



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ECONOMÍA

RESULTADOS DEL PROGRAMA IMSS-PROSPERA,
2007-2013

Tesina que para obtener el título de licenciado en economía

P R E S E N T A:

AUTOR

Héctor Fortino Hernández Vázquez

Director: cDr. MIGUEL CERVANTES JIMÉNEZ



CIUDAD UNIVERSITARIA, MÉXICO, D.F. DICIEMBRE DE 2015



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIA

A mis padres, Ruperto y María del Carmen

Por la herencia más grande que se puede obtener

A mi esposa Paula

Por compartir todos los momentos de mi vida

A mis hijas, Paola y Regina

Como ejemplo a seguir a futuro

A mis hermanos Rosaura, Lourdes, Carmen y Alfredo por la ayuda recibida

Agradecimiento a la Universidad Nacional Autónoma de México y en especial a la Facultad de Economía por otorgarme la oportunidad de haber estudiado en esta gran institución.

Al Instituto Mexicano del Seguro Social por haberme permitido desarrollarme profesionalmente

Al Dr. Miguel Cervantes Jiménez por el apoyo incondicional para llevar a buen término este trabajo

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
I. FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA PARTICIPACIÓN DEL GOBIERNO EN LA ECONOMÍA	3
1.1. El papel del gobierno en la economía: fundamentos teóricos de los programas sociales.....	3
1.2. Los programas de asistencia social	7
1.3. Los programas sociales en México.....	9
II. ANTECEDENTES Y MARCO NORMATIVO DEL PROGRAMA IMSS-PROSPERA.....	15
2.1. Antecedentes del Programa IMSS- Prospera	15
2.2. Programa IMSS-Prospera	20
2.2.1. Objetivos y misión del programa IMSS-Prospera.....	24
2.2.2. Características del programa IMSS-Prospera.....	25
2.2.3. Presupuesto	26
III. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA IMSS-PROSPERA	29
3.1. Evaluación de la infraestructura del programa IMSS-Prospera.....	30
3.2. Evaluación del programa IMSS-Prospera, el caso de la vacunación universal.....	31
3.3. Evaluación en la prevención y reducción de la muerte materna del programa IMSS-Prospera	32
3.4. Evaluación de la atención juvenil en el programa IMSS-Prospera	33
3.5. Lucha contra el cáncer cervico-uterino	34
3.6. Control de epidemias.....	36
3.7. Atención médica	38
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	43
BIBLIOGRAFÍA	46
ANEXO A.....	47

INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia se ha identificado un debate entre dos posiciones fundamentales en cuestión de gobierno y economía, la primera de ellas promueve un sistema en el que los agentes individuales puedan elegir libremente a través del sistema de mercado, el cual no debe ser intervenido, delegando funciones de protección de derechos de propiedad (un estado de derecho fuerte) y de construcción de infraestructura y seguridad nacional al gobierno; la segunda posición se caracteriza por pedir una mayor intervención del gobierno en la sociedad y en la economía. Un aspecto central es este debate es el rol que debe jugar el gobierno en los servicios de salubridad, si deben ser provistos por este actor o por el contrario dejar que cada individuo elija el servicio que más le convenga, proveyendo únicamente de este servicio a los individuos más pobres o con menos recursos.

En México el 19 de enero de 1943 se constituyó el IMSS, con una composición tripartita para su gobierno, integrado, de manera igualitaria, por representantes de los trabajadores, de los patrones y del Gobierno Federal. Dentro del conjunto de las instituciones que otorgan prestaciones de seguridad social y/o aseguramiento público en salud en México, el IMSS es la institución con el mayor número de población atendida, seguido por el Seguro Popular ya que actualmente cuenta con una población derechohabiente de 57.5 millones de personas.

La creación y desarrollo del Programa IMSS-Prospera se da bajo el cobijo del IMSS, organismo que le ha proporcionado el respaldo y asistencia técnica y administrativa necesarios para lograr impactos en el mejoramiento de la salud de los grupos más vulnerables. Su primer antecedente se remonta a 1973, cuando se reformó la Ley del Seguro Social para facultar al IMSS a extender su acción a grupos de población sin capacidad contributiva, en condiciones de pobreza y marginación extremas. Con la creación del Programa Nacional de Solidaridad (Pronasol) en el periodo 1988-1994, el Gobierno Federal retorna a una política de combate a la pobreza extrema en todo el país. Lo anterior propició el cambio denominado Programa IMSS-COPLAMAR por IMSS-Solidaridad y el impulso, por parte de Pronasol, de la ampliación de servicios de salud a más localidades marginadas. Esto se tradujo en un crecimiento importante en la infraestructura de IMSS-Solidaridad con 1,111 nuevas unidades de primer nivel y 10 Hospitales Rurales, situación que permitió atender a 10.3 millones de personas. En 2014 cambió la denominación a IMSS-Prospera, actualmente tiene presencia en 28 estados del país con una población adscrita de 11.6 millones de personas, atiende 20,223 localidades, 7% del total nacional- pertenecientes a 1,472

municipios 60% del total nacional-. El 84% de las localidades cubiertas por el programa tiene índices de alta y muy alta marginación de acuerdo con el Índice de marginación a nivel localidad 2010 elaborado por el Consejo Nacional de Población

IMSS-Prospera es un Programa del Gobierno Federal, desconcentrado de la Secretaría de Salud y administrado por el IMSS, que promueve el derecho a la salud y el bienestar individual en los ámbitos rural y urbano social en zonas marginadas, usualmente identificada como población abierta; es decir, cualquier persona puede acudir en demanda del servicio. La misión del programa, consiste en proporcionar atención integral a la salud con calidad y humanismo para contribuir a mejorar las condiciones de vida y bienestar de la población, mediante una red regionalizada de unidades de primer y segundo nivel, contando con la participación voluntaria, organizada, comprometida y continúa de la comunidad.

Su operación se sustenta en el Modelo de Atención Integral a la Salud (MAIS), el cual vincula las acciones médicas con las comunitarias, para mejorar la salud de los individuos y su entorno familiar y comunitario. Lo fundamental, es la participación comunitaria para el cuidado de la salud, logrando vincular así las acciones comunitarias con las acciones médicas. Los recursos que se asignan al programa constituyen un subsidio federal, por lo que su ejercicio y control debe cumplir con lo estipulado en el decreto de egresos de la Federación.

En este marco, el objetivo general de esta tesina es analizar descriptivamente los resultados del Programa IMSS-Prospera durante el periodo 2007-2013, a través de la presentación de sus estadísticas. El documento se estructura en tres apartados, en el primero se exponen los fundamentos teóricos de la participación del gobierno en la economía y el organigrama de los planes y programas sociales en México; en el segundo capítulo se presentan los antecedentes así como el marco institucional en el que opera el programa IMSS- Prospera en el marco de la política social que se efectúa con el fin de apoyar a los más pobres; y en el tercero se presentan los resultados del programa IMSS-Prospera en algunos de los indicadores más usados por esta institución; finalmente se presentan las conclusiones y recomendaciones.

I. FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA PARTICIPACIÓN DEL GOBIERNO EN LA ECONOMÍA

A lo largo de la historia se han identificado dos posiciones fundamentales en cuestión de gobierno y economía, la primera de ellas ligada a la posición clásica (Smith, Ricardo, Mill, entre otros) quien a pesar de no oponerse a la existencia del gobierno, promueven un sistema en el que los agentes individuales puedan elegir libremente y con base en ello logren coordinarse a través del sistema de mercado, el cual no debe ser intervenido, delegando funciones de protección de derechos de propiedad (un estado de derecho fuerte) y de construcción de infraestructura y seguridad nacional al gobierno; la segunda posición se caracteriza por pedir una mayor intervención del gobierno en la sociedad y en la economía, no solamente a través de las funciones que los economistas liberales delegaron a este actor, sino funciones productivas, de distribución de los recursos para reducir la desigualdad entre los agentes, entre otros.

Las dos posiciones mencionadas anteriormente, juegan un papel importante en la medida que se van desarrollando las naciones, apareciendo en la mayoría de ellas votos a favor y en contra de una mayor intervención gubernamental en el ámbito socioeconómico. En este tenor, un aspecto relevante es el papel de los servicios de salubridad, los cuales pueden ser privados o públicos, el debate consiste en cuál debe ser el rol que asuma el gobierno en los servicios de salud, si deben ser provistos por este actor o por el contrario dejar que cada individuo elija el servicio que más le convenga, proveyendo únicamente de este servicio a los individuos más pobres o con menos recursos.

El presente capítulo tiene como objetivos exponer los aspectos teóricos de la intervención del gobierno en la economía así como el organigrama de la intervención del gobierno mexicano en materia de salud.

1.1. El papel del gobierno en la economía: fundamentos teóricos de los programas sociales

Para comprender mejor los puntos de vista actuales sobre el papel económico del gobierno en la economía es útil examinar las diferentes opiniones que surgieron en el pasado. Algunas de las ideas principales de los siglos XVIII y XIX han sido fundamentales para la historia económica en el siglo XX y continúan siéndolo hoy.

Una teoría predominante en el siglo XVIII, que fue especialmente persuasiva para los economistas franceses, era la de que el Estado debía fomentar activamente el comercio y la industria. Los defensores de esta teoría se llamaban mercantilistas. Fue en parte en respuesta a los mercantilistas por lo que Adam Smith, defendió la idea de que el Estado debía desempeñar un papel limitado. Smith intentó mostrar que la competencia y el ánimo de lucro llevaban a los individuos en la búsqueda de sus propios intereses privados- a servir al interés público. El ánimo de lucro los inducía, compitiendo entre sí, a ofrecer los bienes que deseaban los demás. Smith, sostenía que la economía era llevada, como por una mano invisible, a producir lo que se deseaba y de la mejor forma posible.

Se ha argumentado que el desarrollo económico no solo depende de las transacciones económicas realizadas en el mercado por el sector privado, sino también de los bienes y servicios, de las leyes y las normas, de la educación, del bienestar social y de la infraestructura que son proporcionadas por el Estado. En el siglo XIX, durante “la era del laissez faire”, se impuso la idea, de que el Estado debía intervenir lo menos posible en la actividad económica. Sin embargo desde finales del siglo XIX aumentaron ininterrumpidamente las funciones económicas del Estado en casi todos los países del Norte América y Europa.

En general, se admite que el Estado debe establecer las leyes básicas de la sociedad, velar por su cumplimiento y crear un marco en que las empresas puedan competir limpiamente entre sí, a pesar de que cambien con el tiempo las funciones que ha desarrollado; así como el modo y las causas por las que las ha asumido.

La intervención del Estado ha sido propugnada, en general, como un medio de atenuar los efectos que sobre la distribución del ingreso tendría un orden económico librado exclusivamente a las fuerzas del mercado. En primer lugar se sostiene que el Estado debe intervenir para corregir aquellas circunstancias no elegidas por las personas (raza, sexo, talento, condición social, pautas culturales, riqueza heredada, nacionalidad) y que pueden resultar en situaciones de desventaja en el mercado, garantizando el acceso a las mismas oportunidades. De aquí ha emergido el rol del Estado en materia de educación, salud pública, legislación laboral, etcétera. Un paso más adelante ha sido tratar de corregir las consecuencias de dichas desventajas a través de políticas de redistribución de ingresos. Así se ha sostenido la necesidad de contar con un sistema impositivo que grave en mayor medida a los más ricos (impuestos progresivos) y que el Estado utilice tales fondos para subsidiar a los sectores más necesitados.

“el punto de vista generalmente más aceptado a la hora de analizar la necesidad de la existencia del Estado y la legitimidad de sus acciones, es el que se muestra favorable a considerar legítimas aquéllas que redunden en asignaciones Pareto-superiores; es decir, asignaciones en las que algún individuo esté mejor, según su propio criterio, y nadie esté peor. El supuesto implícito es que estas acciones, al lograr que todos los individuos aumenten su bienestar, recibirán una aprobación unánime (Buchanan y Tullock 1962). Quizá, el criterio de Pareto resulte muy exigente para juzgar las asignaciones de recursos y la mayor parte de las intervenciones públicas no pueden ser juzgadas por este criterio. Sin embargo, sí se puede utilizar un concepto más débil; el de mejora potencialmente Pareto-superior. Así, una intervención pública resulta en una mejora paretiana potencial si la suma global de ganancias y pérdidas individuales es positiva. En un caso así, los individuos que ganasen podrían compensar mediante transferencias de rentas a los que perdiesen, alcanzando una asignación Pareto-superior, en la que, además, habría un margen de ganancia global” (de la Fuente, 2008, pág. 8).

