

ACUERDO por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de Operación 2008 del Programa Caravanas de la Salud.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Salud.

JOSE ANGEL CORDOVA VILLALOBOS, Secretario de Salud, con fundamento en los artículos 26 y 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 32 y 33 de la Ley de Planeación; 23 del Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2008 y fracción XVI del artículo 7 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, y

## **CONSIDERANDO**

Que la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece el derecho que tienen todas las personas a la protección de la salud, de conformidad al artículo 4o., que manifiesta la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general.

Que el Gobierno Federal ha establecido como uno de sus programas prioritarios el de Caravanas de la Salud que tiene por objeto acercar la oferta de la red de servicios de salud con criterios de calidad, anticipación, integralidad y resolutivez, mediante equipos itinerantes de salud a la población que habita en microrregiones con bajo índice de desarrollo humano que carecen de atención médica oportuna debido a su ubicación geográfica, dispersión y/o condiciones de acceso, en las cuales resulta muy complejo y en algunos casos imposible el establecimiento en el corto plazo de unidades médicas fijas.

Que conforme al artículo 77, fracción I de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, las Secretaría de Hacienda y Crédito Público y la Comisión Federal de Mejora Regulatoria autorizaron las Reglas de Operación del Programa Caravanas de la Salud, hemos tenido a bien expedir el siguiente:

## **ACUERDO**

**UNICO.-** La Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de Operación 2008 del Programa Caravanas de la Salud, de conformidad con el siguiente:

### **Contenido**

#### **1. Introducción**

#### **2. Orientación estratégica del Programa**

##### **2.1 Marco programático**

##### **2.2 Misión y visión**

#### **3. Objetivos**

##### **3.1 General**

##### **3.2 Específicos**

### 3.3 Relación lógica con la Matriz de Indicadores

## **4. Lineamientos**

### 4.1 Generales

### 4.2 Cobertura

### 4.3 Focalización

### 4.4 Criterios de inclusión, establecimiento de rutas y tipología

### 4.5 Población objetivo

### 4.6 Beneficiarios

### 4.7 Características de los apoyos

### 4.8 Derechos y obligaciones

### 4.9 Participantes

#### 4.9.1 Instancia normativa

#### 4.9.2 Ejecutores

### 4.10 Coordinación institucional

### 4.11 Prestación de servicios

### 4.12 Acciones previas a la operación del Programa

## **5. Operación**

### 5.1 Procesos

#### 5.1.1 Equipamiento de unidades médicas móviles y capacitación de recursos humanos

#### 5.1.2 Entrega de acciones de promoción y prevención de la salud y de participación comunitaria

#### 5.1.3 Servicios de atención médica

#### 5.1.4 Afiliación de la población objetivo al SPSS

#### 5.1.5 Comunicación educativa

#### 5.1.6 Información

#### 5.1.7 Tecnologías de la Información

#### 5.1.8 Financiamiento

## **5.2 Ejecución**

### **5.2.1 Avances físicos financieros**

### **5.2.2 Cierre de ejercicio**

### **5.2.3 Recursos no devengados**

## **6. Auditoría, control y seguimiento**

## **7. Evaluación**

### **7.1 Interna**

### **7.2 Externa**

## **8. Transparencia**

### **8.1 Difusión**

### **8.2 Contraloría social**

## **9. Quejas y denuncias**

## **10. Anexos**

## **I Relación de 125 municipios de menor Índice de Desarrollo Humano**

### **1. Introducción**

Para atender a poblaciones dispersas de comunidades caracterizadas por su tamaño y pocos habitantes, que residen en zonas orográficas de complejo acceso en México, se han implantado en los últimos treinta años diversos programas de atención itinerante. La actual Administración Federal, a través de la Secretaría de Salud ha diseñado una nueva estrategia de atención itinerante que beneficiará prioritariamente a 1.2 millones de personas que habitan en un poco más de 20 mil localidades que cuentan con problemas de acceso regular a servicios integrales e institucionales de salud. La prioridad, en un primer momento, estará centrado en los 125 municipios de menor Índice de Desarrollo Humano (IDH), en las 32 entidades federativas. Esta estrategia se denomina "Programa Caravanas de la Salud"

Es importante enfatizar que Caravanas de la Salud, constituye uno de los principales esfuerzos de la política de salud del gobierno de México, para resolver las actuales limitaciones de cobertura de servicios que aún prevalecen.

Las presentes Reglas de Operación del Programa Caravanas de la Salud han sido formuladas de acuerdo con los Criterios Generales vigentes emitidos por las secretarías de Hacienda y Crédito Público y de la Función Pública, así como por la Comisión Federal de Mejora Regulatoria y de la Secretaría de Economía, garantizando que no se contraponen, afectan o presentan duplicidad con otros programas y acciones del Gobierno Federal en cuanto a su diseño, beneficios, apoyos otorgados y población objetivo. En su elaboración participaron diversas dependencias de la Secretaría de Salud.

## Glosario de Términos

**Caravanas de la Salud:** Programa de acción federal apoyado en las 32 entidades federativas que busca acercar la Red de servicios de salud a la población que habita en los municipios de menor índice de desarrollo humano, y localidades de alta y muy alta marginación y/o limitado o nulo acceso a servicios de salud. Este Programa consiste en la organización y operación de equipos de salud itinerantes y de unidades móviles de diferente capacidad resolutive, que complementa a la red de unidades médicas fijas. El Programa cuenta con recursos humanos capacitados, otros medios de transporte de personal en salud, casas de salud, recursos materiales (medicamentos, insumos y dispositivos médicos), que inciden en un espacio geográfico determinado, a través del establecimiento de rutas de atención, brindando servicios de salud a la población como: prevención y control de enfermedades, promoción de la salud y 79 intervenciones de atención médica ambulatoria del Catálogo Universal de Servicios Esenciales en Salud (CAUSES). El Programa garantiza la continuidad de la atención a través del envío de pacientes a unidades médicas de mayor capacidad resolutive de la red. Parte fundamental del desarrollo del Programa lo constituye el fomento de la participación comunitaria así como la vigilancia epidemiológica y las acciones en materia de salud pública.

**Accesibilidad:** Conjunto de acciones que busca acercar los servicios de salud a la población mediante la disminución de obstáculos de naturaleza diversa que existen en las redes de servicios de salud, como: la falta de vías de comunicación y acceso, barreras geográficas, culturales y tecnológicas. Combina estrategias de atención ambulatoria a nivel comunitario, telemedicina y referencia efectiva a unidades de mayor resolutive.

**Unidades Médicas Móviles:** Vehículos que contienen equipo de diagnóstico y tratamiento (UM Dx y Tx) de diversos niveles de capacidad resolutive y que están operados por personal capacitado: un médico, una enfermera y un promotor de salud-polivalente y en su caso odontólogo. Estas unidades cuentan con equipo médico, instrumental e insumos para otorgar servicios de: promoción, prevención, detección, atención y control de enfermedades, apoyado en algunos casos, con sistemas de telecomunicación y enlace satelital a unidades de la red de servicios de mayor resolutive, que recorren bajo una programación mensual determinada una ruta en micro regiones definidas bajo los criterios establecidos por el Programa, con una periodicidad de visitas de al menos dos al mes a los municipios de menor índice de desarrollo humano y las localidades de alta y muy alta marginalidad establecidas en su área de influencia.

**Red de Servicios de Salud (REDESS):** Conjunto de unidades de atención a la salud, fijas y móviles, cuya coordinación, complementariedad, resolutive e ínter conectividad, se encaminan al otorgamiento de servicios de salud a las personas y a las comunidades en un área geográfica y poblacional determinada.

## 2. Orientación estratégica del Programa

Se reconoce que los avances que se han logrado en el ámbito de la salud, han sido resultados en buena medida de la continuidad que el gobierno federal ha dado a políticas y programas de salud exitosos. Sin embargo, a pesar de los logros obtenidos, se requiere alcanzar la cobertura universal de los servicios de salud, a través de la afiliación al Seguro Popular de Salud y al Seguro Médico para una Nueva Generación de todos los mexicanos que hasta el día de hoy no cuentan con algún esquema de seguridad social; favorecer la portabilidad de los derechos a la salud; consolidar la transversalidad de los servicios entre instituciones y fundamentalmente, garantizar la oferta de servicios de salud en las localidades de menor IDH y alta marginación que carecen de ellos, ya sea por la dispersión de la población o por su difícil acceso geográfico.

### 2.1 Marco Programático

En este sentido, el Programa Caravanas de la Salud (Programa) se alinea al Programa Nacional de Salud 2007-2012 (PRONASA), con el objetivo que refiere Reducir las brechas o desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas y contribuirá con las metas estratégicas Disminuir a la mitad la razón de mortalidad materna en los municipios de menor Índice de Desarrollo Humano y la de Disminuir cuarenta por ciento la mortalidad infantil en los municipios de menor índice de desarrollo humano<sup>1</sup>.

Asimismo, el PRONASA 2007-2012<sup>2</sup> establece en la estrategia de Organizar e integrar la prestación de servicios del Sistema Nacional de Salud y específicamente en la línea de acción referida a Extender la cobertura de atención a las zonas altamente marginadas con escaso o nulo acceso a servicios de salud, a través de Caravanas de la Salud (unidades móviles y equipos de salud itinerantes), que estarán integradas a las redes de servicios.

## **2.2 Misión y Visión**

El Programa tiene como misión Acercar la oferta de la red de servicios de salud con criterios de calidad, anticipación, de manera integral y resolutive, mediante equipos itinerantes de salud a la población que habita prioritariamente en las micro regiones de menor índice de desarrollo humano y alto grado de marginación, todos ellos carentes de atención médica oportuna debido a su ubicación geográfica, dispersión y/o condiciones de acceso, en las cuales resulta muy complejo y en algunos casos imposible, el establecimiento en el corto plazo de unidades médicas fijas.

Para lograr esta misión se ha definido desde la perspectiva de la planeación estratégica la visión de En México para el año 2012 no existirá ninguna persona o familia que carezca de atención médica básica independientemente de su status socioeconómico, laboral y su lugar de residencia; esta atención será otorgada por todas las instituciones del sector salud ya sea a través de unidades fijas o de unidades móviles, todas ellas contarán con una acreditación que asegure la calidad y eficacia de los servicios que prestan.

## **3. Objetivos**

Los objetivos se han formulado con la finalidad de contribuir a mejorar las condiciones de salud de la población sin acceso o con acceso limitado a los servicios de salud, a través de la oferta de servicios de prevención, promoción y atención ambulatoria.

### **3.1 General**

Proporcionar servicios regulares de promoción, prevención y atención médica y odontológica a la población que habita en localidades geográficamente dispersas y de difícil acceso, mediante equipos de salud itinerantes y unidades médicas móviles, que trabajan de forma complementaria, auxiliados con otros medios de transporte de personal en salud y el apoyo de unidades médicas fijas ubicadas en las rutas de atención ambulatoria.

### **3.2 Específicos**

Garantizar que la prestación equitativa, oportuna y con calidad de los servicios de salud, con sensibilidad intercultural y respeto a la diversidad se proporcione a través de un conjunto de recursos que incluyen unidades médicas móviles y con recursos humanos capacitados.

Promover la participación social y comunitaria para el desarrollo de una cultura de auto cuidado de la salud, basado en la promoción, prevención, control y atención oportuna de enfermedades, que coadyuve a mejorar estilos de vida en las personas, las familias y comunidades.

Proporcionar atención médica y odontológica a la población objetivo de manera equitativa, con calidad y oportunidad, articulando los recursos estatales con los federales que han sido alineados al modelo operativo de Caravanas de la Salud.

Coadyuvar con la CNPSS y los REPSS en la afiliación de la población objetivo del Programa al SPSS (Seguro Médico para una nueva generación y seguro popular de salud).

### 3.3 Relación lógica con la Matriz de Indicadores

Los objetivos descritos se definieron con base en el Resumen Narrativo (RN) de la Matriz de Indicadores (MI) del Programa<sup>3,4</sup>. Con ello, se da respuesta a los requerimientos normativos establecidos y se asegura la consistencia entre las Reglas de Operación y las relaciones de causalidad que se establecen en la lógica vertical (lógica interna) de la Matriz de Marco Lógico. El esquema metodológico utilizado para la equivalencia, se representa en la Figura 1.

En este contexto, el objetivo general se ha alineado con el Propósito de la MI el cual refiere que con la puesta en marcha del Programa se pueda afirmar que La población de localidades geográficamente dispersas y de difícil acceso cuentan con servicios regulares de promoción, prevención y atención médica mediante equipos de salud itinerantes y unidades móviles.

Para la formulación de los objetivos específicos del Programa se logró la congruencia con los componentes de la MI que refieren los bienes o servicios que el Programa proporcionará a la población beneficiaria y que se describen en el Capítulo 6 de estas Reglas de Operación.

#### Figura 1

#### **Programa Caravanas de la Salud Relación lógica entre la Orientación Estratégica y el Resumen Narrativo de la Matriz de Indicadores**

**Objetivos del Resumen**

**Narrativo de la Matriz de**

**Indicadores**

**Orientación Estratégica**

**del Programa**

**Programa de Acción**

**R de Operación**

**Lógica**

**Vertical**

**Fin**

**Finalidad**

## **Propósito**

## **Objetivo General**

## **Componentes**

### **(Bienes o Servicios)**

## **Objetivos Específicos**

## **Actividades**

## **Estrategias y Líneas de Acción**

Relación de Equivalencia

Relación de Igualdad

### **4. Lineamientos**

En esta sección se establecen las directrices que sirven de marco de referencia para la operación del Programa.

#### **4.1 Generales**

##### **Características del Programa**

El Programa se constituye en una estrategia de acercabilidad y complemento de la Red de Servicios de Salud. Tiene como centro de atención la persona, la familia y la comunidad. Entre sus principales características destacan:

Gratuidad en el servicio, a través de promover la incorporación al SPSS

Anticipación y resolutivez

Continuidad en la atención integral

Calidad y seguridad en la atención

Práctica médica basada en la mejor evidencia científica

Sensibilidad intercultural y respeto a la diversidad

Gestión operativa por grupo de edad y sexo

Conexión efectiva con la red de servicios de atención a la salud a las personas

Participación y corresponsabilidad ciudadana.

