pacientes diabéticos mediante la detección oportuna de complicaciones tardías tales como la nefropatía –a través de la determinación de microalbuminuria con tiras reactivas– y de neuropatía –con el uso de diapasones y microfilamentos.

Para el seguimiento de las acciones por parte del personal médico y de enfermería de las UMR y HR, se realizaron las adecuaciones al SISPA para el monitoreo de la productividad, además de establecer un sistema alterno de seguimiento nominal de los beneficiarios incluidos. La retroalimentación de los avances de las delegaciones se realiza a través de un informe ejecutivo mensual, que contiene indicadores de productividad y de eficacia.

Organización y participación comunitaria para la prevención y control de la diabetes mellitus

Los grupos voluntarios participaron en esta prioridad con acciones de comunicación educativa en salud como son los talleres comunitarios, además realizan la pinta de bardas, carteles, perifoneo en las localidades invitando a la población a mejorar su alimentación y practicar ejercicio físico.

Se difunden mensajes radiofónicos informativos y motivacionales con apoyo de la CDI. Simultáneamente, los voluntarios llevan a cabo acciones de vigilancia epidemiológica



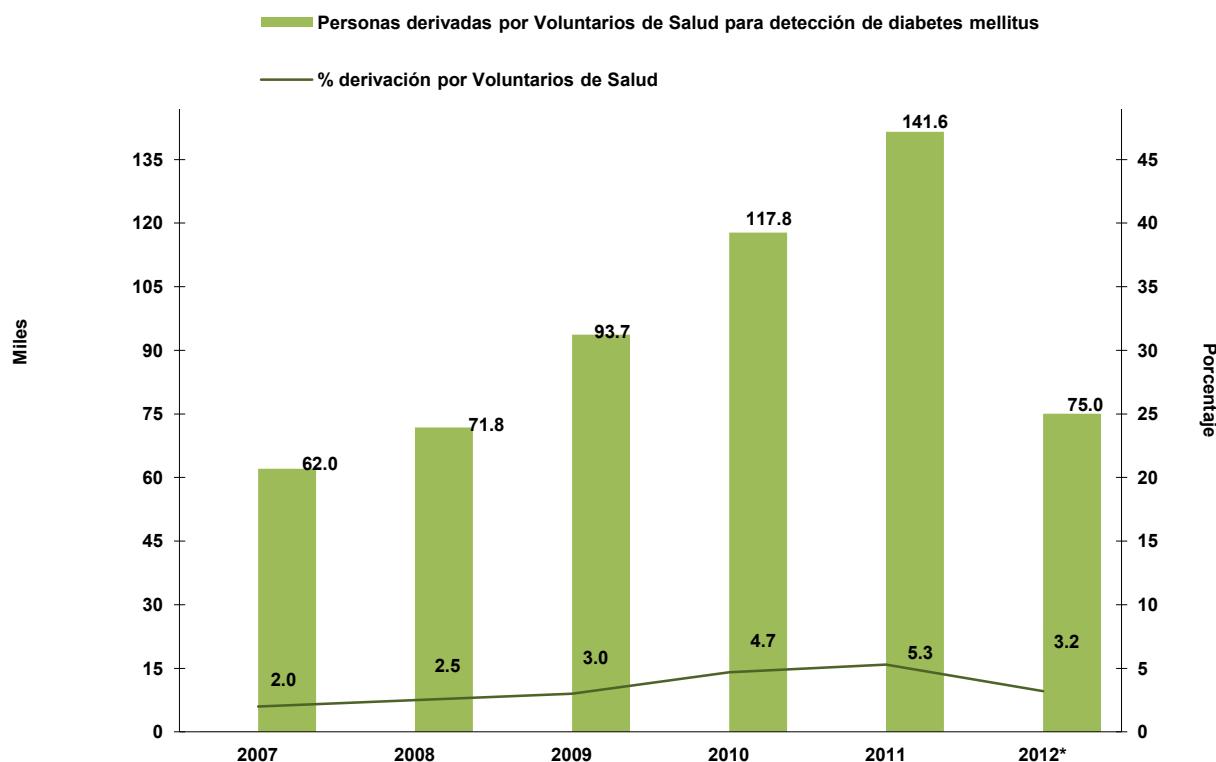
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

simplificada mediante la búsqueda intencionada de personas con factores de riesgo o enfermos renuentes.

En el periodo de análisis se registró un incremento paulatino en la derivación por parte de los voluntarios de salud; en 2011 derivaron cinco de cada 100 detecciones; para la mitad del año 2012 se presenta una tendencia similar [ver Gráfico VII.1.24].

Gráfico VII.1.24 Porcentaje de personas derivadas por voluntarios de salud para las detecciones de diabetes mellitus



Fuente: Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA), 2007- junio 2012*

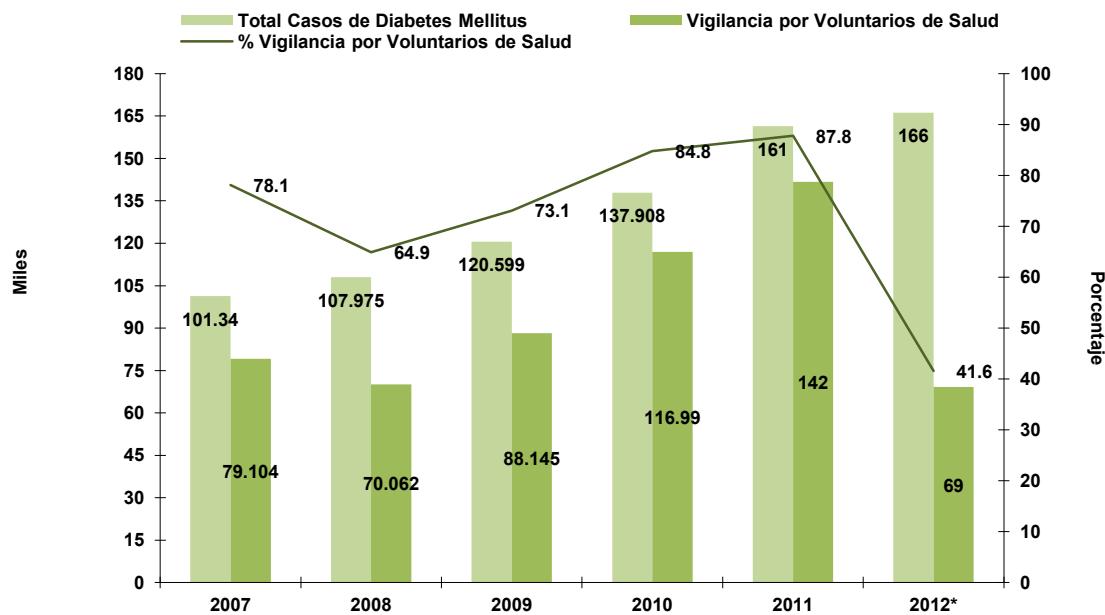
Entre 2007 y 2011 la vigilancia y seguimiento a pacientes diabéticos por parte de los voluntarios fue en promedio de 77.7 por ciento [ver Gráfico VII.1.25]. La contrarreferencia hace posible que los voluntarios de salud den seguimiento a las citas programadas de los pacientes, el cumplimiento del tratamiento y el seguimiento de la dieta.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Gráfico VII.1.25 Vigilancia de pacientes con diabetes mellitus por voluntarios de salud



Fuente: Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA) 2007- junio 2012*.

VII.1.7 Otras acciones en salud

Encuentros médico quirúrgicos

La estrategia institucional encuentros médico quirúrgicos (EMQ) cumplió en mayo de 2012, 16 años de acercar ininterrumpidamente los servicios quirúrgicos de alta especialidad a la población del medio rural.

Los EMQ son el resultado de la suma de voluntades de los dos regímenes del IMSS, al ser coordinados conjuntamente por la Dirección de Prestaciones Médicas y el Programa IMSS-Oportunidades, y representan una gran fortaleza institucional que se ha consolidado como un ejemplo de humanismo y solidaridad.

Se denominaron encuentros por significar un punto de enlace entre los médicos que desarrollan su profesión en el medio rural y los que laboran en los centros hospitalarios del IMSS a nivel nacional. Desde su inicio, se convirtió en una estrategia sin precedentes



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

con el objetivo de llevar a las comunidades cubiertas por IMSS-Oportunidades recursos humanos especializados.

Los EMQ surgen ante la necesidad de ampliar los servicios de atención médica que habitualmente se otorgan en los HR del Programa IMSS-Oportunidades, acercando los servicios de alta especialidad a la población que, por sus condiciones de marginación y pobreza, no pueden resolver sus problemas de salud crónicos, a veces discapacitantes, que les impide aspirar a mejores condiciones de vida para su desarrollo y bienestar.

Los EMQ continúan siendo en muchos casos el único medio para que muchas personas que habitan en las áreas rurales más alejadas puedan ser valoradas y atendidas en especialidades que, de otra manera, sólo podrían atenderse en las capitales de los estados o en las grandes ciudades con hospitales de alta concentración y para población abierta, generándoles un importante impacto en su economía.

En la realización de los EMQ participan principalmente las especialidades de oftalmología, ginecología oncológica, cirugía reconstructiva, ortopedia y traumatología, urología, y cirugía pediátrica, y se cuenta con lineamientos operativos por especialidad que incluyen levantamiento de censos de pacientes para su valoración y seguimiento estricto, y en su caso de complicaciones [\[ver Lineamientos\]](#) (Anexo VII.29).

Se han realizado encuentros en casi todos los HR de las delegaciones del ámbito rural donde opera el Programa, además del Distrito Federal, y cada uno de ellos representa una gran movilización institucional de recursos humanos, tecnológicos y materiales.

Para su ejecución, se cuenta con la infraestructura hospitalaria de IMSS-Oportunidades y con recursos e infraestructura tecnológica de punta del IMSS régimen obligatorio, y a partir de 2006 se incorporaron las unidades móviles de diagnóstico y quirúrgicas



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

equipadas con quirófano, propiedad del IMSS; además de equipos de diagnóstico especializado como mastógrafo, colposcopios y unidades de electrocirugía, entre otros.



Unidad móvil utilizada en los EMQ



Atención a niño con paladar hendido

Los grupos voluntarios de la comunidad (voluntarios de salud, voluntarios, PVR y comités de salud) que habitan en las comunidades sedes y aledañas al evento, apoyan activamente en la difusión, orientación, búsqueda y derivación de pacientes candidatos a valoración para que asistan a los encuentros, según la especialidad de que se trate.

En su organización extramuros, personal de acción comunitaria junto con los voluntarios gestionan recursos para el traslado, alimentación y hospedaje de los pacientes con autoridades regionales y locales. A su vez, los albergues comunitarios proporcionan un importante servicio en la recepción de los pacientes y sus familiares.

El significado más valioso de los EMQ es que a través de la participación comprometida de personal con espíritu institucional y mística de servicio, se ha cambiado la vida de miles de campesinos e indígenas afectados en su autoestima por ser portadores de malformaciones congénitas o padecimientos susceptibles de corrección a través de cirugías especializadas.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



Mastografía a beneficiaria

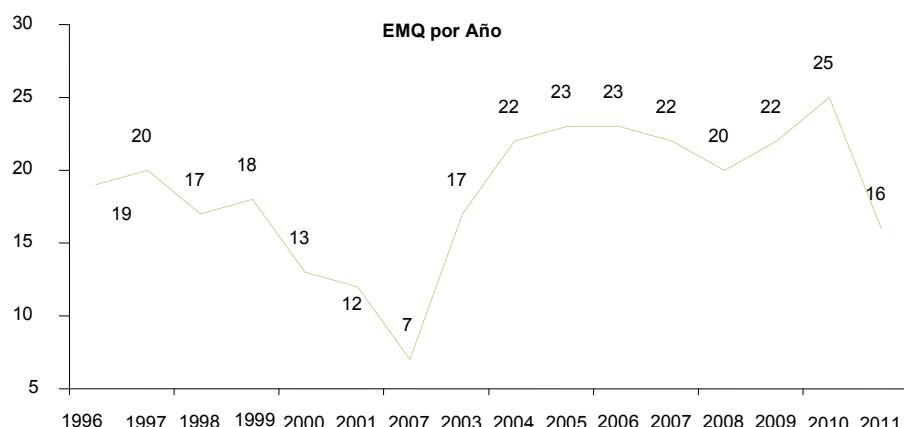


***Intervención quirúrgica en
encuentro de oftalmología***

En este sentido, esta estrategia trasciende la reparación del daño para convertirse en un acto de gran contenido social y humanitario en beneficio de la población más pobre y marginada de las zonas rurales de nuestro país.

Los logros obtenidos durante la última administración son destacables [ver **Gráficos VII.1.26 y VII.1.27**].

Gráfico VII.1.26 Encuentros médico quirúrgicos por año 1996-2011



Fuente: Registros de productividad EMQ IMSS-Oportunidades 1996-2011.

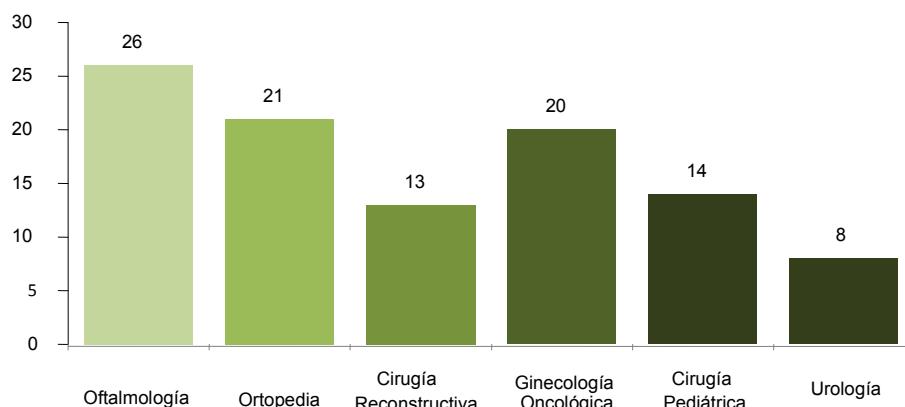


INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Gráfico VII.1.27 Número de Encuentros por especialidad

Periodo diciembre 2006 - diciembre 2011



Fuente: Registros de productividad EMQ IMSS-Oportunidades 2006-2011.

Talleres comunitarios

Los más de 300 mil voluntarios y PVR orientados en el cuidado de la salud reciben capacitación de manera permanente a través de los talleres comunitarios. Los talleres son una estrategia de educación que busca impactos en las prioridades en salud a través de la capacitación en cascada. Se da formación a los grupos de voluntarios para que éstos apoyen y orienten a las familias en la adquisición de conocimientos y prácticas.

Los talleres se desarrollan a partir de procesos de participación, reflexión, adquisición de conocimientos y su puesta en práctica, todo orientado a mejorar las condiciones de vida y salud de las familias, así como a propiciar la intervención de los asistentes en las actividades educativas. Se realizan con un mínimo de 13 personas y un máximo de 20.

La capacitación la inician los equipos de conducción de acción comunitaria quienes hacen la réplica con los grupos voluntarios, y éstos a las personas de sus localidades. Para apoyar el trabajo de los facilitadores de los talleres –institucionales y grupos voluntarios–, en 2008 se diseñó el Manual para Realizar los Talleres Comunitarios, que fue distribuido en todo el ámbito donde opera el Programa.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Los temas abordados con mayor frecuencia son:

- Salud reproductiva.
- Salud ginecológica.
- Salud sexual de los adolescentes.
- Prevención y control de enfermedades crónico degenerativas.
- Padecimientos por mal saneamiento básico.
- Alimentación y nutrición familiar.

A partir de 2006 se capacitó a 100 por ciento del personal operativo de acción comunitaria para la salud, quienes posteriormente iniciaron la capacitación de los voluntarios. De 2007 a 2011 se logró capacitar a 42,520 voluntarios [ver *Tabla VII.1.13 Talleres Comunitarios*].

Tabla VII.1.13 Talleres Comunitarios

Año	Meta de voluntarios capacitados por personal institucional	Número de participantes con réplica en comunidad
2007	8,500	7,936,180
2008	8,590	7, 906,880
2009	8,462	9, 798,386
2010	8,351	9, 958,880
2011	8,617	10, 643,930

Fuente: Coordinación de Acción Comunitaria para la Salud

De la réplica de talleres que éstos hicieron con las familias de sus comunidades, durante 2007-2011 se realizaron 2,315,721 talleres comunitarios, con un promedio de 19 participantes por taller.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Desde 2010 se aplica un procedimiento de evaluación al aprovechamiento de la capacitación de los voluntarios en los cursos. Los resultados obtenidos son 7 como promedio nacional en la preevaluación y 9 en la postevaluación. Con lo anterior se ha obtenido un puntaje de 7 en la evaluación inicial y 9 al concluir la capacitación, como promedio nacional en ambos casos.

Para 2012 se tiene una meta de 9,836 voluntarios a capacitar en las 19 delegaciones del Programa y con ello mantener resultados similares a los de 2011, e incluso un incremento de 7 por ciento en personas participantes en estos talleres. Para esta capacitación, en 2008 se hizo un tiraje de 25,000 ejemplares del Manual para Realizar los Talleres Comunitarios y en 2011 se imprimieron 25,000 ejemplares más sobre cinco nuevos temas, relacionados con alcoholismo y adicciones.

La participación en los talleres comunitarios ha crecido, principalmente en el número de asistentes. El bloque educativo donde se ha capacitado a un mayor número de personas es el de salud sexual y reproductiva, seguida del bloque de nutrición. Al corte, a junio de 2012, han acudido más de 4 millones de personas a estos talleres.

Círculos de lectura de la guía PREVENIMSS

Los círculos de lectura PrevenIMSS con la población consisten en acciones de visita de los voluntarios a las familias a su cargo, en su propio domicilio, para la lectura de las recomendaciones de las guías PrevenIMSS de cada grupo etario de la familia, quienes de acuerdo con su situación de salud reciben orientación. De 2007 a 2011 se realizaron 1,336,220 círculos con 13,689,949 participantes.

Capacitación a voluntarios de salud

El voluntario de salud es una figura clave para las actividades comunitarias, por lo cual el equipo médico les capacita en temáticas de promoción de la salud y la vigilancia epidemiológica simplificada aplicada a las enfermedades más frecuentes y de baja complejidad; el saneamiento básico y mejoramiento de la vivienda, entre otros.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Además reciben asesoría mensual por parte del equipo de salud de la unidad médica sede a la que pertenece, por lo cual está en condiciones de identificar problemas de salud, factores de riesgo e incluso algunos daños a la salud; de aplicar la vigilancia epidemiológica simplificada, reconocer las prioridades de salud, actuar ante contingencias de salud; o bien referir a los pacientes a las unidades médicas más cercanas.

Al igual que las PVR, el Programa se ha esforzado por mantener la vinculación con la comunidad para la promoción de la salud a través de aproximadamente 300 mil voluntarios, de los cuales actualmente 15,319 voluntarios de salud recibieron un apoyo económico de \$500.00 al mes que requieren para trasladarse a las unidades médicas a entregar reportes, abastecerse de medicamentos e insumos, recibir asesoría o acompañar a un paciente [ver Tabla VII.1.4].

De 2007 a 2012 el presupuesto para el apoyo económico a los voluntarios de salud se incrementó en 9 por ciento debido a la incorporación del Programa a las delegaciones de Guerrero y Estado de México Poniente y el crecimiento en estructura de Veracruz Norte y Puebla. Este apoyo es entregado también a través de TELECOMM.



Capacitación a voluntarios de salud.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Tabla VII.1.14 Monto de apoyos económicos otorgados a voluntarios de salud por Delegación 2007-junio 2012

Cifras en Pesos						
Delegación		EJERCIDO				
Clave	Descripción	2007	2008	2009	2010	2011
52	Baja California	\$300,500	\$322,000	\$331,500	\$320,000	\$319,000
54	Campeche	\$921,500	\$922,500	\$929,000	\$908,500	\$960,000
55	Coahuila	\$1,852,902	\$1,868,524	\$1,850,000	\$2,037,000	\$1,862,000
57	Chiapas	\$13,972,255	\$14,102,960	\$13,885,418	\$13,384,600	\$13,890,000
58	Chihuahua	\$4,341,282	\$4,087,883	\$4,073,272	\$3,952,200	\$4,099,500
60	Durango	\$3,245,968	\$3,290,000	\$3,335,500	\$3,318,500	\$3,332,500
62	Guerrero	\$0	\$0	\$0	\$0	\$257,000
63	Hidalgo	\$4,336,187	\$4,474,000	\$4,532,493	\$4,411,100	\$4,471,500
66	México	\$0	\$0	\$0	\$0	\$33,000
67	Michoacán	\$7,257,500	\$7,532,000	\$7,488,670	\$7,454,707	\$7,638,000
69	Nayarit	\$1,056,400	\$1,278,500	\$1,227,500	\$1,247,000	\$1,242,000
71	Oaxaca	\$8,369,130	\$8,484,618	\$8,696,000	\$8,471,500	\$8,749,500
72	Puebla	\$7,178,256	\$7,202,540	\$7,251,200	\$7,183,100	\$7,289,500
75	San Luis Potosí	\$6,475,100	\$6,604,600	\$6,718,000	\$6,708,500	\$6,791,000
76	Sinaloa	\$4,115,800	\$4,193,500	\$4,114,500	\$4,429,500	\$4,320,000
79	Tamaulipas	\$2,232,108	\$2,355,000	\$2,500,500	\$2,570,600	\$2,498,500
81	Veracruz Norte	\$7,358,963	\$7,413,501	\$7,480,500	\$7,460,000	\$7,418,000
82	Veracruz Sur	\$6,890,749	\$6,975,063	\$7,104,500	\$6,709,200	\$7,095,000
83	Yucatán	\$1,967,548	\$2,167,195	\$2,245,899	\$2,237,880	\$2,275,500
84	Zacatecas	\$3,916,118	\$4,192,000	\$4,197,759	\$4,233,500	\$4,283,500
Total		\$85,788,266	\$87,466,384	\$87,962,211	\$87,037,387	\$88,825,000
\$44,396,000						

* Presupuesto ejercido a junio 2012

Fuente: Departamento de Recursos Financieros, Unidad del Programa IMSS-Oportunidades.

Promoción de prácticas saludables

Esta estrategia educativa contribuyó en el periodo 2007-2012 a fortalecer las prioridades de salud a partir de la sensibilización, reflexión y responsabilidad a través del desarrollo de habilidades personales (autoestima, comunicación asertiva y toma de decisiones), para el autocuidado de la salud a nivel individual, familiar y comunitario.

Se realiza a través de Talleres Delegacionales para la Promoción de Prácticas Saludables, dirigidos a personal institucional de acción comunitaria y voluntarios de salud de la comunidad para que a su vez orienten a las personas en riesgo en el autocuidado de salud.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Como apoyo para el desarrollo de los talleres, en 2008 se diseñó la Guía de Trabajo para la Promoción de Prácticas Saludables con énfasis en los temas de salud más relevantes para cada grupo etario:

- Niños de 5 a 13 años: habilidades personales para fortalecer su autoestima, comunicación asertiva y toma de decisiones para su bienestar físico, emocional y social.
- De 14 a 19: habilidades para la toma de decisiones en su sexualidad, prevenir embarazos de alto riesgo, muerte materna y perinatal.
- De 20 a 59, mujeres y hombres: prevención de embarazos de alto riesgo y muerte materna y perinatal, diabetes mellitus, hipertensión, nutrición, enfermedades transmitidas por vectores.

De 2007 a 2011 todas las delegaciones donde opera el Programa se incorporaron a esta estrategia, incluyendo las de reciente reincorporación Estado de México Poniente y Guerrero.

A partir de 2011 la promoción de prácticas saludables se orientó a reforzar los mensajes en salud integral del adolescente y salud materno infantil. Asimismo, y con el propósito de disminuir la prevalencia de anemia, en 2012 en ocho delegaciones se realizaron talleres de reforzamiento para habilitar a personas en el autocuidado de la salud en el tema de nutrición.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

VII.2 Ampliación de infraestructura

VII.2.1 Asignación de recursos

Durante 2008 la Unidad del Programa IMSS-Oportunidades realizó varios estudios y diagnósticos en previsión de una probable autorización de recursos para infraestructura en el Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) 2009. Cabe señalar que desde 1998 no se había realizado obra nueva en el Programa.

Los estudios se realizaron a partir de los criterios generales de creación de infraestructura implícitos en las Reglas de Operación del Programa:

1. Que se trate de una localidad de alta o muy alta marginación social con base en el carácter que da origen al propio Programa orientado a dar servicios de salud a población abierta. Puesto que la pobreza se considera un fenómeno multidimensional, para determinar el nivel de marginación se utilizaron los estándares oficiales de medición del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), el Consejo Nacional de Población (CONAPO), estimaciones de hogares en pobreza de capacidades de SEDESOL, Censos de Población y Vivienda de INEGI, e información generada por la Coordinación del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (PDHO).
2. Que cumpla con los rangos de población establecidos como universo de trabajo y zona de influencia para una Unidad Médica Rural u Hospital Rural de IMSS-Oportunidades. En este sentido, para una UMR debe cubrir un rango, en su mayoría, menor a 5,000 habitantes, y para un HR debe cubrir un promedio de 25,000 habitantes, dependiendo de la dispersión y accesibilidad de los grupos de población residentes en la región.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

3. Que no se dupliquen los servicios de salud, sobre todo con la Secretaría de Salud o los Servicios Estatales de Salud que, al igual que IMSS-Oportunidades, proporcionan atención a población abierta.

Los estudios que realizó la Unidad del Programa IMSS-Oportunidades se hicieron a través de mapeos geográficos que permitieran identificar, con base en estos criterios, las localidades en las que se consideraba factible la construcción de unidades médicas.

Cabe aclarar que además de los elementos ya descritos, para justificar la propuesta de nueva obra también debía considerarse que, con base en el Plan Nacional de Desarrollo y en la Estrategia Vivir Mejor, IMSS-Oportunidades se alinea a un objetivo de reforzamiento de la base social que permite a las personas y a las familias participar plena, libre y equitativamente en la sociedad al potenciar sus capacidades a través del acceso a la salud y al constituirse un hospital o una unidad de primer nivel en un detonante económico para la población.

La cohesión social, entendida como una forma de protección social que se basa en el establecimiento de relaciones solidarias entre los integrantes de una comunidad, es utilizada como un componente para la medición multidimensional de la pobreza. En este tenor, la determinación de que los niveles de cohesión social habían alcanzado niveles bajos en zonas urbanas marginadas, tradicionalmente no consideradas en los estudios de pobreza, se realizó a partir de las recomendaciones al modelo de atención en salud del PDHO emitidas por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) en el documento “Salud y nutrición en el Programa Oportunidades: diagnóstico y ajustes propuestos en zonas urbanas”.

Dicho estudio derivó en el Acuerdo 38/10-11-08 del Consejo de la Coordinación Nacional del PDHO que propuso un modelo alternativo Oportunidades Urbano que, en el caso de



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

IMSS-Oportunidades, se tradujo en la inclusión de Unidades Médicas Urbanas (UMU) al Programa de Infraestructura 2009.

En la propuesta inicial del Ejecutivo Federal a la Cámara de Diputados para el proyecto del PEF 2009, se propuso un monto de 2,000 mdp para construir nueva infraestructura con base en los estudios realizados hasta ese momento. La propuesta consideraba 11 HR y 57 UMR en Guerrero y Estado de México [\[ver Modificaciones al proyecto de presupuesto de egresos de 2009. Gaceta Parlamentaria de la Cámara de Diputados, 09-octubre-2008\]](#) (Anexo VII.30)

Resultado de las gestiones del Ejecutivo Federal ante el H. Congreso de la Unión, el PEF 2009 [\[ver Anexo 25 C. Infraestructura para la Función Salud en Seguridad Social del Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2009\]](#) (Anexo VII.31) etiquetó recursos por 1,500 mdp para infraestructura de IMSS-Oportunidades.

La reducción en el monto respecto a la propuesta inicial implicó realizar modificaciones que se plasmaron en la propuesta que la Unidad del Programa IMSS-Oportunidades formuló al H. Consejo Técnico del IMSS [\[ver Acuerdo\]](#) (Anexo VII.32), en la cual se establece y aprueba que el Programa de Obras 2009 asciende a \$1,489.5 mdp destinados a la construcción de:

- 8 HR (Campeche 1, Estado de México 2, Guerrero 1, Michoacán 2, Puebla 1, Veracruz Norte 1);
- 45 UMR (Estado de México 30, Guerrero 15); y
- 92 UMU para el fortalecimiento del PDHO en los estados de Baja California, Chihuahua, Coahuila, Distrito Federal, Durango, Guerrero, Hidalgo, Oaxaca, Veracruz Norte, Veracruz Sur y Yucatán;



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

- Ampliación, restructuración y remodelación de HR y UMR para aumentar la capacidad resolutiva de los servicios médicos.

Las modificaciones que finalmente se hicieron respecto a la propuesta original son resultado de diversos factores, entre los que mencionan:

- Incremento de costos que obligó a rectificar el cálculo de las unidades médicas consideradas.
- Detección de necesidades de servicios de salud para población abierta de zonas urbanas marginadas en las que IMSS-Oportunidades no había ampliado su presencia.
- Posibilidad de gestionar legalmente los terrenos considerando que deben cederse los derechos de propiedad a favor del IMSS; en ese sentido se verifica ante los Cabildos de cada Ayuntamiento la factibilidad de la donación ya que ésta debe votarse en Asamblea de Cabildo.
- Disponibilidad de los servicios básicos para el caso de HR: agua, energía eléctrica, drenaje y teléfono.
- Dictámenes técnicos de viabilidad de los terrenos (que no se ubiquen en zonas potencialmente inseguras, orografía del terreno, etcétera).
- Disponibilidad de vías de comunicación para acceder a la unidad médica y posibilidad de gestionar construcción de caminos y vías de comunicación donde no existen.
- Consensos obtenidos con los Cabildos y Ayuntamientos ya que en algunos casos las comunidades proponían sedes alternas para las unidades médicas.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Para decidir la ubicación de los HR se compararon varias opciones por entidad federativa y se determinó construir en localidades donde se beneficiaría a un mayor número de personas sin acceso a la seguridad social [\[ver Análisis de Infraestructura Médica en el Estado de México y en Guerrero\]](#) (Anexo VII.33) [y \[ver Diagnóstico de Servicios de Salud para Evaluar Construcción de Hospitales Rurales\]](#) (Anexo VII.34).

Resultado de lo anterior, se construyeron ocho nuevos HR, 39 UMR y se instalaron 55 UMU. Destaca que parte de esta inversión fue destinada a la construcción de nueva infraestructura médica en los estados de México y Guerrero, entidades en las que IMSS-Oportunidades había dejado de operar en el ámbito rural, debido a la descentralización de los servicios de salud que tuvo lugar en la década de 1980.

VII.2.2 Nuevos Hospitales Rurales

La nueva red hospitalaria se desarrolló en los estados de Campeche, México, Guerrero, Michoacán, Puebla y Veracruz con una gran movilización de insumos y personal. Los ocho nuevos hospitales de 30 camas iniciaron operaciones en 2010 [\[Ver Fichas técnicas de los 8 nuevos hospitales\]](#) (Anexo VII.35).

A continuación, el detalle de cada uno de ellos:



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

**Tabla VII.2.1 Hospital Rural de IMSS-Oportunidades
"Mamante"**

Antecedentes: La construcción dio inicio en junio de 2009 y terminó en junio de 2010.

Tipo de Unidad: Hospital Rural de 30 camas Población Beneficiaria Potencial: 161,401 habitantes sin seguridad social ^{1/}	Localidad: Mamantel Delegación: Campeche
Municipios beneficiados: Carmen, Candelaria, Champotón, Escárcega y Palizada	Inicio de operaciones: 11 de agosto de 2010
Costo total de inversión con obra y equipamiento: \$126,520,774 (con IVA)	

^{1/} Fuente: INEGI, II Conteo de Población y Vivienda, 2005. Información reportada en la fase de planeación y construcción del hospital rural.



Quirófano



Fachada principal



Sala de espera



Urgencias



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

**Tabla VII.2.2 Hospital Rural de IMSS-Oportunidades
“Amanalco”**

Antecedentes: La construcción dio inicio en junio de 2009 y terminó en febrero de 2010.

Tipo de Unidad: Hospital Rural de 30 camas
Población Beneficiaria Potencial: 618,763 habitantes sin
seguridad social^{1/}

Localidad: Amanalco de Becerra

Delegación: Estado de México Poniente

Municipios beneficiados: Almoloya de Juárez, Amanalco,
Donato Guerra, Ixtapandel Oro, Ozoloapan, Santo Tomás,
Temascaltepec, Toluca, Valle de Bravo, Zacaapan, Zinacantepec

Inicio de operaciones: 9 de julio de 2010

Costo total de inversión con obra y equipamiento: \$121,411,474 (con IVA)

^{1/}Fuente: INEGI, II Conteo de Población y Vivienda, 2005. Información reportada en la fase de planeación y construcción del hospital rural.



Proceso de construcción



Vista a área de Tococirugía



Sala de espera



Fachada principal



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

**Tabla VII.2.3 Hospital Rural de IMSS-Oportunidades
"San José del Rincón"**

Antecedentes: La construcción dio inicio en junio de 2009 y terminó en junio de 2010

Tipo de Unidad: Hospital Rural de 30 camas

Población Beneficiaria Potencial: 387,140 habitantes sin seguridad social^{1/}

Localidad: San José del Rincón

Delegación: Estado de México Poniente

Municipios beneficiados: El Oro, Ixtlahuaca, Jocotitlán, San Felipe del Progreso, San José del Rincón, Temascalcingo, Villa Victoria, Villa de Allende

Inicio de operaciones: 22 de octubre de 2010

Costo total de inversión con obra y equipamiento: \$119,205,966 (con IVA)

^{1/} Fuente: INEGI, II Conteo de Población y Vivienda, 2005. Información reportada en la fase de planeación y construcción del hospital rural.



Proceso de construcción



Acceso principal



Sala de espera



Aula de usos múltiples



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

**Tabla VII.2.4 Hospital Rural de IMSS-Oportunidades
"La Unión"**

Antecedentes: La construcción dio inicio en junio de 2009 y terminó en febrero de 2010

Tipo de Unidad: Hospital Rural de 30 camas Población Beneficiaria Potencial: 131,621 habitantes sin seguridad social ^{1/}	Localidad: La Unión de Isidoro Montes de Oca Delegación: Guerrero
Municipios beneficiados: Coahuayutla de José María Izazaga, José Azueta, Petatlán, La Unión de Isidoro Montes de Oca	Inicio de operaciones: 23 de julio de 2010

Costo total de inversión con obra y equipamiento: \$126,245,310 (con IVA)

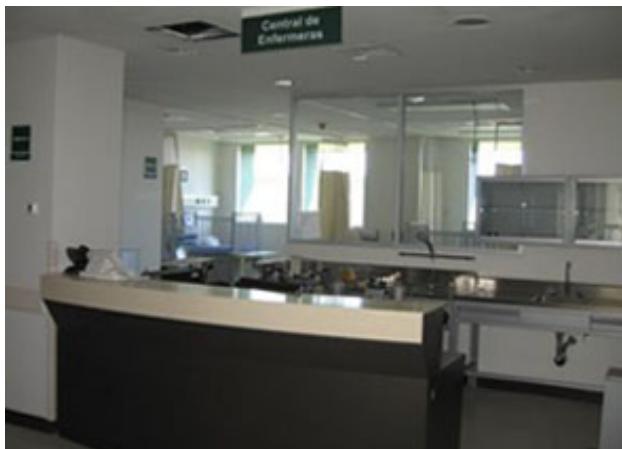
^{1/} Fuente: INEGI, II Conteo de Población y Vivienda, 2005. Información reportada en la fase de planeación y construcción del hospital rural.