“Existe una base para la intervención pública tan sólo cuando, por incumplirse algunas de las condiciones del teorema, el libre mercado deviene incapaz de producir asignaciones eficientes. En esencia, por tanto, el sector público no constituye una alternativa al mercado, sino un mero complemento del mismo. Sólo podrá intervenir allí donde el mercado "fracase" como mecanismo de asignación eficiente, y, en estos casos, deberá actuar como lo hubiera hecho el mercado de haber operado correctamente. Al mismo tiempo, la aceptación del libre mercado inherente al individualismo implica que el Estado sólo puede utilizar aquellos instrumentos de intervención que sean consistentes con esta estructura de asignación de los recursos, y proscribire las prácticas paternalistas. De esta manera, el Estado no podrá obligar a los individuos a trabajar más horas de las que ellos mismos desean, o forzarles a consumir vectores concretos de consumo. En general, el Estado sólo podrá influir sobre las decisiones individuales vía alteración de los precios” (Sánchez Maldonado & Salvador, ND, pág. 3)

Desde hace tiempo, se viene reclamando la introducción de cambios en importantes sectores de la economía de los países industrializados, como sus sistemas de sanidad y de enseñanza; de grandes reformas en la asistencia social y en la seguridad social; de recortes de algunos programas, como la defensa, y de expansión de otros, como los destinados a desarrollar nuevas tecnologías. Los programas de gasto tienen como objetivo relacionar la necesidad, la fuente de la demanda, con uno o más de los fallos del mercado entre los que se encuentran la competencia imperfecta; los bienes públicos; las externalidades; los mercados incompletos y la información

imperfecta, la distribución de los recursos generados en la economía y la evaluación del bienestar de cada individuo en función de cómo cada uno de ellos. Los detalles concretos de un programa, por ejemplo la formulación precisa de las condiciones que deben reunir los solicitantes, suelen ser esenciales sus consecuencias para la eficiencia y la equidad. La justicia y la eficiencia obligan a hacer una serie de distinciones que, aunque sean claras en principio, son difíciles de realizar en la práctica.

La incidencia de un programa de gasto público o de un impuesto, es una forma de identificar quién se beneficia realmente o quién resulta perjudicado y soporta la carga del programa. Los efectos de un programa pueden ir más allá de las personas directamente afectadas y muchas veces los beneficiarios no son las personas a la cuales se pretendía ayudar. En Estados Unidos, preocupa considerablemente el hecho de que las subvenciones federales destinadas a los pobres eleven los costos de los productos consumidos por esta clase, beneficiándose con ello la actividad de los privados y no a las personas de escasos recursos.

Los beneficios de los programas públicos suelen capitalizarse en el valor de los activos escasos relacionados con la obtención de esos beneficios, en este caso los beneficiarios directos de estos programas son los dueños de los activos que se revalorizan. Por otro lado, cuando los beneficiarios de un programa público son diferentes de aquellos a los que el programa pretendía ayudar, se dice que se ha trasladado el beneficio o que la incidencia real es decir a quien van realmente los beneficios, es diferente de los beneficiarios a los cuales pretendía ayudar.

El análisis de los programas de gasto público consta de 10 pasos principales:

- Identificar una necesidad, el origen de la solicitud del programa público, es decir porque es necesario y a quien va dirigido.
- Analizar el fallo del mercado (si es que existe) al cual va solucionar, y averiguar si lo que se pretende es modificar la distribución actual del ingreso o mejorar la provisión de un bien preferente (aquellos que el estado “obliga” a consumir dada su conveniencia).
- Evaluar otros programas que pudieran resolver los problemas observados, es decir, localizar la trayectoria óptima a la solución del problema, minimizando los costos de la acción.
- Al averiguar y evaluar los efectos de otros programas, prestar importancia a algunos rasgos entre ellos la incidencia real así como la ineficiencia causada.

- Identificar las respuestas del sector privado.
- Cuantificar el impacto de los distintos programas a la eficiencia de la actividad económica.
- Evaluar las consecuencias distributivas de los distintos programas emprendidos.
- Valorar las disyuntivas entre equidad y eficiencia.
- Determinar el grado en que los distintos programas posibles cumplen los objetivos propuestos.
- Identificar cómo influye el proceso político en la formulación y ejecución de los programas públicos.

La evaluación de los programas se da mediante el análisis de los efectos distributivos intertemporales, los que ocurren en el tiempo. En este caso, cuando un programa beneficia desproporcionadamente a los pobres, se dice que el efecto distributivo es progresivo; por el contrario cuando se beneficia a los ricos, el efecto distributivo es regresivo. Las consecuencias distributivas de un determinado programa dependen no solo de los grupos en los cuales se centre la atención, sino también en las posibilidades que ofrezcan otros programas posibles. La elección raras veces se plantea entre un determinado programa sino entre varios.

1.2. Los programas de asistencia social

Los efectos de los programas de asistencia social en el caso de la oferta de trabajo son los siguientes: permite a mayores personas acceder a los mercados laborales, promueven la generación de capital humano cuando se da una buena gestión de los recursos, etc. Debido a que el criterio de asignación es mediante los niveles de renta (mayores renta, menores ayudas), y si el nivel de esta traspasa un umbral mínimo, la persona puede solicitar la ayuda; el problema que se considera con esto es que causa ineficiencias debido a que reduce los incentivos por parte de las personas a laborar y a buscar mayores ingresos porque de lo contrario estarían perdiendo la ayuda brindada por el estado. Los programas de asistencia social se basan en los niveles de ingreso y por tanto la persona no estaría interesada a aumentarlo buscando nuevos empleos o trabajando más ocasionando que la oferta de trabajo se reduzca y por tanto que la actividad económica desacelere ocasionando merma en los ingresos el estado y derivando en problemas deficitarios.

Otros programas generan estas distorsiones:

- El programa de distribución en especie introduce ineficiencia en la asignación de recursos cuando hay efectos sustitución y efectos ingreso. No es correcto que el estado intente distorsionar las decisiones el consumo de los individuos por lo que este tipo de asistencia es paternalista. Es caro desde el punto de vista administrativo este tipo de asistencia, cada uno de los programas de asistencia social debe administrarse por separado. Muchas de las condiciones para acceder a los programas de asistencia disuaden a las personas de trabajar y cuando está unido esto al impuesto sobre nómina y a los impuestos sobre la renta puede dar como resultado elevadas tasas marginales impositivas.
- Los programas específicos generan elevados costos en su administración además de que el criterio de asignación es mediante los niveles de renta, esto ocasiona que personas reciban un trato diferente de acuerdo a sus niveles de ingreso (discriminación del consumidor) y también ocasiona distorsiones en la medida que los individuos buscan la manera de reunir las condiciones de acceso a los programas de asistencia.

La crítica básica a los programas de ayuda específica son los costos administrativos relativamente altos que generan. Estos programas tienen más gastos debidos principalmente a lo que cuesta averiguar que se cumplan las condiciones para acceder a ellos. La principal ventaja que posee este tipo de programas frente a los generales, reside en la eficacia en la redistribución de la renta ya que puede dirigir la ayuda hacia los más necesitados y no responder a efectos negativos en otros grupos sociales. En tanto que los programas genéricos ante la poca focalización que pueden llegar a atender debido a la naturaleza general del programa, ocasiona efectos distorsionadores en la actitud y elección del individuo que repercuten en forma negativa para la sociedad.

Los programas de prestaciones o denominados en especie, suelen distorsionar las decisiones de consumo debido a que normalmente reducen el precio del bien que los induce a adquirir una mayor cantidad del mismo, reduciendo el costo marginal. Las distorsiones causadas son: en primer lugar los altos costos de su administración, en segunda la ineficiencia generada en las cuestiones de bienestar y a que no aumentan el consumo en los artículos que el estado subsidia sino en otros debido a mayores rentas ante rebajas en el precio del bien (efecto sustitución) y a que protegen a determinados grupos sociales haciéndolos carga para la sociedad. Programas de esta naturaleza son los siguientes:

- Los cupones de alimentación. El cual disminuye el precio de este tipo de bienes con el fin de aumentar el acceso a ellos.

- El programa de salud en EUA (Medicaid). Que tiene como fin el asegurar un acceso sanitario a la población que no tenga los suficientes recursos.
- Vivienda. Que permite a las personas tener acceso a hogares dignos para el desarrollo de las capacidades y la armonía social.

1.3. Los programas sociales en México

En México, el Plan Nacional de Desarrollo (PND) es el máximo programa de organización de las actividades que fomentan el desarrollo de la sociedad. “El Plan Nacional de Desarrollo es la hoja de ruta que sociedad y gobierno hemos delineado para caminar juntos hacia una nueva etapa del país. Este documento traza los grandes objetivos de las políticas públicas, establece las acciones específicas para alcanzarlos y precisa indicadores que permitirán medir los avances obtenidos” (Gobierno de la República , 2013, pág. 9).

El PND es un documento de trabajo el cual guía de manera conjunta la programación y la presupuestación de las actividades de la administración federal, así como los programas sectoriales, especiales e institucionales pertenecientes al ámbito Federal, Estatal y Municipal. El actual programa establecido por la administración de Enrique Peña Nieto considera que la tarea del desarrollo y del crecimiento corresponde a todos los actores, todos los sectores y todas las personas del país. También propone que el desarrollo no es deber de un solo actor, ni siquiera de uno tan central como lo es el Estado. La idea central es que el crecimiento y el desarrollo surgen de abajo hacia arriba, cuando cada persona, cada empresa y cada actor de la sociedad son capaces de lograr su mayor contribución. Así, el Plan expone la ruta que el Gobierno de la República se ha trazado para contribuir al máximo. Para lograr lo anterior, se establecen como metas nacionales: un México en paz, un México incluyente, un México con educación de calidad, un México próspero y un México con responsabilidad global. Asimismo, se presentan estrategias transversales para democratizar la productividad, para alcanzar un gobierno cercano y moderno, y para tener una perspectiva de género en todos los programas de la administración pública federal.

En materia de desarrollo social, el PND establece que la Secretaria de Desarrollo Social a través de diversas acciones debe generar las condiciones sociales adecuadas para potenciar las capacidades de desarrollo del país, garantizar los derechos sociales e individuales de la población y reducir la desigualdad.

Para hacer frente al reto de la pobreza es necesario un cambio en el enfoque tradicional que separa la política social de la económica y generar una estrategia de desarrollo social con las siguientes características (Secretaría de Desarrollo Social, 2013, pág. 23):

- Un desarrollo social de nueva generación con un enfoque de derechos sociales que se complemente con una mayor inclusión productiva de la población.
- Un enfoque de ciclo de vida de la persona que brinde protección en las etapas etarias más vulnerables del individuo y que garantice el ejercicio de sus derechos: niñez, juventud y vejez.
- Un desarrollo incluyente y libre de discriminación que garantice sus derechos a mujeres, indígenas y personas con discapacidad.
- Un componente activo de participación social, ubicando a las personas como agentes de cambio y protagonistas en la materialización de sus derechos, a través de la organización comunitaria.
- Una mejor coordinación institucional que evite la duplicidad de programas y recursos, eleve su impacto social e incremente la concurrencia de los diferentes órdenes de gobierno.

Actualmente, existe una insuficiente cobertura de la seguridad social debido a que en México el acceso está vinculado con la condición de estar empleado en el sector formal. Asimismo, la estructura del sistema de seguridad social se caracteriza por tener una mayor cobertura en las zonas urbanas que en las zonas rurales, y la cobertura también es reducida entre la población indígena. De acuerdo con las cifras de medición de pobreza 2012, en las zonas rurales la carencia por acceso a la seguridad social es de 81%, mientras que en las zonas urbanas es de 55%; además en la población indígena la carencia es 81%, mientras que en la población no indígena ésta es de 59%. En México, las instituciones que otorgan seguridad social formal de tipo contributivo son principalmente el IMSS, el ISSSTE, PEMEX y los sistemas de seguridad social de los trabajadores de los gobiernos estatales, entre otras. Regularmente cubren aspectos como pensiones en caso de retiro por vejez o enfermedad, pensiones en caso de accidentes de trabajo, atención médica y cuidado de los niños para facilitar el acceso al trabajo a las madres.

Con base en lo anterior se desprenden los programas de desarrollo en el área de la salud, “El Plan Sectorial de Salud 2013-2018 traza la ruta que se habrá de seguir en los próximos años para

cimentar las bases de un Sistema Nacional de Salud Universal. Se hará siguiendo un esquema de atención más homogéneo, una operación integrada y una mayor coordinación entre las distintas instituciones de salud. A la transformación institucional aquí delineada, también deberá sumarse una política en materia de prevención, que permita enfrentar los retos de las enfermedades crónicas no transmisibles, como la diabetes, el cáncer o las enfermedades del corazón” menciona el Gobierno de la República (2013, pág. 8).

El Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 establece como eje prioritario para el mejoramiento de la salud la promoción, la prevención de las enfermedades y la protección de la salud, siempre con perspectiva de género, apegado a criterios éticos y respondiendo al mosaico multicultural que caracteriza al país. Una política pública exitosa de prevención, protección y promoción debe incorporar no sólo acciones propias de salud pública, sino también intervenciones que cambien el actuar de las personas, en términos de su responsabilidad respecto a comportamientos sexuales, actividad física, alimentación, consumo de alcohol, tabaco, drogas ilícitas y en general en todas aquellas situaciones que ponen en riesgo la integridad física o mental. Este es un gran reto, pero en el país se debe transitar de ver la salud como cura de enfermedades a un concepto integral asociado a estilos de vida saludables.

Ilustración 1. México: Alineación de los programas de salud a los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018

ALINEACIÓN DE LOS OBJETIVOS DEL PROGRAMA AL PND			
Meta Nacional	Objetivo de la Meta Nacional	Estrategia(s) del Objetivo de la Meta Nacional	Objetivo del Programa
México Incluyente	2.1. Garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales para toda la población	<ul style="list-style-type: none"> Fortalecer el desarrollo de capacidades en los hogares con carencias para contribuir a mejorar su calidad de vida e incrementar su capacidad productiva. Hacer de las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud. Mejorar la atención de la salud a la población en situaciones de vulnerabilidad. 	Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país.
México Incluyente	2.3. Asegurar el acceso a los servicios de salud	<ul style="list-style-type: none"> Garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad. Mejorar la atención de la salud a la población en situaciones de vulnerabilidad. 	Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades.
México Incluyente	2.3. Asegurar el acceso a los servicios de salud	<ul style="list-style-type: none"> Mejorar la atención de la salud a la población en situaciones de vulnerabilidad. 	Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad.
México Incluyente	2.3. Asegurar el acceso a los servicios de salud	<ul style="list-style-type: none"> Hacer de las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud. Mejorar la atención de la salud a la población en situaciones de vulnerabilidad. 	Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida.
México Incluyente	2.3. Asegurar el acceso a los servicios de salud	<ul style="list-style-type: none"> Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal. Mejorar la atención de la salud a la población en situaciones de vulnerabilidad. Promover la cooperación internacional en salud. 	Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud.
México Próspero	4.1. Mantener la estabilidad macroeconómica del país	<ul style="list-style-type: none"> Promover un ejercicio eficiente de los recursos presupuestarios disponibles, que permita generar ahorros para fortalecer los programas prioritarios de las dependencias y entidades. 	Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud.

Fuente: (Gobierno de la República, 2013, pág. 43)

El Programa Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social 2014-2018 (PIIMSS 2014-2018) plantea 5 objetivos centrales que en su conjunto agrupan 29 estrategias y 129 líneas de acción que se implementarán en los próximos años y con las que se busca contribuir principalmente al logro de dos objetivos fundamentales propuestos en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal, y ampliar el acceso a la seguridad social.

El primer objetivo señalado en el PIIMSS 2014-2018 está directamente relacionado con la visión gubernamental de garantizar a todos los mexicanos el ejercicio efectivo a sus derechos de protección de la salud y acceso a la seguridad social. Para ello, el IMSS establece las estrategias y acciones que llevará a cabo para participar en la creación del Sistema Nacional de Salud Universal.

El PIIMSS 2014-2018 mediante sus estrategias y acciones contribuye al cumplimiento de varios objetivos planteados en diversos programas sectoriales derivados del PND 2013-2018, destacando los siguientes (IMSS, 2014, págs. 31-33):

1. Programa Sectorial de Salud 2013-2018 (PROSESA 2013-2018): El IMSS como principal proveedor de servicios médicos del país tiene un papel fundamental en el cumplimiento de los objetivos sectoriales del sector salud. El IMSS, a través de este Programa Institucional, retoma estos objetivos para dirigirlos a su población derechohabiente y a afiliados al Programa IMSS-Oportunidades. En este sentido, el PIIMSS 2014-2018 establece como su primer objetivo contribuir a la universalización del acceso a la salud, el cual está directamente relacionado con el sexto objetivo del PROSESA 2013-2018 que establece el avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud.
2. Programa Sectorial de Trabajo y Previsión Social 2013-2018 (PSTPS 2013-2018). Por el vínculo que existe entre la situación laboral de los trabajadores y el acceso a la seguridad social, el IMSS incentiva a los trabajadores a buscar un empleo formal a través de ofrecerles servicios de salud y seguridad social cada vez de mejor calidad (objetivos 4 y 5 del PIIMSS 2014-2018). Esto está estrechamente relacionado con el primer objetivo del PSTPS 2013-2018 que busca impulsar el empleo de calidad e intermediar en el mercado laboral para favorecer la empleabilidad, la protección social y la ocupación productiva.

3. Programa Sectorial de Desarrollo Social 2013-2018 (PSDS 2013-2018). Una de las preocupaciones descritas en el PSDS 2013-2018 es la falta de acceso a la seguridad social de los sectores de la población más desprotegidos. En este sentido, el PSDS 2013-2018 plantea como uno de sus objetivos el dotar de esquemas de seguridad social que protejan el bienestar socioeconómico de la población en situación de carencia o pobreza.

II. ANTECEDENTES Y MARCO NORMATIVO DEL PROGRAMA IMSS-PROSPERA

Desde finales de la década de los ochenta, la política social ha tomado como rumbo la ayuda a los habitantes de las zonas marginadas de la república mexicana. Los programas de los gobiernos federales de las últimas décadas para combatir la pobreza han cambiado de nombre en cuatro ocasiones desde 1988, pero lo que no ha cambiado son los niveles de esta problemática social que, desde entonces, afecta a más de la mitad de la población mexicana porcentaje que va en aumento. Asimismo una de las instituciones más prestigiadas como el IMSS ha adoptado desde la aparición como esquema de trabajo los programas de asistencia social de cada una de las administraciones federales durante los últimos cuarenta años con el fin de atacar el problema de la salud en las comunidades más pobres.

El objetivo del presente capítulo es exponer los antecedentes y el marco normativo del programa IMSS- Prospera.

2.1. Antecedentes del Programa IMSS- Prospera

De Solidaridad, estrategia anunciada durante la administración federal de Carlos Salinas de Gortari (1988-1994); pasando por Progresía, presentado en la gestión de Ernesto Zedillo (1994-2000), y Oportunidades, implementado en el gobierno del panista Vicente Fox (2000-2006) y continuado por su correligionario Felipe Calderón (2006-2012), ahora el principal programa gubernamental para abatir la pobreza se llama Prospera.

La creación y desarrollo del Programa IMSS-Prospera se dio bajo el cobijo del IMSS, organismo que le proporcionó el respaldo y asistencia técnica y administrativa necesarios para lograr impactos en el mejoramiento de la salud de los grupos más vulnerables. Su primer antecedente se remonta a 1973, cuando se reforma la Ley del Seguro Social para facultar al IMSS a extender su acción a grupos de población sin capacidad contributiva, en condiciones de pobreza y marginación extremas. En consecuencia, en 1974 se creó el Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria, antecedente inmediato del Programa IMSS-COPLAMAR, que a partir de 1979 permitió extender los servicios de solidaridad social mencionados a todo el territorio nacional. Derivado de esta reforma, se instrumentó el Programa Nacional de Solidaridad Social en el que se establece que como retribución por el acceso a los servicios, los beneficiarios realizarían aportaciones en efectivo, o bien, trabajos personales en favor de sus propias

comunidades. En sus primeros años, el Programa estableció servicios de manera predominante en la zona ixtlera del norte del país, construyendo siete Clínicas-Hospital de Campo y adaptando 310 graneros de la Compañía Nacional de Subsistencias Populares (CONASUPO) para que funcionaran como unidades de primer nivel de atención. En 1976 esta red comprendía 30 Hospitales Rurales y 310 Unidades Médicas Rurales con los que se atendía a 3.8 millones de personas.

En 1979 la Presidencia de la República suscribe con éste un convenio de coordinación para el establecimiento de servicios de solidaridad social que derivará en el programa sectorial IMSS-COPLAMAR. A partir de esta fecha registra su primera expansión en términos de infraestructura, al construir 30 hospitales de segundo nivel de atención y 2,715 unidades médicas de primer nivel. En 1981 ya contaba con una red de servicios integrada por 60 hospitales y 3,025 Unidades Médicas Rurales, con los que se daba atención médica a más de 10 millones de indígenas y campesinos.

Desaparecido COPLAMAR por Decreto Presidencial en 1983, por requerimiento del Gobierno Federal, el IMSS se hizo cargo de la administración del programa, cuyo financiamiento siguió compartiendo con el Gobierno Federal. Entre 1985 y 1987 se descentralizó parcialmente el programa IMSS-COPLAMAR en 14 entidades federativas del país, entregándose a los respectivos gobiernos estatales 922 Unidades Médicas Rurales (U.M.R.) y 22 Hospitales Rurales (HR). En 1990 el Programa IMSS-COPLAMAR cambió su denominación a IMSS-Solidaridad, y continuó su operación en 17 entidades federativas, en las cuales amplió su cobertura hasta alcanzar una infraestructura actual de 3,540 U.M.R. y 69 HR.

Con la creación del Programa Nacional de Solidaridad (Pronasol) en el periodo 1988-1994, el Gobierno Federal retorna a una política de combate a la pobreza extrema en todo el país. Lo anterior propició el cambio de denominación del Programa IMSS-COPLAMAR por IMSS-Solidaridad y el impulso, por parte del Programa Nacional de Solidaridad (Pronasol), de la ampliación de servicios de salud a más localidades marginadas. Esto se traduce en un crecimiento extraordinario en la infraestructura de IMSS-Solidaridad con 1,111 nuevas unidades de primer nivel y 10 Hospitales Rurales, situación que permitió atender a 10.3 millones de personas.

El Pronasol nació en el año de 1988 y comenzó funciones al año siguiente, esta política implementada durante el sexenio de Carlos Salinas de Gortari buscaba modificar las relaciones entre la sociedad civil y el gobierno poniendo énfasis en el desarrollo regional y priorizando a las

poblaciones marginadas del país. Esta política se llevó a cabo focalizando los esfuerzos en las comunidades más pobres a través de un padrón de beneficiarios del mismo, lo que trajo consigo beneficios para este tipo de localidades, con el fin de para revertir la baja en los niveles de vida de los mexicanos. El programa fue dirigido a 41 millones de pobres, y especialmente a los 17 millones pobres en condiciones extremas, tanto en zonas rurales como urbanas; reconociendo a los grupos vulnerables que incluían indígenas, campesinos, jornaleros agrícolas, habitantes de barrios marginales, jóvenes, mujeres, y niños. Con dicho esquema se fomentaba la unidad y participación de todos sectores como el mayor recurso del país ante las urgentes necesidades de quienes no contaban con el mínimo de bienestar, mediante cuatro principios:

- respeto a la voluntad, iniciativas y formas de organización de los individuos y sus comunidades;
- plena y efectiva participación y organización en todas las acciones del Programa
- corresponsabilidad; y
- transparencia, honestidad y eficiencia en el manejo de los recursos.

Al terminar el periodo de Salinas de Gortari (1994), el presidente entrante Ernesto Zedillo reforma Pronasol en el año de 1997 entrando en marcha el Programa de Educación, Salud y Alimentación (1997-2001) conocido como Progresá, entre las innovaciones llevadas a cabo por este programa están las de integrar en un solo programa las dimensiones de salud, alimentación y educación; trabajar al mismo tiempo en el alivio de la pobreza -por medio de transferencias económicas- y la creación de capital humano para una mejor inserción de las siguientes generaciones en el mercado de trabajo por medio del cumplimiento de corresponsabilidades; además de un esquema de evaluaciones externas de impacto.

Como menciona Felipe Hervia “Progresá optó por enfocarse a la creación de capital humano y, para ello, integrar en un solo programa tres dimensiones básicas: salud, alimentación y educación. La interdependencia entre estas dimensiones aseguraba al Programa mayor sustentabilidad en el tiempo, puesto que personas más sanas, mejor alimentadas y con mayor educación podrían acceder a mejores opciones dentro del mercado de trabajo, evitando así el círculo intergeneracional de la pobreza” (2009, pág. 44). A diferencia de su antecesor, este programa optó por entregar dinero en efectivo y sólo en casos muy específicos apoyos en especie, como el objetivo Progresá era la generación de capital humano fue necesario condicionar la entrega a los beneficiarios a través de actividades que reportaran un incremento en tal concepto

obligando a las familias a mandar a los niños a las escuelas, asistir a las pláticas y consultas médicas y hacer uso de los apoyos para el desarrollo familiar con el fin de reforzar el vínculo educación-salud y alimentación.