##### **Relación con el Modelo Integrador de Atención a la Salud**

La Secretaría de Salud con base en la reforma jurídica que diera origen al SPSS, ha establecido un nuevo paradigma para la atención de las necesidades de salud de la población, el Modelo Integrador de Atención a la Salud (MIDAS), que busca eliminar las barreras de acceso a los servicios, asegurar la calidad, seguridad y continuidad de la atención, fortalecer la capacidad de decisión de los usuarios de los servicios, responder a una realidad epidemiológica en la que hay un predominio de enfermedades no transmisibles y lesiones, reconocer la diversidad cultural de la población y aprovechar, en beneficio de los beneficiarios, la actual pluralidad de prestadores de servicios de salud.

El MIDAS plantea el tránsito del esquema de atención pasiva o reactiva, al de atención proactiva; de la atención centrada en la curación de la enfermedad a la atención anticipatoria; de la atención rudimentaria a la resolutoria; de la atención fragmentada a la integrada y continua, de la atención basada en la práctica individual del médico a la atención en equipo interdisciplinario; de la atención anónima a la centrada en las necesidades de las personas (pacientes y familiares), incluyendo el reconocimiento y respeto a la diversidad cultural, y finalmente de la atención por padecimiento a la atención integrada por procesos relacionados con las etapas de la vida.

El componente sustantivo del MIDAS son las redes de servicios de salud (REDESS). Para el caso de los servicios a la persona, la red inicia desde el primer contacto, básico entre el equipo de prestadores de servicios, que en las localidades más remotas y aisladas del país, está conformado por personal profesional itinerante, apoyado por auxiliares de salud, parteras tradicionales y en algunos casos médicos tradicionales, los cuales llevan a cabo actividades de salud pública, medicina preventiva y atención básica en casas de salud provistas por la comunidad.

Los equipos itinerantes se vinculan a su vez con el resto de unidades de atención fijas de la red, que poseen diversos grados de complejidad estructural-funcional y capacidad resolutoria (centros de salud, centros de salud con servicios ampliados -UNEMES-, hospitales comunitarios, hospitales generales, de especialidades y de alta especialidad), los cuales interactúan de manera flexible mediante procesos organizativos y de comunicación, con el fin de garantizar el flujo eficiente de personas con padecimientos de mayor complejidad a unidades médicas de mayor capacidad resolutoria. En la red de servicios participan, por tanto, todo tipo de estrategias de atención, diverso personal auxiliar, técnico y profesional, así como establecimientos de atención ambulatoria y hospitalaria para acercar el servicio, captar la necesidad de la persona y poner a su disposición los beneficios de la atención en un proceso continuo.

### **Relación con el Plan Maestro de Infraestructura Física en Salud**

Para fortalecer la infraestructura de servicios y apoyar la organización de las REDESS, desde el año 2003 la Secretaría de Salud y los Servicios Estatales de Salud de las 32 entidades federativas crearon un mecanismo dinámico de planeación: el Plan Maestro de Infraestructura Física en Salud (PMIFS), que representa un punto de partida para el reordenamiento de la infraestructura existente y la definición del camino a seguir hacia el 2010, fecha en que se consolidará el Sistema de Protección Social en Salud mediante el logro de la cobertura universal, para la construcción y articulación de nuevas unidades de atención a la salud en el país, con las existentes. El PMIFS establece la conformación de 18 regiones a nivel nacional, que a la vez se constituyen en ejes del desarrollo presente y futuro de los servicios de salud.

El PMI se actualiza anualmente en acuerdo con las necesidades expuestas por las entidades federativas. Para garantizar la continuidad de la atención de la red de servicios de salud y la inclusión de toda la población asegurable en el Sistema de Protección Social en Salud, se ha acordado que al igual que los establecimientos fijos de atención a la salud, también las unidades médicas móviles complementarán las redes de servicios se registren anualmente el PMIFS, y

cuando éstas sean sustituidas por una unidad fija, la unidad móvil deberá reubicarse en otra micro región.

El Programa de Caravanas de la Salud, como puerta de entrada a la Red de Servicios de Salud de los afiliados al Sistema de Protección Social en Salud, entre otros, deberá estar considerado en el PMIFS.

#### **4.2 Cobertura**

La cobertura geográfica del Programa a partir de 2008 será progresiva y de carácter nacional; se consolidará en el 2010 de manera simultánea con el SPSS. Se cubrirá con servicios de Caravanas de la Salud, a todas las localidades que por sus condiciones de accesibilidad puedan considerarse como geográficamente dispersas y de difícil acceso a la infraestructura institucional de salud. Tales localidades se ubican generalmente en regiones marginadas, en condiciones de aislamiento y menor Índice de Desarrollo Humano.

La cobertura poblacional que se espera en el año 2010, es del orden de 1.2 millones de habitantes que se ubican en aproximadamente 20,000 localidades en las 32 entidades federativas.

La progresión en la aplicación de la estrategia establece como prioridad el alcanzar la cobertura de 600 localidades que se encuentran en los 125 municipios de menor IDH en los estados de Chiapas, Durango, Guerrero, Nayarit, Oaxaca, Puebla y Veracruz. En paralelo el crecimiento de la cobertura de servicios se dará en las localidades de alta y muy alta marginación y que no cuentan con servicios regulares de salud en el resto del territorio nacional.

#### **Accesibilidad a la red de los servicios de salud**

La Red de Servicios de Salud representa una innovación para la organización de la prestación de servicios a la comunidad y a la persona, pues, a diferencia de la atención por niveles, en que cada uno de estos constituyen un filtro o mecanismo de contención de la demanda, la REDESS busca garantizar que los recursos financieros, materiales y tecnológicos, así como la información, no se mantengan estáticos sino que fluyan de manera continua asegurando la calidad y oportunidad en el servicio.

A través de las Unidades Médicas Móviles habilitadas con servicios de telemedicina y telecomunicaciones, se establecen los mecanismos de atención satelital in situ y referencia de pacientes que requieren de atención de mayor complejidad a unidades médicas fijas de mayor capacidad resolutive.

#### **Cartera de Servicios**

La cartera de servicios comprende intervenciones de salud de dos tipos: dirigida a la persona y a la comunidad.

Para el Programa las intervenciones de salud a la persona comprenden, de forma directa, 79 intervenciones de atención ambulatoria del CAUSES que incluyen acciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades, atención médica y vigilancia epidemiológica; a través de las UMM y mediante el sistema de la referencia y contrarreferencia se tendrá acceso al complemento de las 255 intervenciones del CAUSES.

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

#### **4.3 Focalización**

El Programa orienta sus esfuerzos en dos vertientes:

La primera se refiere a la atención prioritaria de personas y familias que habitan en el medio rural, en localidades marginadas y sin acceso actual a servicios de salud y que además son considerados por INEGI como parte de los 125 municipios de menor IDH.

La segunda prioridad, considera atender a personas y familias que se encuentran ubicadas en localidades de muy alta y alta marginación, que no necesariamente radiquen en municipios de menor IDH, pero que carezcan de acceso regular a servicios de salud.

En este sentido, el bajo índice de desarrollo y el grado de marginación alta y muy alta constituyen criterios básicos para la selección de los municipios que presentan mayores rezagos socioeconómicos.

#### **Municipios de menor Índice de Desarrollo Humano**

El bajo IDH es de acuerdo al Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), resultado de la combinación de tres indicadores: baja participación del producto interno bruto (PIB) per cápita, alta mortalidad infantil aunado a un bajo nivel educativo.<sup>5</sup>

El municipio constituye una unidad geográfica base para la selección de territorios a atender por el Programa. Asimismo, uno o varios municipios se integran en jurisdicciones sanitarias. El municipio también es un área de gobierno con autoridades y recursos propios con los cuales actúan de manera coordinada los Coordinadores Estatales del Programa, a fin de alcanzar las metas de cobertura de servicios que se establezcan.

En este ámbito, se aprovechan también los conocimientos y habilidades de la población la cual participa en actividades sanitarias, a partir de la selección municipal de menor IDH (Anexo 1) o con alta o muy alta marginación, se identifican las localidades que no cuentan con acceso a servicios de salud, para ser consideradas como parte de la ruta de atención itinerante de los equipos de salud y de UMM.

#### **Localidades de alta y muy alta marginación**

La marginación se entiende como un fenómeno estructural múltiple, que valora dimensiones, formas e intensidades de exclusión en el proceso de desarrollo y disfrute de los beneficios. La medición de dicho fenómeno considera cuatro dimensiones: vivienda, salud, ingreso y distribución de la población. La unidad de análisis implica la relación espacio-sociedad, a través del municipio y la población que lo habita.

De acuerdo con la medición de estos fenómenos, el Programa orienta sus esfuerzos prioritariamente, como ya se mencionó, a los 125 municipios de menor IDH y principalmente a los municipios de alta y muy alta marginación del país.

## **Regionalización operativa**

Uno de los instrumentos de planeación estratégica en el que se apoya el Programa son los estudios de regionalización operativa, que integra información cartográfica, georeferenciada, sociodemográfica, epidemiológica y de unidades médicas que forman parte de la Red de Servicios en una región determinada y que sirve como base para la definición de población potencial y objetivo a atender por cada una de las rutas de las Caravanas de la Salud a nivel micro regional, que posibilite la delimitación operativa de los servicios de salud a nivel municipal y/o local.

Mediante la regionalización operativa es posible determinar población a atender, rutas de operación, localidades sede, subsedes de atención, localidades de área de influencia, tipos de permanencia por localidad y periodicidad de visitas a cada localidad.

### **4.4 Criterios de inclusión, establecimiento de rutas y tipología**

#### **Criterios de inclusión**

Las Caravanas de la Salud atenderán:

A personas y familias que habiten en localidades que no tengan unidades fijas de atención a la salud y que para poder acceder a ellas, tengan que trasladarse un tiempo superior a una hora través de los medios de transportes disponibles; o

A personas y familias que habiten en municipios catalogados como de bajo índice de desarrollo humano; o

A personas y familias que habiten en localidades con alto o muy alto grado de marginación; o

A personas y familias que se encuentren en sitios donde por razones de alguna contingencia haya un incremento en la demanda de servicios;

Existirán unidades médicas móviles dotadas de características especiales para la oferta de servicios diagnósticos o de atención a la salud que reforzarán la capacidad de oferta de servicios en las REDESS y que podrán ubicarse en puntos estratégicos de la red que no cumplan con los criterios anteriormente mencionados.

#### **Criterios para el establecimiento de rutas.**

Se entiende como una ruta de Caravanas de la Salud al espacio geográfico delimitado que abarca uno o varios municipios con la categoría de menor índice de desarrollo humano, o municipio(s), que agrupan a un conjunto de localidades de alta y muy alta marginación, sin acceso permanente a servicios de salud en una región determinada, y que son atendidas por equipos itinerantes de salud y/o unidades médicas móviles de acuerdo a una programación mensual.

Para el establecimiento de rutas de Caravanas de la Salud, además de cumplir con los criterios de inclusión arriba mencionados, se deberá cumplir con los siguientes requisitos:

Una ruta de una Caravana de la Salud estará conformada al menos por 10 localidades o 1500 habitantes.

Una Caravana de la Salud trabajará 20 días por 10 de descanso, conforme a la ruta mensual programada.

Cada localidad dentro de una ruta deberá ser visitada al menos dos veces al mes por la Caravana de la Salud.

La permanencia de la Caravana de la Salud será por un día en cada localidad visitada, cumpliendo una jornada de trabajo completa de 8 horas, a partir del momento en que llega a la localidad sede.

Se deberá de identificar y acondicionar las casas de salud o las sedes de medio camino para acortar tiempos de desplazamiento a las localidades más alejadas en donde podrán concentrarse expedientes clínicos, medicamentos e insumos para reabastecerse.

Se establecerá una programación mensual, con dos propuestas operativas; una para temporada seca, considerando que se tendrá acceso a todas las localidades de la ruta y se desplegarán todos los criterios de programación (10 localidades, 1,500 habitantes y visitas dos veces por mes), y otra para temporada de lluvias, considerando que se tendrá acceso limitado a las localidades y las unidades médicas móviles se ubicarán en localidades de acceso posible, o en localidades con centro de salud para ampliar la capacidad resolutive del servicio del centro.

### **Tipología de Unidades Médicas Móviles**

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

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

**TIPO II.** Es una unidad médica móvil equipada con un consultorio de medicina general y un consultorio dental, laboratorio de química seca y toma de muestras para cáncer cérvico-uterino y equipo de electrocardiografía. Este tipo de unidad móvil está conformado por un médico general, un odontólogo, enfermera y un promotor de la salud-chofer.

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

Asimismo, durante el desarrollo del Programa se estará en posibilidad de incorporar otros tipos de UMM conforme a la demanda y que respondan a condiciones epidemiológicas y geográficas de las diferentes entidades federativas.

### **4.5 Población objetivo**

El Programa define como población potencial<sup>8</sup> a la totalidad de familias y personas que habitan en un poco más de 20 mil localidades del país que no tienen acceso o que es irregular a los servicios

institucionales de salud. En general esta población se caracteriza por vivir en pobreza extrema y son parte del indicador de menor IDH y alta y muy alta marginación.

La población objetivo del Programa estará constituida, en primer término, por las familias y personas de las entidades federativas definidas como prioritarias y que se concentran en los 125 municipios de menor IDH; representa la atención de más de 600 localidades y una población aproximada a los 180 mil habitantes que se localizan en los estados de Chiapas, Durango, Guerrero, Nayarit, Oaxaca, Puebla y Veracruz.

De forma paulatina y habiéndose atendido la prioridad referida con anterioridad, el Programa continuará la ampliación de su cobertura con la focalización en localidades con índices de marginación alto y muy alto y sin acceso regular a la red de servicios de salud. En esta cobertura se considerará la totalidad de entidades federativas, incluyendo los estados prioritarios antes definidos.