Acceso principal



Acceso para ambulancias



Área de hospitalización



Pediatria



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

**Tabla VII.2.5 Hospital Rural de IMSS-Oportunidades
“Buenavista”**

Antecedentes: La construcción dio inicio en junio de 2009 y terminó en febrero de 2010

Tipo de Unidad: Hospital Rural de 30 camas Población Beneficiaria Potencial: 192,288 habitantes sin seguridad social ^{1/}	Localidad: Buenavista Tomatlán Delegación: Michoacán
Municipios beneficiados: Aguililla, Apatzingán, Buenavista, Peribán, Tancítaro, Tepalcatepec	Inicio de operaciones: 9 de junio de 2010

Costo total de inversión con obra y equipamiento: \$126,783, 227 (con IVA)

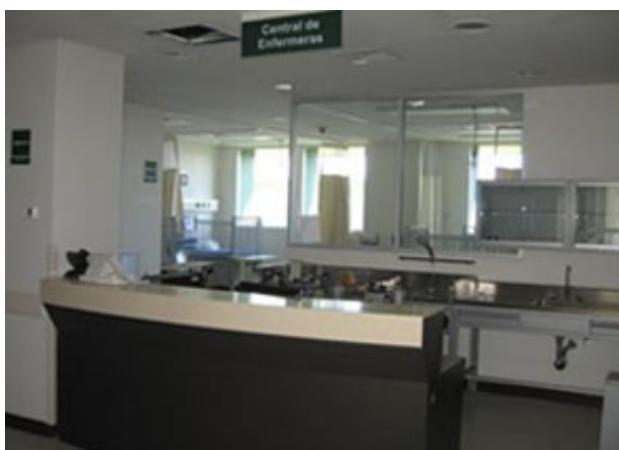
^{1/} Fuente: INEGI, II Conteo de Población y Vivienda, 2005. Información reportada en la fase de planeación y construcción del hospital rural.



Acceso principal



Sala de espera



Central de Enfermeras



Área de hospitalización



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

**Tabla VII.2.6 Hospital Rural de IMSS-Oportunidades
"Villamar"**

Antecedentes: La construcción inició en junio de 2009 y terminó en febrero de 2010

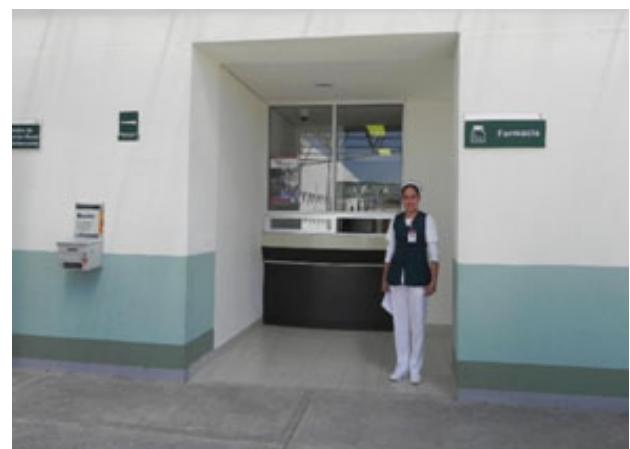
Tipo de Unidad: Hospital Rural de 30 camas Población Beneficiaria Potencial: 168,046 habitantes sin seguridad social ^{1/}	Localidad: Villamar Delegación: Michoacán
Municipios beneficiados: Chavinda, Cotija, Jiquilpan, Pajacuarán, Sahuayo, Tangamandapio, Tingüindín, Venustiano Carranza, Villamar	Inicio de operaciones: 8 de junio de 2010

Costo total de inversión con obra y equipamiento: \$124,737,512 (con IVA)

^{1/} Fuente: INEGI, II Conteo de Población y Vivienda, 2005. Información reportada en la fase de planeación y construcción del hospital rural.



Acceso principal



Farmacia



Sala de espera



Área de hospitalización



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Tabla VII.2.7 Hospital Rural de IMSS-Oportunidades “Ixtepec”

Antecedentes: La construcción dio inicio en junio de 2009 y terminó en junio de 2010

Tipo de Unidad: Hospital Rural de 30 camas

Población Beneficiaria Potencial: 54,871 habitantes sin seguridad social^{1/}

Localidad: Ixtepec

Delegación: Puebla

Municipios beneficiados: Atlequizayán, Caxhuacán, Huehuetla, Hueytlalpan, Huitzilán de Serdán, Ixtepec, Jonotla, Nauzontla, Olintla, Tuzamapán de Galeana, Xochitlán de Vicente Suárez, Zapotitlán de Méndez y Zoquiapan

Inicio de operaciones: 16 de diciembre de 2010

Costo total de inversión con obra y equipamiento: \$117,160,014 (con IVA)

^{1/} Fuente: INEGI, II Conteo de Población y Vivienda, 2005. Información reportada en la fase de planeación y construcción del hospital rural.



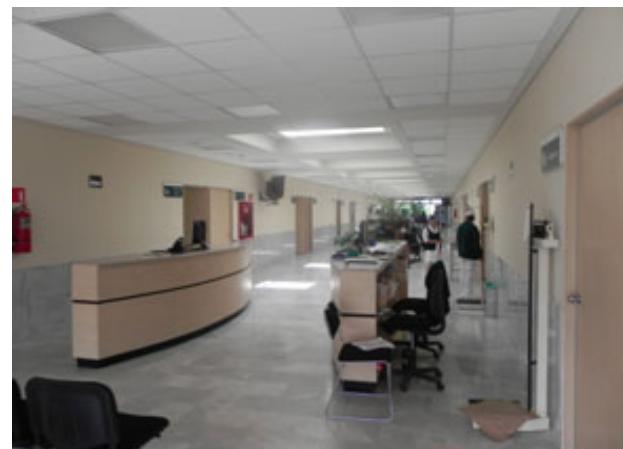
Vista panorámica del Hospital



Acceso a Urgencias



Quirófano



Consulta externa



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Tabla VII.2.8 Hospital Rural de IMSS-Oportunidades "Plan de Arroyos"

Antecedentes: La construcción dio inicio en junio de 2009 y terminó en junio de 2010

Tipo de Unidad: Hospital Rural de 30 camas

Población Beneficiaria Potencial: 301,666 habitantes sin seguridad social^{1/}

Localidad: Plan de Arroyos

Delegación: Veracruz Norte

Municipios beneficiados: Atzalán, Altotonga, Jalacingo, Las Minas, Las Vigas de Ramírez, Martínez de la Torre, Misantla, Nautla, Tatatila, Tenochtitlán, Tlacolulan, Tlapacoyán, Villa Aldama

Inicio de operaciones: 17 de noviembre de 2010

Costo total de inversión con obra y equipamiento: \$125,039,793 (con IVA)

^{1/} Fuente: INEGI, II Conteo de Población y Vivienda, 2005. Información reportada en la fase de planeación y construcción del hospital rural.



Vista panorámica del Hospital



Acceso a Urgencias



Quirófano



Consulta externa



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

VII.2.3 Nuevas Unidades Médicas Rurales

Durante el proceso de planeación para la construcción de los HR en el Estado de México y Guerrero se consideró la necesidad de formar la Zona de Servicios Médicos de cada hospital la cual se conforma, además del HR, de unidades médicas de primer nivel de atención, las cuales estarían ubicadas en un radio de 30 a 50 km con un tiempo máximo de recorrido de 180 minutos al HR.

De acuerdo con las Reglas de Operación del Programa, las Zonas de Servicios Médicos se integran, en promedio, por una red de 50 UMR, 4 BS y un HR. Esta red constituye la unidad local fundamental para otorgar la prestación de servicios médicos; además, emplea un sistema de referencia y contrarreferencia que permite proporcionar apoyo a otras unidades de los Servicios Estatales de Salud. Su zona de cobertura depende de la dispersión y accesibilidad de los grupos de población residentes en la región²².

Por lo anterior, se construyeron 15 nuevas UMR en Guerrero y 24 en el Estado de México Poniente. A las UMR del Estado de México se adicionaron tres más, debido a la adecuación de UMU y su transformación a UMR (ver Tabla VII.2.9).



Fachada de Unidad Médica Rural



Centro de Atención Rural al Adolescente (anexo a la UMR)

²² Reglas de Operación del Programa IMSS-Oportunidades para el ejercicio fiscal 2012.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



Sala de espera. Medicina General

Tabla VII.2.9
Nuevas Unidades Médicas Rurales

Delegación	Municipio	Localidad	Inversión ^{1/}
Guerrero	Coahuayutla de José María Izazaga	Cuauhtémoc	
		Paso de Vacas	
		El Platanillo	
		Galeana de Abajo	
		Nueva Cuadrilla	
	Zihuatanejo de Azueta	Vallecitos de Zaragoza	
		San José Ixtapa (Barrio Viejo)	
		Pantla	\$5,096,858.00
	La Unión de Isidoro Montes de Oca	Junta de los Ríos (Las Juntas)	
		Barranca de Marmolejo	
		Feliciano	
		Troncones (Emiliano Zapata)	
		El Cedral	
Méjico Poniente	Petatlán	Coyuquilla Norte	
		Fermin Maciel	
	Jocotitlán	Santa María Endare*	
		San Juan Coajomulco	
		Los Reyes	
	El Oro	Santa Rosa de Guadalupe	
		Tapaxco	\$5,672,390.00
	Temascaltepec	San Antonio Albaranes	
	San José del Rincón	El Salto la Venta (Barrio El Salto)	
		San Joaquín Lamillas Centro	



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Tabla VII.2.9

Nuevas Unidades Médicas Rurales

Delegación	Municipio	Localidad	Inversión ^{1/}
Amanalco		Rincón de Guadalupe	
		Pueblo Nuevo	
		San Miguel (San Miguel Tenextepec)	
		San Juan	
Villa Victoria		San Luis La Gavia	
		Turcio La Loma	
		San Diego Suchitepec	
		Loma de San José	
Donato Guerra		Santa Isabel del Monte*	
		San Lucas Texcaltitlán	
Texcaltitlán		San José	
		San Agustín*	
Valle de Bravo		Cerro Gordo	
San Felipe del Progreso		Santa Rita de la Cuesta	
		Santa Cruz Mextepec	
Almoloya de Juárez		San Nicolás Amealco	
		Palos Amarillos (Palos Amarillos Yebuciví)	
Villa de Allende		Loma de Juárez	
		La Peña	

^{1/} Inversión promedio ejercida por cada UMR, incluye equipamiento.

* Estas unidades médicas inicialmente eran UMU, sin embargo fueron adecuadas para la operación de UMR, por lo tanto su inversión no está considerada en el monto.

Fuente: Departamento de Construcción y Conservación.

VII.2.4 Nuevas Unidades Médicas Urbanas

Las UMU se ubican en localidades urbano-marginadas y el equipo de salud que las integra otorga las trece acciones básicas del Paquete Básico Garantizado de Salud (PBGs), del componente salud a las familias beneficiarias del PDHO. Estas unidades médicas cuentan con espacios físicos adaptados para otorgar atención médica ambulatoria sustentada en el PBGS.

La localidad de UMU es aquella calificada por el PDHO como elegible para integrarse a su padrón de beneficiarios, tomando como referencia su grado de marginación y rezago social. En este sentido, en el periodo 2009-2011 IMSS-Oportunidades adquirió e instaló



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

55 nuevas UMU en las siguientes delegaciones del IMSS: Baja California, Coahuila, Distrito Federal Sur, Durango, Guerrero, Oaxaca, Puebla, Veracruz Norte, Veracruz Sur y Yucatán. Cabe mencionar que no se llevó a cabo la instalación de 37 UMU ante la imposibilidad de gestionar legalmente los terrenos considerando que deben cederse los derechos de propiedad a favor del IMSS.

La instalación de estas UMU se efectuó a través de la colocación de una caseta prefabricada tipo panel en una plancha de concreto, con los aditamentos necesarios para su funcionamiento, asimismo la adquisición de estos insumos se hizo a través de compra centralizada mediante una licitación pública nacional con contrato abierto [ver expediente [Casetas UMU 2009](#) (Anexo VII.36)- [Casetas UMU 2011](#) (Anexo VII.37)].



Unidad Médica Urbana. Veracruz Norte



Unidad Médica Urbana. Durango



Unidad Médica Urbana. Veracruz Sur



Unidad Médica Urbana. Durango



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



Unidad Médica Urbana. Veracruz Sur



Unidad Médica Urbana. Durango



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

VII.3 Padrón de beneficiarios

VII.3.1 Antecedentes

Uno de los objetivos que se propuso el gobierno federal al inicio de la administración fue lograr la cobertura universal de salud, sobre todo para beneficiar a las personas que no tienen acceso a ningún servicio de salud y que viven en condiciones de pobreza o pobreza extrema.

Por tal propósito, todas las dependencias de la administración pública federal con programas sociales a su cargo se obligaron a contar con un padrón de beneficiarios que permitiera: evitar la duplicidad de los programas federales, propiciar la portabilidad para ofrecer al usuario cobertura de salud en cualquiera de las instituciones públicas proveedoras de servicios en el país y lograr la convergencia de servicios del sector salud para un mejor uso de los recursos.

Esta obligación quedó plasmada en el Decreto que emite el Sistema Integral de Información de Padrones de Programas Gubernamentales (SIIPP-G) publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 12 de enero de 2006.

Con base en ello, el Programa IMSS-Oportunidades se planteó la meta de contar con un padrón que permita cuantificar la población atendida por sus unidades médicas a través del registro electrónico y nominal de sus beneficiarios.

VII.3.2 Desarrollo

En octubre de 2008, la Unidad del Programa IMSS-Oportunidades solicitó el apoyo de la Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico (DIDT) del IMSS para desarrollar la



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

aplicación que permitiera el registro electrónico nominal del padrón, para lo cual se integró un equipo de trabajo conjunto.

IMSS-Oportunidades proporcionó el análisis de requerimientos para diseñar y configurar la aplicación con las variables requeridas [\[ver Documentos de análisis de la base de datos y descripción del desarrollo\]](#) (Anexo VII.38) Se registraba un avance de 34 por ciento cuando la DIDT comunicó a IMSS-Oportunidades, en septiembre de 2009, la no existencia de suficiencia presupuestal por lo que el proyecto se suspendió temporalmente [\[ver Minutas de los trabajos\]](#) (Anexo VII.39).

VII.3.3 Levantamiento

En abril de 2010 la Unidad del Programa IMSS-Oportunidades reajustó el proyecto del padrón con las siguientes líneas de acción:

- Diseño con recursos propios de una pantalla de captura que soportara el registro de beneficiarios. Esto con el fin de no suspender los trabajos mientras la DIDT gestionaba la reanudación de los trabajos que se habían suspendido.
- Diseño de la encuesta tomando como plataforma mínima las variables utilizadas por el Seguro Popular [\[ver Encuesta del padrón de beneficiarios\]](#) (Anexo VII.40).
- Levantamiento de las encuestas a cargo de los voluntarios de salud del Programa, previa capacitación por parte del ámbito central a los equipos multidisciplinarios en las delegaciones quienes hicieron la capacitación en cascada [\[ver Minutas de capacitación y supervisión\]](#) (Anexo VII.41).
- Contratación de personal por honorarios en las delegaciones para efectuar la captura de información. Para tal efecto se sometió a aprobación del H. Consejo Técnico la contratación de 180 prestadores de servicios durante 4 meses y de



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

300 durante 9 meses, lo que significó una erogación de \$19,136.4²³ miles de pesos [\[ver Tabla de montos erogados por prestador de servicios contratado\]](#) (Anexo VII.42). La distribución de este personal y el detalle del importe ejercido se muestran en la Tabla VII.3.1.

Tabla VII.3.1

Calendario de captura de Padrón en Delegaciones con número de prestadores y monto ejercido
(miles de pesos)

Periodo de captura	Delegación	No. de prestadores	Importe ejercido	Importe anual
1 Jun. – 31 Jul. 2010	Michoacán	180	1,803.70	8,408.10
1 Ago. – 30 Sept. 2010	Oaxaca	180	2,683.00	
1 Oct. – 15 Dic. 2010	Chiapas	150	1,876.40	
	Puebla	132	1,766.70	
	Nayarit	18	278.3	
15 Ene. – 25 Feb. 2011	Veracruz Norte	135	1,323.50	10,728.30
	Veracruz Sur	114	1,125.90	
	Baja California	17	189.2	
	Campeche	34	337.1	
28 Feb. – 9 Abr. 2011	Coahuila	81	545.6	
	Hidalgo	163	1,431.20	
	Tamaulipas	56	502.8	
11 Abr. – 21 May. 2011	Zacatecas	106	994.4	
	Durango	75	683.1	
	Yucatán	119	1,081.60	
23 May. – 30 Jun. 2011	Sinaloa	94	751.9	
	San Luis Potosí	128	1,095.50	
	Chihuahua	78	666.5	

Fuente: Departamento de Recursos Humanos del Programa IMSS- Oportunidades

- Aspectos logísticos y de difusión: diseño y distribución del material de difusión; necesidades materiales para la capacitación, el levantamiento y la captura. El gasto ejercido en estos rubros por parte de las delegaciones ascendió a \$6,060.03 miles de pesos.

²³El monto reportado al H Consejo Técnico fue de \$19,403 (miles de pesos), dato que difiere en 267 mil pesos con lo erogado, ya que al momento de reportar a ese órgano colegiado no se había hecho el levantamiento en Guerrero, Estado de México y la segunda fase de Michoacán, cuyo costo fue sufragado con recursos delegacionales.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

- Aplicación de la prueba piloto (Michoacán) y definición de calendario de trabajo en las delegaciones.

Durante el proceso de levantamiento, que inició en junio de 2010 y concluyó en agosto de 2011, se presentaron informes trimestrales al H. Consejo Técnico del IMSS para dejar constancia de los avances realizados. En noviembre de 2011 se presentó a este órgano el informe final en el que se hizo constar la conclusión del levantamiento [Ver Informe final del padrón de beneficiarios al H. Consejo Técnico del IMSS y autorizaciones para la contratación de los prestadores de servicios para la captura del padrón de beneficiarios](#) (Anexo VII.43).

En ese sentido, el 30 de noviembre el H. Consejo Técnico emitió el acuerdo SCAT-HCT.301111/139.P.DPM y UIO que señala:

“Este Consejo Técnico, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 263 y 264, fracción XVII, de la ley del Seguro Social; 31, fracción XX, del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social; y en términos del oficio 246, del 17 de noviembre de 2011, signado por el Titular de la Dirección de Prestaciones Médicas; así como de la resolución tomada por el Comité del mismo nombre, del propio Órgano de Gobierno, en reunión celebrada en la fecha antes citada, toma nota del informe final sobre la contratación de los 300 prestadores de servicios profesionales bajo el régimen de honorarios autorizados para el periodo junio 2010 a junio de 2011, mediante los Acuerdos ACDO.SA2.HCT.280410/93.P.DPM, ACDO.SA2.HCT.290910/308.P.UIO y DPM, ACDO.SA2.HCT.241110/363.P.UIO y DPM y ACDO.SA2.HCT.081210/389.P. UIO y DPM, dictados en sesiones del 28 de abril, 28 de septiembre, 24 de noviembre y 8 de diciembre de 2010, respectivamente, para el Programa IMSS-Oportunidades con el objeto de llevar a cabo el levantamiento y captura del Padrón de Beneficiarios, el cual fue concluido con un registro de 12,221,831 beneficiarios.”



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Es importante mencionar que durante julio y agosto de 2011 las delegaciones Guerrero y Estado de México Poniente realizaron el levantamiento de su padrón con recursos de la propia delegación, ya que no fueron consideradas en la programación inicial debido a que en esos momentos el Programa aun no iniciaba operaciones en esos estados [\[ver Gasto ejercido por las Delegaciones en logística y difusión del padrón de beneficiarios\]](#) (Anexo VII.44).

Cabe señalar que paralelamente al proceso de levantamiento del padrón, se gestionó con la Coordinación Nacional de Oportunidades la obtención de la base de datos de los beneficiarios del PDHO atendidos en las unidades médicas de IMSS-Oportunidades, que contaba con 7.3 millones de registros.

La suma de beneficiarios que arrojó el levantamiento efectuado por el Programa IMSS-Oportunidades –4.9 millones de personas– y los obtenidos a través del PDHO reunieron un total de 12.2 millones de registros cuyo desglose se muestra en la Tabla VII.3.2.

Tabla VII.3.2
Desglose de resultados del levantamiento del Padrón por Delegación

Delegaciones	PDHO	IMSS-Oportunidades	Total
Baja California	35,469	38,844	74,313
Campeche	100,789	76,543	177,332
Coahuila de Zaragoza	94,975	201,839	296,814
Chiapas	1,419,960	558,366	1,978,326
Chihuahua	112,318	132,223	244,541
Distrito Federal	108,617	-----	108,617
Durango	144,843	159,184	304,027
Guanajuato	23,824	-----	23,824
Guerrero	76,280	26,710	102,990
Hidalgo	354,137	380,696	734,833
Jalisco	18,615	-----	18,615
México	12,710	24,720	37,430
Michoacán de Ocampo	581,946	603,560	1,185,506
Morelos	8,727	-----	8,727
Nayarit	73,600	81,054	154,654



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Tabla VII.3.2

Desglose de resultados del levantamiento del Padrón por Delegación

Delegaciones	PDHO	IMSS-Oportunidades	Total
Nuevo León	6,845	-----	6,845
Oaxaca	915,788	562,217	1,478,005
Puebla	802,292	462,208	1,264,500
Querétaro de Arteaga	9,704	-----	9,704
San Luis Potosí	430,230	270,553	700,783
Sinaloa	174,390	159,972	334,362
Sonora	11,499	-----	11,499
Tamaulipas	98,615	146,411	245,026
Tlaxcala	25,295	-----	25,295
Veracruz norte	584,567	306,568	891,135
Veracruz sur	590,044	263,421	853,465
Yucatán	307,496	202,890	510,386
Zacatecas	223,414	216,863	440,277
Total	7,346,989	4,874,842	12,221,831

Fuente: Padrón de beneficiarios IMSS-Oportunidades con corte a diciembre de 2011.

Las encuestas soporte del padrón se concentraron y resguardaron a fines de 2011 en el ámbito central del Programa y fueron sujetas a certificación notarial [\[ver Testimonio notarial de las encuestas que sirvieron de base al padrón de beneficiarios\]](#) (Anexo VII.45).



Detalle del archivo documental que respalda el padrón de beneficiarios de IMSS-Oportunidades, certificado por notario público



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

VII.3.4 Equipamiento

En 2010 las unidades médicas de primero y segundo nivel de atención no contaban con equipo de cómputo para operar el Sistema Padrón de Beneficiarios (SPB), por lo que en enero de ese año se gestionó la adquisición de 5,936 equipos PC marca HP con procesador AMD Athlon II, 2 Gb en RAM y disco duro con capacidad de 180 Gb por un monto de \$5,405,084.16 dólares sin IVA [Ver Contrato y licitación pública para la adquisición de equipo de cómputo](#) (Anexo VII.46) cuyo destino final se desglosa en la Tabla VII.3.3.

Tabla VII.3.3
Distribución de equipo de cómputo para operar
el Sistema Padrón de Beneficiarios

Delegaciones	Número de equipos de cómputo
Baja California	46
Campeche	73
Coahuila de Zaragoza	171
Chiapas	831
Chihuahua	232
Distrito Federal	26
Durango	249
Guanajuato	12
Guerrero	39
Hidalgo	329
Jalisco	10
México	33
Michoacán de Ocampo	477
Morelos	5
Nayarit	108
Nuevo León	4
Oaxaca	733
Puebla	459
Querétaro de Arteaga	5
San Luis Potosí	313
Sinaloa	191
Sonora	6
Tamaulipas	182



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Tabla VII.3.3
Distribución de equipo de cómputo para operar
el Sistema Padrón de Beneficiarios

Delegaciones	Número de equipos de cómputo
Tlaxcala	4
Veracruz Norte	345
Veracruz Sur	345
Yucatán	202
Zacatecas	286
Nivel Central	220
Total	5,936

Fuente: División de Información IMSS-Oportunidades.

Cabe mencionar que este equipo, además de apoyar la operación del SPB, también se utiliza para operar otros sistemas de información que registran la productividad de las acciones médicas: Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA), Programa de Vacunación Universal (PROVAC), Sistema Único de Información para Vigilancia Epidemiológica (SUIVE), Sistema de Egresos Hospitalarios (SEHO), entre otros.

VII.3.5 Diseño e instrumentación del sistema en línea

En septiembre de 2011 se reanudaron los trabajos con la Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico (DIDT) para concluir el desarrollo del Sistema Padrón de Beneficiarios (SPB) para la actualización en línea de la información de los beneficiarios registrados en la base de datos y para añadir registros nuevos.

En el bimestre marzo-abril de 2012 se realizó de manera satisfactoria la prueba piloto del SPB en cinco HR: Jáltipan (Veracruz Sur), San Cayetano (Nayarit), Ramos Arizpe (Coahuila), Huajuapan de León y Huautla (Oaxaca).



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Archivo Edición Ver Desplazarse Consulta Herramientas Ayuda

Consultas guardadas: Todos los contactos

Página inicial Beneficiarios

Mis Beneficiarios | Menú Cancelar Asistente de consulta Especificar consulta

Folio Estado Nombre Primer Apellido Segundo Apellido Sexo Fecha de Nacimiento Unidad de Adscripción Creado por Alta Actualización Actualizado por:

El campo seleccionado es sensible a mayúsculas/minúsculas. Sin registros |

<Mayúsculas/minúsculas> <Mayúsculas/minúsculas> <Mayúsculas/minúsculas> <Mayúsculas/minúsculas> <Mayúsculas/minúsculas> <Mayúsculas/minúsculas> <Mayúsculas/minúsculas> <Mayúsculas/minúsculas> <Mayúsculas/minúsculas> <Mayúsculas/minúsculas>

Menú Cancelar Asistente de consulta Especificar consulta

Información General

Folio: <Mayúsculas/minúsculas> Estado de Nacimiento: <Mayúsculas/minúsculas> Oportunidades (PDHO): <Mayúsculas/minúsculas> Seguro popular: <Mayúsculas/minúsculas> Seguro Social: <Mayúsculas/minúsculas> ISSSTE: <Mayúsculas/minúsculas> Otra: <Mayúsculas/minúsculas>

Nombre: <Mayúsculas/minúsculas> Municipio de Nacimiento: <Mayúsculas/minúsculas> Población Indígena: <Mayúsculas/minúsculas> Secretaría de Salud:

Primer Apellido: <Mayúsculas/minúsculas> Segundo Apellido: <Mayúsculas/minúsculas> Habla Lengua Indígena: <Mayúsculas/minúsculas> Jomalero Agrícola: <Mayúsculas/minúsculas>

Sexo: <Mayúsculas/minúsculas> Fecha de Nacimiento: <Mayúsculas/minúsculas> Actividad Económica: <Mayúsculas/minúsculas> Jefe Familia: <Mayúsculas/minúsculas>

Edad: Estado Civil: <Mayúsculas/minúsculas> Estatus: <Mayúsculas/minúsculas> Motivo: <Mayúsculas/minúsculas>

Institución de Procedencia

Número de Acta: <Mayúsculas/minúsculas> Año: <Mayúsculas/minúsculas> Fojas: <Mayúsculas/minúsculas> Libro: <Mayúsculas/minúsculas> Tomo: <Mayúsculas/minúsculas>

Domicilio Particular

Estado: <Mayúsculas/minúsculas> Municipio: <Mayúsculas/minúsculas> Localidad: <Mayúsculas/minúsculas> Área de influencia: <Mayúsculas/minúsculas> Localidad: <Mayúsculas/minúsculas> área de influencia: <Mayúsculas/minúsculas> Domicilio: <Mayúsculas/minúsculas necesarias>

Documentación

Detalle del Domicilio Particular

Menú **Domicilio Particular**

Tipo de Vialidad: Tipo Asentamiento: Nombre de la Vialidad: Número Exterior: Nombre Asentamiento: Número Interior: Código Postal: *

Menú **Unidad de Adscripción**

Pantalla principal de captura del Sistema Padrón de Beneficiarios.

A partir de estos resultados se continuó con el despliegue del sistema en los siete hospitales restantes de Oaxaca: Tlacolula de Matamoros, Santiago Jamiltepec, Matías Romero Avendaño, Santiago Juxtlahuaca, Miahuatlán de Porfirio Díaz, Heroica Ciudad de Tlaxiaco y San Ildefonso Villa Alta.

En mayo se instaló el SPB en dos hospitales de Veracruz Sur: Coscomatepec y Zongolica y en dos de Coahuila: Matamoros y San Buenaventura. En julio se desplegó en los cuatro HR de Hidalgo: Huejutla de Reyes, Metepec, Zacualtipán e Ixmiquilpan; y en agosto se desplegó en seis HR de Puebla: La Ceiba, San Salvador El Seco, Chiautla de Tapia, Zacapoaxtla, Chignahuapan y Tepeji de Rodríguez. En diciembre de 2012 el Sistema Padrón de Beneficiarios deberá estar instalado en los 79 hospitales del Programa.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

En junio de 2012 la DIDT diseñó a solicitud de IMSS-Oportunidades una versión del sistema que funciona fuera de línea, para ser instalado en las unidades médicas que no tienen conectividad a la red del IMSS o a internet.²⁴ Esta plataforma, concluida en julio de 2012, permitirá incorporar a la totalidad de unidades médicas de IMSS-Oportunidades el SPB como un instrumento permanente de registro y actualización de los beneficiarios de IMSS-Oportunidades.

VII.3.6 Calidad de la información del SPB

El Sistema Integral de Información de Padrones de Programas Gubernamentales (SIIPP-G) es un instrumento de la Secretaría de la Función Pública que integra los padrones de todos los programas a cargo de las dependencias y entidades de la administración pública federal.

Su objetivo es simplificar y consolidar los procesos de intercambio de información entre las dependencias que operan programas de apoyo federal, a fin de mejorar la calidad de la información de los padrones.

Dado que los datos que contiene un padrón son dinámicos, es imprescindible su actualización permanente, por lo que a partir de diciembre de 2010 la Unidad del Programa IMSS-Oportunidades ha cumplido en tiempo y forma [\[ver Documentación entrega del padrón\]](#) (Anexo VII.47) con la obligación de incorporar trimestralmente la base de datos de su padrón al SIIPP-G, previa validación con el Registro Nacional de Población de la Secretaría de Gobernación (RENAPO).

²⁴Debido a las zonas geográficas en las que opera el Programa IMSS-Oportunidades, 9 hospitales y 3,295 unidades médicas rurales no tienen conexión a internet; 435 unidades médicas rurales operan esa conexión con antena satelital y únicamente 70 hospitales y 129 unidades médicas rurales están conectadas a la red institucional.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

De la última depuración de datos, efectuada en junio de 2012, el padrón se integró con 11,839,591 registros. Asimismo, de la confronta que se hizo de esta base de datos con el RENAPO se obtuvo que 70.8 por ciento de los registros de la base del padrón, esto es, 8,382,430 beneficiarios, cuentan con CURP válida.

El avance en el cumplimiento de las variables requeridas del padrón por el SIIPP-G se expresa en la Tabla VII.3.4.

Tabla VII.3.4
Avance de cumplimiento variables
Padrón de beneficiarios

Campo	Nivel de integración
CURP	70.82%
Fecha de nacimiento	100.00%
Estado de nacimiento	100.00%
Sexo	100.00%
Estado civil	54.59%
Dependencia	100.00%
Institución	100.00%
Programa	100.00%
Entidad federativa	100.00%
Municipio	100.00%
Localidad	100.00%
Fecha de beneficio	100.00%
Tipo de beneficiario	100.00%
Tipo de beneficio	100.00%
Cantidad de apoyo	100.00%

Fuente: División de Información IMSS-Oportunidades.

Por último, IMSS-Oportunidades ha emprendido acciones para adoptar en su padrón el modelo de estructura de datos del domicilio geográfico establecido por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía, en su Acuerdo que aprueba la Norma Técnica sobre Domicilios Geográficos. Destaca en este sentido la incorporación al desarrollo del



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

SPB, de las variables tal y como están dispuestas en dicha norma, lo que permitirá que la actualización de los datos de los beneficiarios se haga con base en dichos criterios.



Captura de las encuestas del padrón de beneficiarios por parte de los prestadores de servicios contratados en las Delegaciones



Levantamiento de las encuestas por parte de personal del Programa y de voluntarios de salud



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



Material de difusión utilizado para promocionar la inscripción al padrón de beneficiarios



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Capítulo VIII
SEGUIMIENTO Y CONTROL



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

VIII.1 Informes sobre los avances o situación del Programa

Durante el periodo 2007-2012, IMSS-Oportunidades entregó información a instancias internas y externas al Instituto con la finalidad de dar cumplimiento a diversas disposiciones legales, y en apego a la cultura de transparencia y rendición de cuentas que rige a la administración pública federal. A continuación se destacan los informes y reportes más representativos.

VIII.1.1 Informes de labores y programas de actividades

En cumplimiento a lo dispuesto en los artículos [261, 266 y 268 de la Ley del Seguro Social](#) (Anexo VIII.1), el Director General del IMSS presentó y puso a consideración de la Honorable Asamblea General del Instituto los Informes de Labores y Programa de Actividades correspondientes a las XCVIII, XCIX, C, CI y CII Asambleas Generales Ordinarias del IMSS [\[ver Expediente de Informes de Labores\]](#) (Anexo VIII.2), en los que se reseñan las principales acciones realizadas por el Instituto. Cabe mencionar que el Informe de Labores y Programa de Actividades para la CIII Asamblea está en proceso de aprobación.

El apartado del Programa IMSS-Oportunidades se incorporó en el capítulo que enlista los avances alcanzados en las acciones de la Dirección de Prestaciones Médicas (DPM) con temas que han resaltado lo realizado en cada periodo reportado y de los que destacan prioridades en salud, desarrollo de infraestructura, padrón de beneficiarios, encuentros médico quirúrgicos y capacitación.