A partir de 1996, el financiamiento de operación de inversión provino en un 100% del Gobierno Federal. Después de esa fecha y durante más de una década el programa tuvo un crecimiento marginal y es solamente en el bienio de 2009 a 2010 cuando se amplió la infraestructura y reingresa a los estados de México y Guerrero, entidades en las que había dejado de operar debido a la descentralización de los servicios de salud.

En marzo de 2002, el Presidente Vicente Fox anunció que Progresá cambiaría de nombre a Programa de Oportunidades y que éste incluiría a los pobres que habitaban en zonas urbanas que vivían con menos de cuatro salarios mínimos diarios, 175 pesos aproximadamente. Cabe señalar que el programa Oportunidades continuó el reparto de recursos con base en los fundamentos del programa Progresá, es decir, los recursos en efectivo solo se entregaban a mujeres, siempre y cuando cumplieran con los requisitos de asistir a consultas médicas y de llevar a sus hijos a la escuela.

Las áreas que se agregaron al programa oportunidades fueron la de “jóvenes con oportunidades” que entregaba un incentivo a los afiliados que terminaban la educación media superior antes de los 22 años; cambió que a partir de primero de secundaria y el monto de becas escolares era mayor para las mujeres, ello para combatir la desigualdad de género y la deserción femenil. Se agregó el apoyo a adultos mayores de 70 años o más, que recibirían al menos 250 pesos de pensión. IMSS-Oportunidades logró tener una presencia en 27 de las 32 entidades del país, con una población adscrita de 11.9 millones de personas, atendiendo a 20,233 localidades pertenecientes a 1,472 municipios del país, lo que equivalía al 60% del total nacional.

Ante la política social de nueva generación del Presidente Enrique Peña Nieto, basada en tres aspectos: rebasar la visión asistencialista y generar una dinámica de combate a la pobreza y a la desigualdad a partir de la inclusión social. Con el fin de rescatar la dignidad de las personas, y - más que generar una dependencia del Estado- se busca fomentar la autonomía y la capacidad individual para decidir libremente y con dignidad cómo salir de sus condiciones de pobreza. Por lo que con motivo del Segundo Informe de Gobierno, el Presidente de la República, Enrique Peña Nieto reconoció que el programa Oportunidades beneficia hoy a 6.1 millones de familias, 255 mil más que al inicio de la administración. Sin embargo requería fortalecerse para impulsar la

inclusión social, productiva y financiera, con el objetivo de que las familias superen sus condiciones de pobreza y logren prosperidad, y a partir nuevas alternativas, más eficaces, contra la pobreza en el país. Este cambio fue impulsado por la política social de nueva generación del Gobierno de la República con dos principios fundamentales, el primero de ellos es sentar las bases de un mayor crecimiento económico, mediante la generación de empleos, y en segundo lugar, mediante la inclusión financiera para que las 6.1 millones de familias que reciben transferencias monetarias accedan a créditos con tasas de 9.9% anuales y a esquemas de fomento al ahorro, así como la inclusión productiva.

Los beneficiarios del programa Oportunidades recibieron los apoyos con beneficios adicionales ya que contaron con opciones para incorporarse a la vida productiva al contar con apoyo para tener una fuente de ingresos que les permitiera salir de la pobreza, a partir de su propio trabajo y esfuerzo mediante proyectos productivos y la incorporación al empleo cambiando el nombre a Prospera. Asimismo se les facilitó el acceso de sus beneficiarios a la educación financiera, al ahorro, a los seguros y al crédito, permitiendo que sus familias fortalecieran sus propios ingresos, al tener acceso prioritario a 15 programas productivos, incluyendo, entre otros: el Fondo Nacional del Emprendedor, el Programa Bécate, el PROAGRO Productivo, y el Programa para el Mejoramiento de la Producción y Productividad Indígena.

A pesar de las reformas que se han dado, los resultados no fueron los esperados; las cifras oficiales muestran que los índices de pobreza patrimonial - insuficiencia para adquirir la canasta básica alimentaria, así como servicios de salud, educación, vestido y vivienda-, ha disminuido en menos de un punto porcentual en 22 años. En 1992, 53.1% de los mexicanos vivían en esta situación, mientras que en 2012 lo hacían 52.3%, de acuerdo con datos del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. De acuerdo con información del Coneval, la gestión de Carlos Salinas de Gortari terminó en 1994 con un porcentaje de pobreza patrimonial de 52.4%, la administración de Zedillo logró reducir los porcentajes de pobreza de 69% (por efectos de la crisis de 1995 el porcentaje de personas en pobreza se incrementó) a 53.6% en cuatro años, este nivel al final del sexenio era similar al registrado al inicio de su administración. Durante el sexenio de Fox, el presupuesto para el programa se incrementó en un 70% en comparación con el último año de Zedillo, por lo que Oportunidades canalizaba más de 146,000 millones de pesos. Al terminar Fox su sexenio la pobreza se redujo en más de 10 puntos porcentuales, al alcanzar 42.9%. Al cambiar el gobierno, ahora encabezado por el presidente Felipe Calderón, Oportunidades no nada más siguió con vida, sino que fue ampliado. A partir de

2007 el monto entregado a cada familia pasó de 529 a 830 pesos al finalizar 2012. Además, incluyó nuevos apoyos alimentarios a familias que no eran parte del padrón de oportunidades. De acuerdo con el sexto informe de Gobierno de Calderón, Oportunidades y el Programa de Apoyo Alimentario beneficiaron a seis millones 500,000 familias. Al terminar su gestión en 2012, los niveles de pobreza patrimonial se situaron en 52.3% de la población, prácticamente los mismos niveles de 1994¹.

2.2. Programa IMSS-Prospera

El objeto de Prospera es articular y coordinar la oferta institucional de programas y acciones de política social, incluyendo aquellas relacionadas con el fomento productivo, generación de ingresos, bienestar económico, inclusión financiera y laboral, educación, alimentación y salud, dirigida a la población que se encuentre en situación de pobreza extrema, bajo esquemas de corresponsabilidad que les permitan a las familias mejorar sus condiciones de vida y aseguren el disfrute de sus derechos sociales y el acceso al desarrollo social con igualdad de oportunidades.

“La misión fue mejorar el ingreso y el bienestar de las familias mexicanas en situación de pobreza, a través de la articulación de acciones con otros programas y estrategias de la política social y de la política económica bajo un enfoque de colaboración interinstitucional, entre los tres niveles de gobierno, con la sociedad civil organizada y la iniciativa privada.

Por su parte, la visión estableció que para el 2030, se quiere un México donde todos y todas las mexicanas disfruten plenamente de sus derechos sociales y puedan desarrollar sus capacidades con igualdad de oportunidades; donde las familias hayan superado su condición de pobreza a partir de la generación de ingresos por cuenta propia y su integración a la vida productiva del país.

Todas las familias que están en oportunidades seguirán recibiendo los apoyos que han tenido hasta hoy, pero ahora además contarán con nuevos beneficios, los cuales son:

- Educación. Los jóvenes de prospera se beneficiarán con becas para estudios universitarios o técnicos superiores. Además, recibirán un estímulo especial, de 4 mil 890 pesos, para inscribirse a la universidad.

¹ CNN México (2014). De Solidaridad a Prospera: 4 nombres y pocos resultados contra la pobreza. <http://mexico.cnn.com/nacional/2014/09/03/de-solidaridad-a-prospera-4-nombres-y-pocos-resultados-contra-la-pobreza>

- Salud. Las familias de prospera tendrán facilidades adicionales para afiliarse al seguro popular o al seguro médico siglo XXI, y el paquete básico garantizado de salud creció al doble. De 13 servicios médicos básicos o intervenciones, aumentó a 27.
- Nutrición. Con prospera, las mujeres embarazadas o en lactancia, y los niños de 6 meses a 5 años, recibieron nuevos suplementos alimenticios.
- Inclusión financiera. A través de la banca de desarrollo, se facilitará el acceso de más de 6 millones de mujeres beneficiarias, a diversos servicios financieros, como préstamos con tasas promedio de 10% anuales, seguro de vida, cuentas de ahorro, entre otros.
- Inserción laboral. Cuando los jóvenes de prospera busquen un trabajo, tendrán prioridad en el servicio nacional de empleo y en el programa bécate, que les brinda capacitación laboral.
- Salidas productivas. Los beneficiarios de prospera, contarán con apoyo para tener una fuente de ingresos, que les permita salir de la pobreza, a partir de su propio trabajo y esfuerzo. Para ello, las familias de prospera tendrán acceso prioritario a 15 programas productivos”².

El 19 de enero de 1943 se constituyó el IMSS, con una composición tripartita para su gobierno, integrado, de manera igualitaria, por representantes de los trabajadores, de los patrones y del Gobierno Federal. Dentro del conjunto de las instituciones que otorgan prestaciones de seguridad social y/o aseguramiento público en salud en México, el IMSS es la institución con el mayor número de población atendida, seguido por el Seguro Popular ya que actualmente cuenta con una población derechohabiente de 57.5 millones de personas. Además de los servicios médicos que el IMSS ofrece a sus derechohabientes, también brinda servicios médicos de primero y segundo niveles de atención a la población que no cuenta con seguridad social a través del Programa IMSS-Prospera, cuya población adscrita asciende a 11.6 millones de personas.

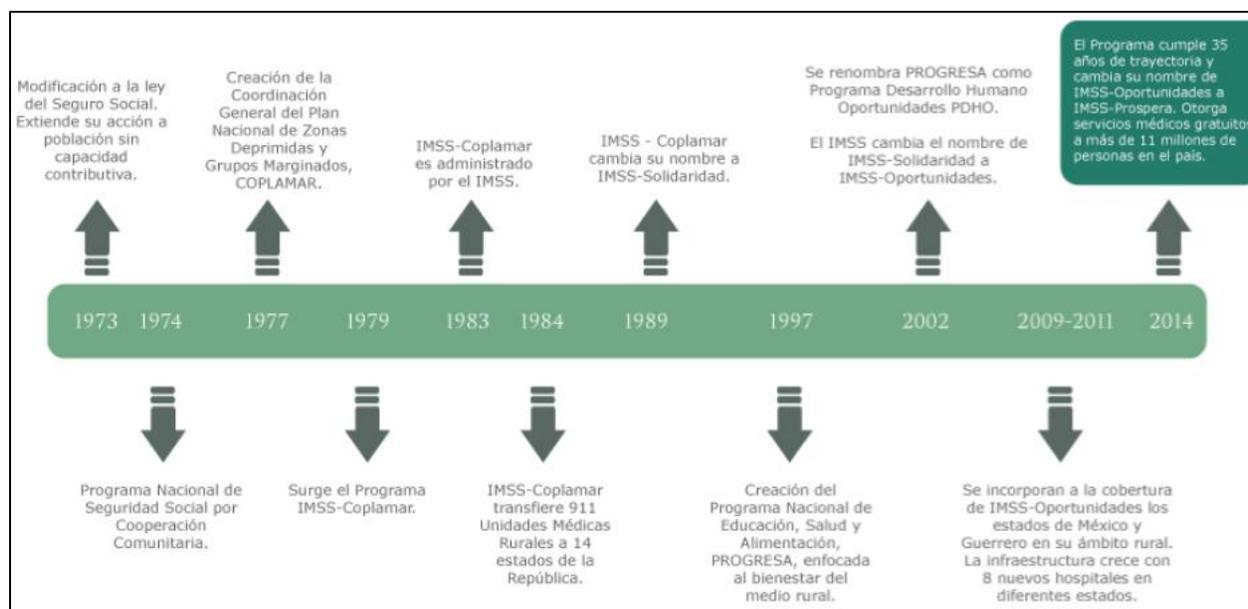
El IMSS cumple con uno de los mandatos constitucionales que derivan del artículo 123, apartado A, fracción XXIX de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el cual señala que “es de utilidad pública la Ley del Seguro Social, y ella comprenderá seguros de invalidez, de vejez, de vida, de cesación involuntaria del trabajo, de enfermedades y accidentes, de servicios de guardería y cualquier otro encaminado a la protección y bienestar de los trabajadores, campesinos, no asalariados y otros sectores sociales y sus familiares”. De esta manera, los

² https://www.prospera.gob.mx/swb/es/PROSPERA2015/Objeto_Mision_y_Vision

artículos 2 y 4 de la Ley del Seguro Social señalan que el Seguro Social es el instrumento básico de la seguridad social, establecido como un servicio público de carácter nacional y que tiene por finalidad garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia, y los servicios sociales para el bienestar individual y colectivo, así como el otorgamiento de una pensión que, en su caso y previo cumplimiento de los requisitos legales, será garantizada por el Estado.