Para evitar duplicidad en la atención, se excluirán beneficiarios de otros programas de salud oficiales y a los derechohabientes de la seguridad social.

### **Características de la población**

La población objetivo del Programa de Caravanas de la Salud se caracteriza por vivir en los municipios de menor índice de desarrollo humano y en localidades de alta y muy alta de marginación, residir en localidades dispersas y con fuertes rezagos de infraestructura básica, como: falta de acceso de agua potable y entubada, piso firme, vivienda, luz, alcantarillado y escaso o nulo a acceso a vías de comunicación.

Desde el punto de vista de la salud, subsisten tasas elevadas de morbilidad y mortalidad por causas infecciosas asociadas a la pobreza; desnutrición materna e infantil; esquemas de vacunación incompletos; muertes prevenibles por vacunación; deficiente higiene ambiental y problemas de salud derivados de un insuficiente saneamiento básico.

Adicionalmente a estos riesgos y determinantes de la salud existen otros factores como: coberturas incompletas en servicios básicos; una distribución desigual de la atención en salud; inequidad en la asignación de recursos; costos fuera del alcance de las familias; desequilibrio entre servicios curativos y preventivos e inexistencia de una cultura del auto cuidado de la salud.

El mejorar los servicios de salud de la población implica, además de la ampliación de la cobertura y la construcción de infraestructura en salud, ofrecer servicios efectivos, seguros, sensibles a la diversidad cultural y que respondan a las expectativas de los usuarios.

Por ello, en los diferentes ámbitos de la Secretaría de Salud federal y estatal, se impulsan de manera coordinada las políticas de equidad de género, el respeto a los derechos humanos y la interculturalidad.

### **4.6 Beneficiarios**

Los beneficiarios deberán cumplir con los siguientes requisitos:

Ser residentes de localidades que no cuentan actualmente con acceso a servicios de salud regulares; obtenerlos implicaría un traslado de más de una hora (por los medios habituales de la comunidad) hacia una unidad fija.

No contar con los beneficios de la seguridad social.

Estar incorporadas al SPSS y/o al Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (PDHO) y que habiten en localidades objetivo del Programa.

Los beneficios del programa los podrán recibir todos los habitantes de las localidades programadas en las rutas de Caravanas de la Salud, y que estén en los supuestos anteriores.

Cabe destacar, que una persona o familia puede, en una primera etapa recibir servicios de salud, a través de equipos itinerantes y/o unidad médica móvil sin estar afiliada al SPSS, por lo que posteriormente podrá ser afiliada, de acuerdo con la programación establecida por el REPSS.

#### **4.7 Características de los apoyos**

Los beneficiarios no afiliados al SPSS o inscritos al PDHO tendrán acceso hasta 79 intervenciones médicas del CAUSES y a las acciones de promoción y prevención de la salud.

Los beneficiarios del Programa afiliados al SPSS o inscritos al PDHO tendrán acceso a las 79 intervenciones médicas del CAUSES y a las acciones de promoción y prevención de la salud según capacidad resolutive del programa; asimismo, podrán acceder a toda la red de servicios de salud y obtener todas las intervenciones del CAUSES en unidades de diferente capacidad resolutive.

La descripción detallada de los apoyos o beneficios que se mencionan en esta sección, se describen con mayor detalle en el capítulo 5 de Operación.

#### **4.8 Derechos y obligaciones**

##### **Derechos**

Para toda la población beneficiaria del Programa sea o no afiliada al SPSS:

- Recibir la visita de los equipos de salud itinerantes dos veces al mes, de acuerdo con la calendarización establecida por Caravanas de la Salud en cada entidad federativa.
- Recibir gratuitamente hasta 79 intervenciones de atención médica derivadas del CAUSES y las acciones de promoción y prevención de la salud.
- Recibir servicios de salud efectivos, seguros, sensibles a la diversidad cultural, con pleno respeto de las prácticas culturales de la comunidad y que responden a sus expectativas.
- Acceso equitativo a la atención
- Ser tratados con dignidad, respeto y a recibir atención de calidad
- Recibir los medicamentos necesarios y que correspondan a los servicios de salud ofertados en la Cartera de Servicios del programa
- Contar con información precisa, clara, oportuna y veraz, así como la orientación necesaria sobre la atención de su salud acerca de los riesgos y alternativas respecto a los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y quirúrgicos que se les indiquen o apliquen

- Contar con un expediente clínico
- Otorgar o no consentimiento para recibir tratamientos o procedimientos
- Ser tratado con confidencialidad
- Presentar quejas por falta o inadecuada prestación de servicios, así como recibir información acerca de los procedimientos, plazos y formas en que se atenderán las quejas y consultas.
- Recibir orientación para ser atendido cuando exista inconformidad por la atención médica recibida.

Adicionalmente, la población que esté afiliada al SPSS gozará de los siguientes derechos:

- Recibir la Cartilla de Salud que les corresponda, de acuerdo con su edad y sexo
- Podrán acceder a toda la red de servicios de salud y obtener todas las intervenciones del CAUSES en unidades de diferente capacidad resolutive.
- Contar con facilidades para obtener una segunda opinión
- Recibir atención de urgencias tanto por Caravanas, así como en otras unidades médicas de la red de servicios, según el requerimiento y complejidad de la atención.
- Recibir información sobre mecanismos de acceso y obtención de servicios de atención médica en los establecimientos que para tal efecto se designen.
- No cubrir cuotas de recuperación por el servicio recibido
- Conocer el informe anual de gestión de Caravanas de la Salud y del Seguro Popular, conforme a las disposiciones legales de transparencia y acceso a la información de entidades públicas.

### **Obligaciones**

Para toda la población beneficiaria del Programa sea o no afiliada al SPSS.

- Ejercer la corresponsabilidad en el auto cuidado de su salud
- Asistir a las actividades de capacitación para el autocuidado de la salud.
- Participar activamente en la identificación de causas y soluciones a los problemas de salud de su comunidad
- Adoptar conductas de promoción de la salud y prevención de enfermedades.
- Llevar a la práctica las recomendaciones emitidas por el equipo de salud itinerante y el auxiliar de salud.
- Colaborar con el equipo de salud, informando verazmente y con exactitud sobre los antecedentes, necesidades y problemas de salud.

- Cumplir con las recomendaciones, prescripciones, tratamiento o procedimiento general al que haya aceptado someterse.
- Informarse acerca de los riesgos y alternativas de los procedimientos terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen, así como de los procedimientos de consultas y quejas.
- Dar un trato respetuoso al personal médico, auxiliar y administrativo de los servicios de salud, así como a los otros usuarios y sus acompañantes.
- Cuidar las instalaciones de los establecimientos de salud
- Hacer uso responsable de los servicios de salud.

Adicionalmente, la población que esté afiliada al SPSS tendrá las siguientes obligaciones:

- Proporcionar de manera fidedigna la información necesaria para documentar su incorporación al Sistema de Protección Social en Salud
- Presentar la Cartilla Nacional de Salud correspondiente al momento de solicitar atención médica.
- Hacer uso de la credencial que los acredite como beneficiarios como documento de naturaleza personal e intransferible y presentarla siempre que se requieran servicios de salud
- Informarse sobre los procedimientos que rigen el funcionamiento de los establecimientos para el acceso y servicios de atención médica.

## **4.9 Participantes**

### **4.9.1 Instancia normativa**

#### **Secretaría de Salud**

El Programa es una estrategia federal; en consecuencia, la rectoría es responsabilidad de la Secretaría de Salud, la que conforme a las presentes Reglas de Operación, determina la normatividad para su operación, misma que debe ser observada por las unidades administrativas centrales que intervienen en el Programa y por los Servicios Estatales de Salud.

#### **Importante**

##### **Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud**

La Secretaría de Salud ejerce la rectoría del Programa a través de la DGPLADES adscrita a la Subsecretaría de Innovación y Calidad. Entre las principales responsabilidades destacan:

La programación de metas anuales, conjuntamente con los Servicios Estatales de Salud

La presupuestación de recursos materiales, financieros y humanos

La difusión del Programa

El seguimiento y evaluación de las acciones en todo el país

La gestión de recursos humanos, financieros y materiales

Para facilitar la coordinación de las acciones referidas y contar con una instancia de comunicación permanente con los actores centrales y estatales del Programa, se ha creado la Coordinación Nacional del Programa Caravanas de la Salud.

### **Unidades Administrativas Centrales**

La DGPLADES ha considerado como indispensable la participación activa de las unidades administrativas centrales cuyas áreas de responsabilidad se relacionan con el diseño, normativa, operación, supervisión o evaluación del Programa, así como para la asesoría técnica a las entidades federativas; para ello, establece la estrategia de coordinación permanente. En particular destacan las siguientes relaciones:

La programación, presupuestación, afiliación de familias al SPSS y asegurar el financiamiento del programa, conjuntamente con la Comisión Nacional de Protección Social en Salud y sus representaciones en las entidades federativas (Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPS))

El diseño de la estrategia de difusión del Programa en coordinación con la Dirección General de Comunicación Social

El establecimiento de los sistemas de información para el seguimiento y evaluación de las acciones en todo el país en coordinación con las Direcciones Generales de Información en Salud, de Evaluación del Desempeño y de la Dirección General de Tecnologías de la Información

La definición y puesta en marcha del procedimiento de acreditación de unidades médicas móviles bajo la tutela de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud

La gestión de recursos humanos ante la Dirección General de Recursos Humanos

La coordinación entre las áreas administrativas sustantivas y normativas centrales para la asesoría técnica, evaluación y seguimiento de las acciones del programa en materia de inversiones, adquisición de nuevas unidades, así como para la inversión en tecnología y telecomunicaciones del Programa, en específico con el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud y la Dirección General de Tecnologías de la Información.

#### **4.9.2 Ejecutores**

##### **Servicios Estatales de Salud**

La corresponsabilidad de las entidades federativas se concreta a través de la participación de los Servicios Estatales de Salud como órganos responsables de los programas de salud en los estados. Su participación es fundamental para la definición, conducción y evaluación del Programa, así como para la constitución de la plataforma social, mediante la participación de las redes sociales que apoyan la implementación.

Con base en el Acuerdo de Coordinación del Programa destacan, entre las principales responsabilidades de los Servicios Estatales de Salud las siguientes:

La comunicación con el nivel federal

La coordinación del Programa en su ámbito territorial y administrativo

La difusión del Programa, así como replicar la campaña de comunicación educativa del Programa, difundiendo los materiales impresos, de radio y televisión que se autoricen, utilizando los medios de comunicación a su alcance

La vigilancia y control de la aplicación de los recursos

La supervisión, seguimiento y evaluación del Programa en todos los niveles

Contratación de recursos humanos de nuevas UMM, financiadas por el Gobierno Federal bajo los criterios establecidos y los perfiles determinados por cada uno de los puestos del Programa, tanto operativos como gerenciales

La vinculación con gobiernos municipales

La coordinación con otras dependencias del gobierno estatal

Adquisición y dotación de insumos y medicamentos para las UMM

El proporcionar todos los apoyos y facilidades para el mejor desempeño del Programa en la entidad federativa

Asimismo, los Servicios Estatales de Salud aportarán los recursos humanos, financieros, materiales y de infraestructura estatales derivados de los programas de atención itinerante de salud existentes con el fin de que sean alineados al modelo operativo del Programa.

### **Régimen Estatal de Protección Social en Salud**

La Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) a través de los REPSS o su equivalente, realizarán de manera conjunta con la Coordinación Estatal del Programa las siguientes acciones:

La definición de la estrategia estatal de difusión del Seguro Popular y del Seguro Médico para una Nueva Generación en las localidades objetivo del Programa

La revisión y validación de las rutas proporcionadas por el Coordinador Estatal del Programa

El establecimiento de mecanismos para la afiliación y/o reafiliación de familias al SPSS y su difusión a la población objetivo del Programa

La instrumentación de criterios con el área competente de los Servicios Estatales de Salud para la compra de servicios de salud proporcionados por las Caravanas de la Salud.

El financiamiento a los Servicios Estatales de Salud por la prestación de servicios a la población atendida por el Programa

### **Coordinación Estatal de Caravanas de la Salud**

Para la coordinación y ejecución de todas las etapas del proceso administrativo: planeación, programación, presupuestación y evaluación del Programa en cada entidad federativa, se contará con un Coordinador Estatal. El Coordinador Estatal del Programa cuya línea de autoridad jerárquica es la Secretaría de Salud Federal a través de la DGPLADES, reportará los avances del programa en todas sus etapas del proceso administrativo de manera quincenal, mensual, trimestral, semestral y anual, así como los informes que se establezcan de manera extraordinaria. Asimismo, deberá atender las disposiciones del Titular de los Servicios Estatales de Salud, para la operación del Programa.

Entre las principales funciones destacan las siguientes, conforme a convenios específicos de colaboración.

Efectuar la planeación, programación, presupuestación y evaluación del Programa con base en los lineamientos normativos establecidos en estas Reglas de Operación y los determinados por la DGPLADES

Promover y coordinar la organización, control y supervisión del Programa, en el ámbito estatal y jurisdiccional con base en la normatividad establecida por la DGPLADES y los programas federales

Coordinar, dirigir y apoyar la operación y aplicación del marco normativo del Programa en los niveles jurisdiccional y operativo.

Apoyar la atención de las observaciones y recomendaciones normativas emitidas a las jurisdicciones sanitarias y a las Caravanas de la Salud.

Realizar visitas de asesoría, supervisión, seguimiento y control de nivel operativo

Coordinar y fomentar la capacitación y actualización del personal de salud, incluyendo el personal comunitario

Organizar y conducir las réplicas, conjuntamente con el jefe estatal de enseñanza, del Curso de Formación de Capacitadores de Caravanas de la Salud, impartido en el marco del Núcleo de Liderazgo en Salud por el INSP y la DGPLADES.

Coordinar las actividades de competencia estatal y jurisdiccional

Promover la actualización y validación de la micro-regionalización ante autoridades estatales y nacionales

Revisar y validar las rutas definidas para las Caravanas con el REPSS

### **Jurisdicción Sanitaria**

Es responsabilidad de la Jurisdicción Sanitaria coadyuvar en la correcta aplicación de las acciones contempladas en el Programa y contribuir en el marco de sus atribuciones a resolver problemas de ejecución que se presentarán en la aplicación del programa.