VIII.1.2 Resumen de resultados institucionales para la Cuenta de la Hacienda Pública Federal

Los Resúmenes de Resultados Institucionales del Programa IMSS-Oportunidades de los años 2007, 2008, 2009, 2010 y 2011 [\[ver Expediente de informes a instancias\]](#) (Anexo



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

VIII.3) se integraron en el marco de los trabajos para la elaboración de la Cuenta de la Hacienda Pública Federal de los respectivos años fiscales, y se entregaron a la Dirección de Finanzas del IMSS con fundamento en el artículo 70, fracción XIX, del Reglamento Interior del IMSS, así como el numeral 8.3.2 del Manual de Organización de dicha Dirección.

El Resumen de Resultados Institucionales contiene información del Programa IMSS-Oportunidades para cada uno de los siguientes apartados:

- i. Estrategia presupuestal y vinculación con la planeación nacional
- ii. Evaluación de los resultados del ejercicio
- iii. Aplicación de los recursos

VIII.1.3 Indicadores de desempeño del Programa IMSS-Oportunidades

En cumplimiento con lo dispuesto por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, la Secretaría de la Función Pública y el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), las dependencias y entidades de la administración pública federal están obligadas a reportar el avance en las metas de los indicadores de los programas presupuestarios aprobados en el Presupuesto de Egresos de la Federación.

En este sentido, a partir de 2008 y hasta 2012 (corte a junio) [Ver Expediente de informes a instancias\]](#) (Anexo VIII.4), la Unidad del Programa IMSS-Oportunidades reportó y monitoreó mensualmente en el Sistema de Evaluación del Desempeño, a través del Portal Aplicativo de la Secretaría de Hacienda (PASH), el resultado de los indicadores de la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) seleccionados, en concordancia con lo establecido en la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

IMSS-Oportunidades también dio seguimiento a los avances en el cumplimiento de las metas y acciones, a través de los tableros de control semaforizados de dicho portal, lo que ha sido una herramienta útil para la toma de decisiones y la orientación en las políticas y acciones del Programa durante esta administración.

VIII.1.4 Informes al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y riesgos del IMSS

Con fundamento en el artículo 273 de la [Ley del Seguro Social](#) (Anexo VIII.5), el Instituto ha presentado al Ejecutivo Federal y al H. Congreso de la Unión un Informe sobre la Situación Financiera y Riesgos del IMSS, el cual consiste en un diagnóstico detallado sobre la situación financiera y presupuestaria –presente y futura– del Instituto y los principales riesgos que enfrenta.

En este sentido, para los informes presentados de 2007 a 2011, la Unidad del Programa IMSS-Oportunidades aportó información para la integración del capítulo Instalaciones y Equipo del Instituto. No obstante, a partir del informe 2010-2011 también se incluyó información acerca del importante incremento que se registró en la demanda de atención médica y en la mortalidad por padecimientos no transmisibles (crónico-degenerativos) como la diabetes y la hipertensión arterial sistémica, en áreas rurales donde opera el Programa IMSS-Oportunidades, dentro del capítulo Entorno Demográfico y Epidemiológico y otros Factores de Presión sobre el Gasto Médico. Asimismo en el capítulo Pasivo Laboral y Otros Riesgos del Instituto se incluye información acerca del Régimen de Jubilaciones y Pensiones del Programa IMSS-Oportunidades [\[ver Expediente de informes a instancias\]](#) (Anexo VIII.6).

Los informes al Ejecutivo sobre la Situación Financiera y Riesgos del IMSS son documentos disponibles para la consulta del público en general a través de la página de internet del Instituto [\[www.imss.gob.mx\]](http://www.imss.gob.mx).



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

VIII.2 Auditorías practicadas y evaluaciones externas

Durante la presente administración, el Programa IMSS-Oportunidades ha sido objeto de diversos tipos de auditoría y evaluaciones [ver *Tabla VIII.2.1*]. Cabe señalar que al cierre del Libro Blanco no se había programado auditoría para el año 2012.

Por regla general, las auditorías y/o evaluaciones se llevan a cabo al siguiente año del ejercicio a revisar; así por ejemplo en el caso de la Auditoría Superior de la Federación (ASF), la revisión realizada en 2010 correspondió al ejercicio 2009, la efectuada en 2011 al ejercicio 2010, y en 2012 esta instancia no programó auditoría aunque sí solicitó información sobre el ejercicio de 2011 [\[ver Expediente UIO \(ASF.2011\)/01\]](#) (Anexo VIII.7).

Tabla VIII.2.1 Auditorías y Evaluaciones practicadas a la Unidad del Programa IMSS-Oportunidades 2007-2012 (corte al 30 de junio de 2012)

Instancia Fiscalizadora	2007	2008	2009	2010	2011	Total
Auditoría Superior de la Federación (ASF)				1	2	3
Secretaría de la Función Pública (SFP) ¹	1	1	1	1	1	5
Evaluadores Externos	1	2	1	1	1	6
T o t a l e s	2	3	2	3	4	14

Notas:

1. Auditorías ordenadas por la SFP y practicadas por despacho externo

Fuente: Unidad del Programa IMSS-Oportunidades.

Como se observa, se practicaron ocho auditorías (tres por la ASF y cinco por la Secretaría de la Función Pública) y seis evaluaciones externas.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

VIII.2.1 Auditoría Superior de la Federación

Respecto a las auditorías realizadas por la ASF, la Unidad del Programa IMSS-Oportunidades atendió en tiempo y forma los requerimientos de información solicitados por dicha instancia fiscalizadora. Dan cuenta de ello los 24 expedientes relacionados con la ASF que forman parte del presente Libro Blanco que acreditan la entrega oportuna de la documentación, el envío de las aclaraciones y precisiones cuando ello fue necesario, el seguimiento y atención a las observaciones que se determinaron y las acciones encaminadas a resolver la problemática detectada por los auditores.

De las tres auditorías efectuadas por la ASF, la primera correspondió a la revisión y fiscalización de la Cuenta Pública 2009; se trató de una auditoría de desempeño que tuvo lugar entre junio y diciembre de 2010 identificada con el número 09-1-00GYR-07-475 y se denominó Revisión de los Indicadores: Esquemas de Vacunación Infantil, Detección de Cáncer Cervicouterino y Valoración del Estado Nutricional del Menor.

La ASF formuló tres “recomendaciones al desempeño” identificadas con los números 09-1-00GYR-07-0475-07-001, 09-1-00GYR-07-0475-07-002 y 09-1-00GYR-07-0475-07-003 [\[ver Expediente UIO/03\]](#) (Anexo VIII.8), mismas que fueron atendidas por la Unidad del Programa IMSS-Oportunidades. Con fecha 20 de julio de 2011 se recibió el oficio número OAETI/1092/2011 de la ASF mediante el cual se comunicó al Director General del IMSS que dichas recomendaciones al desempeño se daban por atendidas [\[ver Expediente UIO/03\]](#) (Anexo VIII.8).

Los temas y acciones para solventar dichas recomendaciones se expresan en la Tabla VIII.2.2.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Tabla VIII.2.2 Recomendaciones emitidas por la Auditoría Superior de la Federación Cuenta Pública 2009; Auditoría 475

Número de recomendación	Resumen recomendación	Acciones realizadas para su solventación
09-1-00GYR-07-0475-07-001	Revisión de la formulación de los indicadores: esquemas de vacunación infantil, detección de cáncer cervicouterino y valoración del estado nutricional del menor con objeto de medir la calidad y no solo la cantidad de los servicios.	Se realizaron consultas con la SHCP y el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social para ajustar definición y características de tres indicadores de desempeño, mismos con los que ya se trabaja a partir de 2012.
09-1-00GYR-07-0475-07-002	Se amplíen recursos médicos y la infraestructura hospitalaria rural, dando prioridad a los Estados de mayor rezago y con mayor población adscrita en las entidades beneficiarias del Programa	Se documentó, a través de los programas de obras e inversión de 2010 y 2011, que la Unidad atendió a esta demanda.
09-1-00GYR-07-0475-07-003	Elaborar los estudios de costo y beneficio en los proyectos de inversión que lleve a cabo el Programa	Se giraron instrucciones a todas las áreas de la Unidad para que en todo proyecto de inversión en infraestructura se realice el correspondiente estudio de costo beneficio.

Fuente: Departamento de Recursos Financieros.

Entre mayo y diciembre de 2011 la ASF llevó a cabo dos auditorías de carácter financiero al Programa IMSS-Oportunidades correspondientes a la revisión y fiscalización de la Cuenta Pública 2011. Una de ellas se identificó con el número 825 y se denominó Bienes Inmuebles. Debe señalarse que dicha revisión se realizó a diversas áreas del IMSS, especialmente a la Coordinación Técnica de Administración de Activos, responsable del registro y control del patrimonio inmobiliario del Instituto. La Unidad del Programa IMSS-Oportunidades fue coadyuvante en dicho proceso aportando la información sobre los inmuebles afectos al Programa [Ver Expediente UIO \(ASF.2010\)/05](#) (Anexo VIII.09).

La ASF formuló 16 recomendaciones de las cuales sólo en tres, identificadas con los números 10-1-00GYR-02-0825-01-003, 10-1-00GYR-02-0825-01-004 y 10-1-00GYR-02-



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

0825-01-008, la Unidad fue corresponsable de su atención conjuntamente con las Divisiones de Optimización de Activos y de Contabilidad [\[ver Expediente UIO \(ASF.2010\)/19\]](#) (Anexo VIII.10).

Los temas y acciones para solventar dichas recomendaciones se expresan en la Tabla VIII.2.3.

Tabla VIII.2.3 Recomendaciones emitidas por la Auditoría Superior de la Federación Cuenta Pública 2009; Auditoría 475

Número de recomendación	Resumen recomendación	Acciones realizadas para su Solventación
10-1-00GYR-02-0825-01-003	Elaboración de un programa de depuración para aclarar diferencias entre el inventario de bienes inmuebles y realizar conciliaciones periódicas entre las diferentes áreas encargadas del resguardo, registro y control de los bienes inmuebles.	Se elaboró programa de trabajo para la depuración y conciliación de los catálogos de bienes inmuebles.
10-1-00GYR-02-0825-01-004	Elaboración de un programa de trabajo para la conciliación de los bienes inscritos en el Registro Público de la Propiedad Federal a cargo del Instituto de Administración y Avalúos de Bienes Nacionales.	Se elaboró programa de trabajo para la depuración y conciliación de los catálogos de bienes inmuebles
10-1-00GYR-02-0825-01-008	Corregir en los registros contables del IMSS 13 inmuebles que están duplicados en el inventario	La Unidad envió a la Coordinación Técnica de Administración de Activos las aclaraciones de los inmuebles duplicados

Fuente: Departamento de Recursos Financieros.

Al cierre del presente Libro Blanco la Unidad del Programa IMSS-Oportunidades no fue requerida para aportar información complementaria o aclaratoria. Las tres recomendaciones referidas no están atendidas y su solventación está a cargo de las Divisiones de Optimización de Activos y Contabilidad.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

La otra auditoría que se practicó se identifica con el número 828 y se denominó Gastos con Cargo al Programa S038 “Programa IMSS Oportunidades”. Dicha auditoría se realizó en oficinas centrales de la Unidad y en las delegaciones Estado de México Poniente, Durango y Chihuahua.

La ASF formuló 15 recomendaciones, cuatro promociones de responsabilidad administrativa sancionatoria y dos pliegos de observación. En la Tabla VIII.2.4 se consigna el estado que guardan y las áreas responsables de su atención.

Tabla VIII.2.4 Estatus recomendaciones, PRAS y PO de la Auditoría 828 denominada Gastos con Cargo al Programa S038 “Programa IMSS-Oportunidades”

Resultados	Emitidas	Atendidas	Pendientes	Área Responsable
Recomendaciones	15	1	14	Unidad IMSS-Oportunidades
Promoción de Responsabilidad Administrativa Sancionatoria*	4	0	4	Delegación Estado de México Poniente (2) Delegación Durango (3)
Pliego de Observación	2	0	2	Delegación Estado de México Poniente (1) Delegación Durango (1)
Totales	21	1	20	

* Una de las cuatro Promociones está compartida por ambas delegaciones.

Fuente: Unidad del Programa IMSS-Oportunidades

Debe precisarse que en el ámbito central de IMSS-Oportunidades sólo se generó al final del proceso de revisión y fiscalización una recomendación, misma que ha quedado atendida. El resto de las recomendaciones, promociones de responsabilidad administrativa sancionatoria y los pliegos de observación tuvieron su origen en las delegaciones aludidas.

Dado que el Programa IMSS-Oportunidades cubre localidades rurales en 19 estados del país, así como localidades urbanas en 26 entidades federativas, adquiere, por razones de seguimiento y control, características de área normativa y por lo tanto debe asumir la conducción y atención a las catorce recomendaciones.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

En este sentido la Unidad del Programa IMSS-Oportunidades realizó las acciones para solventar las citadas 14 recomendaciones [ver Expedientes [UIO \(ASF.2010\)/17](#) (Anexo VIII.11) y [UIO \(ASF.2010\)/20](#) (Anexo VIII.12)]. La ASF está en proceso de revisión y dictaminación de dichas acciones.

En relación con las promociones de responsabilidad administrativa sancionatoria y los pliegos de observación, se encuentran en proceso de revisión y dictaminación por parte del OIC en el IMSS y de la ASF, respectivamente. La Unidad del Programa IMSS-Oportunidades orientó a la delegaciones Estado de México Poniente y Durango, en la integración de las respuestas correspondientes [\[ver Expediente UIO \(ASF.2010\)/18\]](#) (Anexo VIII.13).

VIII.2.2 Secretaría de la Función Pública y Órgano Interno de Control en el IMSS

Como ya se consignó en la Tabla VIII.2.1, la Secretaría de la Función Pública (SFP) realizó cinco auditorías; éstas fueron de carácter contable y presupuestal y derivaron en siete observaciones a las que el OIC-IMSS dio seguimiento hasta su conclusión, quedando atendidas en su totalidad [\[ver Expediente Cédulas de Seguimiento del Órgano Interno de Control\]](#) (Anexo VIII.14).

En la Tabla VIII.2.5 se resumen las observaciones realizadas y las acciones para su solventación.

Tabla VIII.2.5 Observaciones de Secretaría de la Función Pública 2007-2011

Ejercicio	Numero de observaciones	Observaciones del despacho de auditores externos	Acciones de solventacion
2007	4	Depuración de las cuentas de Otros Activos Circulantes, Activo Fijo; Falta de Incorporación de Registros Contables, Regularización de Inmuebles	Se realizó la depuración e integración de las cuentas que se tenían con saldos pendientes, por otro lado la regularización de inmuebles quedó a cargo del Área Jurídica del IMSS.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Ejercicio	Numero de observaciones	Observaciones del despacho de auditores externos	Acciones de solventacion
2008 ^{1_/_}	(continuaron las mismas cuatro observaciones del ejercicio anterior)	Depuración de las cuentas de otros activos circulantes, activo fijo; falta de incorporación de registros contables, regularización de inmuebles	Se realizó la depuración e integración de las cuentas que se tenían con saldos pendientes, por otro lado la regularización de inmuebles quedó a cargo del Área Jurídica del IMSS.
2009 ^{1_/_}	2	Documentación soporte de adecuaciones presupuestales en este ejercicio y la reducción de ministraciones no recibidas.	Se solicitó a la SHCP el soporte documental con el cual se justifica la reducción de ministraciones y se integraron las adecuaciones presupuestales solicitadas.
2010 ^{1_/_}	1	Regularización de inmuebles del Programa IMSS-Oportunidades.	A la fecha se continua con la regularización de inmuebles, sin embargo, por los procedimientos que debe realizar el área jurídica se dio por solventada la observación
2011		No hay observaciones por parte del despacho de auditores externos para este ejercicio.	

1_/_ Las observaciones realizadas por el Despacho de Auditores Externos fueron recurrentes.

Fuente: Departamento de Recursos Financieros.

VIII.3 Evaluaciones externas

Derivado de los Programas Anuales de Evaluación para los años 2008, 2009, 2010 y 2011 emitidos por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, la Secretaría de la Función Pública y el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, con fundamento en los artículos 31 y 37 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 1, 3, 78, 85, 110 y 111 de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria; 72 al 80 de la Ley General de Desarrollo Social; 49 de la Ley de Coordinación Fiscal; del Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación; 62 del Reglamento Interior de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público; 11 del Decreto por el que se regula el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social; y en los numerales Décimo Sexto, Décimo Séptimo y Trigésimo, segundo párrafo, de los



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Lineamientos Generales para la Evaluación de los Programas Federales de la Administración Pública Federal, publicados en el *Diario Oficial de la Federación* del 30 de marzo 2007, el Programa IMSS-Oportunidades fue sujeto a las siguientes Evaluaciones externas [\[ver Expediente de Evaluaciones externas\]](#) (Anexo VIII.15).

Tabla VIII.3.1 Evaluaciones externas

Tipo de Evaluación	Año	Institución Evaluadora	Principales hallazgos	Áreas de oportunidad
Evaluación de Consistencia y Resultados	2007	Consultor, INNOVA-CONSUL Contratada por la Unidad del Programa IMSS-Oportunidades.	El Programa se relaciona de manera lógica con el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012. La lógica vertical-horizontal de la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) es válida y dispone de indicadores de desempeño de los cuales recolecta información oportuna y veraz. La estructura organizacional del Programa favorece la generación y entrega de los servicios que ofrece y la consecución del Fin y Propósito de la MIR.	La definición de procedimientos para la medición costo-efectividad de la ejecución. El diseño de mecanismos para establecer un padrón de beneficiarios. Elaborar un Plan Estratégico.
Evaluación de Procesos	2008	Centro de Investigación y Evaluación en Encuestas del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP).	El Programa se apega en la mayoría de sus procesos a lo estipulado en las Reglas de Operación 2008. En cuestión de identificación de procesos operativos se puede concluir que coinciden plenamente en conceptualización con los normativos, y en ninguno de los niveles se encontraron nuevos procesos que difirieran de los marcados en las ROP. Los resultados del Programa se han alcanzado en respuesta a la operación del Modelo de Atención Integral a la Salud.	Documentar los procedimientos mediante los cuales se llevan a cabo los procesos. Estandarizar la atención médica con el uso sistemático de guías clínicas u otros documentos. Reforzar la vinculación entre los niveles de conducción con la finalidad de dar cumplimiento a los objetivos estratégicos de manera eficiente.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Tabla VIII.3.1 Evaluaciones externas

Tipo de Evaluación	Año	Institución Evaluadora	Principales hallazgos	Áreas de oportunidad
Evaluación Específica de Desempeño	2008-2009	Consultor, Investigación en Salud y Demografía. Coordinada y contratada por el CONEVAL.	<p>El Programa se ha centrado en regiones con mayor rezago económico-social.</p> <p>El desempeño de los indicadores de gestión y estratégicos reflejan resultados favorables. La estructura organizacional favorece la generación, entrega de los servicios y la consecución del Propósito.</p>	<p>Cuantificar la población potencial.</p> <p>Elaborar un Plan Estratégico.</p> <p>Realizar una evaluación de indicadores.</p> <p>Se recalca la necesidad de revisar la construcción de algunos indicadores en términos de unidad de medida.</p>
Evaluación Específica de Desempeño	2009-2010	Instituto Nacional de Salud Pública. Coordinada y contratada por el CONEVAL.	<p>El Programa muestra solidez institucional con la gama de servicios de salud y de acciones comunitarias desplegadas en el contexto de marginación y pobreza de la población.</p> <p>El Programa es un proveedor de servicios de salud y de acciones comunitarias indispensable en las zonas pobres y marginadas del país.</p>	<p>Se requiere de un marco poblacional bien definido para evaluar la cobertura de las poblaciones en necesidad.</p> <p>Adecuar los indicadores para medir de manera precisa la efectividad y la calidad de los servicios.</p>
Evaluación Específica de Desempeño	2010-2011	Consultor independiente, Dr. Antonio Martín del Campo. Coordinada y contratada por el CONEVAL.	<p>El Programa es sólido y consolidado, así lo muestra su desarrollo y el cumplimiento de sus metas (resultados y gestión). El presupuesto del Programa se ha incrementado, lo que ha permitido la inversión en infraestructura y equipamiento.</p> <p>Se reconoce el esfuerzo para iniciar la integración de un padrón de beneficiarios.</p>	<p>Profundizar el análisis para cuantificar la población potencial y objetivo.</p> <p>Atribuirle mayor peso y responsabilidad a la acción comunitaria en el marco del MAIS.</p> <p>Revisar la determinación de metas de algunos indicadores.</p> <p>Realizar una evaluación de impacto.</p>



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Tabla VIII.3.1 Evaluaciones externas

Tipo de Evaluación	Año	Institución Evaluadora	Principales hallazgos	Áreas de oportunidad
Evaluación de Consistencia y Resultados 2011-2012	2011-2012	Instituto Nacional de Salud Pública. Coordinada y contratada por el CONEVAL.	El Programa cuenta con un diseño sólido para dar respuesta a las necesidades de salud de la población bajo su responsabilidad. La integración de la atención en unidades médicas y acciones en comunidades que sustentan al Modelo de Atención Integral a la Salud (MAIS) permite el cumplimiento de sus objetivos, que son coherentes con los nacionales y sectoriales para la protección de la salud a las poblaciones más marginadas del país. El padrón de beneficiarios se constituye como una herramienta para toma de decisiones. El Plan Estratégico 2010-2012 es una fortaleza del Programa sustentado en el diagnóstico de las Prioridades en Salud.	Vincular el padrón de beneficiarios a un sistema nominal de uso de los servicios médicos y comunitarios del Programa. Realizar evaluaciones externas de impacto. Diseñar o retomar indicadores que permitan recolectar información representativa y que no sea inducida de la percepción de la población atendida. Elaborar una metodología de estimación y actualización del gasto unitario por beneficiario e incluirla en los convenios de otros programas.

Fuente: Informes de las evaluaciones. División de Información IMSS-Oportunidades.

A partir de las áreas de oportunidad detectadas por los evaluadores externos y en atención a los *Mecanismos para el seguimiento a los aspectos susceptibles de mejora derivados de informes y evaluaciones a los programas presupuestarios de la administración pública federal*, que emiten de manera conjunta la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, la Secretaría de la Función Pública y el CONEVAL, la Unidad del Programa IMSS-Oportunidades, al interior de sus Coordinaciones y Divisiones, identificó aquellas recomendaciones de las evaluaciones para analizar la factibilidad de implementar acciones de mejora.

Por lo anterior de 2009 a 2012 se identificaron 32 Aspectos Susceptibles de Mejora (ASM), de los cuales 26 (81.25%) han sido resueltos, 4 (12.5%) están en proceso y 2



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

(6.25%) no presentaron avances y han sido cancelados²⁵ [\[ver Avance Aspectos Susceptibles de Mejora\]](#) (Anexo VIII.16).

Los informes finales de las evaluaciones son documentos disponibles para la consulta del público en general a través de la página de internet del Instituto [\[www.imss.gob.mx\]](http://www.imss.gob.mx).

²⁵ Los datos de seguimiento a los ASM pueden variar con relación a los reportados en el informe final de la Evaluación de Consistencia y Resultados 2011-2012, debido a que dicha evaluación no consideró los últimos ASM identificados por la Unidad del Programa IMSS-Oportunidades, derivados de la Evaluación Específica de Desempeño 2010-2011, los cuales se incorporaron al Sistema de Seguimiento de Aspectos Susceptibles de Mejora en Abril de 2012. La cancelación de uno de los aspectos susceptibles de mejora (Reforzar la MIR) obedece a que se considera conveniente conocer los comentarios y/o observaciones a la MIR, a partir de la revisión de la Cámara de Diputados a través de la ASF, derivados de la Revisión de la Mesa Técnica de Indicadores. Aunado a lo anterior, IMSS-Oportunidades remitió al CONEVAL el horizonte de evaluación 2012-2015, en el cual se contempla efectuar una evaluación de indicadores con el propósito de analizar la pertinencia y alcance de los indicadores del Programa para el logro de resultados.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Capítulo IX
RESULTADOS Y BENEFICIOS ALCANZADOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

De 2007 a 2012 IMSS-Oportunidades fortaleció de manera significativa la calidad de sus servicios de salud. Si bien la amplia trayectoria del Programa en favor de los sectores sin acceso a la seguridad social y su modelo de atención que conjunta el trabajo de los equipos de salud con la acción comunitaria, han consolidado institucionalmente al Programa por más de tres décadas, la línea de trabajo emprendida en la última administración se expresa de manera contundente en los resultados en salud obtenidos.

El enfoque de prioridades en salud, continuidad de la estrategia de trabajo de años anteriores y el fortalecimiento de la coordinación entre los médicos, enfermeras y la organización comunitaria, le significó avances sustantivos al Programa que se expresan en los resultados que han alcanzado la mayor parte de sus indicadores, de manera relevante en los rubros de muerte materna, salud ginecológica y vacunación.

Con ello, el Programa asumió el compromiso a que le obligó la mayor asignación de presupuesto que le dio la Cámara de Diputados después de varios años de no registrar éste variaciones significativas. IMSS-Oportunidades también se fijó la meta de traducir en resultados la confianza dispensada por los legisladores, al autorizar inversión en infraestructura para el presupuesto de 2009, a poco más de 10 años de que en el Programa no se había construido obra nueva.

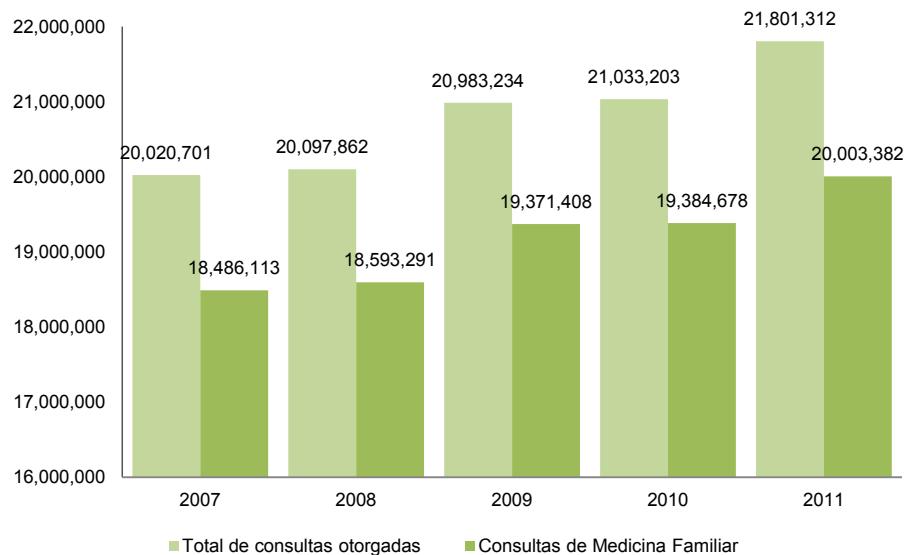
Todo esto ha significado un reto importante para el personal de IMSS-Oportunidades, que se ha traducido en el crecimiento de la mayoría de sus indicadores durante el periodo referido: consultas (9%), consultas prenatales (30%), urgencias atendidas (26%), citologías (169%), consultas de especialidades (9%), partos (9%) [ver *Gráficos IX.1.1 y IX.1.2; Tabla IX.1.1*].

Asimismo, respecto al día típico de IMSS-Oportunidades las variaciones entre 2007 y 2012 [ver *Tabla IX.1.2*] expresan crecimientos en la mayoría de sus variables:



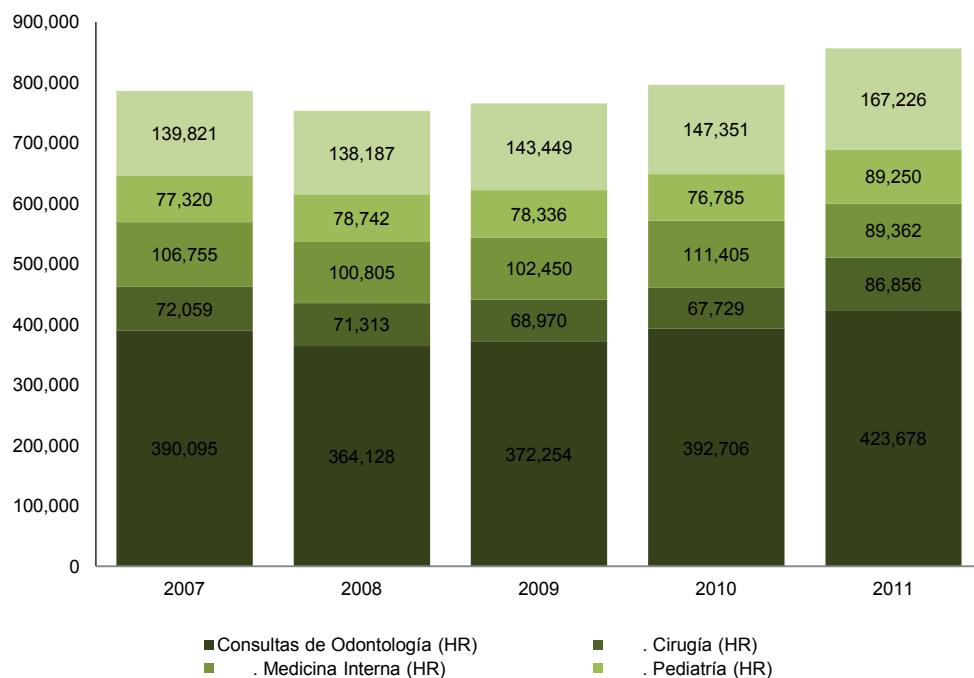
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

**Gráfico IX.1.1 Consultas otorgadas en IMSS-Oportunidades
(2007 a 2011)**



Fuente: Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA) 2007-2011.

**Gráfico IX.1.2 Consultas de Odontología y de Especialidades en IMSS-Oportunidades
(2007 a 2011)**



Fuente: Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA) 2007-2011.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Tabla IX.1.1
Productividad Médica de IMSS-Oportunidades (2007-2012)

Concepto	2007	2008	2009	2010	2011	2012 Ene-jun	Total acumulado del periodo
Población adscrita	10,570,594	10,284,017	10,311,054	10,499,095	10,887,507	11,839,591 ^{1/}	
Oportunohabientes	10,065,116	9,772,212	9,816,128	9,977,561	10,317,755	10,846,059	
Derechohabientes (IMSS, ISSSTE, Otros)	505,478	511,805	494,926	521,534	569,752	993,532 ^{2/}	
Total de consultas otorgadas	20,020,701	20,097,862	20,983,234	21,033,203	21,801,312	10,797,182	114,733,494
Consultas de Medicina Familiar	18,486,113	18,593,291	19,371,408	19,384,678	20,003,382	9,873,005	105,711,877
Consultas de Odontología (HR)	390,095	364,128	372,254	392,706	423,678	206,577	2,149,438
Consultas de Especialidades (HR)	395,955	389,047	393,205	403,270	432,694	228,879	2,243,050
. Cirugía (HR)	72,059	71,313	68,970	67,729	86,856	43,465	410,392
. Medicina Interna (HR)	106,755	100,805	102,450	111,405	89,362	50,452	561,229
. Pediatría (HR)	77,320	78,742	78,336	76,785	89,250	45,245	445,678
. Gineco-obstetricia (HR)	139,821	138,187	143,449	147,351	167,226	89,717	825,751
Urgencias atendidas (HR)	747,019	751,376	846,367	852,549	941,558	479,497	4,618,366
Consultas otorgadas seguro popular	253,950	419,456	676,449	1,088,317	2,589,799	1,648,993	6,656,964
Consultas otorgadas PDHO	11,615,591	11,944,465	12,229,732	12,516,148	12,671,473	6,299,470	67,276,879
Consultas prenatales (institucional)	1,032,805	1,086,763	1,158,668	1,561,852	1,341,071	665,906	6,847,065
Número de embarazadas (institucional)	146,477	155,844	164,457	177,768	196,255	96,643	937,444
Promedio de consultas por embarazada	7	7	7	7	7	7	7
Número de adolescentes embarazadas	40,283	44,252	48,566	52,530	58,137	28,694	272,462
Nuevas aceptantes de planificación familiar (Inst. y Com.)	337,221	336,872	338,121	348,483	358,773	179,627	1,899,097
Total de partos	101,180	99,092	97,087	100,725	110,074	53,374	561,532
. Partos institucionales	86,383	84,653	83,544	88,540	98,189	47,872	489,181
. Partos comunitarios	14,797	14,439	13,543	12,185	11,885	5,502	72,351
Nacidos vivos	86,702	85,277	84,069	88,204	97,994	47,719	489,965
Exploraciones ginecológicas	2,061,577	2,081,726	2,246,219	2,297,724	2,230,777	1,082,972	12,000,995
Visualizaciones cervicales	1,294,659	1,319,172	1,419,652	1,470,967	665,242	292,139	6,461,831
Citologías	255,230	252,398	263,386	255,691	686,805	421,138	2,134,648
Valoraciones del estado de nutrición en menores de 5 años	3,673,130	3,395,020	3,795,264	3,499,074	3,398,070	1,751,420	19,511,978
Detecciones realizadas de diabetes mellitus	3,226,455	3,070,361	3,238,157	2,617,917	2,864,838	1,571,792	16,589,520
Detecciones realizadas de hipertensión arterial	4,302,774	4,027,429	4,024,586	2,886,012	3,276,232	1,944,336	20,461,369
Egresos hospitalarios (HR)	214,550	209,186	209,525	216,638	234,424	113,990	1,198,313
% Ocupación hospitalaria (HR)	81.8	79.3	81.3	84.6	75.6	78.3	80.2
Intervenciones quirúrgicas (HR)	86,012	84,029	80,739	85,350	95,493	47,981	479,604

Fuente: Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA).

1/ Padrón de Beneficiarios, corte a junio de 2012

2/ Confronta con IMSS e ISSSTE por medio de SIIPP-G, marzo 2012



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Tabla IX.1.2
Día típico del Programa IMSS-Oportunidades

Concepto	2007	2008	2009	2010	2011	2012 Ene-jun
Total de consultas otorgadas	75,836	76,128	79,482	79,671	82,581	81,797
Consultas de Medicina Familiar	70,023	70,429	73,377	73,427	75,770	74,795
Consultas de Odontología (HR)	1,478	1,379	1,410	1,488	1,605	1,565
Consultas de Especialidades (HR)	1,500	1,474	1,489	1,528	1,639	1,734
. Cirugía (HR)	273	270	261	257	329	329
. Medicina Interna (HR)	404	382	388	422	338	382
. Pediatría (HR)	293	298	297	291	338	343
. Gineco-obstetricia (HR)	530	523	543	558	633	680
Urgencias atendidas (HR)	2,075	2,087	2,351	2,368	2,615	2,664
Consultas otorgadas seguro popular	962	1,589	2,562	4,122	9,734	12,492
Consultas otorgadas PDHO	43,998	45,244	46,325	47,410	47,998	47,723
Consultas prenatales (institucional)	3,912	4,117	4,389	5,916	5,080	5,045
Nuevas aceptantes de planificación familiar (Inst. y Com.)	1,277	1,276	1,281	1,320	1,359	1,361
Total de partos	281	275	270	280	306	297
. Partos institucionales	240	235	232	246	273	266
. Partos comunitarios	41	40	38	34	33	31
Nacidos vivos	241	237	234	245	272	265
Exploraciones ginecológicas	7,809	7,885	8,508	8,704	8,450	8,204
Visualizaciones cervicales	4,904	4,997	5,377	5,572	2,520	2,213
Citologías	967	956	998	969	2,602	3,190
Valoraciones del estado de nutrición en menores de 5 años	13,913	12,860	14,376	13,254	12,871	13,268
Detecciones realizadas de diabetes mellitus	12,221	11,630	12,266	9,916	10,852	11,908
Detecciones realizadas de hipertensión arterial	16,298	15,255	15,245	10,932	12,410	14,730
Egresos hospitalarios (HR)	813	792	794	821	888	864
Intervenciones quirúrgicas (HR)	239	233	224	237	265	267

Fuente: Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA).