Conforme al artículo 5 de la propia Ley del Seguro Social (LSS), el IMSS tiene la noble misión de organizar y administrar el Seguro Social en el mejor interés de todos los trabajadores y sus familias. Por ello, el Instituto se constituye como un organismo público descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propios, cuya administración está integrada de manera tripartita, puesto que concurren representantes de los trabajadores, de los patrones y del Gobierno Federal. Para el cumplimiento de sus fines, el Instituto de conformidad con el artículo 11 de la LSS, otorga a sus derechohabientes del régimen obligatorio diversos seguros de contenido social, a fin de darles certidumbre frente a los riesgos de la vida del trabajador. Asimismo, el Seguro Social tiene un régimen voluntario para todas las familias en México que deseen un seguro de salud para sus miembros, ofreciéndoles las prestaciones en especie del seguro de enfermedades y maternidad, en los términos del artículo 240 de la Ley del Seguro Social y su respectivo reglamento.

Ilustración 2. Evolución del programa IMSS-Prospera



Fuente: IMSS-Prospera <http://www.imss.gob.mx/imss-prospera>

IMSS-Prospera es un Programa del Gobierno Federal, desconcentrado de la Secretaría de Salud y administrado por el IMSS, que promueve el derecho a la salud y el bienestar individual y colectivo de los mexicanos que no cuentan con acceso a los servicios de seguridad social, que promueve el derecho a la salud y el bienestar individual y colectivo de los mexicanos que no cuentan con acceso a los servicios de seguridad rurales y urbano social en zonas marginadas, usualmente identificada como población abierta; es decir, cualquier persona puede acudir en demanda del servicio. Su operación se sustenta en el Modelo de Atención Integral a la Salud (MAIS), el cual vincula las acciones médicas con las comunitarias, para mejorar la salud de los individuos y su entorno familiar y comunitario. Lo fundamental del Programa IMSS-Oportunidades es la participación comunitaria para el cuidado de la salud, logrando vincular así las acciones comunitarias con las acciones médicas. Los recursos que se asignan al programa constituyen un subsidio federal, por lo que su ejercicio y control debe cumplir con lo estipulado en el decreto de egresos de la Federación.

El Programa continúa proporcionando servicios de salud a la población no asegurada, con el mismo modelo de atención con el que opera en la actualidad, para lo cual deberá contar con los recursos presupuestales suficientes, provenientes del Presupuesto de Egresos de la Federación, los que se canalizaron directamente a través del Instituto Mexicano del Seguro Social. Las familias actualmente atendidas podrán incorporarse al Sistema de Protección Social en Salud. En este caso el programa cubre a través del Instituto Mexicano del Seguro Social, por cada familia que decida reincorporarse, la cuota social y la aportación solidaria corren a cargo del Gobierno Federal.

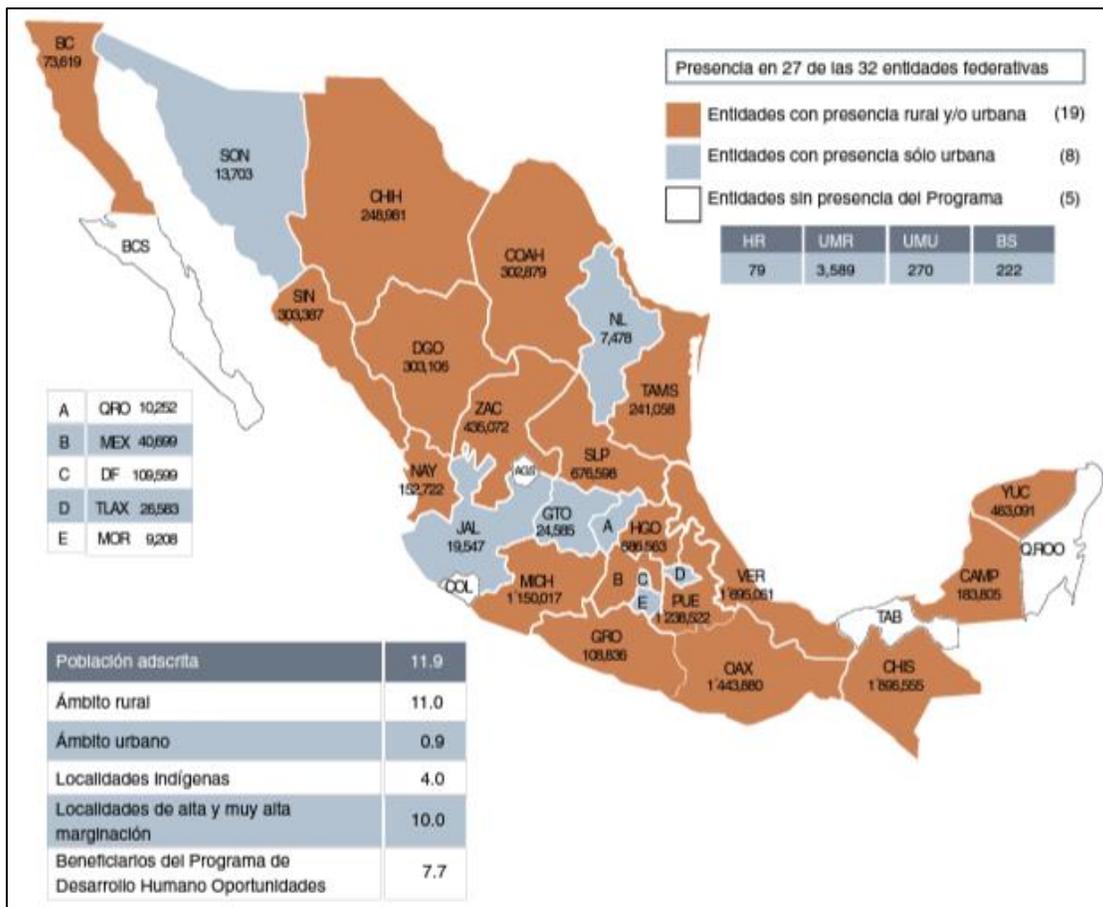
Asimismo, el Programa IMSS-Prospera estableció sus prioridades en salud con base en las políticas de salud del país y en las necesidades de atención a los riesgos y daños de la población de su ámbito de responsabilidad, a saber:

- que estén alineadas al presupuesto autorizado para el ejercicio correspondiente;
- que posean una carga epidemiológica susceptible de ser traducida en impactos en salud;
- que estén sustentadas en intervenciones costo-efectivas;
- que posean factibilidad operativa;
- que den respuesta a las expectativas de la población;
- que estén apegadas a la normativa y estructura institucional, y

- que se encuentren enmarcadas en las prioridades sectoriales establecidas en el PND, en el PRONASA y en los Objetivos del Milenio

En 2014 tenía presencia en 28 estados del país con una población adscrita de 11.6 millones de personas, atiende 20,223 localidades equivalentes al 7% del total nacional- pertenecientes a 1,472 municipios -60% del total nacional-. El 84% de las localidades cubiertas por el programa tenía índices de alta y muy alta marginación de acuerdo con el Índice de marginación a nivel localidad 2010 elaborado por el Consejo Nacional de Población.

Ilustración 3. México: distribución geográfica del programa IMSS-Prospera, 2014.



Fuente: Informe de labores IMSS

2.2.1. Objetivos y misión del programa IMSS-Prospera

La misión del programa, consiste en proporcionar atención integral a la salud con calidad y humanismo para contribuir a mejorar las condiciones de vida y bienestar de la población rural marginada, mediante una red regionalizada de unidades de primer y segundo nivel, contando con

la participación voluntaria, organizada, comprometida y continua de la comunidad. El Programa IMSS-prospera tiene por objetivo proporcionar servicios de salud integrales de 1er. y 2o. nivel, oportunos y de calidad a la población abierta sin acceso regular a los Servicios de Salud de zonas rurales marginadas; el Modelo de Atención Integral a la Salud se sustenta, fundamentalmente, en la participación comunitaria para la realización de actividades tendientes a mejorar las condiciones de salud de los individuos y su entorno familiar y comunitario.

Entre los objetivos específicos se encuentran:

- Proporcionar servicios de salud a toda la población ubicada dentro del ámbito geográfico de operación del Programa IMSS-Oportunidades y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo problemas prioritarios de salud y a los factores que las condicionan.
- Prevenir los principales problemas de salud mediante la investigación y la vigilancia epidemiológica.
- Coadyuvar a la modificación de los patrones culturales que determinen hábitos, costumbres, actitudes y riesgos relacionados con la salud.
- Impulsar el desarrollo técnico y humano del personal institucional que garantice la calidad, la efectividad y la eficiencia en la prestación de los servicios y la vigilancia epidemiológica.
- Acercar los servicios de salud a la población beneficiaria con voluntarios capacitados, electos por la comunidad.
- Promover la participación de la población en acciones de desarrollo comunitario que contribuyan al mejoramiento de sus condiciones de salud y nutrición.
- Apoyar a la población para el adecuado aprovechamiento de los recursos locales disponibles.
- Favorecer la vinculación con otras dependencias públicas y privadas, a fin de potenciar recursos y acciones con esfuerzos dirigidos a disminuir los principales factores de riesgo para la salud de la población

2.2.2. Características del programa IMSS-Prospera

El Programa no tiene criterios de selección pero sí de adscripción: cada unidad médica tiene su población objetivo, la cual se considera beneficiaria, demande o no atención médica, al ser favorecida con las acciones que realiza la red comunitaria de salud en cada localidad. Para evitar

la duplicidad en la atención, se establecen acuerdos con los Servicios Estatales de Salud para asignar a la población a la red de servicios médicos más cercana a su domicilio. A partir de 2011, IMSS-Oportunidades cuenta con un padrón nominal de sus beneficiarios que ha permitido su identificación en otros programas e instituciones como el Seguro Popular con el que existe una concurrencia de 5.2 millones de personas, equivalente a 44 por ciento de la población de IMSS-Prospera, y con el IMSS, con quien la concurrencia es de 0.9 millones de personas que representa 8 por ciento del padrón de IMSS-Oportunidades. La atención a la población afiliada al Seguro Popular se reflejó en el creciente número de consultas otorgadas a este sector.

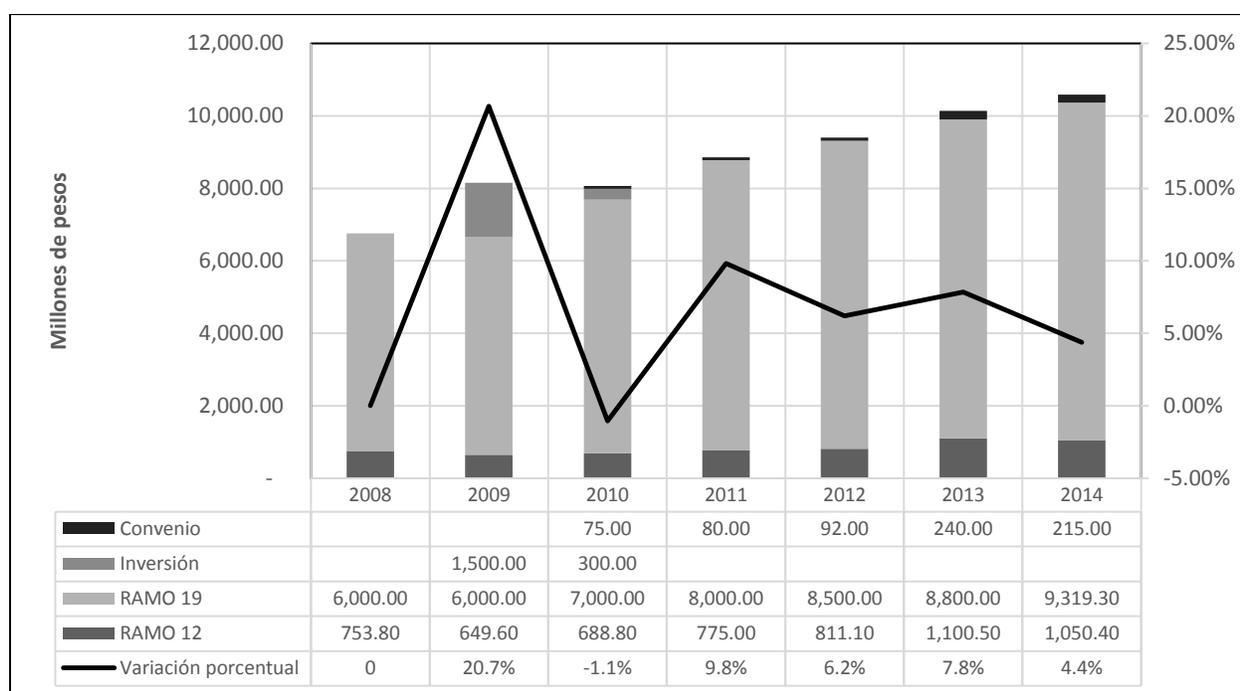
El Programa ha operado, desde sus inicios, bajo un Modelo de Atención Integral a la Salud (en adelante MAIS) basado en los principios de la promoción de la salud, la participación comunitaria organizada que se corresponsabiliza del cuidado de su salud y el respeto a las costumbres y tradiciones de las comunidades. El MAIS se sustenta en la estrategia de atención primaria a la salud y se fundamenta en la labor coordinada de los equipos de salud y la comunidad organizada. La atención de los servicios médicos se realiza través de los equipos de salud (red de médicos, enfermeras y paramédicos) encargados de proporcionar la atención preventiva y curativa, así como de realizar acciones de vigilancia epidemiológica. De forma complementaria, la acción comunitaria se desarrolla a través de voluntarios de las comunidades (asistentes médicos, promotores, parteras, integrantes de comités de salud y terapeutas tradicionales) encargados de asesorar a la población sobre el cuidado de su salud y promover acciones de participación comunitaria.