Las principales responsabilidades son:

Llevar a cabo las acciones de coordinación municipal y colaboración comunitaria para la gestión de apoyos necesarios para la operación de los equipos de salud itinerantes y de las UMM de las Caravanas de la Salud.

Apoyo para el uso eficiente y racional de los recursos humanos, materiales y financieros destinados a la ejecución de las acciones del Programa.

Vigilancia del cumplimiento de la programación mensual de las rutas, así como de la productividad establecida para cada una de ellas.

Participación en la elaboración de los reportes conforme la normatividad establecida por la Secretaría de Salud en coordinación con el Coordinador Estatal del Programa y mantener una comunicación constante y permanente.

Implementación de otros mecanismos o procedimientos de coordinación que surjan de manera fortuita o extraordinaria durante la operación.

Vigilar la conformación y correcto funcionamiento de los comités locales de salud y del personal auxiliar de salud

Constitución del Centro Regulador de Caravanas de la Salud y designación del responsable del Centro, quien establecerá el enlace de la parte operativa con el coordinador estatal de caravanas para la planeación y control de las UMM y equipos itinerantes de salud, y dará seguimiento a los procesos propios de la operación y para la entrega de información de la productividad registrada.

### **Comité Local de Salud**

Los comités locales de salud son la instancia de concertación en la localidad para la gestión de apoyos logísticos de la operación del Programa, a fin de contribuir a la operación óptima de las Caravanas de la Salud. Es de prioritaria importancia la incorporación de la participación comunitaria y vinculación de los comités de salud en las tareas que desarrollan los equipos de salud itinerantes y UMM del Programa con pleno respeto a la cultura y usos y costumbres de las localidades. Con base en la participación comunitaria, los comités de salud coadyuvarán en la planeación y programación de acciones de salud, así como en la elaboración y validación de la productividad de las acciones desarrolladas por los equipos de salud.

El Comité de Salud propone al auxiliar comunitario de salud (ACS) conforme los criterios propios de dicho comité. Entre las principales tareas del ACS destacan:

Promover los servicios de las caravanas y convocar a la población durante las visitas

Coadyuvar a las acciones de prevención, promoción y atención

Participar en la referencia a los pacientes que requieran atención a las unidades de salud

Detección de riesgos, levantamiento de censos y registro de actividades

Atención a problemas básicos de salud en los periodos de ausencia de la caravana

Cabe mencionar que el Comité de Salud y el ACS realizan las funciones de manera voluntaria y gratuita a favor de la salud de su comunidad

#### **4.10 Coordinación institucional**

La coordinación institucional entre la Secretaría de Salud y los Servicios Estatales de Salud se establecerá a través de los Acuerdos de Coordinación del Programa. La Secretaría de Salud conjuntamente con los Servicios Estatales de Salud vigilarán que no se dupliquen los apoyos del Programa con otros programas federales, equivalentes, hasta en tanto no se consolide su proceso de alineación. Para llegar en el 2008 a la alineación total de todos los programas similares al Programa, se establece la coordinación con el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades en el componente de salud y con los Servicios Estatales de Salud para la revisión y alineación de otras estrategias de atención itinerante, a fin de sumar esfuerzos y evitar duplicidades en la atención de la población objetivo de este Programa.

#### **4.11 Prestación de servicios**

Las caravanas de la salud articulan y respaldan los esfuerzos desarrollados por las instituciones prestadoras de servicios de salud para acercar los servicios de atención a la salud a la población objetivo de este programa.

El concepto de acercabilidad implica el acceso a una atención integral y de mayor capacidad resolutoria sobre los problemas básicos de salud sin necesidad de realizar grandes desplazamientos, trámites o filtros. Supone la combinación de estrategias de atención itinerante, especializada, a nivel comunitario, telemedicina y nuevas unidades médicas móviles de atención a la salud.

En este apartado se describen los elementos para la prestación de los servicios:

Equipos de Salud Itinerantes (ESI) con unidad Móvil de Transporte 4X4. Los ESI son la unidad básica del Programa y su misión es garantizar la entrega de un paquete básico de servicios de salud (PABSS). Está constituido por un médico, una enfermera y un promotor de salud/polivalente y que apoyará a la unidad médica móvil en sus diferentes tipos.

El ESI de la Caravana se complementa a nivel comunitario con auxiliares de salud, promotores, comités de salud, agentes tradicionales de salud y otros personajes locales que le dan sustento y continuidad a las acciones durante los periodos de ausencia de la unidad médica móvil.

Casas de Salud Equipada de medio camino. En la ruta de las unidades médicas móviles, constituyen un apoyo para acercar recursos, almacenar insumos, medicamentos, expedientes clínicos y otros productos para el funcionamiento de las Caravanas.

Las unidades médicas móviles apoyadas por los ESI tienen tres tipos de complejidad con el fin de atender a una mayor cobertura y amplían la capacidad de respuesta de las unidades fijas existentes en la región. Estas, estarán anexas a un Centro de Salud en forma periódica y programada.

Las tipo I, II y III atenderán a las localidades del área de influencia de su ruta de atención, siempre y cuando el acceso y las condiciones climatológicas lo permitan. Si la inaccesibilidad no lo permite, se apoyará en unidades móviles transportadoras 4X4, es decir, las tipo 0, quien transportará al ESI a la o las localidades previstas en la ruta. Y cuando la tipo 0 por las dificultades del camino o condiciones del medio ambiente, no pueda acceder a las localidades, el ESI se apoyará en otros medios de transporte como: semovientes, mulas de carga u otros medios como lanchas, avionetas, entre otros, para transportar los insumos, medicamentos y personal de salud para acceder a las localidades del área de influencia.

En el caso de las unidades médicas móviles tipo II y III, que son unidades médicas móviles de diagnóstico y tratamiento que tienen diverso grado de complejidad para aumentar la capacidad resolutoria de unidades fijas de primer nivel, que estarán anexas a un centro de salud en forma periódica y programada (Fijación temporal).

Otro elemento fundamental para la prestación de los servicios es el establecimiento de los Centros Reguladores de Caravanas de la Salud que serán conformados en cada jurisdicción sanitaria, en el cual el jefe de la jurisdicción designará al responsable del centro regulador quien establecerá el enlace de la parte operativa con el coordinador estatal de caravanas para: la planeación y control de las unidades médicas móviles y equipos itinerantes de salud, para dar seguimiento a los procesos propios de la operación y para la transmisión de información resultado de la productividad reflejada:

Los centros reguladores de caravanas de la salud tienen como principales características las siguientes:

Parte de la unidad de gestión de la Red de servicios de salud

Ubicado físicamente en alguna unidad fija o punto estratégico de la Red de servicios de salud

Monitorea y controla las operaciones de las unidades móviles en su área

Planifica y establece rutas y cronogramas

Apoya la logística

Capacita, evalúa y retroalimenta a los equipos itinerantes

Dirigido por un coordinador estatal de caravanas de la salud

Los centros reguladores de caravanas de la salud no necesariamente deben ubicarse en el espacio físico que ocupa la jurisdicción sanitaria o centro de salud, su ubicación física dependerá de la ubicación geográfica, distancias, accesibilidad y tiempos de recorrido a las localidades de área de influencia de la ruta.

Las modalidades de atención son de dos tipos:

Extensión de cobertura itinerante. Está conformada por equipos de salud itinerante: caravanas de la salud/casas de salud. Unidad médica móvil que recorre una ruta definida bajo un calendario mensual de visitas y que entrega una cartera de servicios, cuenta con una casa de salud de medio camino como apoyo para pernoctar y reabastecerse de insumos.

Ampliación funcional de la oferta de servicios. Consiste en unidades médicas móviles con servicios médicos y de odontología, auxiliares de laboratorio y gabinete, conectados a una red de telemedicina y fijación temporal a un centro de salud para ampliar la capacidad resolutoria.

Asimismo, como ya se mencionó, se contará con una programación mensual, con dos propuestas:

Temporada de seca. Considerando que se tendrá acceso a todas las localidades de la ruta y se desplegarán todos los criterios de programación: diez localidades; 1,500 habitantes y dos visitas por mes.

Temporada de lluvia. Considerando que se tendrá acceso limitado a las localidades y las UMM se ubicarán en localidades de acceso posible, o en localidades con centro de salud para ampliar la capacidad resolutoria del servicio.

#### **4.12 Acciones previas a la operación del Programa**

Las acciones que deberán de considerarse previamente a la instrumentación del Programa son:

1. Reordenamiento de UMM existentes y su alineación al Programa
2. Recepción y Acreditación de UMM
3. Recepción y administración de recursos para el gasto de operación de las nuevas unidades móviles, en su fase de puesta en marcha.
4. Identificación, adecuación, conservación, mantenimiento y equipamiento de las sedes de medio camino.
5. Identificación e instalación del Centro Regulador de Caravanas de la Salud
6. Contratación de recursos humanos de nuevas UMM, financiadas por el Gobierno Federal bajo los criterios establecidos y los perfiles determinados por cada uno de los puestos del Programa, tanto operativos como gerenciales.
7. Capacitación técnica sobre el manejo de los equipos médicos instalados en las UMM
8. Organización, desarrollo y réplica del curso de capacitación de Caravanas de la Salud
9. Adquisición y dotación de insumos y medicamentos
10. Organización e integración de los equipos de salud itinerantes por rutas de Caravanas de la Salud

### **5. Operación**

Como se ha descrito, la operación del Programa se realizará bajo una combinación de modalidades de extensión de cobertura itinerante y ampliación funcional de la oferta de servicios de salud.

Asimismo, y en congruencia con los objetivos específicos establecidos para el logro del objetivo general, será necesaria la operación de cuatro componentes globales<sup>7</sup>.

#### **5.1 Procesos**

##### **5.1.1 Equipamiento de unidades médicas móviles y capacitación de recursos humanos**

Con la ejecución de este componente, se asegurará que el Programa cuente con unidades médicas móviles equipadas y con recursos humanos capacitados, resultados que favorecen directamente el logro del objetivo general. Es el eje fundamental del Programa que garantiza la disponibilidad del medio para hacer llegar los otros componentes (servicios) a la población objetivo.

## Proceso de alineación y dignificación

La alineación al Programa de las UMM existentes, representa la manifestación de voluntad y aceptación de los Servicios Estatales de Salud de participar y sujetarse a la normatividad que establece la Secretaría de Salud para los diferentes componentes y procesos del Programa.

Este proceso implica la conjunción de recursos humanos: comunitarios e institucionales; recursos materiales: vehículos, equipamiento médico, telecomunicaciones, insumos y medicamentos, dirigidos a acercar la red de servicios de salud a la población objetivo del Programa.

Significa también la alineación de las acciones de fortalecimiento realizadas y en proceso, para consolidar redes; así como la dignificación de unidades móviles en sus condiciones físicas y motoras, contratación de personal de salud de manera temporal, reorganización de las rutas de los equipos de salud itinerantes y unidades médicas móviles antiguas conforme el establecimiento de la planeación de las nuevas, para la atención a personas y familias de las localidades sin acceso a servicios regulares de salud; el rediseño de la logística de suministros y el establecimiento estratégico de casas de salud equipadas como sedes de medio camino; y la adquisición de unidades médicas móviles con la tipología de acuerdo a las necesidades detectadas en los diagnósticos de salud de las 32 entidades federativas.

## Características del personal

Tabla 1

### Perfil y funciones del personal de salud a contratar para nuevas unidades móviles

Puesto	Principales características	Funciones
<b>a) Profesionales de la salud</b>		
- Coordinador estatal de caravanas de la salud	<p>Profesional de la salud, titulado</p> <p>Con formación de posgrado en salud pública, titulado o en proceso de titulación.</p> <p>5 años de experiencia en gerencia de servicios de salud</p> <p>3 años de experiencia en trabajo comunitario y conocimiento de la región</p> <p>Liderazgo</p> <p>Conocimiento de la red de servicios en su entidad federativa</p> <p>Sensibilidad intercultural</p>	<p>Planear nuevas rutas de caravanas de la salud</p> <p>Programación mensual de rutas</p> <p>Coordinación de la operación de las caravanas de la salud con la red de servicios</p> <p>Brindar apoyo logístico al personal operativo</p> <p>Realizar la capacitación técnica y normativa del personal de caravanas de la salud</p> <p>Efectuar el seguimiento y control del programa</p> <p>Elaborar informes y reportes sobre todas las acciones del proceso administrativo del programa e informar a la Secretaría de Salud de manera ordinaria y extraordinaria.</p> <p>Elaborar el programa operativo anual de caravanas de la salud, con base en la normatividad aplicable</p>
Supervisor	<p>Profesional de la salud, titulado</p> <p>Con formación de posgrado en salud pública, titulado o en proceso de titulación.</p>	<p>Apoyar en la planeación de las nuevas rutas de caravanas de la salud</p> <p>Apoyar en la programación mensual de rutas</p>