Nota: Cálculo con base a 22 días en promedio por mes, a excepción partos atendidos, niños y niñas que nacen, urgencias atendidas e intervenciones quirúrgicas realizadas, en donde se consideran 30 días por mes.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

de 75,836 a 81,797 consultas; 2,075 a 2,615 urgencias atendidas; 281 a 306 partos; 241 a 272 nacidos vivos; 967 a 3,190 citologías; 813 a 864 egresos hospitalarios; 7,809 a 8,204 exploraciones ginecológicas.

IX.1.1 Reducción de la mortalidad materna

Durante los últimos seis años se combatió sin precedentes el rezago en salud materna en el Programa. Esto se refleja en los principales indicadores de atención materna, que se han mantenido e incluso han aumentado a junio de 2012 comparativamente con el cierre de 2007.

a) Reducción de embarazos de alto riesgo

Respecto al programa de planificación familiar en el periodo se incorporaron 1,899,097 nuevas aceptantes de métodos anticonceptivos [ver *Gráfico IX.1.3*] de las cuales 398,361 lo hicieron en el posparto y 27,093 en el postabortedo, con lo que se logró una cobertura postevento obstétrico global de 83 por ciento [ver *Tabla IX.1.3*]. De esta forma se favoreció la reducción de la mortalidad materna y se contribuyó a mejorar las expectativas y la calidad de vida de las mujeres del medio rural.

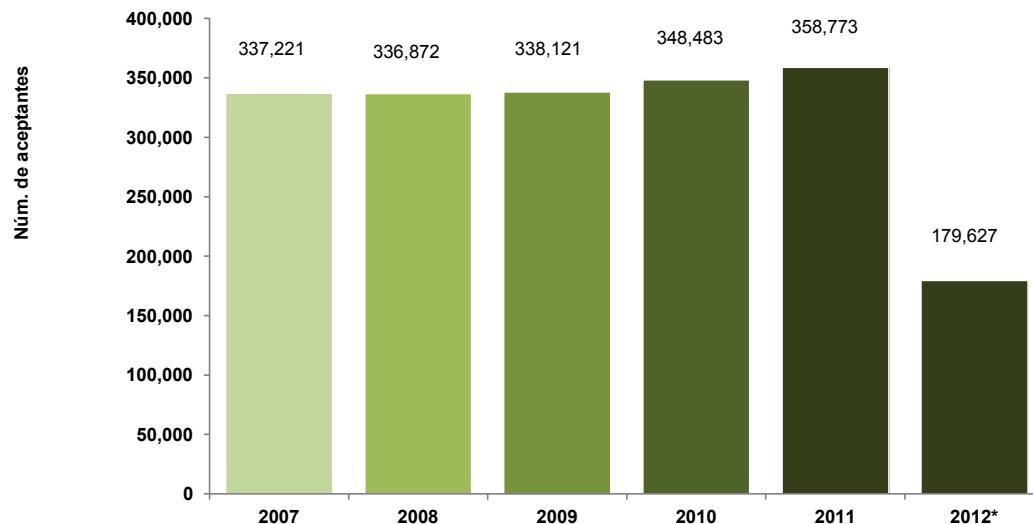
b) Prevención de complicaciones en el embarazo y el parto

En lo que toca al programa de atención a la embarazada, las mujeres en esta situación que recibieron control prenatal de 2007 a junio de 2012 fueron 933,447, con un promedio de 7 consultas a cada una de ellas [ver *Gráfico IX.1.4*], cifra superior al parámetro de 5 consultas establecido en la NOM-007-SSA2-1993 para la Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido [Ver Anexo VII.21](#).



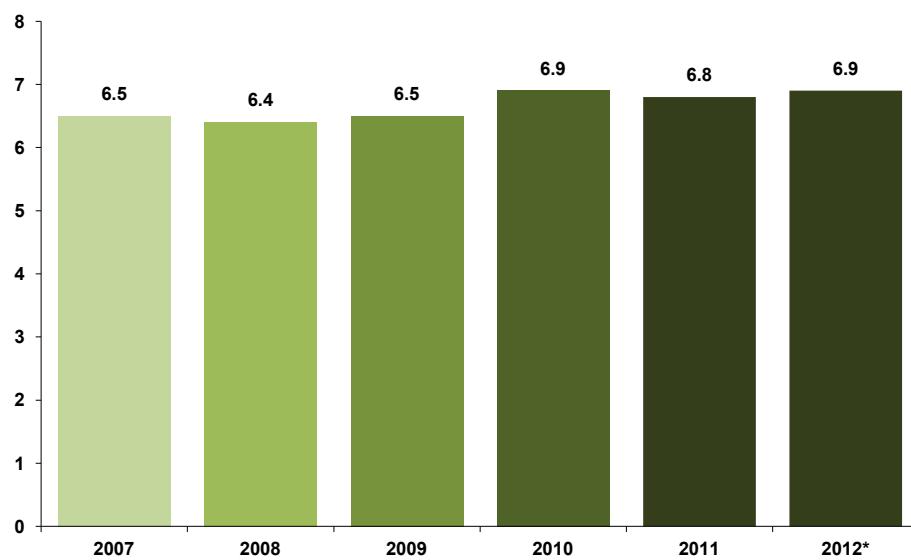
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Gráfico IX.1.3 Número de aceptantes de métodos anticonceptivos por año 2007-2012*



Fuente: Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA), junio 2012.

Gráfico IX.1.4 Promedio de consultas prenatales por embarazada 2007-2012*



Fuente: Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA), junio 2012.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Tabla IX.1.3 Aceptantes de métodos anticonceptivos postevento obstétrico 2007-2012

Año	2007	2008	2009	2010	2011	2012*
Número de aceptantes de anticonceptivos posparto	69,865	66,875	66,017	73,998	81,362	40,244
Número de aceptantes de anticonceptivos posaborto	4,730	4,554	4,503	5,293	5,770	3,053

Fuente: Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA). *Junio 2012.

También destaca el incremento de 34 por ciento en la cifra de embarazadas en control de 146,477 a 196,255 [ver *Tabla IX.1.4*].

Tabla IX.1.4 Embarazadas en control prenatal 2007-2012*

Año	2007	2008	2009	2010	2011	2012*
Núm. de consultas prenatales (Primera vez)	146,477	155,844	164,457	177,768	196,255	96,643

Fuente: Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA), junio 2012.

En el periodo reportado se atendieron 561,918 partos de los cuales 489,540 se realizaron por personal calificado en UMR y HR, incrementando progresivamente la atención institucional del parto y un logro de 89.7 por ciento a junio de 2012 [ver *Tabla IX.1.5* y *Gráfico IX.1.5*].

Tabla IX.1.5 Partos atendidos 2007-2012*

Año	2007	2008	2009	2010	2011	2012*
Número total de partos atendidos	101,194	99,167	97,175	100,835	110,173	53,374

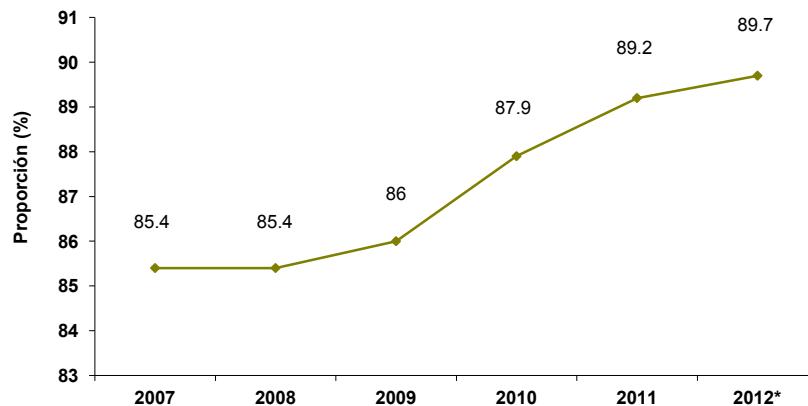
Fuente: Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA), junio 2012.

La creación de los CARO ha tenido resultados positivos, ya que desde que comenzaron a operar en 2011 y hasta junio de 2012 han proporcionado 11,865 consultas prenatales a embarazadas de alto riesgo; 7,649 estudios de ultrasonido y 1,251 de bienestar fetal (registro tococardiográfico) con atención de 424 partos [ver *Tabla IX.1.6*].



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Gráfico IX.1.5 Proporción de parto institucional 2007-2012*



Fuente: Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA). *Valor al 30 de junio.

Tabla IX.1.6 Productividad de los CARO por Delegación enero-junio2012

Delegación	CARO	Consultas prenatales	Ultrasonidos	Tococardiografías	Partos
Chiapas	Damasco	790	715	56	0
	El Limar	370	247	22	4
	Pavencul	165	68	0	12
	Subtotal	1,325	1,030	78	16
Chihuahua	El Vergel	288	142	123	16
Nayarit	Lindavista	374	302	8	19
	Guadalupe Ocotán	139	130	7	10
	Subtotal	513	432	15	29
Oaxaca	La Cofradía	362	359	35	20
	Santiago Ixtlayutla	690	173	15	18
	San Loxicha	381	381	10	15
	S. Miguel Quetzaltepec	673	526	30	27
	Subtotal	2,106	1,439	90	80
Puebla	Chiconcuautla	546	465	385	28
SLP	Tamapatz	174	192	5	6



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Delegación	CARO	Consultas prenatales	Ultrasonidos	Tococardiografías	Partos
Veracruz Norte	Texcatepec	518	387	37	16
	El Naranjal	437	218	15	7
	Subtotal	955	605	52	23
Total		5,907	4,305	748	198

Fuente: Reportes delegacionales.

c) Manejo efectivo y oportuno de las urgencias obstétricas.

Por lo que toca al programa de atención del embarazo de alto riesgo o con urgencia obstétrica, de 2007 a junio de 2012 el Programa refirió a hospitales del régimen ordinario del IMSS a 10,688 pacientes a través del Acuerdo 126, lo que representó un pago de 564.7 mdp por concepto de traspaso de costos, permitiendo que muchas mujeres del medio rural hayan salvado su vida en un acto de solidaridad y justicia social.

En cuanto a la capacitación en ALSO, de 2009 a 2011 se impartieron siete cursos a 302 personas con una inversión de 1.2 mdp y 4 contratos para la capacitación [\[Ver Datos de curso de capacitación\]](#) (Anexo IX.1) desglosados en las siguientes categorías:

- 71 directores de HR.
- 148 médicos de urgencias y tococirugía de HR.
- 26 médicos de las UMR con mayor mortalidad materna.
- 25 médicos responsables de los CARO.
- 32 enfermeras de los servicios de tococirugía y urgencias de los HR repetidores de muerte materna.

Con el fin de actualizar en aspectos técnico-médicos al personal de conducción y establecer acciones operativas de mejora, se realizaron 4 Reuniones Nacionales donde

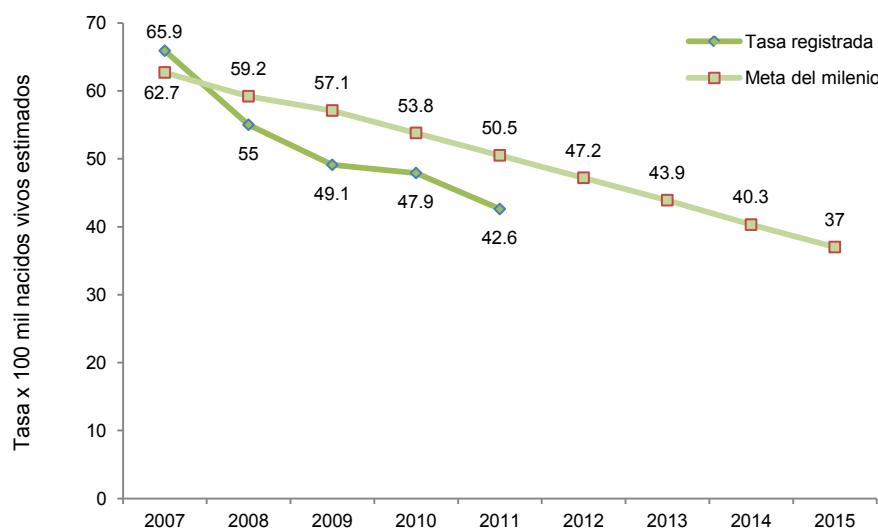


INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

participaron 701 personas de las 27 zonas de servicios médicos con mayor problemática de muerte materna.

Producto de las estrategias realizadas, el resultado en la prevención y reducción de la muerte materna es claro y contundente, observando [ver *Gráfico IX.1.6*] una disminución sostenida de la tasa de muerte materna que pasó de 65.9 en 2007 a 42.6 por 100 mil nacidos vivos estimados al término de 2011, lo que significa haber reducido 23.3 puntos de tasa, manteniendo además una tendencia a la baja por quinto año consecutivo, colocando a IMSS-Oportunidades en la ruta correcta para alcanzar la meta del milenio en 2015.

**Gráfico IX.1.6 Tendencia de la tasa muerte materna en IMSS-Oportunidades
2007-2011 con relación a la meta del milenio 2007-2015**



Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiológica Activa de la Muerte Materna.

A junio de 2012 y de manera preliminar, IMSS-Oportunidades registra una tasa de muerte materna de 42.4, manteniendo con ello el comportamiento descendente de los últimos años y situándose por debajo de la meta para 2012.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Es importante señalar que en 2011 se registraron 83 muertes maternas con una tasa de 42.6, lo que representó cuatro casos y 5.3 puntos de tasa menos con respecto de 2010. Cinco delegaciones mostraron en 2011 un comportamiento ascendente, siendo Puebla y Chiapas las de mayor incremento con 6 defunciones, mientras que 9 descendieron y otras 5 no presentaron defunciones maternas por segundo año consecutivo [ver *Tabla IX.1.7*].

Tabla IX.1.7 Número y tasa de muerte materna por delegación, 2010-2011

No.	Delegación	2010		2011		Variación
		Número de muertes maternas	Tasa	Número de muertes maternas	Tasa	
1	Oaxaca	22	103.1	20	89.6	-2
2	Nayarit	0	0.0	2	88.1	+2
3	Chiapas	15	51.8	21	73.1	+6
4	Puebla	6	28.1	12	59.6	+6
5	San Luis Potosí	8	85.5	4	38.4	-4
6	Michoacán	10	66.2	6	33.2	-4
7	Zacatecas	2	34.4	2	28.8	=
8	Hidalgo	4	55.2	3	27.2	-1
9	Chihuahua	3	118.3	1	27.1	-2
10	Yucatán	1	14.8	2	26.8	+1
11	Veracruz Norte	8	40.7	5	25.4	-3
12	Sinaloa	0	0.0	1	21.9	+1
13	Veracruz Sur	6	24.6	4	16.4	-2
14	Tamaulipas	1	29.6	0	0.0	-1
15	Coahuila	1	35.1	0	0.0	-1
16	Guerrero	0	0.0	0	0.0	0
17	Edo. México Pte.	0	0.0	0	0.0	0
18	Durango	0	0.0	0	0.0	0



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

19	Campeche	0	0.0	0	0.0	0
20	Baja California	0	0.0	0	0.0	0
	Programa	87	47.9	83	42.6	-4

Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiológica Activa de la Mortalidad Materna.

Además del indicador de tasa de muerte materna, en la iniciativa 1.1.9 A “Acciones para Abatir la Mortalidad Materna en IMSS-Oportunidades” se encuentran incluidos tres indicadores de seguimiento más que, a junio de 2012, muestran un incremento con respecto al cierre de 2011 [ver *Tabla IX.1.8*]; dos de ellos se ubican por arriba de los valores de referencia y el de cobertura de métodos anticonceptivos posparto se ubica ligeramente por debajo. Se estima concluir 2012 por arriba del parámetro.

Tabla IX.1.8 Indicadores de la iniciativa 1.1.9 A “Acciones para abatir la mortalidad materna en IMSS-Oportunidades” 2011-2012*

Indicador	Valor de Ref.	2011	2012*
Promedio de consultas prenatales por embarazada	5 y +	6.8	6.9
Proporción de parto institucional	80% y +	89.2	89.7
Cobertura de métodos anticonceptivos posparto	85% y +	82.9	84.1

Fuente: Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA). *Corte a junio.

IX.1.2 Prevención y atención oportuna del cáncer cérvico uterino.

En el marco del programa de prevención integral del CaCu y a fin de otorgar protección específica contra el Virus del Papiloma Humano (VPH), a partir de 2010 IMSS-Oportunidades inició la aplicación de esta vacuna. En ese año se aplicaron 217,305 dosis lo que representó un logro con relación a la meta de 97.7 por ciento; para esta actividad se invirtieron 62.8 mdp.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

En 2011 se aplicaron 206,737 dosis de vacuna lo que representó un logro de 104 por ciento y de enero a junio de 2012 se ministraron 79,953 dosis con un logro de 114.9 por ciento [ver *Tabla IX.1.9*]. Para esta actividad se invirtieron 42.8 mdp en 2011 y 40 mdp en 2012.

Tabla IX.1.9 Dosis aplicada y logro con relación a la meta de vacuna contra el VPH 2010-2012*

Año	Dosis aplicadas	Biológico	Logro con relación a la meta	Monto M.N. ¹
2010	217,305	Vacuna contra el virus del papiloma humano. Suspensión inyectable.	97.70%	\$62,790,000.00
2011	206,737	Vacuna contra el virus del papiloma humano. Suspensión inyectable.	104%	\$42,846,700.00
2012*	79,953	Vacuna contra el virus del papiloma humano. Suspensión inyectable.	114.90%	\$40,020,000.00

Fuente: 2010 reporte delegacional, 2011 y 2012 dosis reportadas en el Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA).

¹/ Fuente: Departamento de Recursos Materiales

2010 y 2011 cierre anual. * 2012 información a junio.

En el periodo reportado se realizaron 8,596,479 pruebas como parte del programa de detección de CaCu de las cuales 6,461,831 fueron visualizaciones cervicales y 2,134,648 citologías cervicales [ver *Gráfico IX.1.7*].

Es importante señalar que la reducción en el número de visualizaciones que se observa a partir de 2011 es producto de la modificación de los grupos de edad a los que se les realizan las actividades de tamizaje. El 2010 fue el último año en que se efectuó la visualización al grupo de mujeres de 15 a 49 años y también el último año de realizar la citología a las de 50 y más. A partir de 2011 la visualización se dirige a las pacientes de 15 a 24 años y la citología a las de 25 a 64 años.

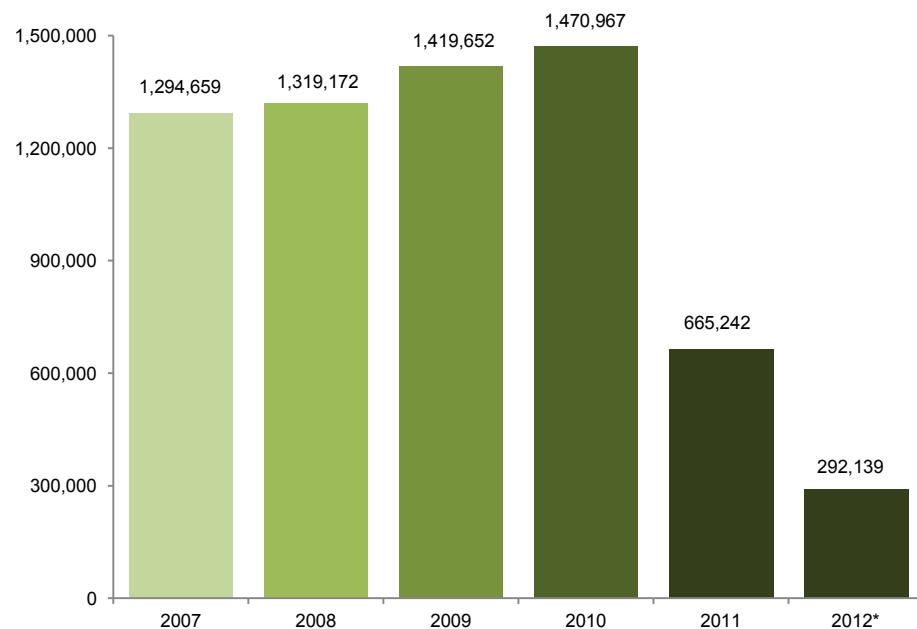
De total de pacientes a quienes se les realizó visualización cervical de 2007 a junio de 2012 (6,461,831), el 2.4 por ciento (154,953) tuvo un resultado positivo, por lo que



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

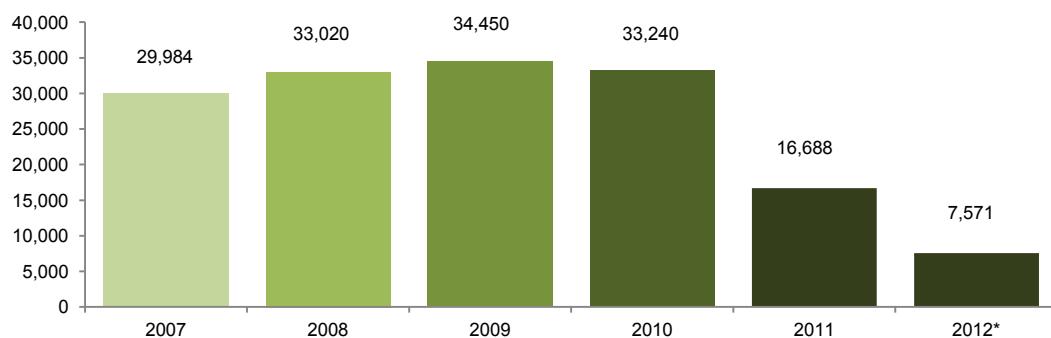
fueron referidas a los Módulos de Salud Ginecológica de los HR para su manejo [ver *Gráfico IX.1.8*].

Gráfico IX.1.7 Visualizaciones cervicales 2007-2012



Fuente: Sistema de Información en Salud de Población Abierta. *Corte a junio.

Gráfico IX.1.8 Visualizaciones cervicales positivas 2007-2012*



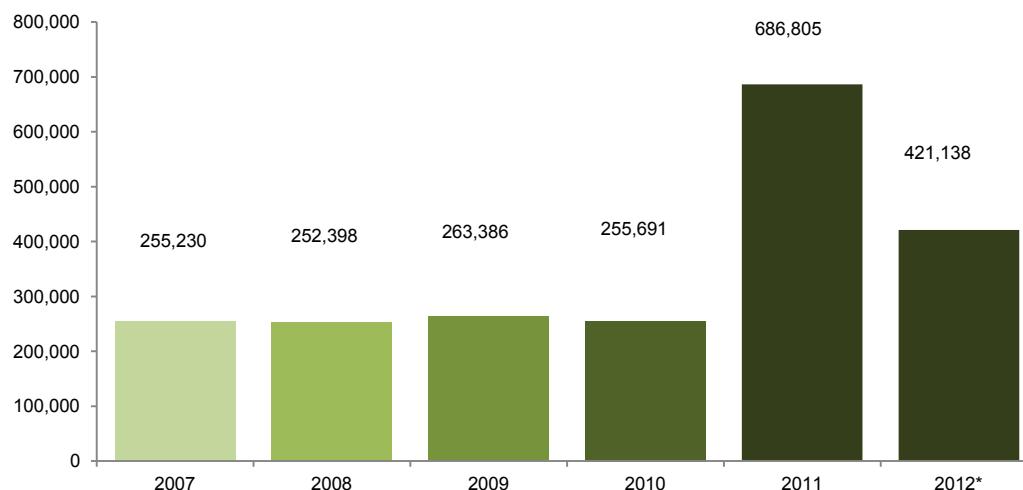
Fuente: Sistema de Información en Salud de Población Abierta. *Corte a junio.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Es importante destacar que de 2007 a 2011 se incrementó la cifra de citologías cervicales tomadas de 255,230 a 686,805, representando un aumento de 169 por ciento [ver *Gráfico IX.1.9*].

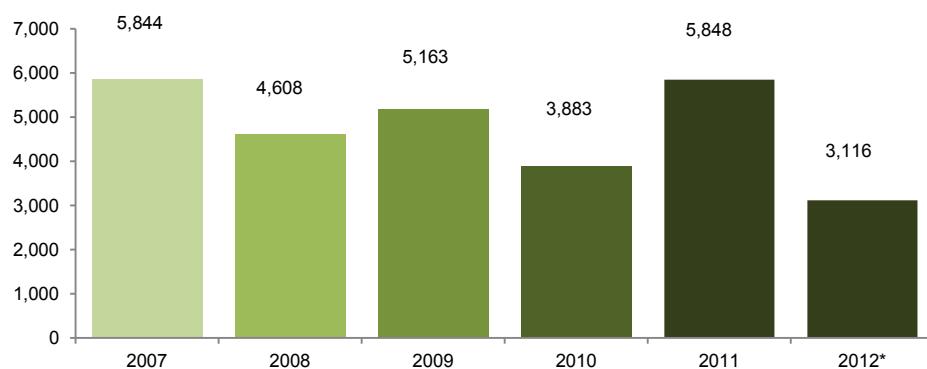
Gráfico IX.1.9 Número de citologías cervicales 2007-2012*



Fuente: Sistema de Información en Salud de Población Abierta. *Corte a junio.

Del total de citologías tomadas (2,134,648), en promedio 1.3 por ciento (28,462) fueron positivas a displasia o más, por lo que estas pacientes fueron enviadas al segundo nivel de atención para su manejo en los módulos de salud ginecológica [ver *Gráfico IX.1.10*].

Gráfico IX.1.10 Citologías cervicales positivas a displasia y más 2007-2012*



Fuente: Sistema de Información en Salud de Población Abierta (SISPA). *Corte a junio.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

De esta manera y mediante la implementación de acciones de detección técnicamente efectiva, se ha podido ampliar la cobertura de mujeres que se realizan una prueba de tamizaje, estimando que al concluir 2012, cuando menos a 7 de cada 10 mujeres de 15 a 64 años se les habrá realizado una prueba de detección de CaCu.

Programa de diagnóstico y tratamiento

A través de las 8,596,479 pruebas de detección realizadas se identificaron a 183,415 mujeres que presentaban un tamiz positivo, por lo que fueron referidas a los Módulos de Salud Ginecológica de los HR a confirmación diagnóstica para descartar alguna patología, o bien, darles tratamiento especializado.

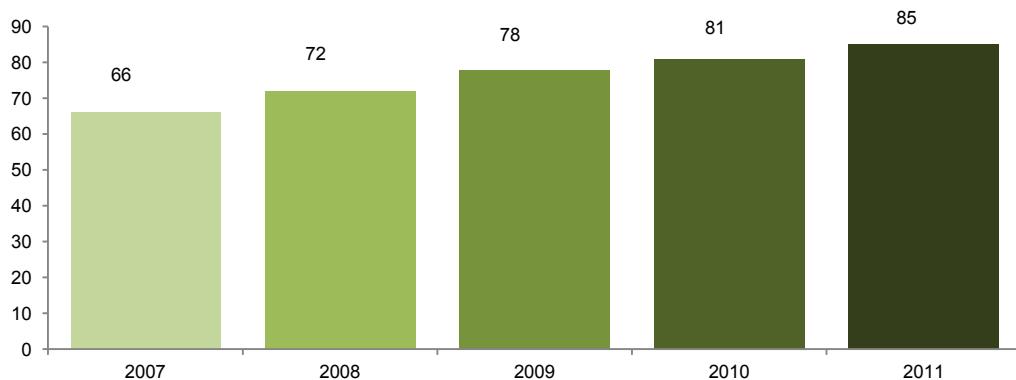
En lo que se refiere al diagnóstico y tratamiento de las alteraciones premalignas y/o malignas del cuello uterino, de 2007 a junio de 2012 se realizó la confirmación diagnóstica de 1,233 mujeres con CaCu, proporcionándoles tratamiento y evitando su muerte; asimismo, en el mismo periodo se diagnosticó y dio tratamiento a 27,252 casos que presentaban algún tipo de displasia con lo que se evitó su progresión a una lesión maligna.

Es destacable el impacto de la aplicación del Modelo de Atención a la Salud Ginecológica que se ha traducido, entre otras cosas, en el incremento de la cobertura de tratamiento de las displasias y el cáncer, ya que en 1998 aproximadamente 15 de cada 100 mujeres recibían tratamiento ante su problema de salud, y al cierre de 2011 lo recibían 85 de cada 100 mujeres, lo que significa un incremento de 70 puntos porcentuales con relación a 1998 y de 19 en este último quinquenio [ver *Gráfico IX.1.11*].



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Gráfico IX.1.11 Cobertura de tratamiento de mujeres con displasia o CaCu en los Módulos de Salud Ginecológica. 2007-2011



Fuente: Sistema de Información en Salud de Población Abierta (SISPA).

IX.1.3 Salud integral del adolescente (CARA)

A lo largo de 13 años de su creación, los CARA han demostrado ser un programa con una estrategia exitosa para fomentar el cambio en las actitudes de los adolescentes de las zonas rurales y marginadas de México. Entre sus resultados se destacan los siguientes:

- 700 mil adolescentes concluyeron su capacitación en el CARA.
- Al cierre de 2011 se mantuvieron activos 12,692 equipos juveniles, 805 más que en 2007, fortaleciendo la comunicación de joven a joven y como una forma de enlace con los propios adolescentes.
- Respecto a las actividades extramuros se realizaron 125,267 módulos ambulantes y 60,410 encuentros educativos [ver *Tabla IX.1.10*].
- 337,886 adolescentes iniciaron en el periodo el uso informado de un método anticonceptivo para la prevención de embarazos no planeados. Éstos tuvieron un incremento paulatino pasando de 54,177 en 2007 a 69,078 en 2011, es decir, 27.5 por ciento [ver Gráfico IX.1.12].



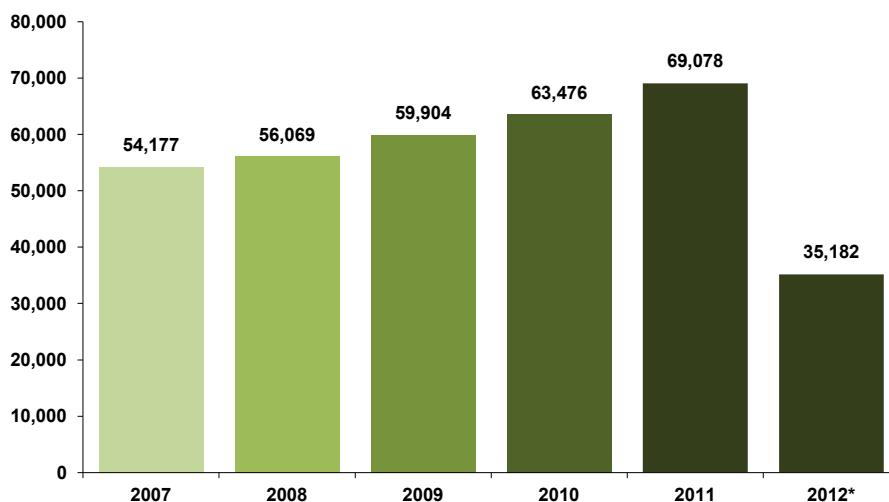
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Tabla IX.1.10 Acciones educativas 2007-2012*

Actividad	2007	2008	2009	2010	2011	2012*
Equipos juveniles activos	11,887	12,032	12,837	12,763	12,692	11,872
Módulos ambulantes realizados	26,747	23,555	21,296	24,681	21,514	7,474
Encuentros educativos efectuados	10,253	13,689	10,777	11,066	11,078	3,547

Fuente: Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA). * Corte a junio.

Gráfico IX.1.12 Adolescentes aceptantes de métodos anticonceptivos 2007-2012*



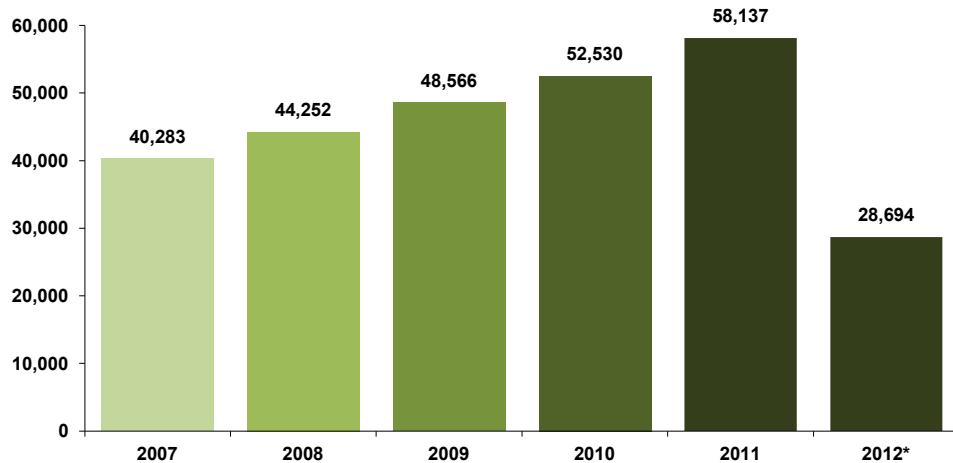
Fuente: Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA). *Corte a junio.

A través de los grupos educativos de embarazadas se logró una mayor participación de las adolescentes en el cuidado de su gestación. En este sentido, 272,462 adolescentes embarazadas acudieron a control prenatal, pasando de 40,283 adolescentes en 2007 a 58,137 en 2011, con un incremento de 17,854 embarazadas [ver Gráfico IX.1.13].