2.2.3. Presupuesto

El Programa IMSS-Prospera está sujeto a reglas de operación; la asignación de sus recursos es aprobada por la Cámara de Diputados y está plasmada anualmente en el Presupuesto de Egresos de la Federación. Es financiado con recursos transferidos como subsidios por el Gobierno Federal a través de dos vertientes: Ramo 19 “Aportaciones a Seguridad Social” ministrado por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, y con recursos provenientes del Ramo 12 “Salud”, que son aportados por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud para apoyar el componente de salud del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades. Los recursos autorizados en el Presupuesto de Egresos de la Federación para el ejercicio fiscal 2013 ascendieron a 8,800 millones de pesos del Ramo 19; asimismo, del Ramo 12 se recibieron recursos por un monto de 1,100 millones de pesos. Adicionalmente, en los meses de julio y

octubre de 2013 se celebraron convenios específicos con los Servicios Estatales de Salud de Oaxaca y Chiapas, por 60 y 180 millones de pesos, respectivamente, como contraprestación por la atención médica que se brinda en las unidades del Programa IMSS-Prospera a las personas afiliadas al Sistema de Protección Social en Salud. En suma, los recursos totales en 2013 ascendieron a 10,140 millones de pesos. En materia de ejercicio presupuestal, 66 por ciento de los recursos asignados se destinó al capítulo de servicios personales, mientras que al capítulo de consumo de bienes se asignó 20 por ciento del total del presupuesto, del cual la mayor parte se utilizó para afrontar el gasto en medicamentos, vacunas y material quirúrgico.

Gráfica 1. México: presupuesto del programa IMSS-Prospera, 2008-2014.
(Millones de pesos y porcentaje)



Fuente: elaboración propia con base en el informe de labores IMSS, 2014.

La característica de IMSS-Prospera en el ámbito de servicios personales es la participación de becarios y residentes provenientes del propio Instituto en su último año de adiestramiento. Esto se consideró un acierto técnico porque permitió la integración de múltiples disciplinas en un equipo de trabajo, y financiero porque disminuye los costos de operación, ofrece la posibilidad de proporcionar capacitación en servicio a profesionistas que en fechas cercanas se integrarán al trabajo de la institución, además de asegurar la presencia de personal médico calificado en los Hospitales Rurales. En el apartado “Eficiencia y Economía Operativa del Programa” de la misma evaluación se menciona que el gasto unitario por servicio del Programa está subestimado en 22.5

por ciento. El Programa también fue sujeto a un estudio de costo-efectividad que incluyó la evaluación de un paquete de intervenciones realizadas por IMSS-Prospera y por los Servicios Estatales de Salud para la atención de problemas de salud en cuatro entidades que cubren a más de la mitad de la población beneficiaria: Chiapas, Michoacán, Oaxaca y Veracruz.

III. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA IMSS-PROSPERA

En el marco de la política social integral del Gobierno Federal, IMSS-Prospera participa con las Secretarías de Salud y de Desarrollo Social para garantizar que las familias que reciben un subsidio económico por parte del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades tengan acceso a un paquete básico de servicios de salud. A nivel nacional dicho Programa atiende a 5.9 millones de familias, de las cuales IMSS-Oportunidades brinda el componente de salud a 1.4 millones, que representan 23.7 por ciento del total, es decir, se atiende casi una cuarta parte del padrón nacional. Dicho componente consiste en tres estrategias centrales de carácter eminentemente preventivo:

- Acciones de salud. Proporcionando gratuitamente el Paquete Básico Garantizado de Salud y la ampliación progresiva de 13 a 27 intervenciones de salud pública del Catálogo Universal de Servicios de Salud. En 2013 se registraron 1.4 millones de familias en control en el ámbito rural de 19 estados y en el urbano de 26 entidades federativas, otorgándoles más de 9 millones de consultas médicas, de las cuales 1.2 millones corresponden a niños menores de 5 años, 399 mil a embarazadas y 257 mil a mujeres en periodo de lactancia.
- Nutrición. Se incorpora la promoción de una mejor nutrición de la población, en especial para prevenir y atender la desnutrición y obesidad de niños y niñas desde la etapa de gestación a través de la vigilancia y el seguimiento del estado de nutrición, la entrega de suplementos alimenticios a niños y niñas menores de cinco años, mujeres embarazadas y en periodo de lactancia, y el control de los casos de desnutrición. En 2013 se otorgaron mes a mes, un suplemento alimenticio a 108 mil 811 mujeres embarazadas y en periodo de lactancia, y a 498 mil 080 menores de 6 a 59 meses de edad.
- Autocuidado de la salud. Se utiliza la comunicación educativa para fomentar y mejorar la salud de las familias y de la comunidad dando prioridad a la educación alimentaria nutricional, la prevención de enfermedades y el apego a los tratamientos de pacientes crónicos. En el 2013 se tuvo contacto con más de 9 millones de personas a través de los voluntarios de la red comunitaria, quienes recibieron capacitación en el año mediante talleres impartidos por el personal institucional. Estas acciones han contribuido a obtener resultados favorables de acuerdo con las evaluaciones externas de impacto aplicadas al Programa de Desarrollo Humano Oportunidades que muestran un aumento de la talla en niños menores de 6 meses (de 25.3 a 26.4 centímetros en promedio a nivel nacional), en

dos años de seguimiento, y la reducción del porcentaje de anemia de 55 a 44 por ciento en ese mismo grupo.

3.1. Evaluación de la infraestructura del programa IMSS-Prospera

Para ampliar la red de infraestructura se modernizaron las unidades médicas de IMSS-Prospera e incrementaron su capacidad resolutive; de diciembre de 2006 a junio de 2013 se ejecutaron 572 obras, con una inversión total de 2,177.6 millones de pesos (mdp). Dentro de estas acciones, y con el propósito de acercar los servicios médicos a zonas de alto rezago social en las que no tenía presencia el Programa IMSS-Oportunidades, el Presupuesto de Egresos de la Federación 2009 incluyó una ampliación presupuestal de 1,500 mdp, recursos que permitieron construir ocho nuevos hospitales de 30 camas y 11 consultorios en las Delegaciones de Puebla, Michoacán (2), Campeche, Veracruz Norte, Guerrero y Estado de México Poniente (2); la construcción de 42 unidades médicas en las Delegaciones de Guerrero (15) y Estado de México Poniente (27), así como la instalación de 44 unidades médicas móviles. Asimismo, destaca la modernización en el servicio de Urgencias en 31 unidades médicas del segundo nivel de atención y la conclusión del Programa de Módulos de Salud Ginecológica; además, se terminó una Unidad de Consulta Externa, se construyeron 63 unidades médicas y 29 Centros de Atención Rural Obstétrica (CARO). Por último, para garantizar la operación adecuada de las unidades médicas, equipos e instalaciones de IMSS-Prospera, entre 2007 y 2011 se destinaron 892 mdp en acciones permanentes de conservación.

Cuadro 1. México: Resumen de obras IMSS-Prospera, 2007-2013.

Nivel de atención	Acciones de obra	Costo total inversión (mdp)	Camas	Consultorios	Población beneficiada
NUEVA	71	1,295.7	240	129	2,171,068
Primer nivel	63	308.9	0	41	155,272
Segundo nivel	8	986.8	240	88	2,015,796
AMPLIACIÓN Y/O REMODELACIÓN	501	881.9	70	76	3,471,063
Primer nivel	373	245.9	0	30	633,322
Segundo nivel	128	636.0	70	46	2,837,741
TOTAL	572	2,177.6	310	205	5,642,131

Fuente: elaboración propia con base en Informe de labores IMSS, 2013.

Entre 2007 y 2013 se adquirieron para las unidades médicas del Programa 32,373 bienes con una inversión de 707 mdp, los cuales permitieron reforzar a las áreas de Urgencias, los laboratorios de citología, las UMR y los CARO. De estos artículos, 14,153 fueron adquiridos entre 2011 y 2012

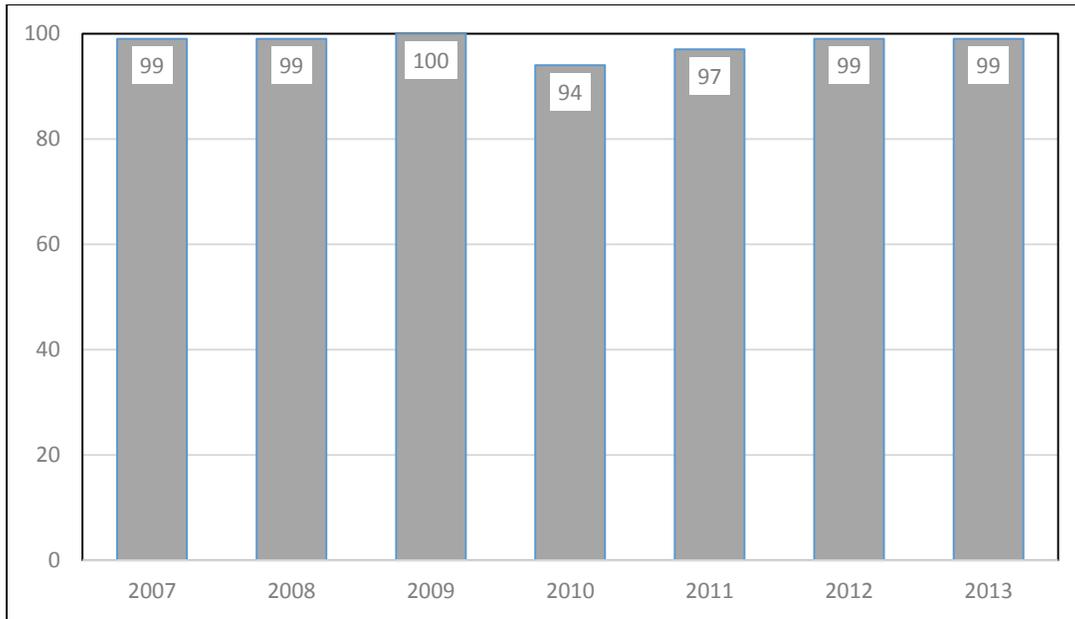
con una inversión de 253 mdp. Asimismo para la operación del Programa IMSS-Prospera se cuenta con 24,569 plazas, de las cuales 11,369 están ocupadas por enfermeras (46%) y 6,011 por médicos (24%), el gasto ejercido en personal durante el periodo junio 2011 a junio 2012 ascendió a 5,932.5 mdp, los cuales se utilizaron para cubrir las remuneraciones ordinarias, extraordinarias, prestaciones y obligaciones fiscales así como la seguridad social de 24,569 trabajadores. Cabe mencionar que a partir de 2011 la plantilla de personal tuvo un incremento considerable debido al inicio de operaciones de la nueva infraestructura, sobre todo de la hospitalaria.

3.2. Evaluación del programa IMSS-Prospera, el caso de la vacunación universal

Es una de las intervenciones del Componente de Salud Pública representativa por excelencia de la prevención, y un claro ejemplo de equidad inmunológica para los niños de IMSS-Prospera, en donde se aplican todas las vacunas del esquema básico establecido por el Sector Salud. Para su cumplimiento se pasó de una inversión de 114 millones de pesos en 2007 a 520 millones de pesos en el 2013, año en el que se aplicaron más de 8.6 millones de vacunas, manteniendo las coberturas dentro del rango establecido por el Sector Salud (95% y más)

La vacunación permitió la erradicación de la poliomielitis, la eliminación del sarampión y la reducción de la difteria, tos ferina y las diarreas graves por rotavirus, entre otras, lo que contribuyó al abatimiento de la tasa de mortalidad en los menores de 5 años atendidos por IMSS-Prospera, que disminuyó de 19.8 por 1,000 nacidos vivos en 1990 a una tasa de 7.5 en 2013, con lo que se está en la ruta de cumplir una de las metas de los Objetivos del Milenio, que estableció reducir la mortalidad en este grupo en dos terceras partes entre 1990 y 2015 (como país se espera pasar de 47.08 a 15.69 defunciones por 1,000 nacimientos). A partir de la pandemia de influenza del 2009, IMSS-Oportunidades se ha sumado a ejecución de acciones preventivas de esta enfermedad; en la temporada invernal, 2013-2014, se aplicaron más de 2.7 millones de dosis de vacuna contra la influenza, protegiendo a 100 por ciento de los grupos de riesgo. Para alcanzar este logro es de resaltar la colaboración de los integrantes de la red comunitaria, quienes participaron activamente a través de la estrategia de información, educación y comunicación para promover la vacunación (a través de mantas, carteles, periódicos murales, pinta de bardas y perifoneo), y con el apoyo de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI), mediante la transmisión de mensajes en lenguas indígenas y español.