	<p>5 años de experiencia en trabajo comunitario y conocimiento de la región</p> <p>Conocimiento de la red de servicios en su entidad federativa</p> <p>Con facilidad de comunicación y capacidad de negociación</p> <p>Sensibilidad intercultural</p>	<p>Coordinar la operación de las caravanas de la salud con la red de servicios</p> <p>Brindar apoyo logístico al personal operativo</p> <p>Realizar la capacitación técnica y normativa del personal de caravanas de la salud</p> <p>Efectuar el seguimiento y control del programa</p> <p>Elaborar informes y reportes sobre todas las acciones del proceso administrativo del programa e informar a la Secretaría de Salud de manera ordinaria y extraordinaria.</p>
<p><b>En la unidad</b></p> <p>- Médico</p> <p>- Enfermera</p> <p>- Odontólogo</p>	<p>Titulados</p> <p>Disponibilidad para trasladarse y para trabajar tiempo completo</p> <p>Facilidad de comunicación y trabajo en equipo</p> <p>Con experiencia en trabajo de campo</p> <p>Conocimiento de la región y de la red de servicios</p> <p>Habilidades sobre técnicas de enseñanza y capacitación</p> <p>Sensibilidad intercultural</p>	<p>Proponen la programación mensual de visitas en la ruta.</p> <p>Participa en la capacitación técnica y normativa</p> <p>Participa, coordina y proporciona los servicios de salud de acuerdo a la cartera definida, según las condiciones propias de la región</p> <p>Elabora reportes e informes sobre productividad</p> <p>Requisita los expedientes de las personas atendidas</p> <p>Apoyan en la realización de procesos indirectos del Programa.</p>
<b>b) Técnicos de la salud</b>		
<b>Puesto</b>	<b>Principales características</b>	<b>Funciones</b>
<p><b>En la unidad</b></p> <p>Técnicos</p> <p>- Promotor de salud-chofer (soporte administrativo)</p>	<p>Preparación a nivel de licenciatura o técnico superior en áreas afines a la salud</p> <p>Experiencia en el trabajo comunitario</p> <p>Trabajo de tiempo completo y disponibilidad de traslado</p> <p>Conocimiento de la región y de la red de servicios</p> <p>Habilidades sobre técnicas de enseñanza y capacitación</p> <p>Sensibilidad intercultural</p> <p>Trabajo en equipo</p> <p>Capacidad de negociación y concertación</p> <p>Con licencia de manejo vigente</p>	<p>Visitar las localidades de acuerdo a la programación mensual autorizada</p> <p>Promover la organización y participación comunitaria</p> <p>Brindar información a la comunidad</p> <p>Desarrollar campañas de salud a nivel comunitario</p> <p>Realizar levantamientos de censos nominales</p> <p>Coadyuvar en las acciones de prevención y promoción de la salud.</p> <p>Participar en la referencia a los pacientes que requieran atención a las unidades de salud (fijas o móviles).</p> <p>Detección de riesgos epidemiológicos.</p>

## Capacitación

La oferta de la Cartera de Servicios con pertinencia, oportunidad, de manera integral y con calidad que define al Programa, requiere de personal sensibilizado y capacitado, por lo cual el

objetivo del Programa de Capacitación estará en función de desarrollar con diferentes niveles de dominio competencias profesionales situadas (conocimientos, habilidades y actitudes que constituyen el ejercicio profesional propio de este Programa).

El programa de capacitación estará sustentado en el perfil y nivel de competencia del personal de salud participante, del número y tipo de intervenciones en que participará contemplando el fortalecimiento de conocimiento y actitudes para una atención a la salud efectiva y segura, con una visión interpersonal e intercultural acorde a la idiosincrasia de la población beneficiaria.

Los contenidos se basan en un curso de 40 horas, regionalizado, alternando un sistema presencial 60% y 40% apoyado en la educación a distancia. Tendrá una estructura didáctica modular flexible, con base a la lista de intervenciones médicas y de habilidades prácticas que se requiere para los médicos, los odontólogos, las enfermeras, y otro personal que integrará el equipo de salud.

Se proponen tres modalidades educativas: una capacitación presencial con un programa que contenga una inducción, una revisión de protocolos de manejo para las acciones de la Cartera de Servicios y una relacionada con gestión bajo un esquema de red de servicios.

Esta capacitación será complementada con Boletines de Práctica Médica Efectiva<sup>8</sup> (BPME), y la utilización del Manual de promoción y prevención de la salud durante la línea de vida, en las actividades seleccionadas de la cartera de servicio.

La organización y conducción de las réplicas de los cursos de capacitación de Caravanas de la Salud será responsabilidad del jefe estatal de enseñanza y de los representantes de cada entidad federativa que acudió en el 2007 al Curso de Formación de Capacitadores de Caravanas de la Salud, impartido en el marco del Núcleo de Liderazgo en Salud por el INSP y la DGPLADES.

#### **5.1.2 Entrega de acciones de promoción y prevención de la salud y de participación comunitaria**

Este componente se relaciona de forma directa con la Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud que la Secretaría de Salud ha establecido para la presente Administración Federal. Se considera que la puesta en marcha de este componente contribuirá a disminuir el impacto de las enfermedades y las lesiones en individuos, familias y comunidades mediante intervenciones específicas dirigidas a las personas que se combinará con intervenciones dirigidas a la construcción de entornos favorables a la salud.

#### **Procesos de promoción y prevención**

Las actividades del componente de prevención y promoción de la salud se realizarán con base en algoritmos establecidos por la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud de la Secretaría de Salud federal. Para ello, se tiene presente que los servicios de salud de la Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud han sido consensuados con las instituciones del sector salud y conforman un paquete garantizado de servicios de promoción y prevención dirigido a las personas y a las familias, con el fin de lograr una mejor salud, mediante la integración de las mejores prácticas para evitar o retardar la aparición de las enfermedades que amenazan hoy en día a la población de nuestro país.

Las acciones de promoción y prevención para una mejor salud se entregarán en los ámbitos comunitario, familiar e individual mediante conjuntos de intervenciones por grupo de edad y procesos afines.

Para otorgar los servicios, se hizo necesario modificar el actual modelo de atención (desarticulado) para enfocarse en uno de intervenciones integrales dirigidas a cinco grupos poblacionales, los cuales son:

Niños de 0 a 9 años

Adolescentes de 10 a 19 años

Mujeres de 20 a 59 años

Hombres de 20 a 59 años

Adultos Mayores de 60 años y más

Cada intervención está articulada por cinco procesos que garantizan la integridad en las acciones:

Promoción de la salud

Nutrición

Prevención y control de enfermedades

Detección de enfermedades

Salud reproductiva

A continuación (Figura 2) se resumen los servicios según grupo de población y proceso.

## Figura 2

### Programa Caravanas de la Salud

#### Servicios según grupo de población y proceso

Descripción de los servicios	Niños y niñas de 0 a 9 años	Adolescentes de 10 a 19 años	Mujeres de 20 a 59 años	Hombres de 20 a 59 años	Adultos de 60 y más años
<b>Promoción de la salud</b>					
Incorporación al Programa de Salud	X	X	X	X	X
Capacitación al padre y a la madre	X				
Cuidados del recién nacido, del niño y lactancia materna	X				
Signos y síntomas de alarma (EDA's e IRA's)	X				
Crecimiento y desarrollo	X				
Higiene personal y bucal	X	X			
Accidentes	X	X	X	X	
Actividad física	X	X	X	X	X

Adicciones (tabaco, alcohol y drogas)	X	X	X	X	X
Entorno favorable a la salud (vivienda, escuelas y patio limpio)	X	X	X	X	X
Dueños responsables con animales de compañía	X	X	X	X	X
Incorporación a grupos de ayuda mutua	X	X	X	X	X
Violencia familiar	X	X	X	X	X
Salud bucal			X	X	X
Educación para el (auto) cuidado de la salud		X	X	X	X
Salud sexual		X	X	X	
Salud Mental (desarrollo emocional y proyecto de vida)		X			
Trastornos de la alimentación, violencia y adicciones		X			
Accidentes, CaCU, CaMa, DM, HTA, salud mental, VIH/SIDA, ITS y TB, (enfermedad prostática, dislipidemias)			X	X	X
Cultura para la donación de órganos			X	X	
Diabetes mellitus			X	X	X
Hipertensión arterial			X	X	X
Sobrepeso/obesidad			X	X	X
Dislipidemias			X	X	X
Accidentes con énfasis en caídas					X
Higiene postural					X
Envejecimiento saludable					X
<b>Nutrición</b>					
Orientación alimentaria	X	X	X	X	X
Evaluación y vigilancia del estado nutricional	X	X	X	X	X
Suplementos y complementos nutricionales	X				
Desparasitación intestinal	X	X			
Complementos nutricionales a embarazadas		X	X		
<b>Prevención y control de enfermedades</b>					
Esquema de vacunación	X	X	X	X	X
Atención preventiva al recién nacido	X				
Acciones de prevención para EDA's e IRA's	X				
Enfermedades bucales	X	X	X	X	X
Quimioprofilaxis para TBP	X	X			
Prevención de VIH-SIDA e ITS		X	X	X	X
Sobrepeso y obesidad		X			
Tuberculosis pulmonar			X	X	X

Cáncer cérvico uterino y de mama					X
Diabetes mellitus					X
Hipertensión arterial					X
Obesidad					X
Dislipidemias					X
<b>Detección de enfermedades</b>					
Tamiz Neonatal (hipotiroidismo congénito, hiperplasia adrenal congénita, fenilcetonuria)	X				
Evaluación clínica completa	X	X			
Defectos visuales	X	X			
VIH/SIDA e ITS (consentimiento informado)		X	X	X	X
Tuberculosis pulmonar		X	X	X	X
Cáncer cérvico uterino y mama			X		X
Enfermedades bucales			X	X	X
Diabetes mellitus			X	X	X
Hipertensión arterial			X	X	X
Obesidad			X	X	X
Dislipidemias			X	X	X
<b>Salud reproductiva</b>					
Orientación/consejería, (Salud sexual y reproductiva)		X	X	X	X
Otorgamiento de métodos Anticonceptivos (Planificación Familiar)		X	X	X	X
Anticoncepción postcoito		X			
Manejo de la embarazada de alto riesgo		X			
Vigilancia prenatal y puerperal (embarazo y puerperio)		X	X		
Climaterio y menopausia			X		X

### 5.1.3 Servicios de atención médica

A través de este Componente, la población beneficiaria recibirá una cartera de servicios que garantiza una atención integral, definida como el conjunto de acciones de atención médica y de salud pública dirigidas al individuo y las familias para promover, conservar o restablecer la salud, basadas en el enfoque de riesgo y otorgadas mediante un trato digno, cordial y humano de persona a persona.

#### Servicios Médicos para la Población

En el marco del SPSS, el Programa alinea la atención médica que proporcionará a la población objetivo, al CAUSES. Comprende un paquete básico de servicios similar al que otorgan las unidades de primer nivel de atención de la Secretaría de Salud. Incluye 79 intervenciones en atención médica ambulatoria; las 20 intervenciones preventivas (vacunación) que contempla el CAUSES se han incluido en las atenciones de prevención y promoción ya referidas

Las principales ventajas de la Atención con una Cartera de Servicios son:

Responden a las necesidades básicas de salud de la población

Agrupan actividades que inciden en un mismo grupo etéreo

Facilita la operatividad de la Atención Integral

Cumple con la Atención Ambulatoria de la Salud

Considera factores del medio ambiente que inciden en la salud

Permite eficiencia de las intervenciones

Aplica criterios de Focalización de acciones

Favorece la toma de decisiones a nivel local y el empoderamiento de la comunidad

Favorece la equidad

Los usuarios reciben un conjunto de acciones por compartir riesgos del grupo etéreo, además de la atención médica del motivo de demanda

Las intervenciones de atención médica incluidas se relacionan a continuación:

### **Medicina Ambulatoria**

1. Diagnóstico y tratamiento de anemia ferro priva
2. Diagnóstico y tratamiento de la desnutrición y obesidad en niños y adolescentes
3. Diagnóstico y tratamiento de rubéola
4. Diagnóstico y tratamiento de sarampión
5. Diagnóstico y tratamiento de varicela
6. Diagnóstico y tratamiento de amigdalitis aguda
7. Diagnóstico y tratamiento de faringitis aguda
8. Diagnóstico y tratamiento de laringitis y traqueitis agudas
9. Diagnóstico y tratamiento de otitis media supurativa
10. Diagnóstico y tratamiento de rinofaringitis aguda (resfriado común)
11. Diagnóstico y tratamiento de sinusitis aguda
12. Diagnóstico y tratamiento de conjuntivitis

13. Diagnóstico y tratamiento de rinitis alérgica
14. Diagnóstico y tratamiento del asma en adultos
15. Diagnóstico y tratamiento del asma en niños
16. Diagnóstico y tratamiento de dengue clásico
17. Diagnóstico y tratamiento de diarrea aguda
18. Diagnóstico y tratamiento de fiebre tifoidea
19. Diagnóstico y tratamiento de gastroenteritis infecciosa
20. Diagnóstico y tratamiento de tuberculosis (TAES)
21. Diagnóstico y tratamiento del herpes zoster
22. Diagnóstico y tratamiento de candidiasis
23. Diagnóstico y tratamiento de gonorrea
24. Diagnóstico y tratamiento de infecciones por clamidia (incluye tracoma)
25. Diagnóstico y tratamiento de infecciones por trichomona
26. Diagnóstico y tratamiento de sífilis
27. Diagnóstico y tratamiento de cistitis
28. Diagnóstico y tratamiento de uretritis y síndrome uretral
29. Diagnóstico y tratamiento de vaginitis aguda
30. Diagnóstico y tratamiento de vulvitis aguda
31. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de amibiasis intestinal
32. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de anquilostomiasis y necatoriasis
33. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de ascariasis
34. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de enterobiasis
35. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de estrongiloidiasis
36. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de filariasis
37. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de giardiasis
38. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de teniasis

39. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de tricuriasis
40. Diagnóstico y tratamiento de escabiasis
41. Diagnóstico y tratamiento de pediculosis y phthiriasis
42. Diagnóstico y tratamiento de micosis superficiales
43. Diagnóstico y tratamiento de celulitis
44. Diagnóstico y tratamiento de dermatitis alérgica de contacto
45. Diagnóstico y tratamiento de dermatitis de contacto por irritantes
46. Diagnóstico y tratamiento de dermatitis del pañal
47. Diagnóstico y tratamiento de dermatitis exfoliativa
48. Diagnóstico y tratamiento de dermatitis seborreica
49. Diagnóstico y tratamiento de esofagitis por reflujo
50. Diagnóstico y tratamiento de gastritis aguda
51. Diagnóstico y tratamiento de úlcera péptica
52. Diagnóstico y tratamiento del síndrome de colon irritable
53. Diagnóstico y tratamiento de gota
54. Diagnóstico y tratamiento del hipotiroidismo (adultos)
55. Diagnóstico y tratamiento farmacológico (ambulatorio) de diabetes mellitus II
56. Diagnóstico y tratamiento farmacológico (ambulatorio) de hipertensión arterial
57. Diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca crónica
58. Diagnóstico y tratamiento de artritis reumatoide
59. Diagnóstico y tratamiento de osteoartritis
60. Diagnóstico y tratamiento de lumbalgia
61. Diagnóstico y tratamiento de depresión
62. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de epilepsia

## **Odontología**

63. Prevención de caries (curetaje, odontoxesis y aplicación tópica de flúor)

64. Sellado de fosetas y fisuras dentales

65. Obturación de caries con amalgama o resina

66. Eliminación de focos de infección, abscesos y restos radiculares

67. Extracción de piezas dentarias (no incluye tercer molar)

68. Diagnóstico y tratamiento de pulpitis y necrosis pulpar

### **Salud Reproductiva**

69. Métodos temporales de planificación familiar: anticonceptivos

70. Métodos temporales de planificación familiar: preservativos

71. Métodos temporales de planificación familiar: dispositivo intrauterino

72. Diagnóstico y tratamiento de dismenorrea

73. Atención del climaterio y menopausia

### **Embarazo, Parto y Recién Nacido**

74. Examen y prueba del embarazo

75. Atención del embarazo normal (atención prenatal)

76. Detección oportuna del Ca Cu, DOC.

77. Atención del puerperio normal

78. Atención del recién nacido normal

79. Estimulación temprana del recién nacido normal y del prematuro

La atención médica se apoyará en las guías clínicas de manejo con el auxilio de boletines de práctica médica efectiva desarrollados ex profeso en coordinación con el Instituto Nacional de Salud Pública.