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

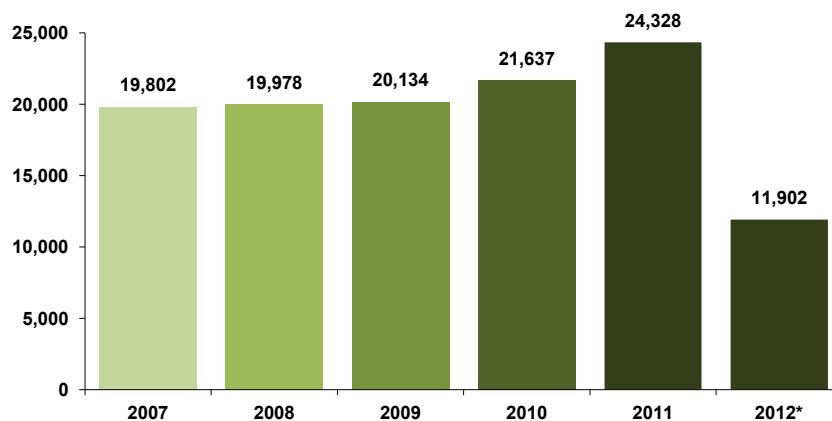
Gráfico IX.1.13 Adolescentes embarazadas en control prenatal 2007-2012*



Fuente: Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA). *Corte a junio.

Producto de las actividades educativas efectuadas por las áreas médica y de acción comunitaria, un mayor número de mujeres adolescentes aceptaron y decidieron atender su parto en las UMR y HR, situación que redujo significativamente la probabilidad de una muerte materna. En este sentido, mientras en 2007 fueron 19,801 las adolescentes que atendieron su parto institucionalmente, esta cifra se incrementó a 24,328 en 2011, es decir, 22.8 por ciento [ver Gráfico IX.1.14].

Gráfico IX.1.14. Partos en adolescentes atendidos institucionalmente 2007-2012*



Fuente: Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA). *Corte a junio.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

IX.1.4 Vacunación

Programa permanente de vacunación

La vacunación se ofrece sistemáticamente en las unidades de salud que cuentan con servicios de inmunización mediante la oferta intramuros, la instalación de puestos de vacunación en la comunidad o visitas domiciliarias.

Respecto a la aplicación permanente de vacuna en las unidades médicas los resultados fueron satisfactorios [ver *Tabla IX.1.11*].

**Tabla IX.1.11 Cumplimiento de metas de vacunas del esquema básico del menor de 8 años
Porcentaje (%)**

Tipo de Vacuna	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Vacuna contra la Hepatitis B	93	99	88	78	86	179
Vacuna DPT	101	102	134	101	114	118
Vacuna Acelular (Pentavalente)	102	113	98	111	96	98
Vacuna Triple Viral (SRP)	116	109	107	112	106	126
Vacuna Antipoliomielítica SABIN	116	96	102	100	99	102
Vacuna BCG	130	118	93	98	120	154
Vacuna contra Rotavirus			99	95	72	103
Vacuna Antiinfluenza				107	89	105
Vacuna pediátrica antineumocócica				76	90	111

Fuente: Avance de metas anual correspondiente a cada año, junio 2012.

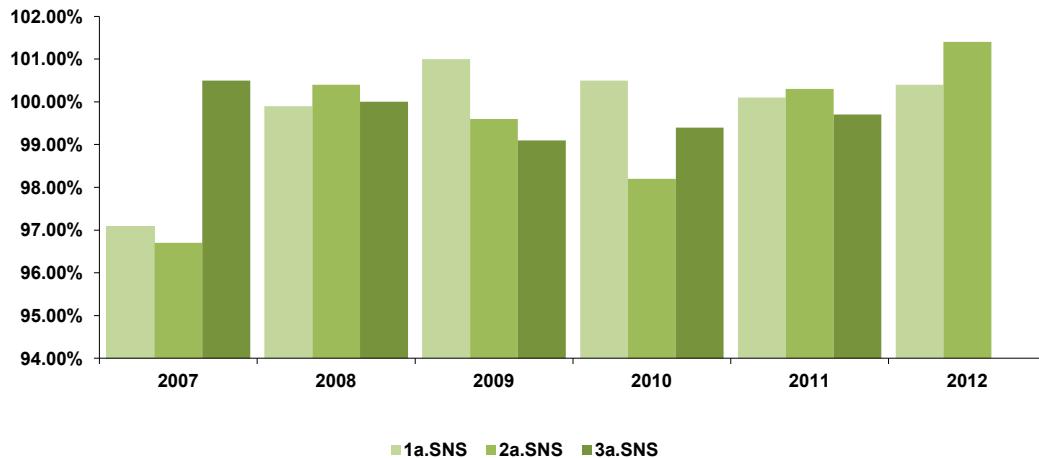
Como segunda vertiente, las Semanas Nacionales de Salud se desarrollan con el propósito de lograr el control epidemiológico en un periodo muy corto de algunas enfermedades prevenibles por vacunación. Durante estas semanas nacionales, IMSS-Oportunidades alcanzó coberturas satisfactorias [ver *Gráfico IX.1.15*].



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Gráfico IX.1.15 Cumplimiento de metas de vacunas en las Semanas Nacionales de Salud



Fuente: Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia. Semanas Nacionales de Salud, logros validados 2007- 1^a y 2^a semana de 2012.

A través de estas acciones IMSS-Oportunidades como todas las instituciones del Sector Salud ha contribuido a mantener erradicada la poliomielitis, la eliminación del sarampión, la ausencia de casos de difteria y la disminución significativa de enfermedades como la rubeola, rubeola congénita, tosferina, tétanos, tétanos neonatal, tuberculosis meningea, parotiditis y hepatitis “B”, entre otras [ver *Gráfico IX.1.16*].

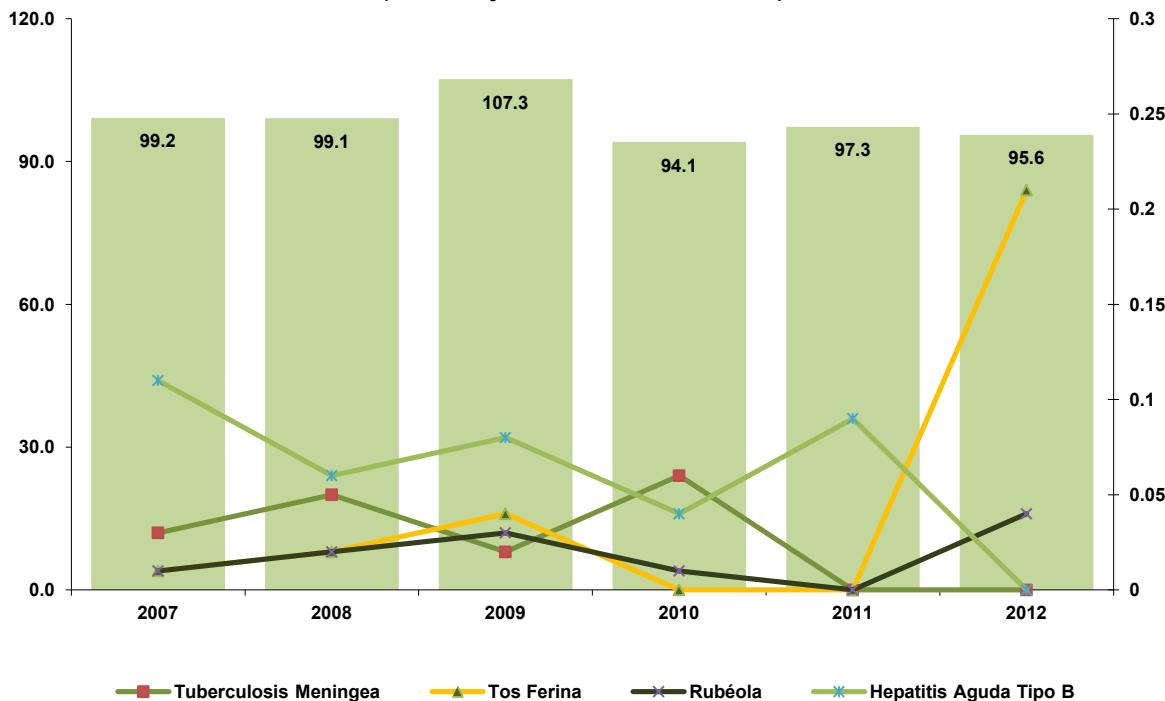
Fortalecimiento y modernización de la Cadena de Frío 2007-2012.

Por lo que respecta al aseguramiento en la calidad inmunológica de las vacunas, se cumplió con el Proyecto de Fortalecimiento y Modernización de la Cadena de Frío, invirtiendo 145.9 mdp entre 2007 y 2011 [\[ver Adquisiciones Red de Frío 2007-2011\]](#) (Anexo VII.17) lo que significó que por primera vez se adquirieran refrigeradores para vacunas con tecnología de punta y conforme a los requerimientos normados, por lo cual desde fines de 2011 el 100 por ciento de unidades médicas –79 HR y 3,587 UMR– de IMSS-Oportunidades cuenta al menos con un refrigerador apropiado para garantizar la calidad inmunológica de las vacunas que se aplican.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Gráfico IX.1.16 Incidencia de enfermedades prevenibles por vacunación y coberturas con esquema básico 2007-2012
(Porcentaje de cobertura en barras)



Fuente: Coberturas de Vacunación: Provac 4.11 (2007-2008), CeNSIA (2009-2011), Provac 5.0 (2012). Tasas: SUAVE 2006-2012, Tasa por 100,000 habitantes Oportunohabitantes

IX.1.5 Vigilancia epidemiológica y control de enfermedades

Resultados de la operación del Sistema Único Automatizado para la Vigilancia Epidemiológica (SUAVE)

La cobertura oportuna de notificación de casos nuevos alcanzada de 2007 a 2011 fue de 96 por ciento en promedio y el cumplimiento promedio de las unidades médicas de 99 por ciento, lo que garantizó información confiable del estado de salud de la población. Durante las primeras ocho semanas epidemiológicas de 2012 los logros fueron de 98.2 y 97.8 por ciento, respectivamente [ver *Tabla IX.1.12*]. En promedio, las coberturas en ambos indicadores se mantuvieron estables y con el índice esperado.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Tabla IX.1.12 Comportamiento histórico de los indicadores de cumplimiento y oportunidad de la notificación del SUAVE 2007-2012

Indicador	2007	2008	2009	2010	2011	2012**
Oportunidad	94.5	96.8	97.3	97.6	94.2	98.2
Cumplimiento	96.9	99.1	99.6	98.9	97.9	97.8

Fuente: Grupo de Información del CONAVE. ** Información a junio 2012.

Resultados de las acciones para la vigilancia epidemiológica y control de la Fiebre por dengue y fiebre hemorrágica por dengue

Durante 2007 y 2011 el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica y las acciones emprendidas con oportunidad en la prevención y control del vector, se reflejan en la disminución de la incidencia de casos confirmados de fiebre por dengue (FD), con una tasa de 44.53 por cada cien mil oportunohabientes en 2007, a una tasa de 6.88 por cada 100,000 OH obtenida en 2011 [ver *Gráfico IX.1.17*].

En fiebre hemorrágica por dengue (FHD) la situación se mantuvo en lo esperado; durante 2007 la tasa de incidencia fue de 1.74 por cada 100,000 oportunohabientes y para 2011 se observó una pequeña disminución en la incidencia acumulada a 1.72 por cada cien mil OH [ver *Gráfico IX.1.18*].

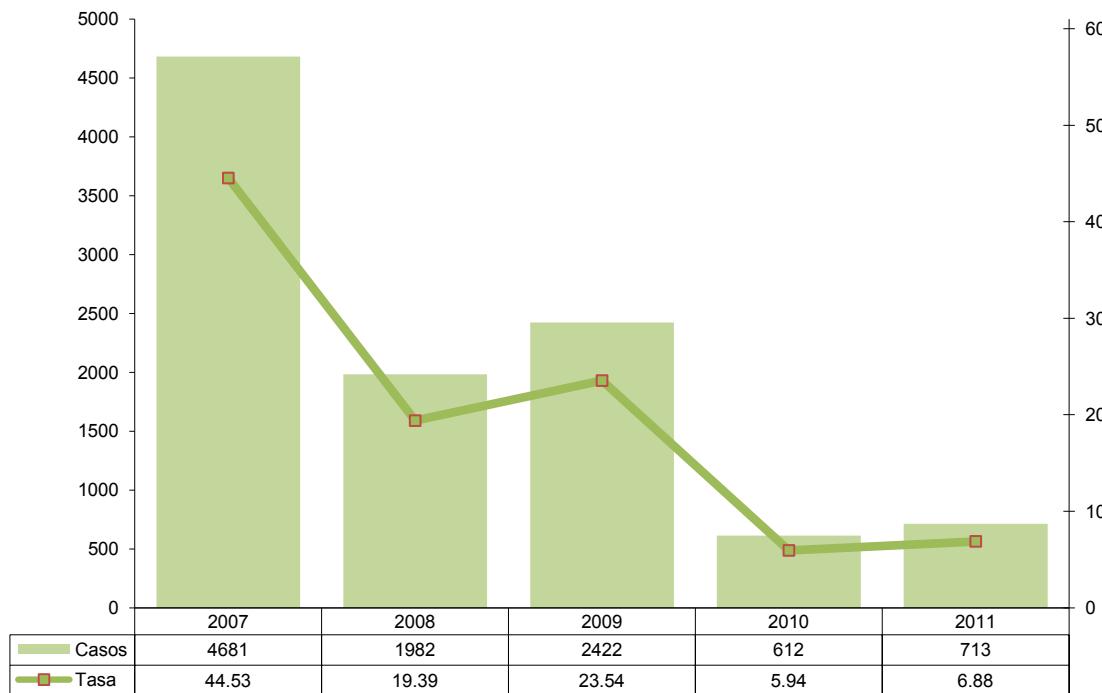
Se registraron cinco defunciones, una en 2008 (tasa de letalidad de 0.60 por ciento) y cuatro en 2011 (tasa de letalidad de 2.24 por ciento) por arriba del indicador señalado (menor a 1 por ciento) en el *PND 2007-2012*.

Se estudiaron y controlaron 762 brotes que fueron objeto de seguimiento y vigilancia hasta obtener el alta sanitaria de 100 por ciento.



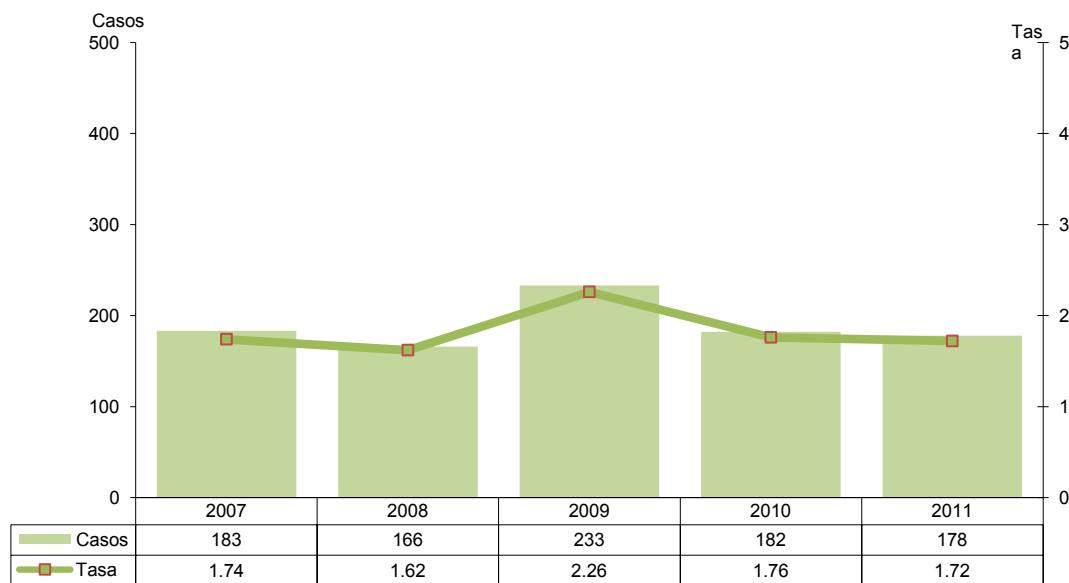
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Gráfico IX.1.17 Incidencia de la fiebre por dengue, 2007-2011



Fuente: Boletín Morbilidad IMSS-Oportunidades 2007 – 2008. Plataforma Electrónica 2009-2011. Tasa de incidencia X 100,000 oportunohabientes.

Gráfico IX.1.18 Fiebre hemorrágica por dengue, 2007-2011



Fuente: Boletín Morbilidad IMSS-Oportunidades 2007-2008. Plataforma Electrónica 2009-2011. Tasa de incidencia X 100,000 oportunohabientes.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

De enero a junio de 2012 se confirmaron 240 casos de FD y 63 de FHD con una tasa de incidencia de 2.31 y 0.61 por cada 100 mil oportunohabientes, respectivamente; además se reportó una defunción por esta causa (tasa de letalidad 1.58 por ciento) [ver *Tabla IX.1.13*].

Tabla IX.1.13 Fiebre por dengue y fiebre hemorrágica por dengue
Enero-junio 2012

Delegaciones	Casos probables	Casos confirmados			Casos descartados	Defunciones
		Fiebre por dengue	Fiebre hemorrágica por dengue			
Baja California	0	0	0		0	
Campeche	45	17	2		4	
Coahuila	0	0	0		0	
Chiapas	148	23	7		43	1
Chihuahua	0	0	0		0	
Distrito federal	0	0	0		0	
Durango	0	0	0		0	
Guanajuato	0	0	0		0	
Guerrero	0	0	0		0	
Hidalgo	15	0	0		13	
Jalisco	0	0	0		0	
México	0	0	0		0	
Michoacán	210	22	0		100	
Morelos	0	0	0		0	
Nayarit	1	0	0		1	
Nuevo León	0	0	0		0	
Oaxaca	66	13	5		23	
Puebla	95	25	1		38	
Querétaro	0	0	0		0	



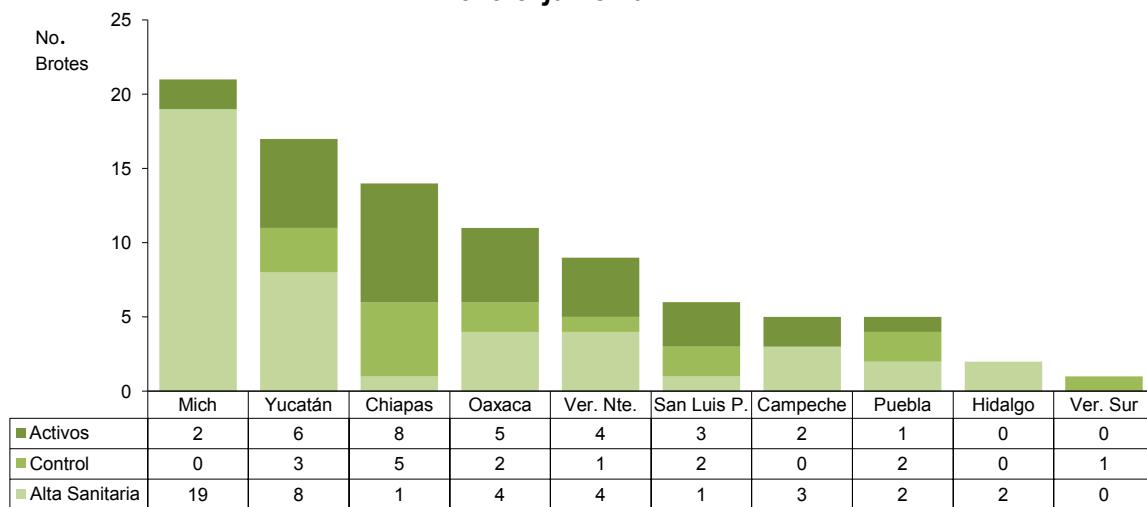
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Delegaciones	Casos probables	Casos confirmados				Defunciones
		Fiebre por dengue	Fiebre hemorrágica por dengue	Casos descartados		
San Luis Potosí	256	17	4	225		
Sinaloa	2	0	0	0		
Sonora	0	0	0	0		
Tamaulipas	6	0	0	3		
Tlaxcala	0	0	0	0		
Veracruz Norte	111	35	10	40		
Veracruz Sur	31	11	3	5		
Yucatán	300	77	31	124		
Zacatecas	1	0	0	1		
Total	1,287	240	63	620		1

Fuente: Plataforma Electrónica, 2012.

Al concluir el primer semestre de 2012 se registraron 91 brotes, de los cuales 31 estaban activos, 16 en control y 44 tenían alta sanitaria [ver Gráfico IX.1.19].

Gráfico IX.1.19 Brotes de fiebre por dengue enero-junio 2012



Fuente: Plataforma Electrónica, Módulo Dengue.

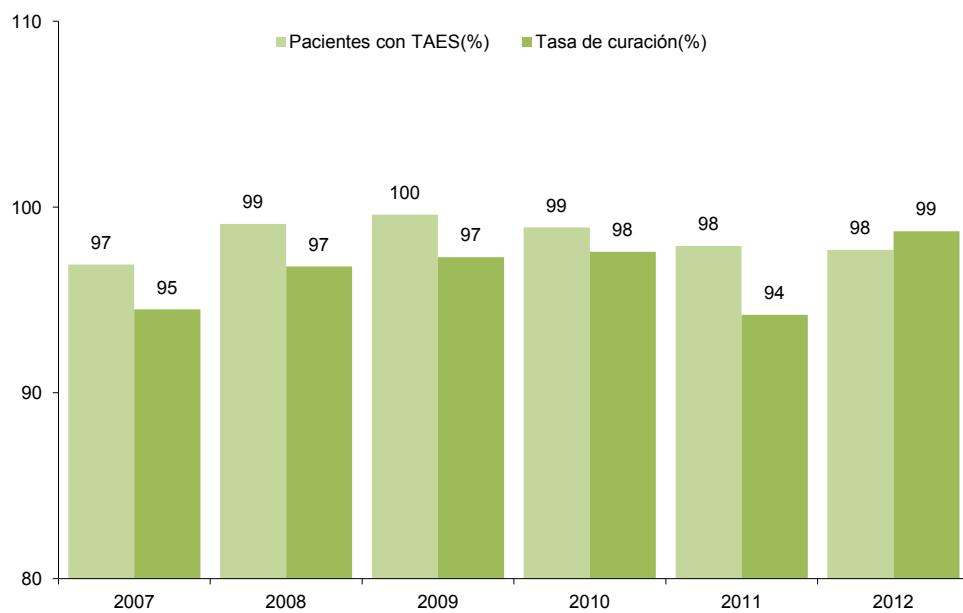


INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Resultados de las acciones para la vigilancia epidemiológica y control de la tuberculosis

Entre 2007 y junio de 2012 se realizaron aproximadamente 350 mil baciloskopias con lo cual se logró identificar a un promedio de poco más de 900 pacientes cada año que ingresaron a tratamiento. Se ha alcanzado en la actualidad una tasa de curación superior a 85 por ciento, permitiéndonos cumplir con el parámetro internacional [ver Gráfico IX.1.20].

Gráfico IX.1.20 Porcentaje de pacientes con tuberculosis que recibieron TAES y de pacientes que curaron al término del tratamiento, 2007- junio 2012.



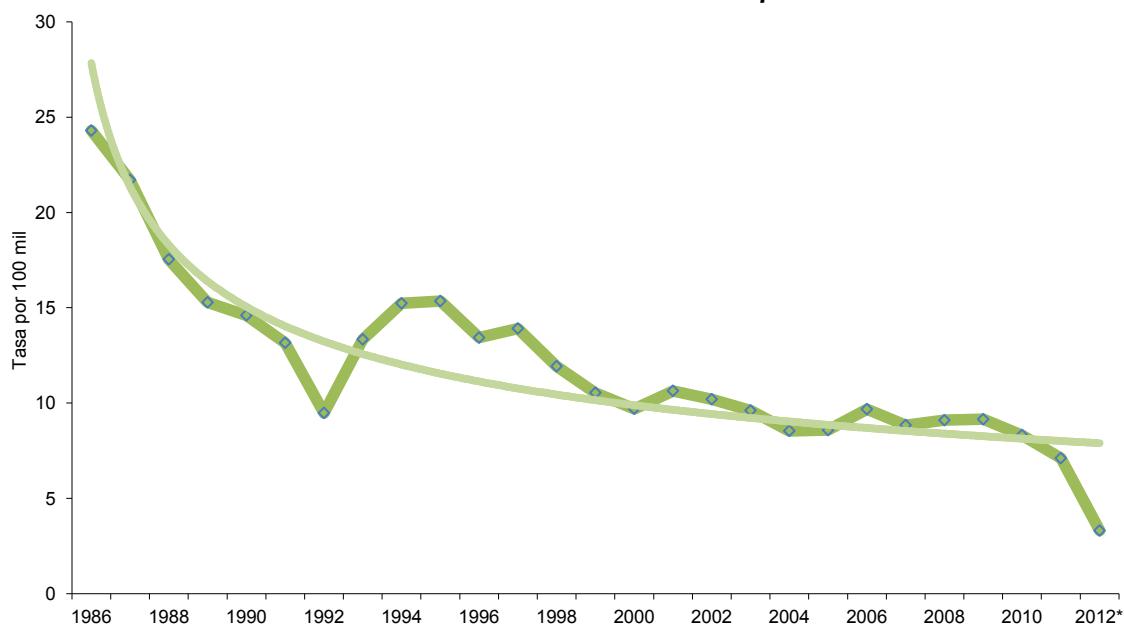
Fuente: Modulo de tuberculosis de la plataforma electrónica del SUAVE 2007-Junio de 2012.

Lo anterior ha permitido mantener un bajo nivel de incidencia de dicha enfermedad en los últimos seis años, lo que se traduce en la posibilidad de romper paulatinamente con la cadena de transmisión, dado que por cada enfermo curado que deja de arrojar la bacteria causante, se previene la infección de 20 nuevos casos. La disminución de la incidencia y las tasas de curación obtenidas han permitido menores defunciones por TBP, eventos que en otros tiempos eran más frecuentes [ver Gráficos IX.1.21 y IX.1.22].



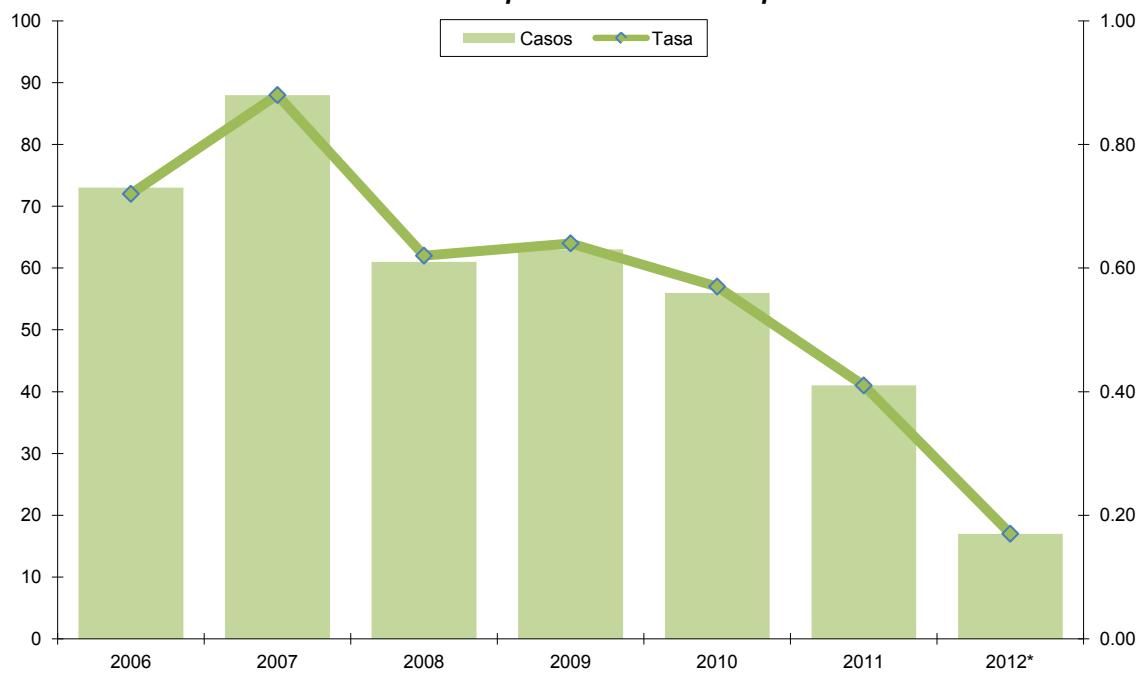
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Gráfico IX.1.21 Incidencia de la tuberculosis respiratoria 1986–2012*



Fuente: Base de datos SUAVE 2000–*Junio de 2012. **Tasa: x 100,000 Oportunohabitantes.

Gráfico IX.1.22 Mortalidad por tuberculosis respiratoria 2006–2012*



Fuente: Base de datos SISMOR 2006 – Junio de 2012*. Tasa por 100,000 habitantes Oportunohabitantes.

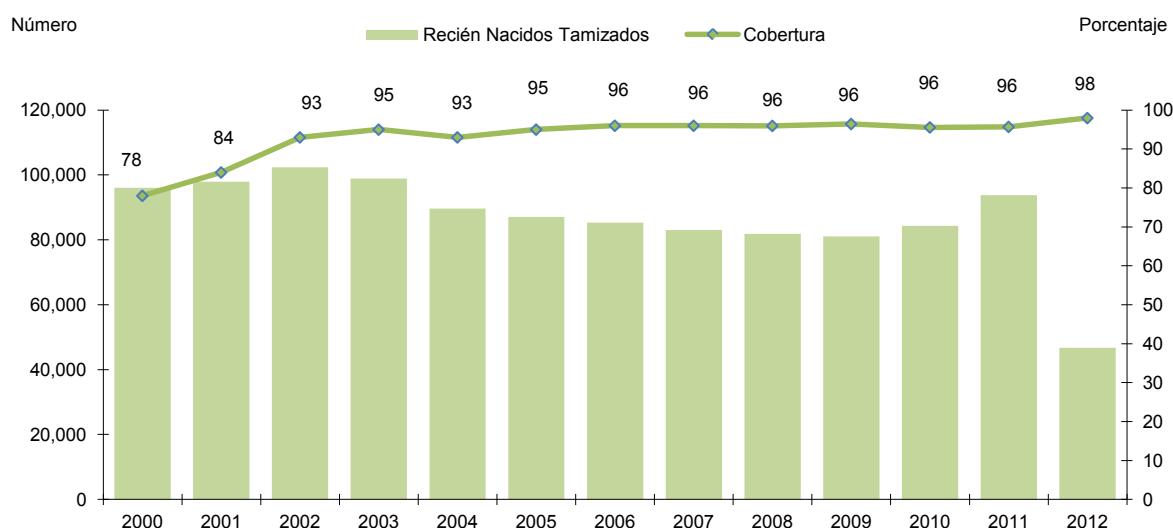


INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Resultados de las acciones del tamiz neonatal para la detección oportuna del hipotiroidismo congénito

De 2007 a junio de 2012 se realizó el tamiz neonatal a más de 470 mil recién nacidos, con lo cual se cumplieron las metas establecidas. Esto permitió pasar de una cobertura de 78 por ciento en 2000 a 95.7 por ciento para 2011, la cual se mantiene en 98 por ciento en lo que va de 2012, esto gracias a las instalación de 27 laboratorios de enfermedades metabólicas congénitas [ver Gráfico IX.1.23].

Gráfico IX.1.23 Cobertura global del tamiz, hipotiroidismo congénito 2000-2012*



Indicador Institucional >95%

Fuente: Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA), 2000 - *junio de 2012.

Es importante resaltar que desde 2005 se cumple con el indicador de cobertura del tamiz neonatal para hipotiroidismo congénito –establecido en 95 por ciento y más– de los niños que nacen en las unidades médicas.

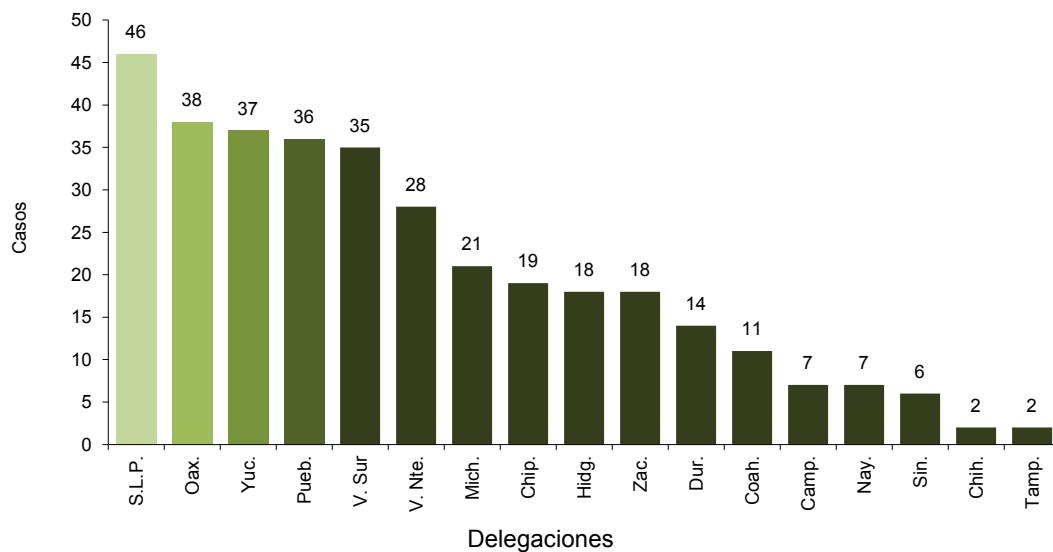
Estas acciones de detección permitieron la identificación oportuna de 346 niños con hipotiroidismo congénito, quienes están recibiendo su tratamiento, con lo cual se les



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

evitó el retraso mental y sus consecuencias por altos costos de atención, además de la carga económica a sus familias [ver *Gráfico IX.1.24*].

Gráfico IX.1.24 Distribución de pacientes con hipotiroidismo congénito en tratamiento por Delegación 1999-junio 2012



Fuente: Notificación y seguimiento de caso de enfermedad metabólica congénita (EMC-3).