Gráfica 2. México: cobertura de vacunación del programa IMSS-Prospera en menores de 5 años, 2007-2013. (Porcentaje)



Fuente: elaboración propia con base en Informe de labores IMSS, 2013.

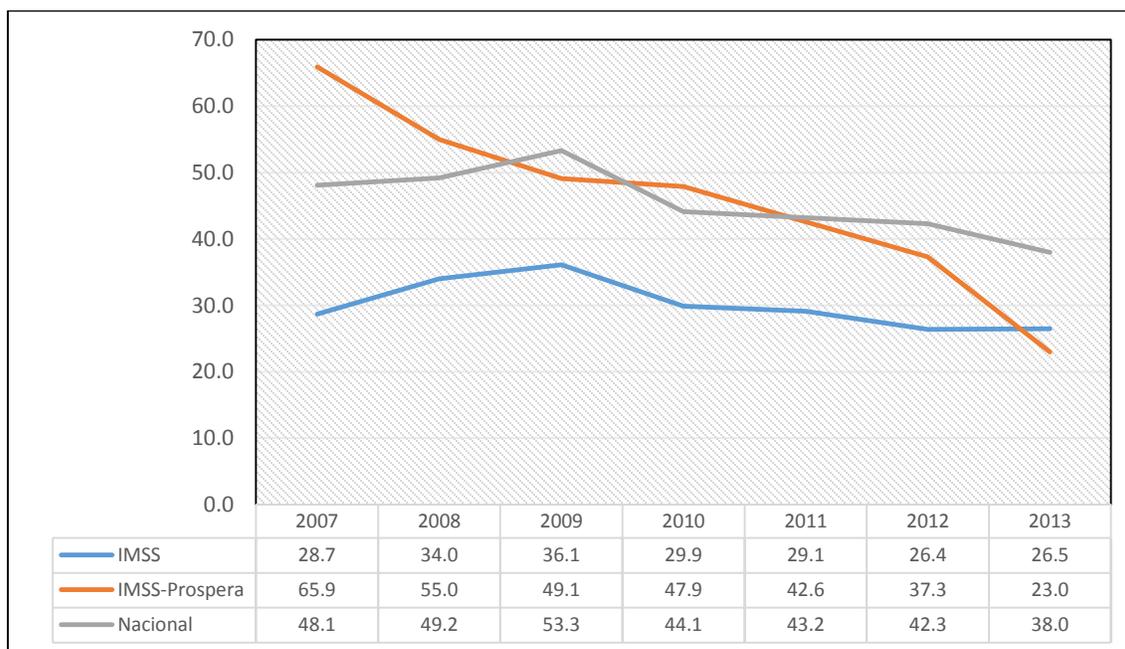
3.3. Evaluación en la prevención y reducción de la muerte materna del programa IMSS-Prospera

La muerte materna es un problema de salud pública a nivel mundial, que en México afecta principalmente a las mujeres del medio rural, por lo que IMSS-Prospera ha instrumentado una serie de estrategias que han permitido registrar una clara tendencia a la disminución en los últimos años, mediante un enfoque preventivo y anticipatorio que toma en cuenta los determinantes socioeconómicos, culturales y geográficos que favorecen su ocurrencia.

En el 2013 se logró una tasa de 23 por 100 mil nacidos vivos, lo que significa una disminución de 65 por ciento con respecto al 2007, donde se registró una razón de 65.9. Con este resultado se contribuyó a que el país cumpliera con el Objetivo del Milenio de alcanzar una meta de 22 defunciones por 100 mil nacidos vivos al año 2015. Las acciones se han dirigido a mejorar el acceso a los servicios de salud, la oportunidad del control prenatal y la calidad de la atención médica, pero predominantemente a disminuir los embarazos de alto riesgo, a través del incremento en el número de aceptantes de métodos anticonceptivos, que del 2007 al 2013 pasaron de 297,629 a 321,376, lo que representa un incremento de 8%.

La atención de la emergencia obstétrica más especializada se logró a través del Acuerdo 126, que es un ejemplo de sinergia institucional, que facultó a las unidades médicas del Instituto a atender a las pacientes derivadas del programa. Dicha disminución no hubiera sido posible si no se contara con una amplia red social de apoyo a través de las parteras rurales y los voluntarios de la comunidad. Durante 2013 las más de 7 mil parteras voluntarias rurales atendieron 9,327 partos de bajo riesgo (8.1 por ciento del total atendido por el Programa), otorgaron 257 mil consejerías de planificación familiar y derivaron a 4 mil 146 mujeres a la unidad médica para adoptar un método anticonceptivo definitivo. La dificultad para acceder a los servicios de salud por las grandes distancias y las condiciones geográficas hace de la partera, en algunos casos, la única opción de asistencia durante el embarazo y la atención del parto. La disminución de 10 por ciento que se observa de los partos atendidos por parteras en el 2013 con relación al 2012, se debe a la prioridad que se ha dado al parto institucional como una estrategia para disminuir riesgos en la atención materno-infantil.

Gráfica 3. México: Tendencia de la razón de muerte materna, 2007-2013.
(Tasa por 100 mil nacidos vivos)



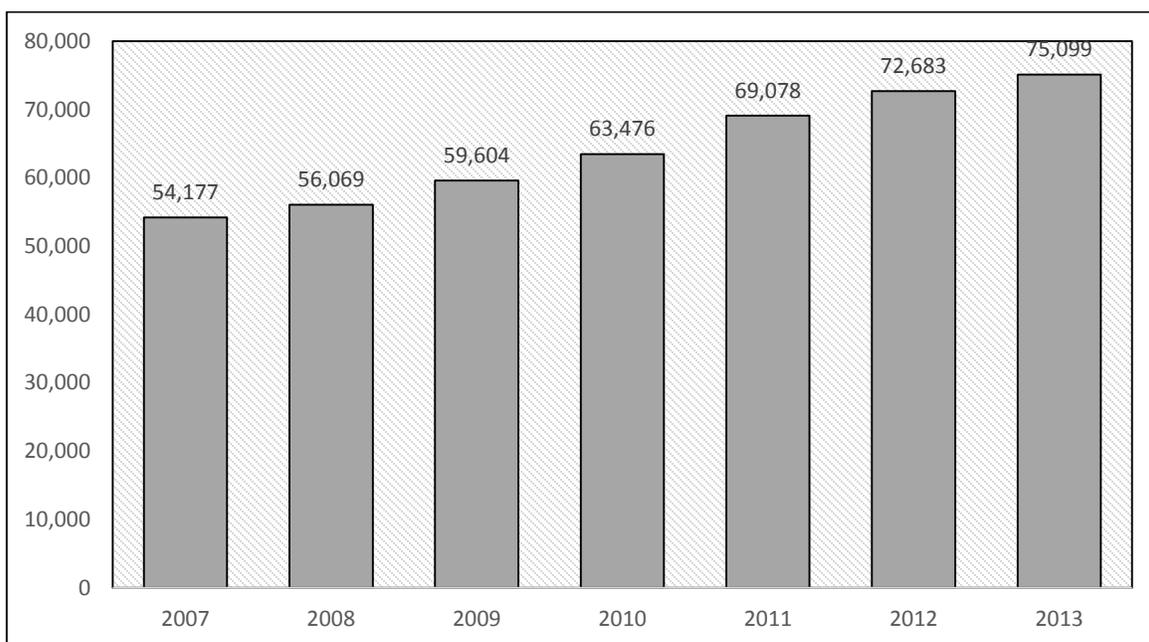
Fuente: elaboración propia con base en Informe de labores IMSS, 2013.

3.4. Evaluación de la atención juvenil en el programa IMSS-Prospera

El origen de la estrategia se remonta a 1998, en respuesta al creciente número de embarazos no planificados en los jóvenes de 10 a 19 años, lo que originaba que de cada 10 muertes maternas 2

pertenecían a este grupo; con inicio de la vida sexual a los 17 años en promedio, de las cuales sólo 40 por ciento de las mujeres usó un método anticonceptivo. La estrategia se aplica en los Centro de Atención Rural al Adolescente (CARA), espacios ubicados en cada una de las Unidades Médicas en donde se llevan a cabo acciones educativas con un enfoque preventivo que favorece la adopción de hábitos y prácticas saludables. Por este medio se proporcionan a los adolescentes herramientas para fortalecer su autoestima y tomar mejores decisiones, especialmente con respecto al uso informado de métodos anticonceptivos, con pleno respeto a sus derechos humanos y reproductivos. Los resultados obtenidos entre 2007 y 2013 reflejan el incremento de 39 por ciento en el número de adolescentes aceptantes de estos métodos, lo que ha permitido disminuir a 1 de cada 10 muertes maternas en este grupo.

Gráfica 4. México: número de adolescentes que aceptan métodos anticonceptivos, 2007-2013. (Casos)

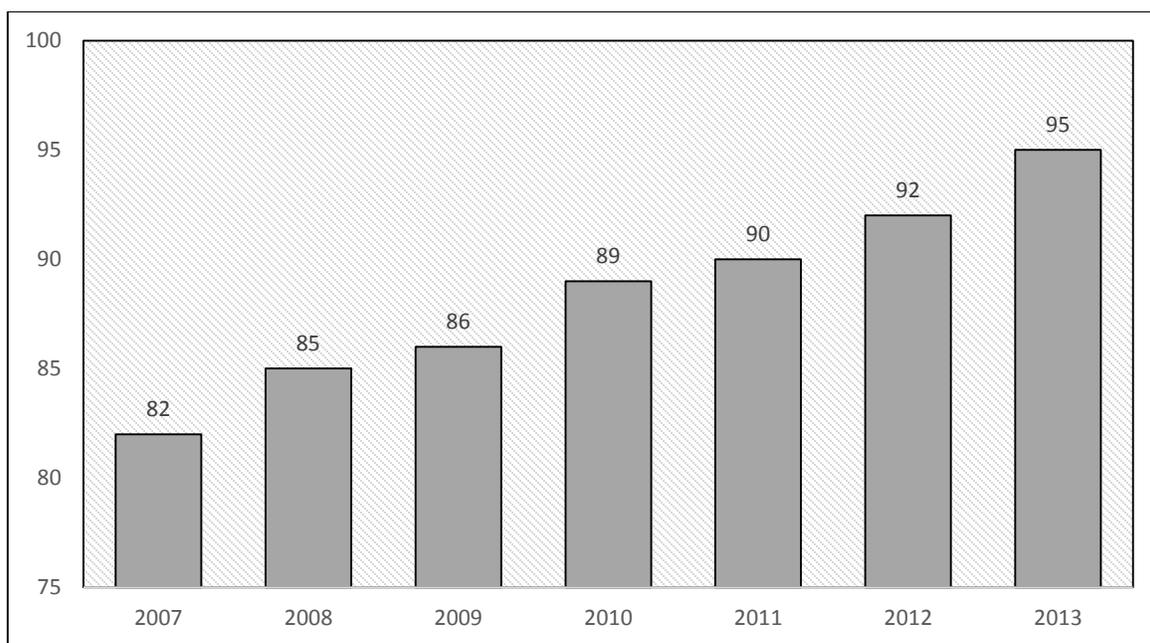


Fuente: elaboración propia con base en Informe de labores IMSS, 2013.

3.5. Lucha contra el cáncer cervico-uterino

Este cáncer continúa como un problema de salud pública en México y constituye la segunda causa de muerte por neoplasia en las mujeres de 25 años y más, siendo más vulnerables las que habitan en regiones rurales e indígenas, motivo por el cual las estrategias de prevención son las de mayor impacto y en las que el programa ha consolidado dos: la vacunación y la detección oportuna.

Gráfica 5. México: cobertura detección de cáncer cérvico-uterino programa IMSS-Prospera, 2007-2013. (Porcentaje)



Fuente: elaboración propia con base en Informe de labores IMSS, 2013.