### **Referencia y contrarreferencia de pacientes**

Los Servicios Estatales de Salud y/o las jurisdicciones sanitarias deberán garantizar un adecuado y eficaz sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes entre establecimientos móviles, de primer nivel de atención y de segundo nivel a efecto de lograr la atención de los pacientes de acuerdo a su nivel de complejidad.

El sistema deberá contemplar la facilidad de traslados de pacientes de una micro región determinada, en la que se ubica una caravana de la salud hacia una unidad de mayor complejidad y capacidad resolutive, dependiendo del padecimiento que afecte al paciente, ya sea a un centro de salud con servicios ampliados, un centro de salud con hospitalización o un hospital básico comunitario o a un hospital general o a un hospital de alta especialidad. Estas redes de servicios deberán estar constituidas en cada jurisdicción sanitaria.

#### **5.1.4 Afiliación de la población objetivo al SPSS**

La puesta en marcha de este componente a través del Programa, contribuirá a lograr que la población beneficiaria pueda ser afiliada al SPSS. Este acto de afiliación coadyuvará a lograr la sustentabilidad de los servicios y la atención médica de calidad, ya que permitirá que familias que no cuenten con recursos económicos puedan recibir de forma permanente dichos servicios de salud.

#### **Proceso de acreditación**

En el marco del SPSS, el Programa ha desarrollado un sistema de acreditación que garantice que cada UMM participante ofrezca la Cartera de Servicios en un contexto de capacidad resolutive, calidad y seguridad a favor de la población atendida.

La acreditación se realizará en tres etapas; en una primera se acreditarán UMM y casas de salud equipadas de medio camino conforme a la experiencia; tanto a nivel estructural como de procesos; en una segunda etapa se acreditarán rutas de las brigadas y sus componentes, para concluir en una acreditación de REDESS.

Según la complejidad de las unidades y del número y tipo de intervenciones se dará mayor énfasis a alguno de los tres elementos, conforme a lo siguiente:

Equipos de salud itinerantes (Calidad)

CASAS de Salud (Capacidad y Seguridad)

UNIDADES MOVILES Auxiliares de diagnóstico y tratamiento Tipo I, II y III (Calidad, Capacidad y Seguridad)

Se utilizará una Cédula de Acreditación con una sección común a todas las unidades, y con secciones intercambiables según etapa, tipo de unidad y si aplica criterio de interculturalidad<sup>9</sup>.

El proceso de acreditación será con base en dos tipos de criterios: Criterios mayores: pre-requisitos, en relación a la existencia de un Comité de Salud, del equipo de salud y de la presencia de un auxiliar comunitario. Los criterios menores: auditados durante el proceso, serán en función de elementos de las acciones ofertadas según la cartera de servicios.

En el caso de las unidades de salud itinerante el proceso de acreditación auditará la capacidad en estructura, en equipamiento, en insumos y en personal.

El veredicto de la acreditación será: Acreditada o No acreditada, y tendrá una vigencia de 5 años.

De forma específica y con base en los requerimientos establecidos por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES), se han establecido tres niveles de control, los cuales se describen a continuación:

### **Acreditación de UMM**

Toda unidad médica móvil para la prestación de servicios del Seguro Popular y del Seguro Médico para una Nueva Generación, conforme a la Cartera de Servicios definida, deberá de cumplir con los requisitos de acreditación, que marca el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, para estar en condiciones de ofertar los servicios respectivos.

Las unidades médicas móviles serán auditadas conforme a las cédulas correspondientes a cada tipo.

### **Proceso de afiliación**

El Programa apoya la afiliación de su población beneficiaria al SPSS; al respecto se tiene presente que la facultad de promover e incorporar beneficiarios al Sistema corresponde a los gobiernos de los Estados y del Distrito Federal a través de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS)<sup>10</sup>.

Por lo anterior, las unidades médicas móviles apoyarán en las actividades relativas a la promoción y afiliación al SPSS siempre y cuando, dichas actividades se realicen de manera coordinada con los REPSS. Las actividades a desarrollar, de manera genérica, son:

La promoción de los beneficios, derechos y obligaciones que conlleva la afiliación al Sistema

La integración de los expedientes familiares para su incorporación al Seguro Popular

El llenado de la Cédula de Características Socioeconómicas del Hogar (CESASOEH)

La entrega de las Pólizas de Afiliación y Cartas de Derechos y Obligaciones de los beneficiarios.

Asimismo, se gestionará que a los residentes de las localidades atendidas por el Programa se les asigne como unidad de salud de primer contacto a la misma Caravana. Esta acción se reflejará en la Póliza de Afiliación del Seguro Popular; para ello, lo único que se requiere es que el directorio de Caravanas, con su correspondiente clave (CLUES), se ingrese al Sistema de Administración del Padrón (SAP) y se establezcan la(s) unidades de referencia y contrarreferencia de pacientes de la Red de Prestadores de Servicios del Sistema.

Debe considerarse que la afiliación al SPSS es voluntaria, por lo que, en su caso, también se proporcionarán los beneficios del Programa a los no afiliados al Sistema.

De igual forma, se establece que no es necesario integrar un padrón de beneficiarios específico para el Programa. Para aquellas familias afiliadas al SPSS es suficiente con su acreditación para acceder a los servicios que brinden las Caravanas sin tener que realizar ningún gasto de bolsillo por concepto de pago de cuota de recuperación. El REPSS cubrirá dicho gasto bajo los esquemas estatales que se convengan en la normativa correspondiente, para lo cual se establecerán los esquemas de financiamiento, como con cualquier otro prestador de servicios, entre el REPSS y el Programa

Las UMM del Programa, para efectos del SPSS, son consideradas como otro prestador de la Red de Servicios del Sistema, y por lo tanto están sujetos a los estándares de acreditación y certificación ya establecidos<sup>11</sup> lo anterior en beneficio de la población que no tiene acceso a servicios médicos por la falta de infraestructura.

Asimismo, la CNPSS, promoverá la afiliación de localidades atendidas por el Programa, incluyendo una meta anual específica para cada una de las entidades federativas que participen en el Programa.

Es preciso señalar que el SPSS no otorga apoyos o subsidios directos a los beneficiarios; la CNPSS transfiere recursos por concepto de cuota social y aportación solidaria federal en función al número de familias afiliadas al Sistema en cada entidad federativa.

Para el caso de familias que por su decisión propia e informada no elijan incorporarse al SPSS y que no estén situadas en los deciles de menores ingresos establecidos para la exención de pago, el Programa le proporcionará hasta 79 intervenciones del CAUSES con los procedimientos de recuperación de recursos en los términos que estén determinados por los Servicios Estatales de Salud.

#### **5.1.5 Comunicación educativa**

El Programa surge para acercar y hacer accesibles los servicios de atención a la salud a comunidades que por su ubicación geográfica tienen dificultades para llegar a las unidades de salud más cercanas, por lo que es necesario realizar un plan de comunicación y posicionamiento para dar a conocer a los habitantes de estas localidades este programa así como fomentar su participación corresponsable en esta prestación de servicios.

El éxito de la implantación del Programa depende en gran medida de la participación activa de los habitantes y de la comunidad en general así como del empoderamiento que tengan del programa y estará sujeta a la claridad que tengan de: ¿Qué es?, ¿Cómo funciona? y ¿Cuáles son los beneficios que pueden obtener de este Programa?

Al llevar a cabo una campaña de comunicación educativa se promueve la participación social y comunitaria para el desarrollo de una cultura de prevención y atención oportuna de enfermedades que es uno de los objetivos específicos de este programa, entre otras muchas ventajas.

Es involucrar a los habitantes de la comunidad para que conozcan el Programa, tengan una participación corresponsable y que identifiquen las Caravanas de la Salud como una oportunidad de prevención y atención a las enfermedades, dentro de su comunidad.

La campaña de Caravanas de la Salud para el 2008, estará regulada por las disposiciones normativas y materiales de comunicación que se definen entre la DGPLADES en coordinación con la Dirección General de Comunicación Social de la Secretaría de Salud federal.

Los Servicios Estatales de Salud tendrán la responsabilidad de replicar la campaña de comunicación educativa de Caravanas de la Salud que se determine, difundiendo los materiales impresos, de radio y televisión que se autoricen, utilizando los medios de comunicación a su alcance.

Asimismo, deberán de participar en el monitoreo de la campaña en los medios de comunicación disponibles en sus entidades federativas.

### 5.1.6 Información

Al ser definidas las Caravanas de la Salud, como una UMM de la Red de Servicios de Salud estatal, los mecanismos que se utilizarán para la generación de datos será el normado por el Sistema de Información en Salud (SIS Secretaría de Salud); en particular, se relacionará con los subsistemas de Prestación de Servicios y el de Infraestructura. Con base en la información que se genere a través del SIS, el programa integrará un conjunto de indicadores de cobertura, recursos, productividad y seguimiento de pacientes, con aplicación de los esquemas de geo-referenciación, interculturalidad, calidad y telemedicina. Los indicadores que se utilizarán se describen en el apartado de evaluación interna.

### 5.1.7 Tecnologías de la Información

Durante 2008 la Secretaría de Salud a través de las direcciones generales de Tecnologías de la Información y de Planeación y Desarrollo en Salud, en coordinación con la de Información en Salud, llevarán a cabo acciones para implantar un sistema automatizado de información del Programa. Para ello, se atenderán los dos grandes procesos que a continuación se describen:

#### **Regla de conectividad a Internet**

- ◆ Las unidades móviles deberán contar con la capacidad de establecer un enlace con Internet. El enlace se realizará mediante banda ancha o telefonía celular. En caso de fallas, la unidad establecerá el enlace mediante el apoyo de establecimientos comerciales o institucionales que brinden servicios de Internet.
- ◆ La tecnología de conectividad a Internet incorporada a cada unidad móvil contempla un esquema de conectividad idóneo en términos de costo, cobertura y calidad para el servicio de cada unidad. Lo anterior tiene por objetivo que la unidad disponga de un enlace con Internet y consecuentemente al portafolio de aplicaciones de informática desarrollada ex profeso para el Programa.

#### **Regla del uso del expediente clínico electrónico y su sincronización a las bases de datos estatal y federal**

- ◆ Los datos generados por las actividades de gestión médica de cada unidad móvil se almacenarán en forma electrónica a través del sistema estandarizado de Expediente Clínico Electrónico y cada unidad sincronizará dichos datos para alimentar las bases de datos del expediente clínico.
- ◆ El expediente clínico electrónico tiene una versión de pantallas de captura y reportes desarrollada ex profeso para el Programa. Es el eje subyacente para el acceso a la red de servicios hospitalarios del Sector Salud, así como para la conformación de un repositorio de datos de donde se obtendrán los indicadores definidos para medir el comportamiento del Programa.
- ◆ Por tal motivo se constituye en regla de operación que las actividades de gestión hospitalaria que tengan lugar en cada unidad móvil se registren en el sistema de expediente clínico electrónico y la información local alimente regularmente al repositorio central de datos mediante la técnica denominada sincronización de datos. Lo anterior permitirá obtener una base de datos única, cuya explotación permitirá obtener indicadores de desempeño para apoyar la toma de decisiones.

### 5.1.8 Financiamiento

El Programa será operado con la rectoría y financiamiento de la Secretaría de Salud Federal para la adquisición de vehículos, contratación del personal permanente y gastos de operación para la puesta en marcha (primeros dos meses) de las UMM nuevas, adquiridas en este ejercicio fiscal.

Los Servicios Estatales de Salud tienen la responsabilidad de la organización operativa del Programa, así como del financiamiento proveniente del Ramo 33 que será destinado a proporcionar los servicios de salud a la persona y a la comunidad por medio de los equipos de salud itinerante existente, a la población afiliada y la no beneficiaria del SPSS.

Los REPSS constituyen los agentes financiadores del Programa bajo dos premisas:

Por la prestación de servicios incluidos en las 79 intervenciones del CAUSES a la población objetivo del Programa que esté afiliada al Seguro Médico para una Nueva Generación y al SPSS.

Porque dicha atención sea proporcionada por las UMM debidamente acreditadas.

Para la transferencia de recursos del financiamiento se firmarán los instrumentos jurídico-administrativos correspondientes (Acuerdos de Gestión) entre los REPSS y los Servicios Estatales de Salud. En estos instrumentos se establecerán los mecanismos de pago de los servicios proporcionados por las Caravanas de la Salud a través del esquema de financiamiento per cápita por el total de 79 intervenciones del CAUSES proporcionadas de forma directa a la población beneficiaria. Esta acción permitirá que los recursos financieros sigan a la personas.