Resultados de las acciones del tamiz neonatal ampliado y vigilancia epidemiológica de enfermedades metabólicas congénitas

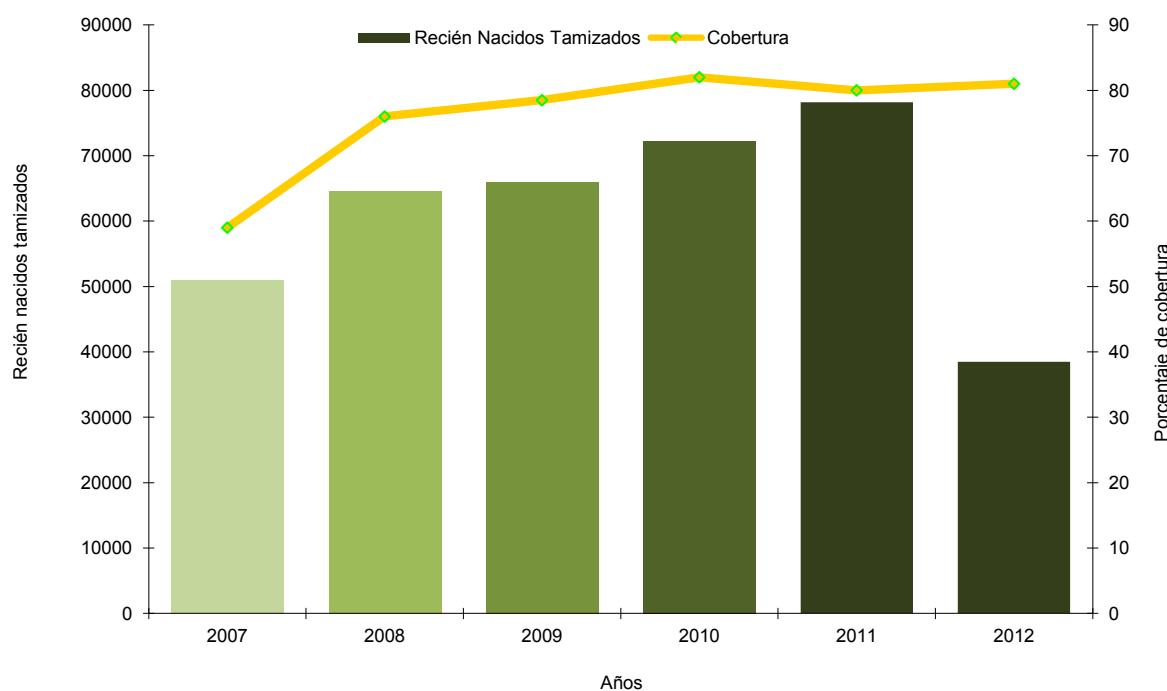
La cobertura de detección de recién nacidos vivos en este tipo de enfermedades en las unidades médicas del Programa se incrementó de 59 por ciento en 2007 a 80 por ciento al cierre de 2011 y primer semestre de 2012. Es importante mencionar que la toma de muestra sanguínea para el tamiz neonatal ampliado entre el tercer y quinto día posterior al nacimiento ha representado una limitante para obtener mayores coberturas, porque la madre debe regresar a la unidad médica en una etapa que pudiera representar alguna problemática por su recuperación y entorno familiar.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Esta intervención ha significado importantes beneficios para los neonatos nacidos y no nacidos en unidades médicas, y lo más importante es que se han identificado con oportunidad y se tienen en tratamiento; 22 niños con hiperplasia adrenal congénita y 2 con deficiencia de biotinidasa, evitando severas secuelas por déficit mental, altos costos para su rehabilitación y la consiguiente carga social y económica en sus familias [ver Gráfico IX.1.25 y Tabla IX.1.14].

Gráfico IX.1.25 Cobertura para tamiz neonatal ampliado 2007-2012*



Fuente: Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA), 2007-2012 *Junio.

Tabla IX.1.14 Total de pruebas para el tamiz neonatal ampliado 2007-2012*

	2007	2008	2009	2010	2011	2012*
Recién nacidos en unidades médicas y tamizados	50,936	64,527	65,985	72,292	78,188	38,461
Cobertura en los recién nacidos en unidades médicas (%)	59	76	78	82	80	81
No nacidos en unidades médicas y tamizados	27,726	47,405	56,362	60,666	67,530	33,297
Total de recién nacidos tamizados	78,662	111,932	122,347	132,958	146	71.758

Fuente: Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA), 2007 - * Junio 2012.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Resultados de las acciones para el diagnóstico y atención de la anemia en UMR

Se realizó el diagnóstico y seguimiento, en caso de diagnóstico de anemia, en 100 por ciento de niños de 12 a 59 meses de edad y mujeres embarazadas [ver *Tabla IX.1.15* [\[ver expediente de Hemoglobinómetros\]](#) (Anexo VII.24)].

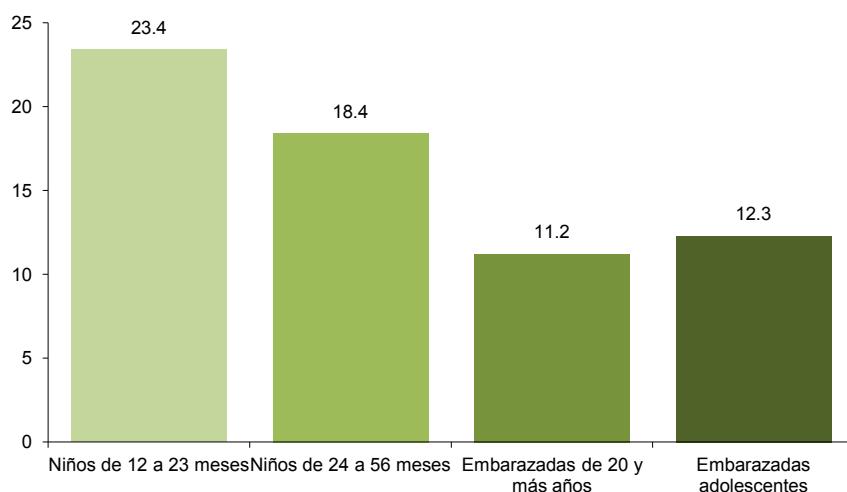
Tabla IX.1.15.
Diagnóstico y atención de la anemia en Unidades Médicas Rurales

Año	UMR Participantes	Fotómetros	Dispositivos de punción	Lancetas	Contenedores con 50 microcubetas
2012	3,594	3,594	3,594	1,797,000	35,940

Fuente: Departamento de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades.

Actualmente, la prevalencia de anemia en el ámbito de responsabilidad del Programa para cada uno de los grupos de edad, es muy similar a la reportada por la ENSANUT 2006, tal como se refleja en el siguiente gráfico [ver *Gráfico IX.1.26*].

Gráfico IX.1.26 Prevalencia (%) de anemia por grupo de edad, enero-junio 2012



Fuente: Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA) Rural a junio de 2012.

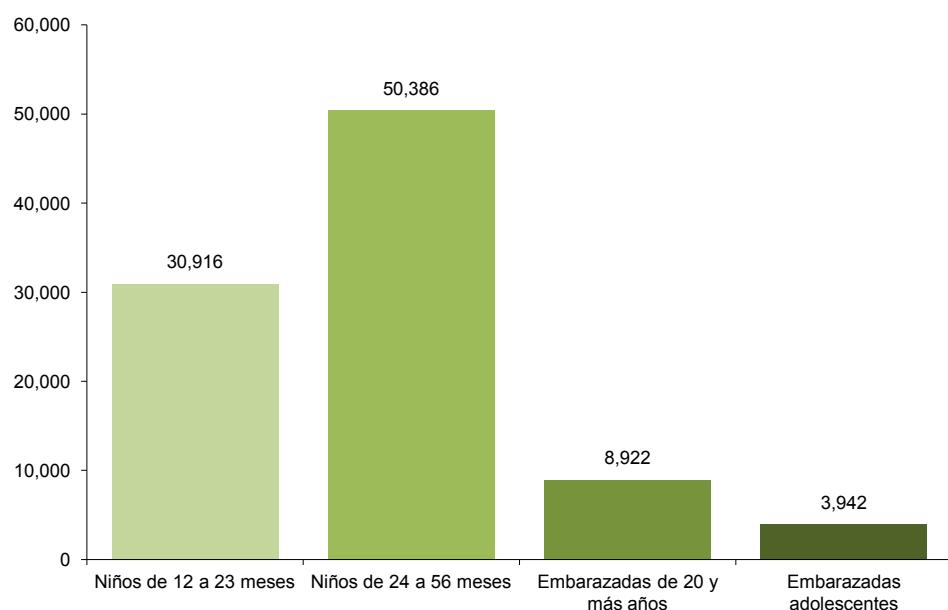


INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Para el primer semestre de 2012 se habían realizado 421,826 determinaciones de hemoglobina en sangre capilar, permitiendo diagnosticar e iniciar tratamiento a 30,916 niños de 12 a 23 meses de edad; 50,386 de 24 a 56 meses y a 12,864 embarazadas [ver *Gráfico IX.1.27*].

Gráfico IX.1.27 Tratamientos con hierro iniciados en los casos diagnosticados, enero-junio 2012



Fuente: Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA) Rural a junio de 2012.

Cabe señalar que una vez que se inicia el tratamiento con hierro en dosis terapéuticas, se realiza seguimiento a cada enfermo hasta su curación, para lo cual se le realizan de 1 a 2 mediciones de hemoglobina de control para definir su curación, tratamiento que puede durar de 3 a 6 meses, por lo que para este primer semestre de 2012 ya se cuenta con información de los resultados de los primeros casos diagnosticados a los que se les inició tratamiento [ver *Gráfico IX.1.28*].

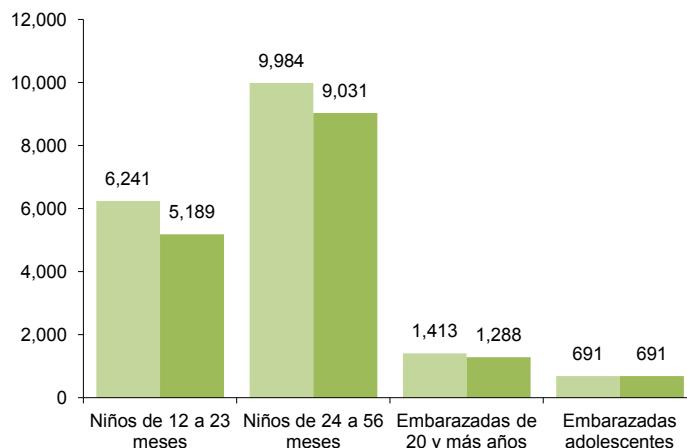
Finalmente, se precisa que los equipos adquiridos tienen una vida útil de 3 a 5 años por lo que para dar continuidad a esta intervención, sólo se requerirá adquirir insumos para las determinaciones de hemoglobina en 2013-2015.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Gráfico IX.1.28 Tratamientos terminados y personas curadas de anemia, enero-junio 2012



Fuente: Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA) Rural a junio de 2012.

La mayor evidencia de los resultados del Modelo de Atención Integral a la Salud (MAIS), especialmente de las acciones de promoción y prevención de la salud en las que se involucran los equipos de salud y los voluntarios de la comunidad, es el impacto en las tasas de mortalidad en la infancia, tanto en sus indicadores generales como en la tasa de mortalidad en niños menores de 1 año y niños menores de cinco años, como en dos de los indicadores específicos: la tasa de mortalidad por enfermedades diarreicas agudas y la tasa de mortalidad por infecciones respiratorias agudas.

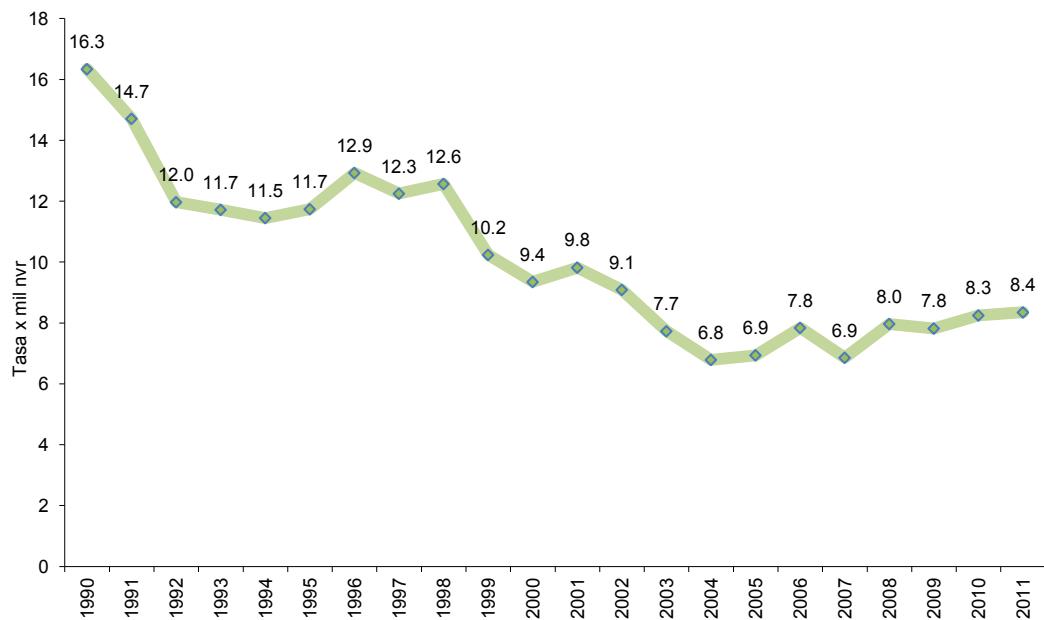
En estos indicadores se resume el impacto de las acciones de vacunación universal, tamiz neonatal, lactancia materna, vigilancia nutricional, suplementación con micronutrientos; la educación a madres de niños menores de cinco años en el uso del “suero vida oral” para prevenir la deshidratación, identificación de signos de alarma por infección respiratoria aguda y el manejo efectivo en el hogar de ambos padecimientos. A esto se suman los resultados de las acciones en el ámbito de las familias, tales como la potabilización del agua para consumo humano por diversos métodos, el manejo adecuado de las excretas y en general todas las acciones de información, educación y comunicación en salud realizadas en la comunidad.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Las defunciones en niños menores de un año disminuyeron aproximadamente de 1,200 por año en la década de 1990, a sólo 729 muertes registradas al cierre de 2011, disminuyendo la tasa de 16.3 a 8.4 defunciones por cada mil nacidos vivos registrados [ver *Gráfico IX.1.29*].²⁶

**Gráfico IX.1.29 Mortalidad infantil (en niños menores de 1 año)
1990-2011**



Fuentes: Sistema de Información SUI68, 2000/Sistema de Mortalidad SISMOR 2011* (Información preliminar. Tasa: Se refiere al número de defunciones por cada mil nacidos vivos registrados).

Las defunciones en niños menores de cinco años disminuyeron de cerca de 1,500 por año en la década de 1990 a tan sólo 867 registradas al cierre de 2011, con disminución de la tasa de 19.8 a 9.9 defunciones por cada mil nacidos vivos registrados [ver *Gráfico IX.1.30*].

²⁶Para apreciar el impacto en los indicadores antes mencionados, se tomaron períodos amplios relacionados con el establecido para las metas de los objetivos del milenio (1990) o a partir de 1996, año en que se observa el mayor impacto. Para el periodo 2007-2011 los resultados se pueden interpretar como de mantenimiento y control, dado que los niveles de disminución alcanzados están cercanos a niveles irreductibles determinados por factores externos a las acciones de salud.



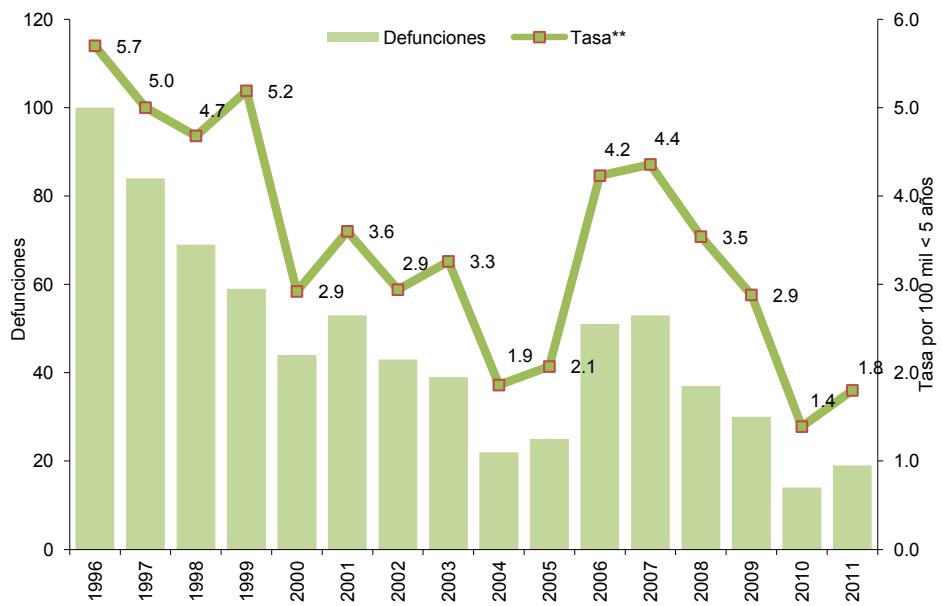
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

**Gráfico IX.1.30 Mortalidad en niños menores de 5 años
1990-2011**



Fuentes: Sistema de Información SUI68, 2000/Sistema de Mortalidad SISMOR 2011* (Información preliminar. Tasa: Se refiere al número de defunciones por cada mil nacidos vivos registrados).

**Gráfico IX.1.31 Mortalidad por enfermedades diarreicas agudas en niños menores de 5 años
1996-2011**



Fuente: Anuarios de Mortalidad 1991-2003. SISMOR 2004-2011* (Preliminar). Tasa: Se refiere al número de defunciones por 100,000 Oportunohabitantes del grupo de edad.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Las defunciones por enfermedades diarreicas agudas en niños menores de cinco años, disminuyeron de 100 defunciones en 1996 a sólo 19 defunciones al cierre de 2011, con disminución de la tasa de 5.7 a 1.8 defunciones por cada 100 mil niños de ese grupo de edad [ver *Gráfico IX.1.31*].

Impacto similar se observa con las defunciones por infecciones respiratorias agudas en niños menores de cinco años, las cuales pasaron de 183 defunciones en 1996 a 52 defunciones al cierre de 2011, disminuyendo la tasa de 10.4 a 5.1 defunciones por cada 100 mil niños de ese grupo de edad [ver *Gráfico IX.1.32*].

Gráfico IX.1.32 Mortalidad por infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años



Fuente: Anuarios de Mortalidad 1991-2003. SISMOR 2004-2011* (Preliminar). Tasa: Se refiere al número de defunciones por 100,000 Oportunohabitantes del grupo de edad.

IX.1.6 Prevención y control de la diabetes mellitus

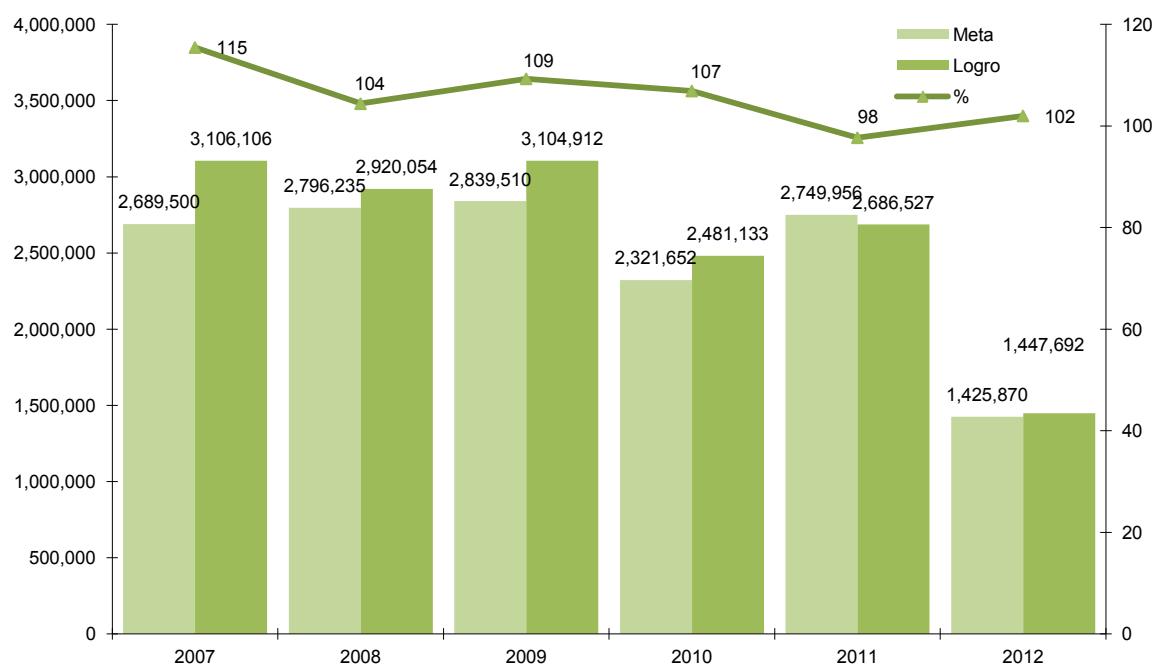
En el periodo de reporte se cumplió con la meta de detecciones para lo cual se realizaron 16,469,171 determinaciones de glicemia capilar en personas de 20 y más



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

años que no se sabían diabéticas. Es importante comentar que las variaciones en el número absoluto de las metas respondieron a los cambios de criterio respecto de orientar las detecciones a los grupos de edad de mayor riesgo y a la introducción de estrategias preventivas, tales como el PrevenIMSS [ver *Gráfico IX.1.33*].

Gráfico IX.1.33 Logros en las metas de detecciones de diabetes mellitus



Fuente: Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA) 2000-2011 IMSS-Oportunidades.

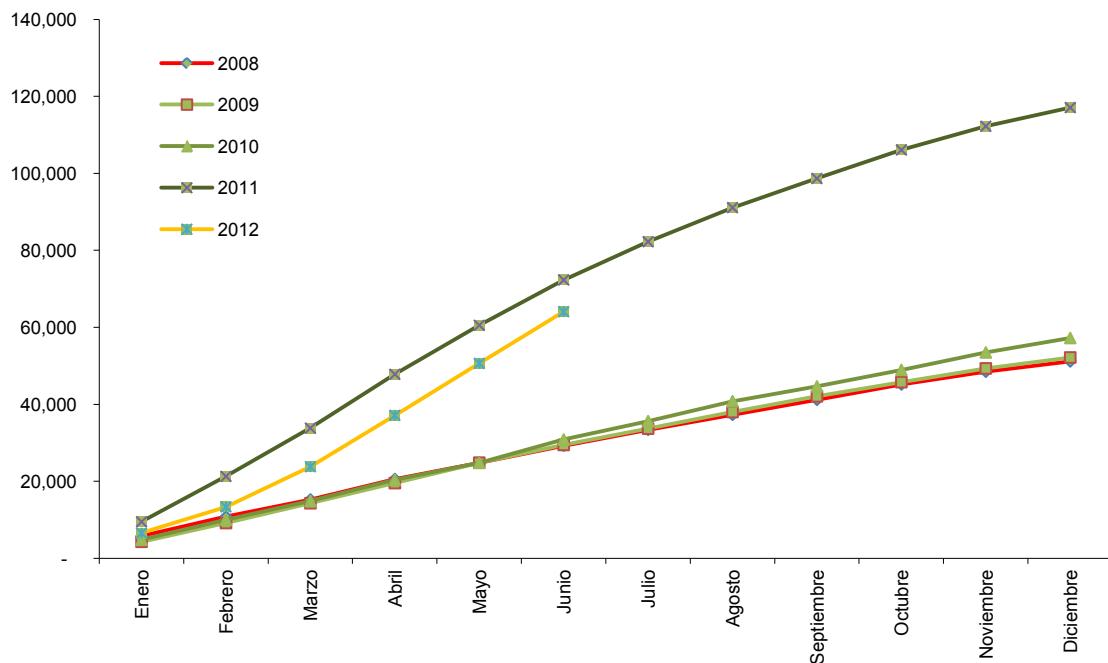
Para el mismo periodo se identificaron a más de 390 mil personas sospechosas de diabetes mellitus, principalmente en 2010 y 2011, años en que se fortalecieron y consolidaron las acciones en esta prioridad [ver *Gráfico IX.1.34*].

El total de enfermos confirmados para todo el periodo es de 32,670, quienes se incorporaron a la estrategia de atención integral para el control de su padecimiento en un nuevo servicio denominado Servicio de Atención Integral a la Salud (SAIS), implementado para la atención específica de los pacientes crónico-degenerativos [ver *Gráfico IX.1.35*].



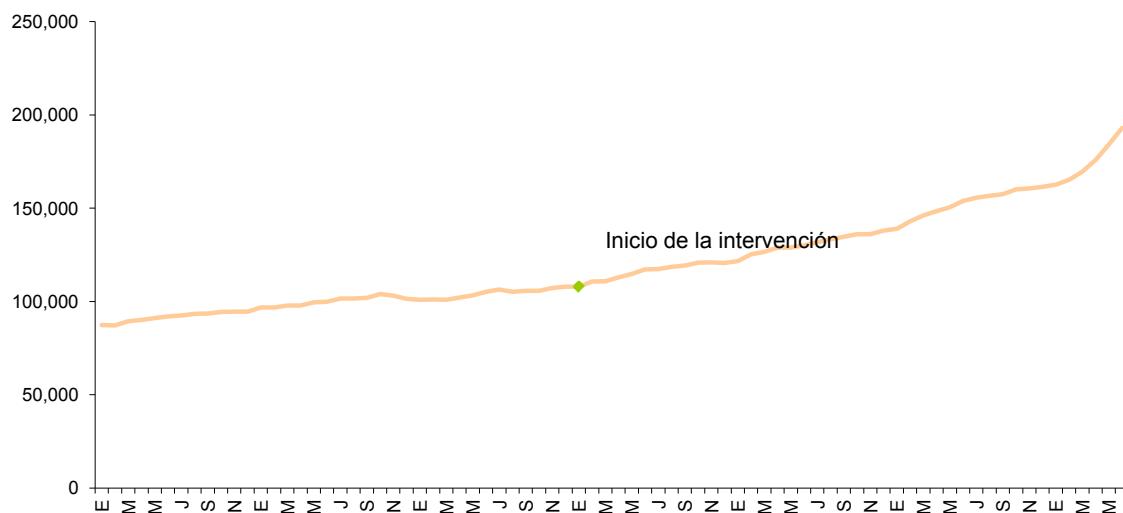
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Gráfico IX.1.34 Incremento en el conocimiento de personas sospechosas de diabetes mellitus



Fuente: Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA) 2008-Junio de 2012 IMSS-Oportunidades.

Gráfico IX.1.35 Número acumulado de pacientes confirmados a diabetes mellitus
Resultado del seguimiento de sospechosos



Fuente: Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA) 2006-2012 IMSS-Oportunidades.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

El número acumulado de pacientes confirmados con esta enfermedad se incrementa a partir de 2009, año en que se priorizan las acciones de seguimiento a las personas que durante la detección resultaron sospechosas de padecer diabetes mellitus, y para 2011 (22,987) se duplica lo encontrado en 2010.

Un beneficio adicional que se obtuvo con esta estrategia es que permitió reconocer a 17,697 personas con prediabetes, desde 2011 hasta junio de 2012, a quienes se les podrá otorgar una adecuada atención para modificar sus hábitos y costumbres en forma saludable y así retrasar el inicio de la enfermedad por varios años.

Al segundo semestre de 2012, IMSS-Oportunidades atiende a 163,173 diabéticos que acuden a tratamiento en todas sus unidades médicas, de los cuales 60 por ciento ha logrado alcanzar el control de su glicemia.

IX.1.7 Encuentros Médico Quirúrgicos

Los logros obtenidos durante la última administración en materia de EMQ son los siguientes [ver *Tabla IX.1.16*]:

Tabla IX.1.16 Productividad de EMQ por especialidad
Diciembre2006-diciembre 2011

Especialidad	No. de Encuentros	Pacientes valorados	Pacientes intervenidos	Procedimientos quirúrgicos
Oftalmología	26	23,424	3,305	5,259
Ortopedia	21	7,690	933	1,356
Cirugía Reconstructiva	13	2,632	1,281	2,316
Ginecología Oncológica	20	33,334	3,430	4,157
Cirugía Pediátrica	14	4,333	2,068	2,536
Urología	8	1,752	381	469
Total	102	73,165	11,398	16,093

Fuente: Registros de Productividad EMQ IMSS-Oportunidades 1996-2012.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Cabe mencionar que durante el primer semestre de 2012 se realizaron siete encuentros, uno de cirugía reconstructiva, uno de cirugía pediátrica, uno de urología, dos de oftalmología y dos de ginecología oncológica, con los cuales se benefició a 4,704 personas [ver Tabla XI.1.17]

**Tabla IX.1.17 Productividad de EMQ por especialidad
Primer semestre 2012**

Especialidad	No. de Encuentros	Pacientes valorados	Pacientes intervenidos	Procedimientos quirúrgicos
Oftalmología	2	1,039	246	312
Cirugía Reconstructiva	1	210	118	338
Ginecología Oncológica	2	3,078	327	355
Cirugía Pediátrica	1	170	74	90
Urología	1	207	40	66
Total	7	4,704	805	1,161

Fuente: Registros de Productividad EMQ IMSS-Oportunidades 2012

IX.2 Ampliación de Infraestructura

Gracias al desarrollo de nueva infraestructura, la red de unidades médicas de primero y segundo nivel de atención del Programa IMSS-Oportunidades amplió su cobertura en el territorio nacional, particularmente en los estados de Guerrero y México en los cuales no se tenía presencia. Los ocho nuevos HR, las 42 UMR y las 55 UMU permitieron contribuir a garantizar el derecho a la salud de más mexicanos que carecen de seguridad social y que habitan en condiciones de marginación.

Derivado de ello la población del Programa IMSS-Oportunidades ascendió a 11.8 millones de beneficiarios, por lo que se amplió el acceso a servicios de salud del Programa y de su Modelo de Atención Integral a la Salud a población altamente desprotegida de distintas entidades del país, especialmente se acercaron servicios



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

ligados a las prioridades en salud enfocadas a combatir los principales riesgos y daños que afectan a la población del medio rural.

Con la construcción de los ocho nuevos hospitales se beneficiaron 69 municipios con una población potencial de 1,036,163 personas [ver *Tabla IX.2.1*].

Tabla IX.2.1 Población beneficiaria de los ocho nuevos hospitales rurales

Hospital Rural	Municipios beneficiados	Población beneficiaria potencial con carencia de acceso a servicios de salud*
Mamantel, Campeche	1.- Carmen 2.- Candelaria 3.- Champotón 4.- Escárcega 5.- Palizada	74,368
Amanalco, Estado de México	1.- Almoloya de Juárez 2.- Amanalco 3.- Donato Guerra 4.- Ixtapan del Oro 5.- Ozoloapan 6.- Santo Tomás 7.- Temascaltepec 8.- Toluca 9.- Valle de Bravo 10.- Zacaapan 11.- Zinacantepec	425,221
San José del Rincón, Estado de México	1.- El Oro 2.- Ixtlahuaca 3.- Jocotitlán 4.- San Felipe del Progreso 5.- San José del Rincón 6.- Temascalcingo 7.- Villa Victoria 8.- Villa de Allende	151,407
La Unión, Guerrero	1.- Coahuayutla de José María Izazaga 2.- José Azueta 3.- Petatlán 4.- La Unión de Isidoro Montes de Oca	70,364
Buenavista, Michoacán	1.- Aguililla 2.- Apatzingán 3.- Buenavista 4.- Peribán 5.- Tancítaro 6.- Tepalcatepec	123,138



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Hospital Rural	Municipios beneficiados	Población beneficiaria potencial con carencia de acceso a servicios de salud*
Villamar, Michoacán	1.- Chavinda 2.- Cotija 3.- Jiquilpan 4.- Pajacuarán 5.- Sahuayo 6.- Tangamandapio 7.- Tingüindín 8.- Venustiano Carranza 9.- Villamar	75,486
Ixtepec, Puebla	1.- Atlequizayán 2.- Caxhuacán 3.- Huehuetla 4.- Hueytlalpan 5.- Huitzilán de Serdán 6.- Ixtepec 7.- Jonotla 8.- Nauzontla 9.- Olintla 10.- Tuzamapán de Galeana 11.- Xochitlán de Vicente Suárez 12.- Zapotitlán de Méndez 13.- Zoquiapan	19,512
Plan de Arroyos, Veracruz	1.- Atzalán 2.- Altotonga 3.- Jalacingo 4.- Las Minas 5.- Las Vigas de Ramírez 6.- Martínez de la Torre 7.- Misantla 8.- Nautla 9.- Tatatila 10.- Tenochtitlán 11.- Tlacolulan 12.- Tlapacoyán 13.- Villa Aldama	172,153

*Fuente: CONEVAL con base en el MCS-ENIGH 2010 y la muestra del Censo de Población y Vivienda 2010. Estas cifras difieren de las reportadas en el capítulo VII, debido a que -una vez concluidos los hospitales- se actualizaron las fuentes de información.

A continuación se muestra la productividad de los servicios médicos de las nuevas unidades médicas del Programa IMSS-Oportunidades con corte a 2011 y junio de 2012 [ver *Tablas IX.2.2, IX.2.3, IX.2.4 y IX.2.5*]:



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Tabla IX.2.2
Productividad de los nuevos Hospitales Rurales
Enero - Junio 2012

Concepto	Campeche	Guerrero	México	México	Michoacán	Michoacán	Puebla	Veracruz Norte
	Mamantel	La Unión	San José del Rincón	Amanalco de Becerra	Villamar	Buenavista	Ixtepet	Plan de Arroyos
Población adscrita*	5,826	3,624	4,121	4,075	5,743	9,119	8,060	6,377
Oportunohabitantes*	4,774	3,241	4,106	4,030	5,445	8,922	8,058	6,344
Derechohabitantes (IMSS, ISSSTE, Otros)*	1,052	383	15	45	298	197	2	33
Total consultas otorgadas	15,821	20,619	17,719	15,224	19,945	23,939	17,137	18,682
Consultas de Medicina Familiar	9,379	12,750	9,551	7,808	10,272	14,544	9,661	8,729
Consultas de Odontología	2,112	1,010	2,475	1,605	2,785	2,368	2,626	2,788
Consultas de Especialidades	2,102	3,178	2,478	2,498	3,180	1,836	2,135	3,876
. Cirugía	1,144	464	935	497	516	817	419	612
. Medicina Interna	196	592	0	337	806	0	838	1,521
. Pediatría	331	778	733	371	797	302	382	650
. Gineco-obstetricia	431	1,344	810	1,293	1,061	717	496	1,093
Urgencias atendidas	1,973	3,681	3,215	3,313	3,708	5,191	2,715	3,289
Consultas otorgadas seguro popular	5,849	9,953	15,678	6,043	0	4,637	0	4,297
Consultas otorgadas PDHO	4,580	0	167	199	0	1,381	5,942	4,314
Consultas prenatales (institucional)	551	1,337	855	2,134	2,389	2,771	863	607
Número de embarazadas (institucional)	173	123	241	530	377	141	61	97
Promedio de consultas por embarazada	3	11	4	4	6	20	14	6
Número de adolescentes embarazadas	42	47	62	160	87	57	15	23
Nuevas aceptantes de planificación familiar (Inst. y Com.)	159	494	229	453	551	648	398	554
Total de partos	114	251	53	369	202	539	404	434
. Partos intitucionales	114	251	53	369	202	539	404	432
. Partos comunitarios	0	0	0	0	0	0	0	2
Nacidos vivos	114	259	55	370	201	538	402	432
Exploraciones ginecológicas	624	780	935	842	1,418	1,868	1,172	701
Visualizaciones cervicales	356	220	41	125	230	535	47	25
Citologías	272	249	412	205	252	678	298	132
Valoraciones del estado de nutrición en menores de 5 años	998	1,993	916	511	1,377	1,451	1,088	1,050
Detecciones realizadas de diabetes mellitus	2,009	2,078	3,357	1,638	1,613	2,826	781	413
Detecciones realizadas de hipertensión arterial	2,264	2,882	3,237	1,697	2,040	2,553	1,389	1,232
Egresos hospitalarios	630	406	714	649	1,585	1,612	1,186	1,330
% Ocupación hospitalaria	32.4	24.1	34.0	42.7	72.9	79.6	66.0	47.6
Intervenciones quirúrgicas	336	293	298	339	530	508	603	585

Fuente: Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA).



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Tabla IX.2.3

Día Típico en Hospitales Rurales de nueva creación

Enero - Junio 2012

Concepto	Campeche	Guerrero	México	México	Michoacán	Michoacán	Puebla	Veracruz Norte
	Mamantel	La Unión	San José del Rincón	Amanalco de Becerra	Villamar	Buenavista	Ixtépec	Plan de Arroyos
Total de consultas otorgadas	120	156	134	115	151	181	130	142
Consultas de Medicina Familiar	71	97	72	59	78	110	73	66
Consultas de Odontología	16	8	19	12	21	18	20	21
Consultas de Especialidades	16	24	19	19	24	14	16	29
. Cirugía	9	4	7	4	4	6	3	5
. Medicina Interna	1	4	0	3	6	0	6	12
. Pediatría	3	6	6	3	6	2	3	5
. Gineco-obstetricia	3	10	6	10	8	5	4	8
Urgencias atendidas	11	20	18	18	21	29	15	18
Consultas otorgadas seguro popular	44	75	119	46	0	35	0	33
Consultas otorgadas PDHO	35	0	1	2	0	10	45	33
Consultas prenatales (institucional)	4	10	6	16	18	21	7	5
Nuevas aceptantes de planificación familiar (Inst. y Com.)	1	4	2	3	4	5	3	4
Total de partos	1	1	0	2	1	3	2	2
. Partos intitucionales	1	1	0	2	1	3	2	2
. Partos comunitarios	0	0	0	0	0	0	0	0
Nacidos vivos	1	1	0	2	1	3	2	2
Exploraciones ginecológicas	5	6	7	6	11	14	9	5
Visualizaciones cervicales	3	2	0	1	2	4	0	0
Citologías	2	2	3	2	2	5	2	1
Valoraciones del estado de nutrición en menores de 5 años	8	15	7	4	10	11	8	8
Detecciones realizadas de diabetes mellitus	15	16	25	12	12	21	6	3
Detecciones realizadas de hipertensión arterial	17	22	25	13	15	19	11	9
Egresos hospitalarios	4	2	4	4	9	9	7	7
Intervenciones quirúrgicas	2	2	2	2	3	3	3	3

Fuente: Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA).

Nota: Cálculo con base a 22 días en promedio por mes, a excepción partos atendidos, niños y niñas que nacen, urgencias atendidas e intervenciones quirúrgicas realizadas, en donde se consideran 30 días por mes.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Tabla IX.2.4
Productividad y día típico por Delegación en UMR de nueva creación
Enero - Junio 2012

Concepto	Productividad en UMRs de nueva creación		Día típico en UMRs de nueva creación ^{1/}	
	Guerrero	México	Guerrero	México
Población adscrita *	22,906	16,447		
Oportunohabientes *	21,647	16,171		
Derechohabientes (IMSS, ISSSTE, Otros) *	1,259	276		
Total consultas otorgadas	31,216	25,215	118	96
Consultas otorgadas seguro popular	13,760	20,290	52	77
Consultas otorgadas PDHO	0	0	0	0
Consultas prenatales (institucionales)	819	1,485	3	6
Número de embarazadas	219	409		
Promedio de consultas por embarazada	4	4		
Número de adolescentes embarazadas	91	121		
Nuevas aceptantes de planificación familiar (Inst. y Com.)	311	439	1	2
Total de partos	15	16	0	0
. Partos institucionales	14	5	0	0
. Partos comunitarios	1	11	0	0
Nacidos vivos	2	5	0	0
Exploraciones ginecológicas	1,482	1,870	6	7
Visualizaciones Cervicales	550	152	2	1
Citologías	87	765	0	3
Valoraciones del estado de nutrición en menores de 5 años	3,382	3,318	13	13
Detecciones realizadas de diabetes mellitus	6,295	2,459	24	9
Detecciones realizadas de hipertensión arterial	12,018	3,925	46	15

Fuente: Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA).



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Tabla IX.2.5
Productividad Delegación en UMU de nueva creación y/o sustitución
Enero - Junio 2012

Concepto	Baja California	Coahuila	Distrito Federal	Durango	Guerrero	Oaxaca	Puebla	Veracruz Norte	Veracruz Sur	Yucatán
Población adscrita	9,617	7,689	11,184	7,797	21,182	22,096	20,199	45,852	44,279	9,690
Oportunohabientes	9,617	7,689	11,184	7,797	21,182	22,096	20,199	45,852	42,006	9,690
Derechohabientes (IMSS, ISSSTE, Otros)	0	0	0	0	0	0	0	0	2,273	0
Total consultas otorgadas	5,754	5,066	5,027	9,498	18,263	11,854	24,954	30,626	27,971	5,227
Consultas otorgadas seguro popular	0	4	0	791	0	0	0	0	2,497	0
Consultas prenatales (institucionales)	183	62	157	264	1,071	465	726	1,477	986	201
Número de embarazadas	28	6	24	25	91	71	141	200	162	23
Promedio de consultas por embarazada	7	10	7	11	12	7	5	7	6	9
Número de adolescentes embarazadas	14	1	2	11	8	16	64	88	50	4
Nuevas aceptantes de planificación familiar (Inst. y Com.)	43	27	38	50	109	43	160	310	117	23
Exploraciones ginecológicas	225	40	94	271	139	348	1,490	3,282	1,361	1
Visualizaciones Cervicales	70	0	0	1	22	53	133	685	361	0
Citologías	174	8	0	230	79	353	876	856	661	1
Valoraciones del estado de nutrición en menores de 5 años	576	1,954	1,029	2,050	5,633	2,202	2,112	3,910	2,682	845
Detecciones realizadas de diabetes mellitus	782	227	1,685	1,301	711	641	4,260	4,400	4,002	661
Detecciones realizadas de hipertensión arterial	727	275	2,071	1,752	2,571	1,156	4,202	5,618	5,972	864

Fuente: Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA).



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

IX.3 Padrón de beneficiarios

Después de 32 años de no contar con una identificación nominal de sus beneficiarios, el Programa IMSS-Oportunidades realizó el levantamiento de su padrón en un tiempo récord de 14 meses.

El padrón es un instrumento invaluable que permitirá un mejor diseño de políticas de salud del Programa y una mejor programación de los recursos al conocer con mayor exactitud a la población atendida.

El levantamiento del padrón se realizó a un costo muy bajo (\$25,196.43 miles de pesos) ya que implicó únicamente la erogación por la contratación de los prestadores de servicios bajo el régimen de honorarios que capturaron la información (\$19,136.40 miles de pesos) y los gastos de logística y del material de difusión (\$6,060.03 miles de pesos). Para aplicar las encuestas se recurrió a los voluntarios de salud de IMSS-Oportunidades quienes fungieron como encuestadores en todo el proceso, y la capacitación corrió a cargo del personal del propio Programa, abatiendo de manera significativa los costos.

La suma de los beneficiarios levantados por el Programa IMSS-Oportunidades y los obtenidos a través de la Coordinación Nacional del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (PDHO) fue de 12,221,831 registros (diciembre de 2011), no obstante esta cifra ha variado debido a la actualización que se realiza en los HR y a las acciones permanentes de depuración.

La calidad de los datos del padrón se ha fortalecido a través de las acciones de depuración:

- Eliminación de duplicados por CURP y por folio del PDHO.
- Corrección de fechas de nacimiento incongruentes.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

- Homologación de claves de sexo y estado civil con otros padrones.
- Sustitución de claves y nombres de localidades inexistentes por datos válidos utilizando catálogos INEGI.
- Cruces de información con los padrones del Seguro Popular, IMSS Ordinario, PDHO e ISSSTE.

El despliegue del Sistema Padrón de Beneficiarios se ha realizado en 26 HR (33%), lo que asegura la actualización en tiempo real de los registros y una base de datos con mayor confiabilidad.

Por último, con la puesta en operación del padrón, se abre la posibilidad de vincular al Padrón con el registro de las acciones médicas y comunitarias del Programa para obtener la estadística de manera nominal. Lo anterior, además de generar datos más confiables respecto a las acciones del Programa, permitirá escalar a evaluaciones y mediciones más robustas de IMSS-Oportunidades.

IX.4 Evaluaciones externas

Con el objetivo de mejorar los programas presupuestarios mediante la institucionalización del proceso de seguimiento a recomendaciones derivadas de evaluaciones externas, de 2009 a 2011 la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, la Secretaría de la Función Pública y el CONEVAL han emitido los *Mecanismos para el seguimiento a los aspectos susceptibles de mejora derivados de informes y evaluaciones a los programas presupuestarios de la administración pública federal*.

Gracias a esta herramienta la Unidad del Programa IMSS-Oportunidades ha identificado Aspectos Susceptibles de Mejora (ASM), los cuales se definen como hallazgos,



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

debilidades, oportunidades y amenazas identificadas por el evaluador, en la evaluación externa y/o informes, que pueden ser atendidos para la mejora del Programa.

En este contexto, las aportaciones realizadas por los evaluadores fueron consideradas de acuerdo con su grado de justificación y factibilidad para la posible implementación de acciones de mejora, para lo cual cada año se realizó un ejercicio al interior de las coordinaciones y divisiones integrantes de IMSS-Oportunidades para validar la definición de cada uno de los aspectos susceptibles a mejorar.

De 2009 a 2012 se identificaron 32 ASM, de los cuales 26 (81.25%) han sido resueltos, 4 (12.5%) están en proceso y 2 (6.25%) no presentaron avances y han sido cancelados.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Capítulo X
INFORME FINAL



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

IMSS-Oportunidades es un Programa que con una trayectoria de más de 33 años, ha dado cumplimiento al objetivo de contribuir a garantizar el derecho a la protección de la salud de los mexicanos que carecen de seguridad social y que habitan en condiciones de marginación en las entidades donde tiene cobertura.

Su origen en la década de 1970 respondió a la preocupación del Estado mexicano de ampliar los servicios de salud a la población sin ningún tipo de derechohabiencia, a partir de los conceptos de cooperación y solidaridad que son raíz de nuestra cultura, a fin de involucrar y hacer partícipe a la comunidad en el autocuidado de su salud.

El gobierno federal, basado en la experiencia en salud adquirida por el Instituto Mexicano del Seguro Social, asignó a éste la misión de administrar los recursos que la Cámara de Diputados autoriza en el Presupuesto de Egresos de la Federación para financiar los servicios del Programa.

La confianza otorgada a IMSS-Oportunidades por parte de los legisladores en la administración 2006-2012 se tradujo en un incremento sustantivo del presupuesto que en el Ramo 19 “Aportaciones a Seguridad Social” pasó de 5,513 en 2006 a 8,500 mdp en 2012; es decir, un incremento de 54 por ciento.

De esta manera, en un ejercicio de máxima transparencia con la sociedad, el IMSS se dio a la tarea de integrar el presente Libro Blanco que da cuenta de las acciones y resultados más relevantes emprendidos en IMSS-Oportunidades durante la administración que culmina en noviembre de 2012, con la documentación que soporta la aplicación de recursos y los procesos administrativos que le son inherentes.

Durante este periodo, IMSS-Oportunidades rinde buenos resultados en términos de los objetivos y ejes trazados en el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 y los programas sectoriales: fortaleció la calidad de sus servicios integrales de salud logrando en todas



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

sus prioridades indicadores que cumplen las metas institucionales y sectoriales. De manera destacable en muerte materna el Programa registró en los últimos cinco años una tasa sostenida de disminución colocándolo en la ruta correcta para alcanzar la Meta del Milenio en 2015; en cáncer cérvico uterino la estrategia de detección oportuna disminuyó notablemente los fallecimientos e incrementó la sobrevida de las mujeres afectadas; en vacunación –a través de una inversión sin precedentes– se contribuyó a lograr la equidad inmunológica en el país, lo que se tradujo en la posibilidad de erradicar, eliminar y controlar padecimientos prevenibles por vacunación en las personas con menores recursos económicos.

También en cumplimiento a los objetivos del *PND*, IMSS-Oportunidades apuntaló de manera relevante la atención en sus unidades médicas –79 hospitales de segundo nivel de atención y 3,857 unidades médicas de primer nivel de atención–; integró y puso en operación su padrón de beneficiarios y, después de más de una década de no haber construido obra nueva, amplió su infraestructura con ocho nuevos hospitales, 39 unidades médicas rurales y 55 unidades médicas urbanas, lo que le permitió entre otras cosas, operar en los estados de México y Guerrero en donde el Programa no tenía presencia en el ámbito rural.

Adicionalmente, le dio continuidad a los Encuentros Médicos Quirúrgicos como una vía para acercar servicios de alta especialidad a la población del medio rural con mayores necesidades.

En este lapso, el Programa también observó rigurosamente las recomendaciones formuladas por las instancias fiscalizadoras y asumió como un área de oportunidad las sugerencias emitidas por sus evaluadores externos.

IMSS-Oportunidades es un Programa de alto valor social para los mexicanos que carecen de seguridad social. Su modelo de atención, donde se conjunta la atención



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

médica con la acción comunitaria le fortalece sensiblemente, ya que en las difíciles condiciones en las que operan sus médicos y enfermeras –dispersión geográfica y medios de comunicación escasos– no podrían lograrse los resultados alcanzados si no se contara con la decidida participación de sus más de 15,000 voluntarios activos en salud y casi 7,000 parteras voluntarias rurales.

El Estado mexicano ha forjado logros importantes en materia de salud y seguridad social; en particular, durante la última década ha girado la mirada –con justa razón– hacia los no derechohabientes, planteándose el propósito de transitar a un modelo de salud que beneficie por igual a todos los mexicanos.

La cobertura universal de salud es un tema que continuará siendo el foco de atención durante varios años y, en ese contexto, IMSS-Oportunidades se erige en baluarte y modelo de las líneas y estrategias que deberán contemplarse para que la salud sea efectivamente una garantía y derecho de todos los mexicanos.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

ANEXO A
Entidades con presencia de
IMSS-Oportunidades

Baja California

Hospitales Rurales	1
Unidades Médicas Rurales	11
Unidades Médicas Urbanas	4
Brigadas de Salud	



- Hospital Rural
- Unidad Médica Rural
- ◆ Unidad Médica Urbana
- Capital
- ▲ Sede de Grupo Multidisciplinario

Debido a la cercanía entre unidades médicas y a la escala en la que está elaborado el mapa, la simbología empleada no representa estrictamente el total de unidades médicas indicado en la tabla.

Campeche

Hospitales Rurales	2
Unidades Médicas Rurales	39
Unidades Médicas Urbanas	4
Brigadas de Salud	3

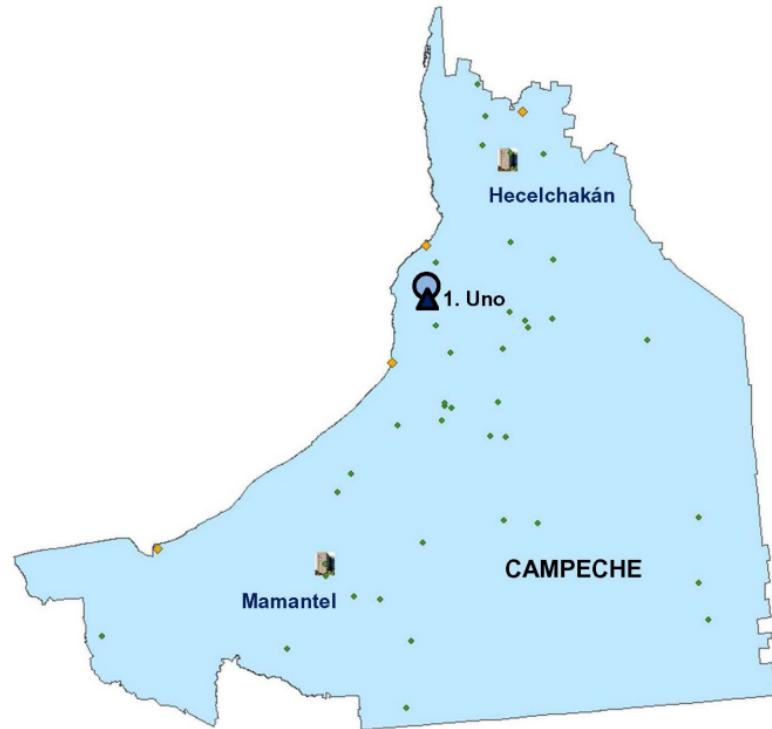
 Hospital Rural

 Unidad Médica Rural

 Unidad Médica Urbana

 Capital

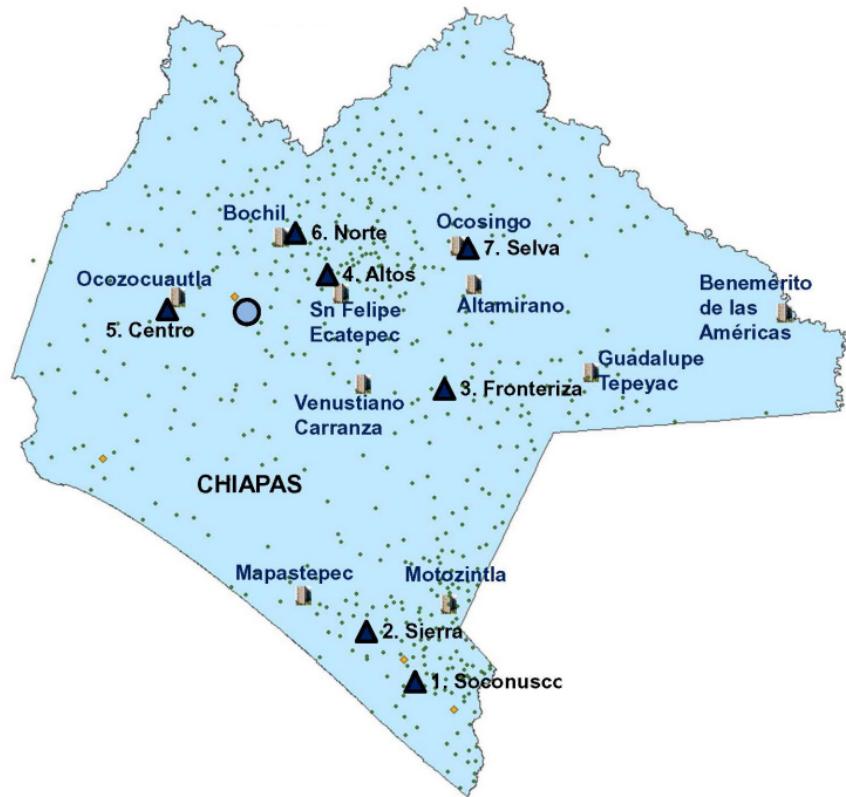
 Sede del Grupo Multidisciplinario



Debido a la cercanía entre unidades médicas y a la escala en la que está elaborado el mapa, la simbología empleada no representa estrictamente el total de unidades médicas indicado en la tabla.

Chiapas

Hospitales Rurales	10
Unidades Médicas Rurales	556
Unidades Médicas Urbanas	12
Brigadas de Salud	18

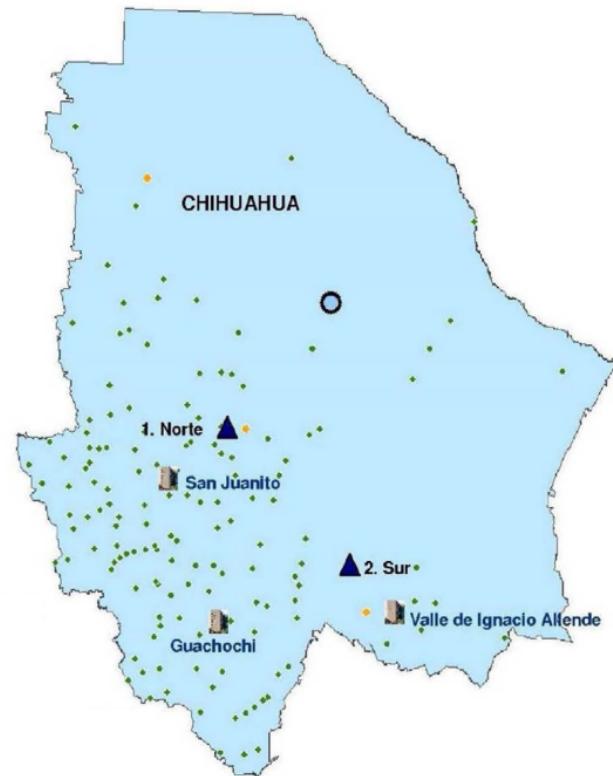


- Hospital Rural
- Unidad Médica Rural
- Unidad Médica Urbana
- Capital
- Sede del Grupo Multidisciplinario

Debido a la cercanía entre unidades médicas y a la escala en la que está elaborado el mapa, la simbología empleada no representa estrictamente el total de unidades médicas indicado en la tabla.

Chihuahua	
Hospitales Rurales	3
Unidades Médicas Rurales	144
Unidades Médicas Urbanas	4
Brigadas de Salud	11

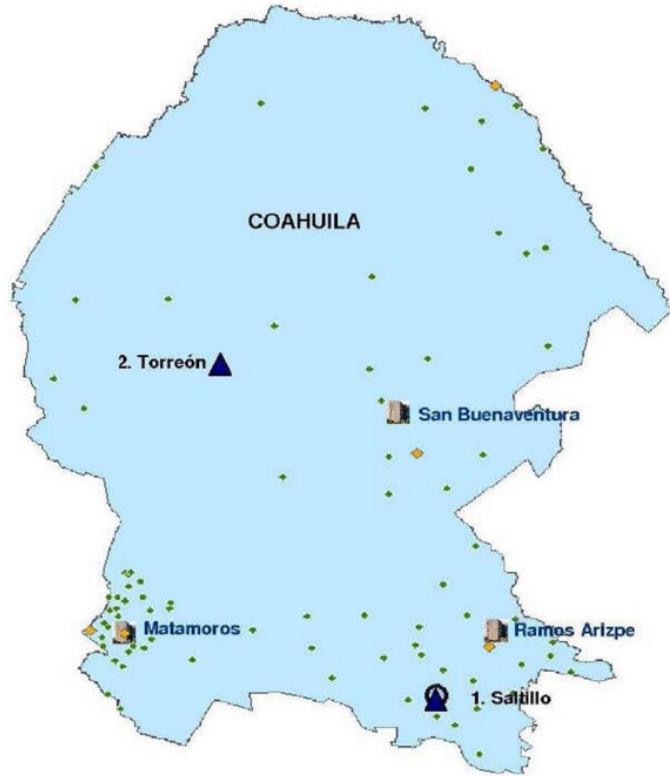
- Hospital Rural
- ◆ Unidad Médica Rural
- ◆ Unidad Médica Urbana
- Capital
- ▲ Sede de Grupo Multidisciplinario



Debido a la cercanía entre unidades médicas y a la escala en la que está elaborado el mapa, la simbología empleada no representa estrictamente el total de unidades médicas indicado en la tabla.

Coahuila

Hospitales Rurales	3
Unidades Médicas Rurales	78
Unidades Médicas Urbanas	8
Brigadas de Salud	3

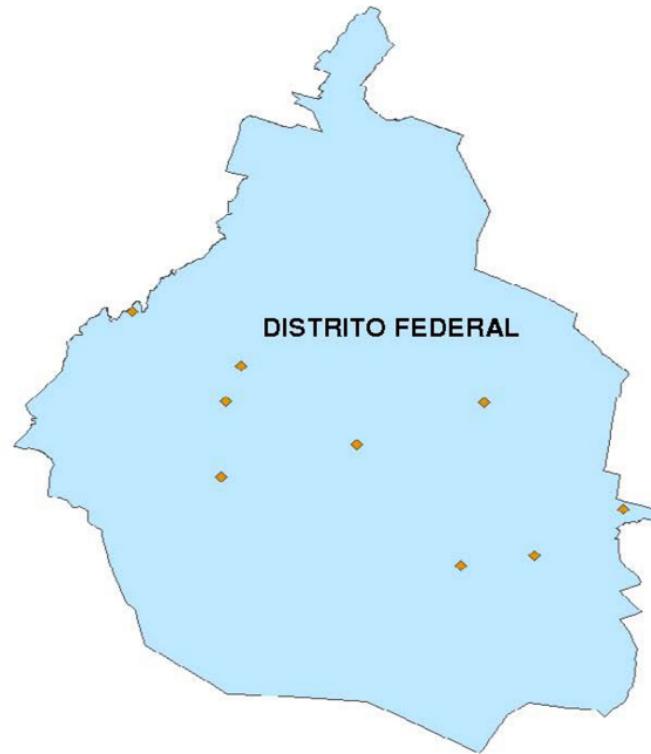


- Hospital Rural
- Unidad Médica Rural
- Unidad Médica Urbana
- Capital
- Sede de Grupo Multidisciplinario

Debido a la cercanía entre unidades médicas y a la escala en la que está elaborado el mapa, la simbología empleada no representa estrictamente el total de unidades médicas indicado en la tabla.

Distrito Federal

Hospitales Rurales	
Unidades Médicas Rurales	
Unidades Médicas Urbanas	21
Brigadas de Salud	

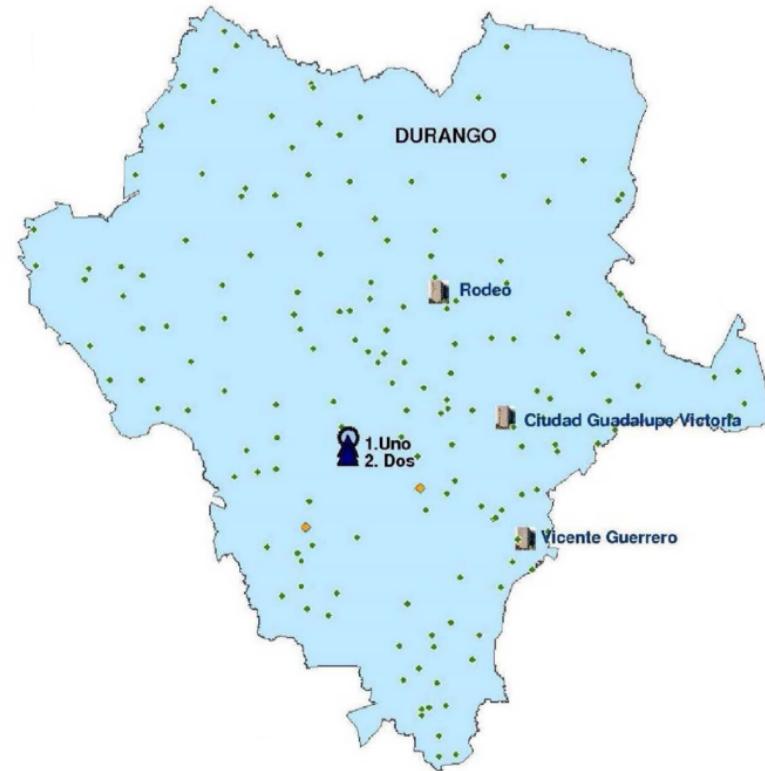


◆ Unidad Médica Urbana

Debido a la cercanía entre unidades médicas y a la escala en la que está elaborado el mapa, la simbología empleada no representa estrictamente el total de unidades médicas indicado en la tabla.

Durango

Hospitales Rurales	3
Unidades Médicas Rurales	163
Unidades Médicas Urbanas	2
Brigadas de Salud	5



Debido a la cercanía entre unidades médicas y a la escala en la que está elaborado el mapa, la simbología empleada no representa estrictamente el total de unidades médicas indicado en la tabla.

Guanajuato

Hospitales Rurales	
Unidades Médicas Rurales	
Unidades Médicas Urbanas	11
Brigadas de Salud	

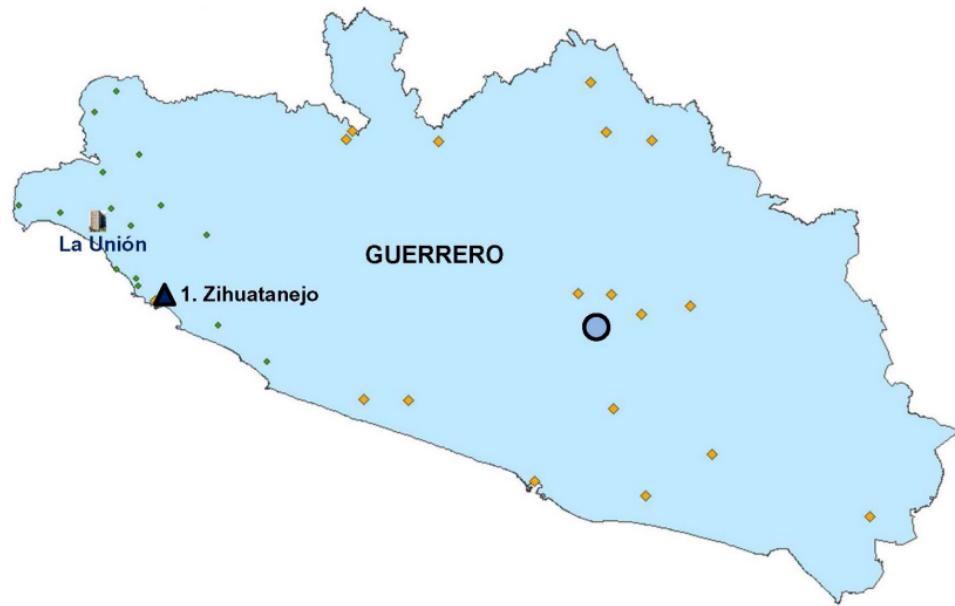


- ◆ Unidad Médica Urbana
- Capital

Debido a la cercanía entre unidades médicas y a la escala en la que está elaborado el mapa, la simbología empleada no representa estrictamente el total de unidades médicas indicado en la tabla.

Guerrero

Hospitales Rurales	1
Unidades Médicas Rurales	15
Unidades Médicas Urbanas	22
Brigadas de Salud	



■ Hospital Rural

◆ Unidad Médica Rural

◆ Unidad Médica Urbana

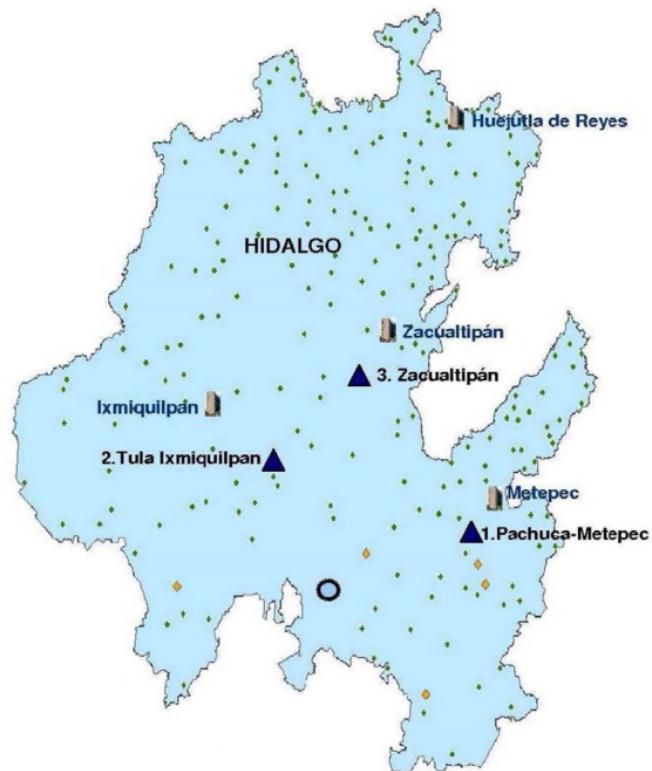
● Capital

▲ Sede del Grupo Multidisciplinario

Debido a la cercanía entre unidades médicas y a la escala en la que está elaborado el mapa, la simbología empleada no representa estrictamente el total de unidades médicas indicado en la tabla.

Hidalgo

Hospitales Rurales	4
Unidades Médicas Rurales	215
Unidades Médicas Urbanas	6
Brigadas de Salud	11

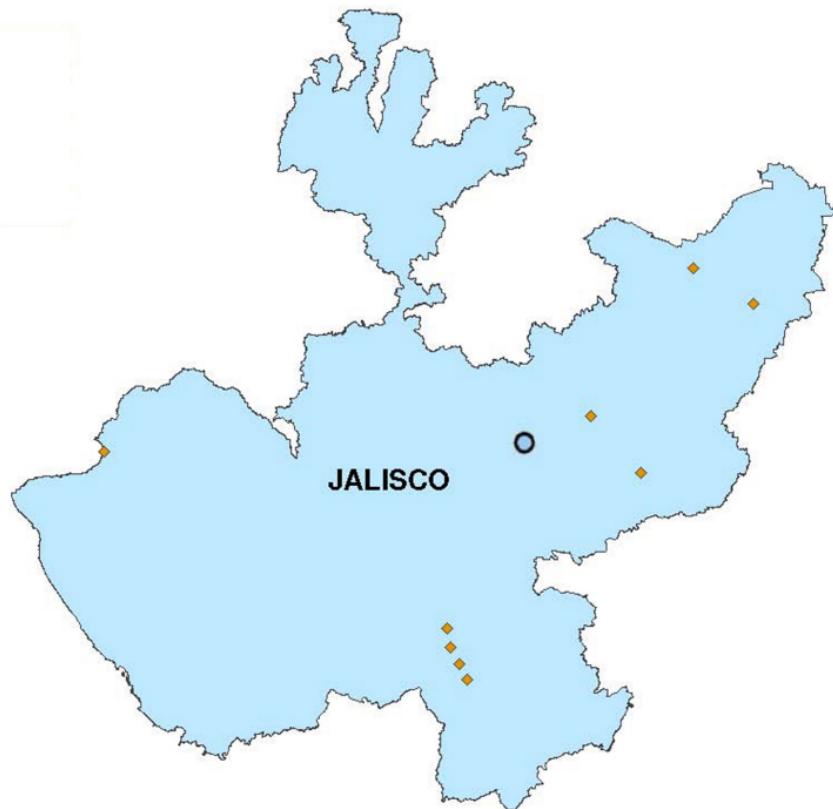


- Hospital Rural
- ◆ Unidad Médica Rural
- ◆ Unidad Médica Urbana
- Capital
- ▲ Sede de Grupo Multidisciplinario

Debido a la cercanía entre unidades médicas y a la escala en la que está elaborado el mapa, la simbología empleada no representa estrictamente el total de unidades médicas indicado en la tabla.