Asimismo, los Servicios Estatales de Salud negociarán las prioridades de atención a la comunidad con la CNPSS a través de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, referente a los recursos que serán asignados al Programa derivados del Fondo de Aportaciones de Servicios de Salud a la Comunidad (FASSA C).

El ejercicio de los recursos financieros asignados al Programa deberá ser ejercido y comprobado con base en la normatividad en la materia.

## **5.2 Ejecución**

### **5.2.1 Avance Físico y Financiero**

El Programa considera la formulación de un reporte trimestral de los avances físicos y financieros de los recursos ejercidos bajo su responsabilidad. Iniciando con un reporte que envían las entidades federativas, en la primera semana de inicio del siguiente trimestre. El concentrado nacional de este reporte se enviará a la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto de la Secretaría de Salud, por parte de la Dirección General de Planeación y Desarrollo durante los 15 días hábiles posteriores a la terminación del trimestre que se informa.

El reporte se ha establecido en coordinación con la instancia responsable y contiene un informe con la clara explicación de las variaciones entre los recursos autorizados (presupuesto autorizado), lo que se actualizó (el presupuesto modificado) y se gastó o utilizó (el presupuesto ejercido) y las metas establecidas. Esta información permite conocer la eficiencia del programa en el trimestre que se reporta.

#### **Ejemplo:**

##### **Secretaría de Salud**

## Programa Caravanas de la Salud

### Avances Físico-Financiero

#### Primer trimestre de 2008 (Enero-Marzo)

Partida/ Concepto de Gasto	Indicador	Meta	Presupuesto (en pesos)					
			Autorizado	%	Modificado	%	Ejercido	%

#### 5.2.2 Cierre del Ejercicio Presupuestal

El Programa estatal se obliga a elaborar anualmente, el cierre del ejercicio. Este se define como el periodo con el que finaliza el año a nivel presupuestal y con ello el fin de las actividades por ese periodo.

El programa integrará el cierre de ejercicio programático anualmente, con base en el formato referido en la sección anterior y lo enviará en un documento impreso y en medios magnéticos a más tardar el último día hábil de enero del ejercicio fiscal (del año siguiente) a la DGPLADES de la Secretaría de Salud.

Cabe aclarar que **los recursos y las acciones destinadas a solventar los efectos ocasionados por desastres naturales, deberán apegarse a los lineamientos y mecanismos que determinen la Secretaría de Gobernación y la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, en sus ámbitos de competencia y demás disposiciones aplicables.**

#### 5.2.3 Recursos no devengados

Se entenderá por recursos no devengados, los recursos no utilizados por el Programa, para los fines que se les han establecido o autorizado.

Los recursos que no se destinen a los fines autorizados y los no devengados al 31 de diciembre de cada año, deberán ser reintegrados inmediatamente a la Tesorería de la Federación. Para su cuantificación se utilizará el siguiente formato:

#### Ejemplificación de la información

Actividad	Indicador	Meta	Presupuesto (en pesos)					
			Autorizado	%	Modificado	%	Ejercido	%
Inmunización	Dosis	300,000	1,000,000.00		1,200,000.00		1,150,000.00	

La diferencia entre el presupuesto modificado menos el ejercido corresponderá a los recursos que deberán ser reintegrados de acuerdo a la normativa correspondiente.

## 6. Auditoría, control y seguimiento

## **Auditoría y control**

Los recursos que la Federación otorga para este Programa podrán ser revisados por la Secretaría de la Función Pública, a través de la Dirección General de Operación Regional y Contraloría Social y, en su caso, por la Unidad de Auditoría Gubernamental de los Organos Internos de Control en las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Federal y/o Auditores Independientes contratados para tal efecto, en coordinación con los Organos Estatales de Control; la Secretaría de Hacienda y Crédito Público; la Auditoría Superior de la Federación y demás instancias que en el ámbito de sus respectivas atribuciones resulten competentes.

Como resultado de las acciones de auditoría que se lleven a cabo, la instancia de control que las realice mantendrá un seguimiento interno que permita emitir informes de las revisiones efectuadas, dando principal importancia a la atención en tiempo y forma de las anomalías detectadas, hasta su total solventación.

## **Seguimiento**

El Modelo de Seguimiento debe permitir también identificar las buenas prácticas y promover su aplicación en el resto de los servidores públicos a fin de mejorar la implantación de las políticas y enriquecer la gerencia y su uso gerencial vincularlo a la operación de los servicios. Para ello, es necesario evolucionar al concepto de monitoreo y evaluación integral que implica la observación completa, permanente y continua de las acciones y la medición de las mismas a través de indicadores de estructura, proceso, resultado e impacto.

Una mayor efectividad de este Modelo, se logrará también, a través de su operación descentralizada, con lo que se obtiene la identificación temprana de riesgos y de inconsistencias y la aplicación oportuna de medidas preventivas y correctivas de las desviaciones.

Se fortalecerán los mecanismos internos de concertación y coordinación de la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, de tal manera, que el Modelo de Monitoreo funcione de forma dinámica y homogénea, basado en técnicas y métodos establecidos y los acuerdos y compromisos resultados sean sujetos de seguimiento por las áreas técnicas responsables de los programas sustantivos. Para ello, se adecuará el Modelo y los instrumentos operativos, con el objeto de propiciar el desarrollo sistemático y coordinado de actividades de control y seguimiento para identificar y atender los problemas de la operación y anticiparse a su recurrencia.

## **7. Evaluación**

El fin último de un programa de salud es mejorar las condiciones de bienestar de la población a la que atiende; finalidad que se alcanza a través del otorgamiento de servicios equitativos y de calidad, congruentes con las necesidades y expectativas de las personas; por lo tanto, el desarrollo e impacto de estos servicios en el logro de este propósito debe vigilarse y evaluarse.

En este contexto y para coadyuvar a que el Programa logre la finalidad y objetivos establecidos es necesario establecer modelos integrales de seguimiento y de evaluación que se apliquen en todos los niveles de la organización y que además de detectar errores e ineficiencias, permita identificar los ámbitos en los que es necesario hacer correcciones.

La evaluación del Programa permite la valoración permanente de sus avances; para ello se utilizan diversos procesos para la recopilación y análisis de información con el objetivo de determinar si se está cumpliendo con las actividades que se planearon y la medida en que se está cumpliendo con los objetivos planteados.

## 7.1 Interna

En este apartado se incluyen los instrumentos de medición diseñados por el Programa para dar seguimiento a su desempeño. Para cada uno de los indicadores de resultados planteados se describe: el nombre, la fórmula de cálculo y la periodicidad con la que se obtendrán los resultados de la operación del programa. Los indicadores se han vinculado con los objetivos, de tal manera que la consecución de las metas permita el cumplimiento de éstos.

En este momento, las limitaciones para el procesamiento de la información no permiten incluir indicadores de resultados desagregados por sexo y por grupo de edad, de forma que se demuestre el acceso equitativo y no discriminatorio de las mujeres e indígenas a los beneficios de los programas, así como propiciar la protección del medio ambiente y de los recursos naturales. Sin embargo, se gestionará ante las instancias correspondientes la desagregación de los indicadores para las desagregaciones de referencia.

La construcción de este apartado se ha elaborado dando congruencia a la lógica horizontal de la Matriz de Indicadores del Programa, con base en la Metodología de Marco Lógico. En este contexto, se considera a la evaluación como un proceso permanente con un sistema establecido sistemáticamente y un constante análisis de la información para conocer el avance, la calidad y la eficacia del Programa.

Para tal efecto, con base en la Matriz Lógica se han establecido 21 indicadores. Estos miden que las unidades móviles en operación, estén equipadas y cuenten con un equipo itinerante completo y capacitado; una plena identificación de las localidades programadas en las que se llevan a cabo acciones de prevención y promoción de la salud; la entrega de un conjunto de acciones de atención médica ambulatoria para las familias y personas beneficiarias; el apoyo para la afiliación de las familias atendidas por el Programa en el Sistema de Protección Social en Salud o las ya incorporadas que reciban atención en su localidad; todo esto en unidades móviles acreditadas para su operación. Estos elementos constituyen la base del programa que cuenta con una valoración sistemática permitiendo organizar la revisión de sus componentes de diseño y ejecución contribuyendo ampliamente al logro de los objetivos del Programa.

Los indicadores para medir el desempeño del programa son:

**Tabla 2**

### **Indicadores del Programa de Caravanas de la Salud**

<b>Indicadores del Programa Caravanas de la Salud</b>		
<b>Nombre</b>	<b>Fórmula</b>	<b>Periodicidad</b>
1.1 Población que habita en comunidades aisladas y con alta marginación que es atendida por el Programa	$1.1 = \frac{\text{Población atendida por el Programa}}{\text{Población que habita en comunidades aisladas y con alta marginación}} * 100$	Anual
11.1 Ejercicio presupuestal del Programa	$11.1 = \frac{\text{Presupuesto ejercido}}{\text{Presupuesto modificado}} * 100$	Semestral
11.2 Localidades programadas que son atendidas por el Programa	$11.2 = \frac{\text{Localidades atendidas}}{\text{Localidades programadas para ser atendidas}} * 100$	Anual
111.1 Unidades móviles en operación y totalmente	$111.1 = \frac{\text{Unidades móviles en operación y totalmente equipadas}}{\text{Unidades móviles en operación y totalmente equipadas}} * 100$	Anual

equipadas y con equipo itinerante completo y capacitado	itinerante completo y capacitado/ Unidades en operación y totalmente equipadas)*100	
111.2 Unidades móviles acreditadas respecto del total en operación	111.2=(Unidades móviles acreditadas/ Unidades móviles en operación)*100	Trimestral
112.1 Localidades programadas en las que se llevan a cabo acciones de prevención y promoción	112.1=(Localidades en las que se llevan a cabo acciones de prevención y promoción/ Localidades programadas para acciones de prevención y promoción)*100	Trimestral
113.1 Actividades de atención médica ambulatoria realizadas sobre las programadas	113.1=(Actividades de atención medica ambulatoria realizadas/ Actividades de atención medica ambulatoria programadas)*100	Trimestral
114.1 Familias incluidas en el Programa que están afiliadas al Sistema de Protección Social en Salud	114.1=(Familias incluidas por el Programa que están afiliadas al Sistema de Protección Social en Salud/ Familias incluidas programadas a afiliarse al Sistema de Protección Social en Salud)*100	Trimestral
1111.1 Unidades móviles programadas que son adquiridas	1111.1=(Unidades móviles adquiridas/ Unidades móviles programadas )*100	Anual
1112.1 Unidades móviles operando programadas a incorporarse al Programa que son incorporadas	1112.1=(Total de unidades móviles operando incorporadas/ Total de unidades móviles operando programadas a incorporarse)*100	Anual
1112.2 Acciones de conservación y mantenimiento programadas que son realizadas	1112.2=(Total de acciones de conservación y mantenimiento realizadas/ Total de acciones de conservación y mantenimiento programadas)*100	Semestral
1113.1 Personal de salud capacitado de forma específica para el Programa	1113.1=(Total de personal de salud disponible para el programa que es capacitado de forma específica para la operación del programa/ Total de personal de salud disponible para el Programa)* 100	Semestral
1121.1 Municipios incorporados al Programa	1121.1=(Total de municipios programados que son incorporados al programa/ Total de municipios programados a incorporar al programa)*100	Semestral
1121.2 Localidades programadas en rutas que se atendieron	1121.2=(Total de localidades programadas en rutas que se atendieron/ Total de localidades programadas en rutas)*100	Semestral
1121.3 Localidades atendidas por el Programa que cuentan con auxiliar de salud	1121.3=(Total de localidades atendidas por el programa que cuentan con auxiliar de salud/ Total de localidades atendidas por el programa)*100	Trimestral
1122.1 Acciones de prevención y promoción de la salud realizadas	1122.1=(Total de acciones de prevención y promoción de la salud realizadas/ Total de acciones de prevención y promoción de la salud programadas a realizar)*100	Trimestral
1131.1 Consultas médicas de primera vez	1131.1=(Total de consultas médicas otorgadas que son de primera vez/ Total de consultas médicas otorgadas)*100	Trimestral

1131.2 Consultas médicas subsecuentes	1131.2=(Total de consultas médicas otorgadas que son subsecuentes/Total de consultas médicas otorgadas)*100	Trimestral
1132.1 Pacientes referidos a una unidad de salud de mayor capacidad resolutive	1132.1=(Total de pacientes atendidos que son referidos a una unidad de salud de mayor capacidad resolutive/ Total de pacientes atendidos)*100	Trimestral
1141.1 Caravanas de salud acreditadas	1141.1=(Total de caravanas de salud acreditadas/ Total de caravanas de salud)* 100	Trimestral
1142.1 Familias afiliadas al Sistema de Protección Social en Salud	1142.1=(Total de familias informadas sobre el Sistema de Protección Social en Salud que son afiliadas/ Total de familias informadas sobre el Sistema de Protección Social en Salud)*100	Trimestral

La evaluación es corresponsabilidad entre la Secretaría de Salud y los Servicios Estatales de Salud, siendo necesaria la participación de las unidades administrativas que intervienen en la operación del Programa, para el mejor desarrollo de la misma, así como para asegurar su involucramiento en la revisión de las recomendaciones que se deriven de la evaluación y, en su caso, las que se determinen procedentes, su implementación y seguimiento.

## 7.2 Externa

El Programa estará sujeto a evaluaciones externas coordinadas por la Dirección General de Evaluación del Desempeño (DGED) y realizadas por instituciones académicas o privadas del país.

El plan de evaluación contempla tres mediciones:

Evaluación inicial 2007

Evaluación de mitad de camino (2009), y

Evaluación final (2011).

La DGED será la encargada de elaborar los términos de referencia para cada ejercicio de evaluación, realizar las convocatorias respectivas y seleccionar a la consultora encargada de los trabajos de evaluación.