Jalisco

Hospitales Rurales	
Unidades Médicas Rurales	
Unidades Médicas Urbanas	9
Brigadas de Salud	



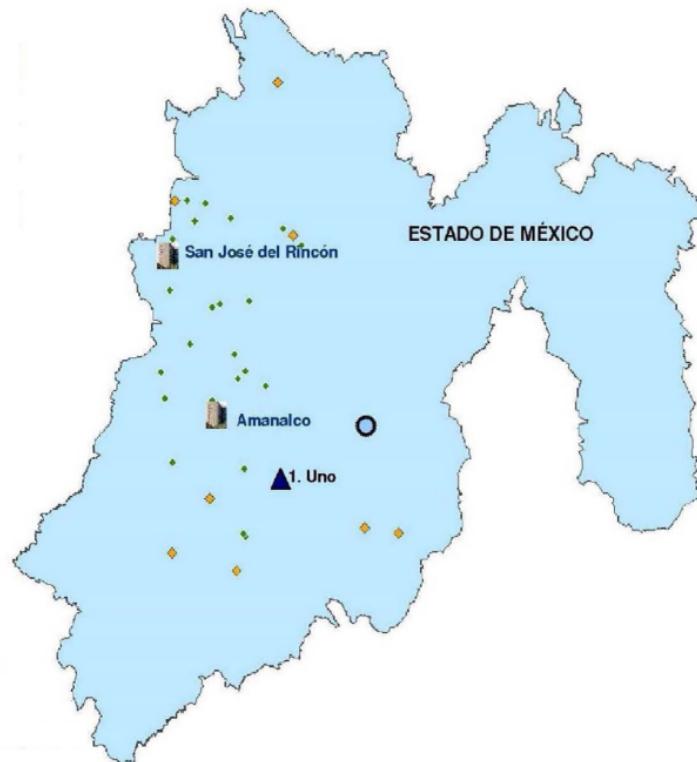
- ◆ Unidad Médica Urbana
- Capital

Debido a la cercanía entre unidades médicas y a la escala en la que está elaborado el mapa, la simbología empleada no representa estrictamente el total de unidades médicas indicado en la tabla.

Estado de México

Hospitales Rurales	2
Unidades Médicas Rurales	27
Unidades Médicas Urbanas	8
Brigadas de Salud	

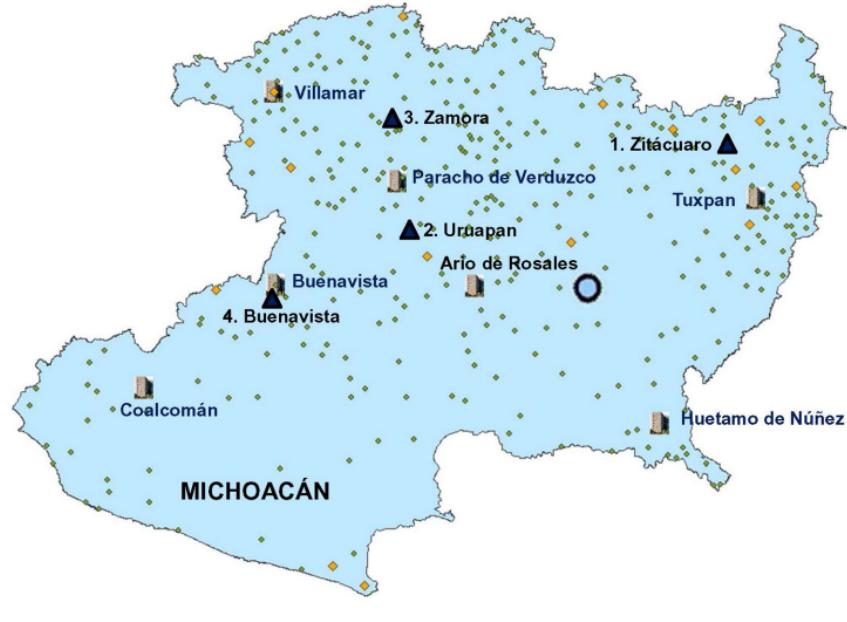
- Hospital Rural
- Unidad Médica Rural
- ◆ Unidad Médica Urbana
- Capital
- ▲ Sede de Grupo Multidisciplinario



Debido a la cercanía entre unidades médicas y a la escala en la que está elaborado el mapa, la simbología empleada no representa estrictamente el total de unidades médicas indicado en la tabla.

Michoacán

Hospitales Rurales	7
Unidades Médicas Rurales	335
Unidades Médicas Urbanas	15
Brigadas de Salud	28



■ Hospital Rural

◆ Unidad Médica Rural

◆ Unidad Médica Urbana

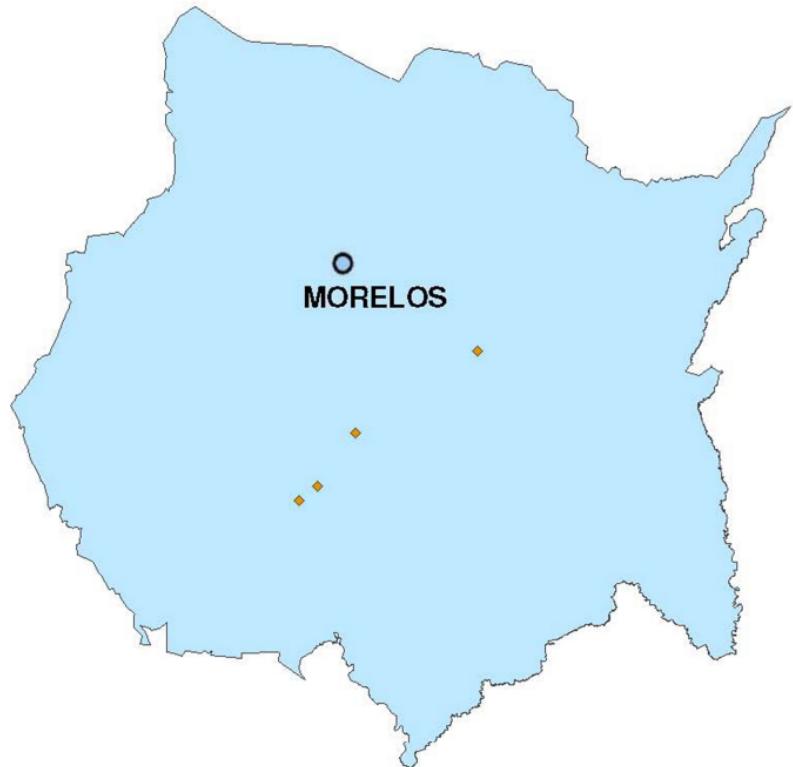
● Capital

▲ Sede del Grupo Multidisciplinario

Debido a la cercanía entre unidades médicas y a la escala en la que está elaborado el mapa, la simbología empleada no representa estrictamente el total de unidades médicas indicado en la tabla.

Morelos

Hospitales Rurales	
Unidades Médicas Rurales	
Unidades Médicas Urbanas	4
Brigadas de Salud	



- ◆ Unidad Médica Urbana
- Capital

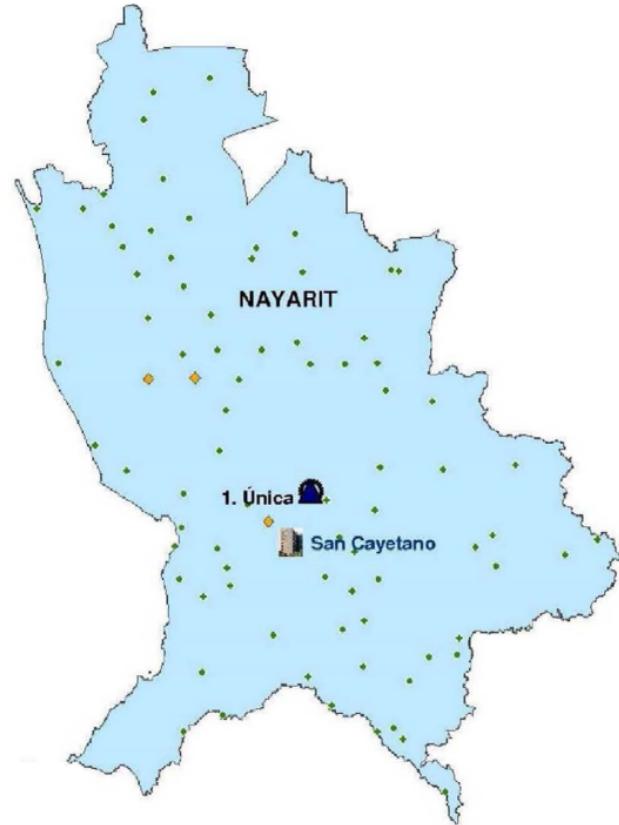
Debido a la cercanía entre unidades médicas y a la escala en la que está elaborado el mapa, la simbología empleada no representa estrictamente el total de unidades médicas indicado en la tabla.

Nayarit

Hospitales Rurales	1
Unidades Médicas Rurales	79
Unidades Médicas Urbanas	4
Brigadas de Salud	4



-  Hospital Rural
-  Unidad Médica Rural
-  Unidad Médica Urbana
-  Capital
-  Sede de Grupo Multidisciplinario



Debido a la cercanía entre unidades médicas y a la escala en la que está elaborado el mapa, la simbología empleada no representa estrictamente el total de unidades médicas indicado en la tabla.

Nuevo León

Hospitales Rurales	
Unidades Médicas Rurales	
Unidades Médicas Urbanas	3
Brigadas de Salud	

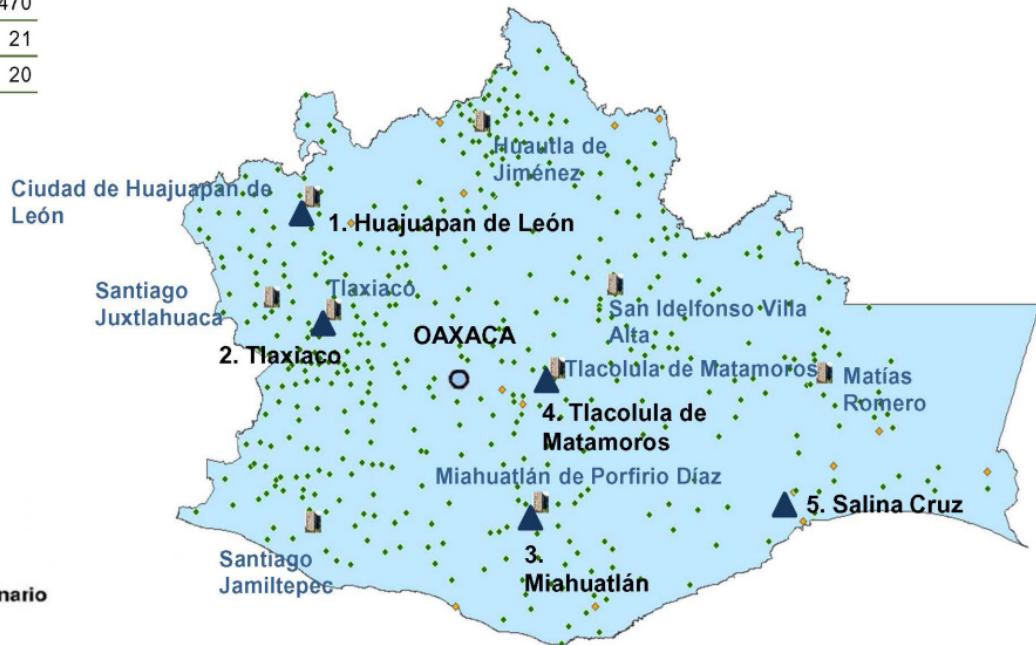


- ◆ Unidad Médica Urbana
- Capital

Debido a la cercanía entre unidades médicas y a la escala en la que está elaborado el mapa, la simbología empleada no representa estrictamente el total de unidades médicas indicado en la tabla.

Oaxaca

Hospitales Rurales	9
Unidades Médicas Rurales	470
Unidades Médicas Urbanas	21
Brigadas de Salud	20



Debido a la cercanía entre unidades médicas y a la escala en la que está elaborado el mapa, la simbología empleada no representa estrictamente el total de unidades médicas indicado en la tabla.

Puebla	
Hospitales Rurales	7
Unidades Médicas Rurales	305
Unidades Médicas Urbanas	13
Brigadas de Salud	18



- Hospital Rural
- ◆ Unidad Médica Rural
- ◆ Unidad Médica Urbana
- Capital
- ▲ Sede del Grupo Multidisciplinario

Debido a la cercanía entre unidades médicas y a la escala en la que está elaborado el mapa, la simbología empleada no representa estrictamente el total de unidades médicas indicado en la tabla.

Querétaro

Hospitales Rurales	
Unidades Médicas Rurales	
Unidades Médicas Urbanas	4
Brigadas de Salud	



- ◆ Unidad Médica Urbana
- Capital

Debido a la cercanía entre unidades médicas y a la escala en la que está elaborado el mapa, la simbología empleada no representa estrictamente el total de unidades médicas indicado en la tabla.

San Luis Potosí

Hospitales Rurales	4
Unidades Médicas Rurales	202
Unidades Médicas Urbanas	6
Brigadas de Salud	26



Debido a la cercanía entre unidades médicas y a la escala en la que está elaborado el mapa, la simbología empleada no representa estrictamente el total de unidades médicas indicado en la tabla.

Sinaloa	
Hospitales Rurales	3
Unidades Médicas Rurales	103
Unidades Médicas Urbanas	5
Brigadas de Salud	14



Debido a la cercanía entre unidades médicas y a la escala en la que está elaborado el mapa, la simbología empleada no representa estrictamente el total de unidades médicas indicado en la tabla.

Sonora

Hospitales Rurales	
Unidades Médicas Rurales	
Unidades Médicas Urbanas	5
Brigadas de Salud	



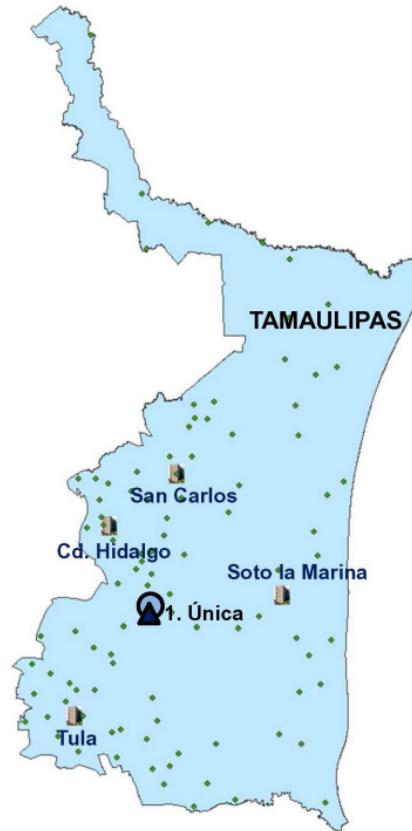
- ◆ Unidad Médica Urbana
- Capital

Debido a la cercanía entre unidades médicas y a la escala en la que está elaborado el mapa, la simbología empleada no representa estrictamente el total de unidades médicas indicado en la tabla.

Tamaulipas

Hospitales Rurales	4
Unidades Médicas Rurales	103
Unidades Médicas Urbanas	
Brigadas de Salud	10

- Hospital Rural
- Unidad Médica Rural
- Capital
- Sede del Grupo Multidisciplinario



Debido a la cercanía entre unidades médicas y a la escala en la que está elaborado el mapa, la simbología empleada no representa estrictamente el total de unidades médicas indicado en la tabla.

Tlaxcala

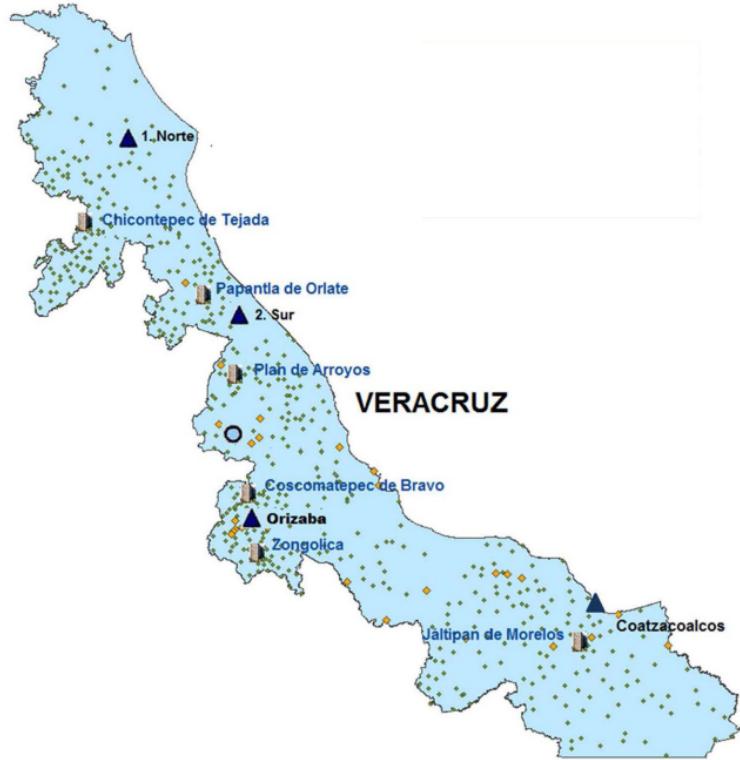
Hospitales Rurales	
Unidades Médicas Rurales	
Unidades Médicas Urbanas	3
Brigadas de Salud	



Debido a la cercanía entre unidades médicas y a la escala en la que está elaborado el mapa, la simbología empleada no representa estrictamente el total de unidades médicas indicado en la tabla.

Veracruz

Hospitales Rurales	6
Unidades Médicas Rurales	518
Unidades Médicas Urbanas	55
Brigadas de Salud	39



■ Hospital Rural

◆ Unidad Médica Rural

◆ Unidad Médica Urbana

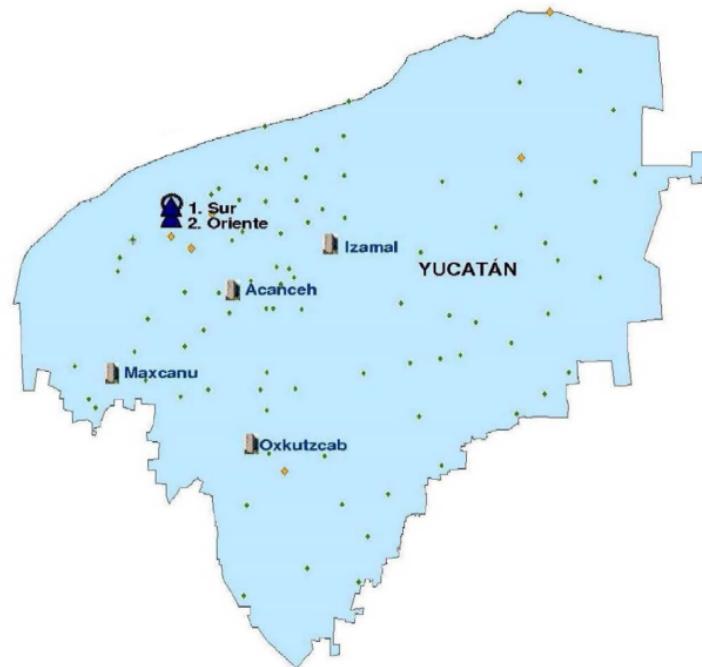
● Capital

▲ Sede del Grupo Multidisciplinario

Debido a la cercanía entre unidades médicas y a la escala en la que está elaborado el mapa, la simbología empleada no representa estrictamente el total de unidades médicas indicado en la tabla.

Yucatán

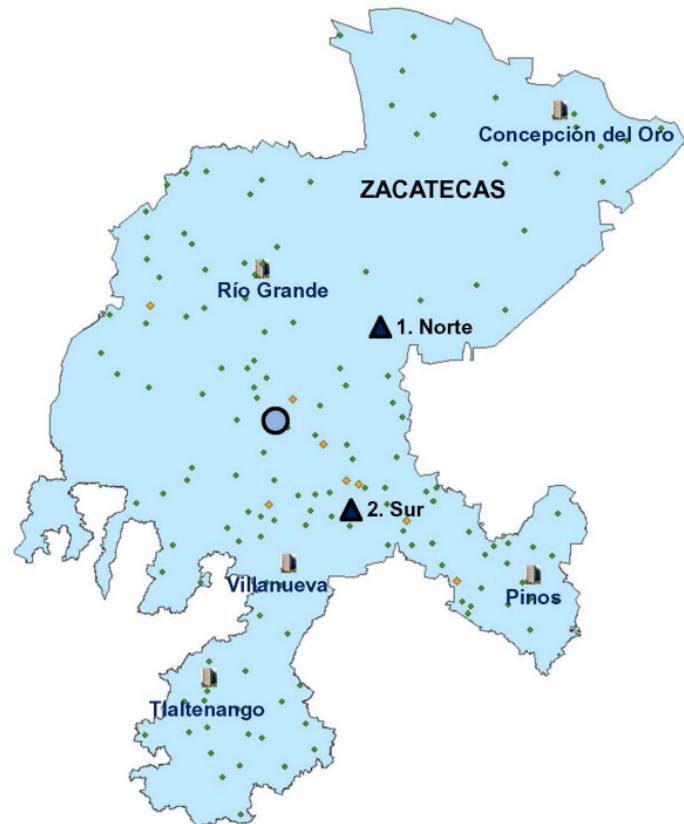
Hospitales Rurales	4
Unidades Médicas Rurales	83
Unidades Médicas Urbanas	12
Brigadas de Salud	



Debido a la cercanía entre unidades médicas y a la escala en la que está elaborado el mapa, la simbología empleada no representa estrictamente el total de unidades médicas indicado en la tabla.

Zacatecas

Hospitales Rurales	5
Unidades Médicas Rurales	141
Unidades Médicas Urbanas	9
Brigadas de Salud	12



Debido a la cercanía entre unidades médicas y a la escala en la que está elaborado el mapa, la simbología empleada no representa estrictamente el total de unidades médicas indicado en la tabla.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

RELACIÓN DE ANEXOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Los “Lineamientos para la elaboración e integración de Libros Blancos y de Memorias Documentales” publicados en el DOF del lunes 10 de octubre de 2011, prevén lo siguiente:

SEXTO.- (...)

La documentación soporte a que se refiere este Lineamiento se integrará en razón de las particularidades de cada programa, proyecto o asunto, y de conformidad con la normatividad aplicable

SEPTIMO.- *En el Libro Blanco se describirán y se presentarán de manera cronológica las acciones conceptuales, legales, presupuestarias, administrativas, operativas y de seguimiento que se hayan realizado, así como los resultados obtenidos por el programa, proyecto o asunto de que se trate, soportando todo lo anterior con copias fotostáticas de los documentos originales respectivos.*

OCTAVO.- *Un ejemplar impreso de cada Libro Blanco se resguardará por la unidad responsable de su elaboración y validación, y una copia en medio digital o electrónico será entregada:*

- a) *Al titular de la dependencia o entidad correspondiente.*
- b) *A la coordinadora sectorial, en su caso.*

Adicionalmente, la dependencia o entidad remitirá a la Unidad, la relación de los Libros Blancos elaborados.

El medio que se utilice para el resguardo de la copia del Libro Blanco deberá permitir que los documentos sean plenamente identificables, insustituibles, inviolables y que cuenten con la validación del responsable de su elaboración o expedición.

En virtud de lo anterior y en consideración del volumen de anexos asociados al presente Libro Blanco, independientemente de su soporte físico original –ya sea en formato impreso o electrónico–, y toda vez que se han tomado las medidas previstas en el octavo Lineamiento para garantizar que sean identificables, insustituibles e inviolables, la relación de anexos y su correspondiente contenido, se presenta de manera electrónica. Un DVD acompaña a la versión impresa del Libro Blanco.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

CAPÍTULO I

Nombre	Número
Video del Programa IMSS-Oportunidades	I.1
ROP numeral 8.1 Otorgamiento de los servicios de salud	I.2
ROP numeral 8.2 Acción comunitaria para la salud	I.3
Reglas de Operación del Programa IMSS-Oportunidades para el ejercicio fiscal 2012. Diario Oficial de la Federación, 29 de diciembre de 2011	I.4

CAPÍTULO II

Sin anexos.

CAPÍTULO III

Nombre	Número
Artículo décimo sexto transitorio del decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud. Diario Oficial de la Federación, 15 de mayo de 2003	III.1

CAPÍTULO IV

Nombre	Número
LFPRH Artículos 74 y 75	IV.1
Decretos del Presupuesto de Egresos de la Federación 2006-2012, publicados en el Diario Oficial de la Federación	IV.2
Artículo 177 del Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria	IV.3
Decreto por el que se crea el Sistema Integral de Información de Padrones de Programas Gubernamentales	IV.4
Acuerdo por el que se da a conocer el Manual de Operación del Sistema Integral de Información de Padrones de Programas Gubernamentales	IV.5
Reglas de Operación del Programa IMSS-Oportunidades	IV.6
Acuerdo del HCT 365/2002	IV.7
Acuerdo del HCT 459/2005	IV.8
Acuerdo del HCT 126/2006	IV.9
ACDO.SA2.HCT.210710/188.P.DAED	IV.10
ACDO.SA3.HCT.230211/58.P.DPM	IV.11



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

CAPÍTULO IV

Nombre	Número
SCAT2.HCT.301111/134.P.DPM	IV.12

CAPÍTULO V

Nombre	Número
Plan Nacional de Desarrollo	V.1
Rubro 3.2 Salud del PND	V.2
Programa Nacional de Salud PRONASA	V.3
Programa Sectorial de Salud PROSESA	V.4
Objetivos de Desarrollo del Milenio de la ONU	V.5
Programa Estratégico del Instituto Mexicano del Seguro Social (PEIMSS) 2009-2012	V.6

CAPÍTULO VI

Nombre	Número
NOM-014-SSA2	VI.1

CAPÍTULO VII

Nombre	Número
Expediente del ejercicio de gasto presupuestal	VII.1
Datos de obra, equipamiento y contratación de personal para CARO	VII.2
Acuerdo 126, aprobado en 2006 por el H. Consejo Técnico del IMSS	VII.3
Manual de operación del Acuerdo 126	VII.4
Presupuesto ejercido a partir del Acuerdo 126	VII.5
Datos de adquisición de insumos para PVR	VII.6
Acuerdo ACDO.SA3.HCT.230211/58.P.DPM del HCT del IMSS	VII.7
Contrato de prestación de servicios con TELECOMM	VII.8
Lineamiento técnico del Modelo de Atención a la Salud Ginecológica	VII.9
Datos de laboratorios de citología	VII.10
Expediente de Fundación Gonzalo Río Arronte 2007	VII.11
Expediente de Fundación Gonzalo Río Arronte 2010	VII.12



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

CAPÍTULO VII

Nombre	Número
Datos CARA 2009-2011	VII.13
Expedientes de vacunas 2007-2011	VII.14
Proyecto de Modernización y Fortalecimiento de la Cadena de Frío	VII.15
Acuerdo CONAVA	VII.16
Adquisiciones red de frío 2007-2011	VII.17
NOM-032-SSA2-2010	VII.18
Datos de gasto y pruebas de tamizaje	VII.19
NOM-034-SSA2-2003	VII.20
NOM-007-SSA2-1993	VII.21
NOM-017-SSA2-1994	VII.22
Proyecto anemia; diagnóstico y atención de la anemia en UMR	VII.23
Expediente de Hemoglobinómetros	VII.24
Guía Operativa Anemia	VII.25
Datos de insumos para atención de glucosa y colesterol 2010	VII.26
Guía operativa para la prevención y control de la diabetes mellitus de IMSS- Oportunidades	VII.27
Datos de insumos para el fortalecimiento de la atención integral de la diabetes mellitus	VII.28
EMQ Lineamientos	VII.29
Modificaciones al proyecto de presupuesto de egresos de 2009. Gaceta Parlamentaria de la Cámara de Diputados, 09-octubre-2008	VII.30
Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2009, anexo 25 C. Infraestructura para la Función Salud en Seguridad Social	VII.31
Acuerdo del HCT autorizando programa de obras 2009 de la UIO	VII.32
Ánálisis de infraestructura médica en el Estado de México y en Guerrero	VII.33
Diagnóstico de servicios de salud para evaluar construcción de hospitales rurales	VII.34
Fichas técnicas de 8 nuevos hospitales rurales	VII.35
Expediente de adquisición de casetas para UMU 2009	VII.36
Expediente de adquisición de casetas para UMU 2011	VII.37
Padrón de beneficiarios documentos de análisis de la base de datos y descripción del desarrollo	VII.38
Padrón de beneficiarios minutas de los trabajos para su integración	VII.39
Encuesta del padrón de beneficiarios	VII.40



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

CAPÍTULO VII

Nombre	Número
Padrón de beneficiarios minutas de capacitación y supervisión	VII.41
Tabla de montos erogados por prestador de servicios contratado	VII.42
Informe final del padrón de beneficiarios al H. Consejo Técnico del IMSS y autorizaciones para la contratación de los prestadores de servicios para la captura del padrón de beneficiarios	VII.43
Gasto ejercido por las Delegaciones en logística y difusión del padrón de beneficiarios	VII.44
Testimonio notarial de las encuestas que sirvieron de base al padrón de beneficiarios	VII.45
Padrón de beneficiarios contrato y licitación pública para la adquisición de equipo de cómputo	VII.46
Documentación entrega del padrón de beneficiarios a SFP y RENAPO	VII.47

CAPÍTULO VIII

Nombre	Número
Artículos 261, 266 y 268 de la Ley del Seguro Social	VIII.1
Expediente de informes de labores	VIII.2
Expediente de informes a instancias 2007-2011	VIII.3
Expediente de informes a instancias avances indicadores PASH	VIII.4
Artículo 273 de la Ley del Seguro Social	VIII.5
Expediente de Informes al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del IMSS	VIII.6
Auditoría expediente UIO (ASF.2011)/01	VIII.7
Auditoría expediente UIO/03	VIII.8
Auditoría expediente UIO (ASF.2010)/05	VIII.9
Auditoría expediente UIO (ASF.2010)/19	VIII.10
Auditoría expediente UIO (ASF.2010)/17	VIII.11
Auditoría expediente UIO (ASF.2010)/20	VIII.12
Auditoría expediente UIO (ASF.2010)/18	VIII.13
Expediente cédulas de seguimiento del Órgano Interno de Control	VIII.14
Expediente de evaluaciones externas	VIII.15
Evaluaciones externas avance sobre aspectos susceptibles de mejora	VIII.16



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

CAPÍTULO IX

Nombre	Número
Datos de curso de capacitación sobre soporte vital avanzado en obstetricia para abatir la mortalidad materna	<u>IX.1</u>



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

GLOSARIO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

GLOSARIO

ALSO	<i>Advanced Life Support in Obstetrics</i> (Soporte Vital Avanzado en Obstetricia).
APF	Administración Pública Federal.
ASF	Auditoría Superior de la Federación.
ASM	Aspectos Susceptibles de Mejora.
BID	Banco Interamericano de Desarrollo.
CaCu	Cáncer cérvico uterino.
CARA	Centro de Atención Rural al Adolescente.
CARO	Centro de Atención Rural Obstétrica.
CAUSES	Catálogo Universal de Servicios de Salud.
CDI	Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas.
CENSIA	Centro Nacional de la Infancia y la Adolescencia.
CES	Coordinación de Educación en Salud.
CNEGySR	Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.
CONAPO	Consejo Nacional de Población.
CONAVA	Consejo Nacional de Vacunación.
CONEVAL	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social.
COPLAMAR	Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados de la Presidencia de la República.
CURP	Clave Única del Registro de Población.
DIDT	Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico.
DOF	Diario Oficial de la Federación.
DPM	Dirección de Prestaciones Médicas.
DPT	Vacuna DPT (Difteria, Pertussis, Tétanos).
EDAS	Enfermedades Diarreicas Agudas.
EGAS	Equipo de Gestión, Asesoría y Seguimiento.
EMC	Enfermedad Metabólica Congénita.
EMQ	Encuentro Médico Quirúrgico.
EMS	Equipo Multidisciplinario de Supervisión.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

GLOSARIO

ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición.
ESAZUMR	Equipo de Supervisión y Asesoría Zonal de Unidad Médica Rural.
FD	Fiebre por Dengue.
FHD	Fiebre Hemorrágica por Dengue.
HC	Hipotiroidismo Congénito.
HR	Hospital Rural.
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social.
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía.
INSP	Instituto Nacional de Salud Pública.
IRAS	Infecciones Respiratorias Agudas.
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
ITS	Infección de Transmisión Sexual.
LAI	Localidad de Acción Intensiva.
LFPRH	Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.
MAIS	Modelo de Atención Integral a la Salud.
MAISAR	Modelo de Atención Integral a la Salud del Adolescente Rural.
MIR	Matriz de Indicadores para Resultados.
NOM	Norma Oficial Mexicana.
OIC	Órgano Interno de Control en el IMSS.
OMS	Organización Mundial de la Salud.
ONU	Organización de las Naciones Unidas.
PASH	Portal Aplicativo de la Secretaría de Hacienda.
PBGS	Paquete Básico Garantizado de Salud.
PDHO	Programa de Desarrollo Humano Oportunidades.
PEF	Presupuesto de Egresos de la Federación.
PEIMSS	Programa Estratégico del Instituto Mexicano del Seguro Social.
PND	Plan Nacional de Desarrollo.
PROGRESA	Programa de Educación, Salud y Alimentación.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

GLOSARIO

PRONASA	Programa Nacional de Salud.
PROSESA	Programa Sectorial de Salud.
PROVAC	Programa de Vacunación Universal.
PVR	Parteras Voluntarias Rurales.
PVU	Programa de Vacunación Universal.
RENAPO	Registro Nacional de Población.
ROP	Reglas de Operación
SAIS	Servicio de Atención Integral a la Salud.
SEDESOL	Secretaría de Desarrollo Social.
SEHO	Sistema de Egresos Hospitalarios.
SFP	Secretaría de la Función Pública.
SHCP	Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
SIIPP-G	Sistema Integral de Información de Padrones de Programas Gubernamentales.
SINAVE	Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica.
SISMOR	Sistema de Mortalidad Institucional.
SISPA	Sistema de Información de Salud para Población Abierta.
SNTSS	Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social.
SPB	Sistema Padrón de Beneficiarios.
SRP	Vacuna triple viral (Sarampión, Rubeola, Parotiditis).
SUAVE	Sistema Único Automatizado de Vigilancia Epidemiológica.
SUI	Sistema Único de Información.
SUIVE	Sistema Único de Información para Vigilancia Epidemiológica.
TAES	Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado.
TBP	Tuberculosis Pulmonar.
TESOFE	Tesorería de la Federación.
TELECOMM	Telecomunicaciones de México.
UIO	Unidad del Programa IMSS-Oportunidades.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

GLOSARIO

UMR	Unidad Médica Rural.
UMU	Unidad Médica Urbana.
VES	Vigilancia Epidemiológica Simplificada.
VPH	Virus del Papiloma Humano.