Asimismo, la DGED se encargará de supervisar los trabajos de campo relacionados con las tres mediciones programadas para asegurar que los productos entregables por las consultoras se adhieran a los requerimientos técnicos y los resultados provean evidencias para mejorar la operación del Programa, a la par de contribuir a la transparencia en el uso de los recursos públicos y a los procesos de rendición de cuentas. En este sentido, los resultados de cada ejercicio de evaluación se pondrán a disposición del público en el sitio de Internet de la DGED y de la Secretaría de Salud.

De igual forma, estos resultados serán difundidos en los Informes de Gobierno, de Labores y de Ejecución y en los informes anuales relacionados con el seguimiento de las Metas del PRONASA 2007-2012 en sus apartados específicos.

## 8. Transparencia

Por transparencia se define el acceso público a la información completa, exacta y clara acerca del programa. La cual se solidifica a través de la difusión del programa, la contraloría social.

### **8.1 Difusión**

La difusión es la propagación o divulgación de los beneficios del Programa, la cual contiene elementos que certifiquen la correcta utilización de los recursos y la procedencia del mismo.

Para ello, se llevarán a cabo las siguientes acciones:

Se dará amplia difusión al Programa a nivel nacional, y se promoverán similares acciones por parte de los Servicios Estatales de Salud. La información del Programa se dará a conocer en la página de Internet de la Secretaría de Salud desagregada por entidad federativa.

La papelería, documentación oficial, así como la publicidad y promoción de este Programa, incluirán la siguiente leyenda:

*Este Programa es de carácter público, no es patrocinado ni promovido por partido político alguno y sus recursos provienen de los impuestos que pagan todos los contribuyentes. Está prohibido el uso de este programa con fines políticos, electorales, de lucro y otros distintos a los establecidos. Quien haga uso indebido de los recursos de este programa deberá ser denunciado y sancionado de acuerdo con la ley aplicable y ante la autoridad competente.*

La información de montos y beneficiarios será publicada en los términos de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.

### **8.2 Contraloría social**

La Contraloría Social se define como el conjunto de personas de la comunidad encargadas de revisar el cumplimiento de los lineamientos, normas o las acciones propuestas.

Con el propósito de incorporar a la ciudadanía en el control, vigilancia y evaluación de los programas sociales, los Servicios Estatales de Salud promoverán la contraloría social con base en la normatividad establecida para tal efecto, fomentando acciones que transparenten la operación del programa en cuestión.

La contraloría social estará a cargo de los miembros de la comunidad, incluidos los integrantes del Comité o instancia asociativa de beneficiarios.

Las acciones a fomentar serán las siguientes:

Informar a la ciudadanía acerca de los apoyos otorgados y su costo a nivel de obra, acción, nombre de los beneficiarios, derechos y obligaciones de los mismos

Capacitar a los beneficiarios para que se constituyan en instancias de vigilancia y evaluación social

Establecer espacios de comunicación (reuniones vecinales, atención directa a beneficiarios, etcétera)

Promover la integración de organizaciones de la sociedad civil en acciones de contraloría social

Instrumentar mecanismos de captación y atención de quejas y denuncias

La Secretaría de la Función Pública y el Organismo Interno de Control verificarán, en lo correspondiente, la realización de dichas acciones.

## 9. Quejas y Denuncias

Las quejas y denuncias de la ciudadanía en general se captarán a través del Organismo Estatal de Control, así como en las contralorías internas de salud en los ámbitos federal y estatal, según corresponda.

Las personas podrán presentar sus manifestaciones: quejas, denuncias, solicitudes y reconocimientos a través de tres medios:

Por escrito: Con formato libre o en los formatos establecidos para tal fin, cuidando que se proporcione los datos e información básica para dar el curso legal que corresponda a cada caso: como es el nombre y firma del peticionario, denunciante o quejoso, domicilio, localidad, municipio, entidad federativa, descripción resumida y precisa de los hechos, fecha, nombre de la persona o servidor público contra quien vaya dirigida la inconformidad y la institución a la que pertenezca. La población podrá presentar sus manifestaciones a través de los siguientes medios:

Buzones que se encuentren instalados en la Unidad Médica Móvil

Buzones fijos que se encuentren instalados en las oficinas de las presidencias municipales

Reuniones de los comités locales de salud

Por teléfono: A través del sistema de atención telefónica en un horario de 9 a 18 horas de lunes a viernes, llamando a los números telefónicos:

SACTEL 01800 00 148 00 en el interior del país, o

(0155) 52560113 al 16 Ext. 299 en la Ciudad de México

Números de los sistemas similares que operen en cada entidad bajo la coordinación de cada Organismo Estatal de Control o de las Coordinaciones Estatales del Programa

Por medio electrónico: A través de Internet, a la dirección electrónica de la Dirección General de Planeación y desarrollo en Salud:

[dgpladescaravanasdelasalud@gmail.com](mailto:dgpladescaravanasdelasalud@gmail.com)

## 10. Anexo 1

### Municipios de Menor Índice de Desarrollo Humano

Se ubican en siete entidades federativas:

Entidad Federativa	No.
--------------------	-----

	Municipios
Chiapas	20
Durango	1
Guerrero	21
Nayarit	1
Oaxaca	58
Puebla	9
Veracruz	15
<b>Total</b>	<b>125</b>

Y se localizan por entidad federativa de la siguiente forma:

<b>Lista de los 125 municipios con menor IDH<sup>12</sup></b>				
<b>Número Progresivo</b>	<b>Nombre de la entidad</b>	<b>Nombre del Municipio</b>	<b>Población total 2005</b>	<b>IDH 2000</b>
1	Chiapas	Sitalá	10,246	0.44338
2	Chiapas	Santiago el Pinar	2,854	0.44970
3	Chiapas	Aldama	4,906	0.46336
4	Chiapas	Chalchihuitán	13,295	0.47678
5	Chiapas	Mitontic	9,042	0.48429
6	Chiapas	Chamula	67,085	0.48542
7	Chiapas	San Juan Cancuc	24,906	0.49962
8	Chiapas	Chanal	9,050	0.52380
9	Chiapas	Chenalhó	31,788	0.52381
10	Chiapas	Zinacantán	31,061	0.52514
11	Chiapas	Chilón	95,907	0.53494
12	Chiapas	San Andrés Duraznal	3,145	0.53975
13	Chiapas	Pantelhó	19,228	0.54758
14	Chiapas	Ocoatepec	10,543	0.55072
15	Chiapas	Francisco León	6,454	0.55388
16	Chiapas	Pantepec	9,785	0.55463
17	Chiapas	Tumbalá	28,884	0.55586
18	Chiapas	Amatenango del Valle	8,506	0.56333
19	Chiapas	Larráinzar	17,320	0.56389
20	Chiapas	Huixtán	19,018	0.57028
21	Durango	Mezquital	30,069	0.52371
22	Guerrero	Metlatónoc	17,398	0.38855
23	Guerrero	Xochistlahuaca	25,180	0.49841
24	Guerrero	Atlixac	23,371	0.49855
25	Guerrero	Copanatoyac	17,337	0.50813
26	Guerrero	Alcozauca de Guerrero	16,237	0.50910
27	Guerrero	Tlacoachistlahuaca	18,055	0.51141

28	Guerrero	Xalpatláhuac	12,615	0.51455
29	Guerrero	Acatepec	28,525	0.51853
30	Guerrero	Zapotitlán Tablas	9,601	0.53852
31	Guerrero	Copalillo	13,747	0.55769
32	Guerrero	Atlamajalcingo del Monte	5,143	0.55775
33	Guerrero	Ahuacuotzingo	23,026	0.56567
34	Guerrero	Tlacoapa	8,733	0.57794
35	Guerrero	Zitlala	19,718	0.58097
36	Guerrero	Malinaltepec	26,613	0.59157
37	Guerrero	Pedro Ascencio Alquisiras	6,987	0.60268
38	Guerrero	San Miguel Totolapan	27,033	0.61564
39	Guerrero	General Heliodoro Castillo	34,554	0.63818
40	Guerrero	Cochoapa el Grande	15,572	N.d.
41	Guerrero	José Joaquín de Herrera	14,424	N.d.
42	Guerrero	Iliatenco	10,039	N.d.
43	Nayarit	Del Nayar	30,551	0.49173
44	Oaxaca	Coicoyán de las Flores	7,598	0.39515
45	Oaxaca	San Simón Zahuatlán	2,481	0.42855
46	Oaxaca	Santa Lucía Miahuatlán	3,023	0.44440
47	Oaxaca	Santa María la Asunción	3,223	0.45868
48	Oaxaca	Santiago Ixtayutla	11,542	0.47651
49	Oaxaca	Huautepec	5,672	0.47988
50	Oaxaca	Santo Domingo Tepuxtepec	3,714	0.48096
51	Oaxaca	Santiago Amoltepec	11,113	0.48462
52	Oaxaca	Santa María Temaxcaltepec	2,628	0.49110
53	Oaxaca	San Miguel Santa Flor	795	0.50565
54	Oaxaca	San Lorenzo Texmelúcan	6,319	0.51156
55	Oaxaca	Eloxochitlán de Flores Magón	4,042	0.51183
56	Oaxaca	San José Tenango	18,120	0.51294
57	Oaxaca	Santos Reyes Yucuná	1,322	0.51613
58	Oaxaca	Santa María Tepantlali	2,315	0.51657
59	Oaxaca	San Martín Itunyoso	2,554	0.51836
60	Oaxaca	Santo Domingo de Morelos	8,751	0.51908
61	Oaxaca	Santa Cruz Zenzontepec	16,773	0.52151
62	Oaxaca	San Andrés Paxtlán	4,066	0.52574
63	Oaxaca	Santa Ana Ateixtlahuaca	572	0.52687
64	Oaxaca	San Pedro Ocopetatlillo	897	0.53121
65	Oaxaca	Santiago Tlazoyaltepec	4,357	0.53473
66	Oaxaca	San Miguel Mixtepec	2,387	0.53483
67	Oaxaca	Santa María Tlaxiactac	1,568	0.53503
68	Oaxaca	San Pedro y San Pablo Ayutla	4,319	0.53576
69	Oaxaca	San Juan Petlapa	2,717	0.53690
70	Oaxaca	San Marcial Ozolotepec	1,399	0.53760
71	Oaxaca	Santiago Yaitepec	3,665	0.53774

72	Oaxaca	San Lucas Camotlán	2,524	0.53863
73	Oaxaca	San Miguel Ahuehuetitlán	2,226	0.53925
74	Oaxaca	Santa María Chilchotla	20,577	0.53950
75	Oaxaca	Santiago Texcalcingo	2,781	0.54066
76	Oaxaca	San José Lachiguirí	3,541	0.54344
77	Oaxaca	San Pedro el Alto	3,949	0.54382
78	Oaxaca	San Agustín Loxicha	17,823	0.54467
79	Oaxaca	San Lorenzo Cuaunecuiltitla	738	0.54789
80	Oaxaca	San Francisco Chapulapa	1,968	0.54965
81	Oaxaca	Mazatlán Villa de Flores	12,934	0.55038
82	Oaxaca	Santa María Apazco	1,629	0.55252
83	Oaxaca	San Juan Juquila Mixes	3,557	0.55454
84	Oaxaca	San Antonio Sinicahua	1,298	0.55471
85	Oaxaca	San Juan Coatzacoapam	2,019	0.55496
86	Oaxaca	San Miguel Coatlán	2,808	0.55641
87	Oaxaca	San Francisco Huehuetlán	1,251	0.56074
88	Oaxaca	Yogana	1,160	0.56088
89	Oaxaca	Magdalena Peñasco	3,461	0.56093
90	Oaxaca	San Francisco Tlapancingo	1,235	0.56156
91	Oaxaca	Santiago Xanica	2,829	0.56320
92	Oaxaca	Santa María Peñoles	7,640	0.56341
93	Oaxaca	San Lucas Zoquiápam	7,384	0.56351
94	Oaxaca	San José Independencia	3,689	0.56528
95	Oaxaca	Santa Cruz Acatepec	1,301	0.57469
96	Oaxaca	Santa Inés del Monte	2,275	0.57765
97	Oaxaca	Santa Lucía Monteverde	6,397	0.58150
98	Oaxaca	San Juan Comaltepec	2,389	0.58794
99	Oaxaca	San Miguel Peras	3,126	0.60369
100	Oaxaca	San Pablo Cuatro Venados	1,267	0.63753
101	Oaxaca	San Bartolomé Ayautla	3,713	N.d.
102	Puebla	Eloxochitlán	11,347	0.51613
103	Puebla	Hueytlalpan	4,661	0.51613
104	Puebla	Zoquitlán	18,688	0.54642
105	Puebla	Chiconcuautila	13,562	0.54936
106	Puebla	Huehuetla	15,616	0.55355
107	Puebla	San Felipe Tepatlán	4,309	0.55783
108	Puebla	Camocuautla	2,207	0.55839
109	Puebla	Coyomeapan	12,614	0.56035
110	Puebla	San Sebastián Tlacotepec	12,688	0.57067
111	Veracruz	Tehuipango	20,406	0.40460
112	Veracruz	Mixtla de Altamirano	9,572	0.41847
113	Veracruz	Astacinga	4,846	0.50221
114	Veracruz	Texcatepec	9,733	0.50890
115	Veracruz	Atlahuilco	9,038	0.51471

116	Veracruz	Ilamatlán	13,319	0.51673
117	Veracruz	Filomeno Mata	14,426	0.53141
118	Veracruz	Soledad Atzompa	19,189	0.53543
119	Veracruz	Mecatlán	11,256	0.53804
120	Veracruz	Zontecomatlán de López y Fuentes	13,091	0.53822
121	Veracruz	Los Reyes	4,835	0.54079
122	Veracruz	Tlaquilpa	6,554	0.54344
123	Veracruz	Xoxocotla	4,641	0.55234
124	Veracruz	Soteapan	28,104	0.55946
125	Veracruz	Tequila	12,206	0.56104

### **TRANSITORIO**

**UNICO.** El presente Acuerdo entrará en vigor al día siguiente al de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

México, D.F., a 20 de diciembre de 2007.- El Secretario de Salud, **José Angel Córdova Villalobos**.- Rúbrica.