A través de esta última, en 2013 se efectuaron 956,743 citologías (papanicolaou) a mujeres de 25 a 64 años, alcanzando una cobertura acumulada de 95 por ciento; estas acciones de tamizaje permitieron identificar a 12,998 pacientes que presentaban algún tipo de lesión premaligna del cuello uterino o infección por el virus del papiloma humano que es el principal precursor del cáncer cérvico-uterino, por lo que fueron referidas a los Hospitales Rurales para su atención especializada. Durante el 2013 las parteras rurales de la red comunitaria participaron refiriendo a 78 mil 461 mujeres para su detección en las unidades médicas. La vacunación contra el virus del papiloma humano dio inicio en el 2008, en las adolescentes de 12 a 16 años, de los 125 municipios con menor Índice de Desarrollo Humano; para el 2010 se universalizó su aplicación a todas las niñas de 9 años y, actualmente, para ampliar la cobertura, el Consejo Nacional de Vacunación estableció vacunar durante las Semanas Nacionales de Salud a las niñas inscritas en 5º año de primaria y de 11 años no escolarizadas. En 2013, IMSS-Oportunidades aplicó en la primera y segunda Semana Nacional de Vacunación 91,005 y 103,653 dosis de esta vacuna, respectivamente, logrando coberturas con esquemas completos (2 dosis) de 99.5 por ciento.

3.6. Control de epidemias

México es un país en donde la transición epidemiológica no ha concluido. Se enfrenta a problemas de salud como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares, pero existen grupos poblacionales donde la pobreza y la marginación determinan que aún prevalecen enfermedades como el dengue, el cólera y la tuberculosis. Para ello, se ejecutaron medidas preventivas y asistenciales eficaces. En el caso del dengue, la incidencia en 2013 en el país fue mayor en relación con 2012, al tener 25 por ciento más de casos confirmados (de 52,128 a 65,067). En IMSS-Prospera los casos confirmados disminuyeron 13 por ciento y una reducción de la letalidad de 6 a 2 defunciones en el mismo periodo. De igual forma se controlaron 314 brotes hasta su alta sanitaria.

En las acciones de prevención y control de enfermedades asociadas al mal saneamiento participó activamente la red comunitaria con:

1. Promoción de hábitos saludables a más de 2 millones de familias, con especial atención en el control de fauna nociva y transmisora y disposición adecuada de basura, situación que influye directamente en la disminución de enfermedades transmisibles por vectores como el dengue o el paludismo. Se logró una cobertura favorable de más de 90 por ciento de familias del universo de atención del Programa.
2. Promoción del consumo de agua limpia y la disposición de la excreta en letrinas adecuadas o sanitarios ecológicos.
3. Operación de la estrategia de información, educación y comunicación.

La disminución de la incidencia y la mortalidad por tuberculosis pulmonar es una de las metas que México tiene comprometidas como parte de los Objetivos del Milenio. De las detecciones realizadas en 2013 fueron identificados 750 casos nuevos, cuyos pacientes iniciaron tratamiento. Se obtuvo una tasa de curación de 87%, superando el indicador mínimo del estándar internacional y del sector que es de 85 por ciento, los voluntarios de la red comunitaria contribuyeron visitando a los pacientes en su domicilio para suministrarles el medicamento todos los días; en el 2013 se atendieron a 192 personas, que representan 25% del total de casos, acarreado beneficios tanto para la salud de las personas como en su economía al evitarles los costos de traslado a la unidad médica.

Cuadro 2. México: resultados de la prevención y control de la tuberculosis por parte del programa IMSS-Prospera, 2007-2013.

(Casos y porcentaje)

CONCEPTO	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Detecciones	69,730	76,889	63,929	65,496	52,355	76,855	78,161
Incidencia	8.8	9.1	9.2	8.3	7.5	8.1	6.3
Casos	929	930	941	856	776	865	750
Tasa de curación (>85%)	65%	79%	85%	83%	89%	88%	87%

Fuente: elaboración propia con base en Informe de labores IMSS, 2013.

Como parte de la transición epidemiológica de México, la diabetes mellitus fue la primera causa de mortalidad del país con 87,702 defunciones que representan 14.7 por ciento del total de muertes del 2011, situación que no está exenta en el medio rural, por lo que se han fortalecido las acciones preventivas. En el 2013 se logró 98% de la meta de detecciones oportunas de esta enfermedad, lo que ha permitido integrar a tratamiento a 192,530 pacientes, lo que significó 5% más en relación con el año anterior, mismos que con su manejo tendrán una mejor calidad de vida, ya que 61% se mantienen en control.

Cuadro 3. México: resultados de la prevención y control de la diabetes mellitus por parte del programa IMSS-Prospera, 2007-2013.
(Casos y porcentaje)

CONCEPTO	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Detecciones	3,226,455	3,070,361	3,238,157	2,617,917	2,864,838	3,065,478	3,237,680
Pacientes registrados	107,910	114,378	127,642	145,459	172,808	183,908	192,530
Control glicérmico (>60%)	ND	ND	ND	ND	108,322 (62.7%)	113,158 (61.5%)	118,237 (61.4%)

Fuente: elaboración propia con base en Informe de labores IMSS, 2013.

En el marco de la política social integral del Gobierno Federal, IMSS-Prospera participa con las Secretarías de Salud y de Desarrollo Social para garantizar que las familias que reciben un subsidio económico por parte del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades tengan acceso a un paquete básico de servicios de salud. A nivel nacional dicho Programa atiende a 5.9 millones de familias, de las cuales brinda el componente de salud a 1.4 millones, que representan 24% del total, es decir, se atiende casi una cuarta parte del padrón nacional. Dicho componente consiste en tres estrategias centrales de carácter eminentemente preventivo:

1. Acciones de salud. Proporcionando gratuitamente el Paquete Básico Garantizado de Salud y la ampliación progresiva de 13 a 27 intervenciones de salud pública del Catálogo

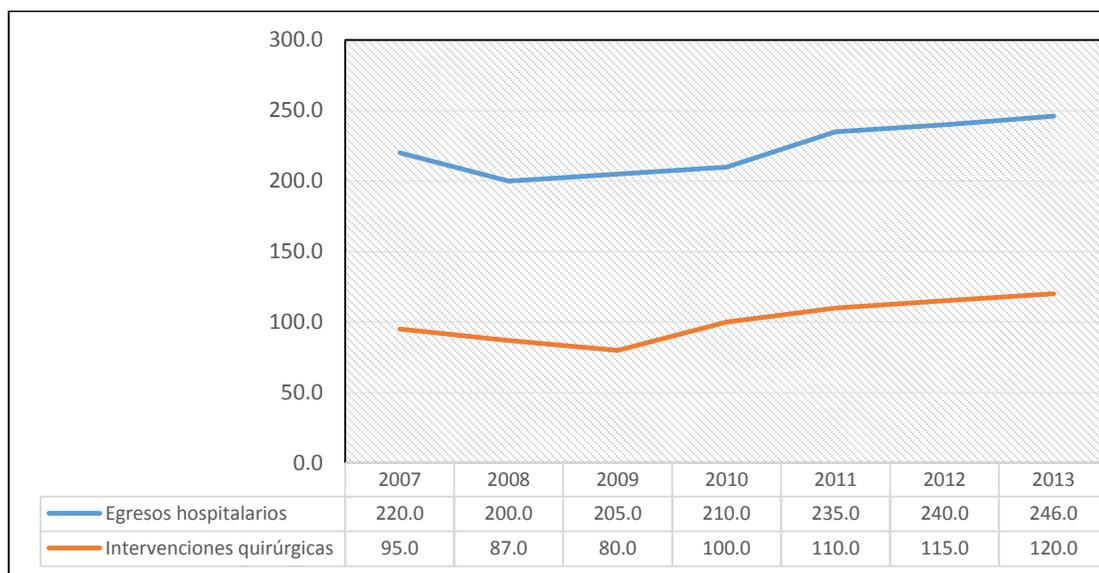
Universal de Servicios de Salud. En 2013 se registraron 1.4 millones de familias en control en el ámbito rural de 19 estados y en el urbano de 26 entidades federativas, otorgándoles más de 9 millones de consultas médicas, de las cuales 1.2 millones correspondieron a niños menores de 5 años, 399 mil a embarazadas y 257 mil a mujeres en periodo de lactancia.

2. Nutrición. Se incorporó la promoción de una mejor nutrición de la población, en especial para prevenir y atender la desnutrición y obesidad de niños y niñas desde la etapa de gestación a través de la vigilancia y el seguimiento del estado de nutrición, la entrega de suplementos alimenticios a niños y niñas menores de cinco años, mujeres embarazadas y en periodo de lactancia, y el control de los casos de desnutrición.
3. Autocuidado de la salud. Se utilizó la comunicación educativa para fomentar y mejorar la salud de las familias y de la comunidad dando prioridad a la educación alimentaria nutricional, la prevención de enfermedades y el apego a los tratamientos de pacientes crónicos.

3.7. Atención médica

Las acciones del Modelo de Atención Integral a la Salud se otorgan a través de Hospitales Rurales, en los cuales se cuenta con las especialidades básicas (Cirugía General, Gineco-Obstetricia, Medicina Interna, Pediatría y Anestesiología), mismas que en el medio rural significan la única oportunidad de atención especializada en forma gratuita, siendo en algunos casos la diferencia entre la vida o la muerte. El funcionamiento del sistema hospitalario no podría entenderse sin la presencia continua y permanente de 2,000 residentes en su último año de adiestramiento que cada año rotan por los Hospitales Rurales, provenientes de los hospitales y Unidades Médicas de Alta Especialidad del IMSS en su Régimen Obligatorio, lo que ha permitido mantener la tendencia ascendente en el número de egresos hospitalario e intervenciones quirúrgicas.

Gráfica 6. México: egresos e intervenciones quirúrgicas programa IMSS-Prospera, 2007-2013.
(Miles)



Fuente: elaboración propia con base en Informe de labores IMSS, 2013.

Ante la necesidad de acercar los servicios de alta especialidad a las comunidades atendidas por IMSS-Prospera, se instrumentó hace 18 años una estrategia vanguardista y sin precedente denominada Encuentros Médico-Quirúrgicos, con el objetivo de abatir rezagos en salud susceptibles de intervención quirúrgica en beneficio de una población predominantemente indígena que por sus condiciones de marginación y pobreza no han tenido las mismas oportunidades de recibir atención especializada, entre otras, las asociadas a malformaciones congénitas que afectan el desarrollo de niños y jóvenes, secuelas de accidentes, traumatismos y quemaduras, enfermedades incapacitantes como las cataratas que lesionan la calidad de vida de la población adulta, así como el diagnóstico oportuno y tratamiento de lesiones premalignas y malignas de cáncer cérvicouterino y de mama. A la fecha se han realizado 330 Encuentros en las especialidades de Oftalmología, Cirugía Reconstructiva, Cirugía Pediátrica, Ginecología Oncológica y Urología, en los cuales se han valorado más de 171 mil personas y realizado más de 42 mil procedimientos quirúrgicos.

Ahora bien el programa es perfectible en muchos de sus aspectos, de la revisión de los informes finales de la Evaluación Específica de Desempeño 2012-2013 (EED) y de la Evaluación Costo-Efectividad 2013 (ECE) se detectaron los siguientes aspectos:

1. Dar continuidad al proceso de Evaluación Costo-Efectividad (ECE) del Programa IMSS-Prospera.

2. Adecuación de indicadores específicos de desempeño que midan efectividad y calidad de los servicios médicos y de acción comunitaria.
3. Revisar el Fin del Programa y adecuar las definiciones de la población atendida, población objetivo y población potencial.
4. Análisis de la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR).
5. Realizar evaluación de impacto.
6. Diseñar un mecanismo a través de encuestas rápidas que valide la calidad de los servicios otorgados así como las capacidades adquiridas y la aplicación del conocimiento en el hogar.
7. Efectuar acciones específicas para disminuir la carencia por acceso a los servicios de salud en los estados de Puebla y Guerrero
8. Fortalecer los procesos de implementación de las principales intervenciones del Programa IMSS-Oportunidades, principalmente para la prevención y control de la Diabetes Mellitus.

Para la Unidad del Programa IMSS-Prospera es de especial relevancia dar continuidad al proceso que se inició en el 2013 para evaluar el costo y efectividad de sus principales intervenciones. Las conclusiones emitidas por el evaluador en el análisis de cuatro entidades de la República donde se atiende a poco más de la mitad de la población objetivo del Programa (Chiapas, Michoacán, Oaxaca y Veracruz) son positivas, ya que reflejan que en tres de las cuatro intervenciones evaluadas (tasa de mortalidad infantil en menores de un año, tasa de mortalidad infantil en menores de cinco años, tasa de mortalidad materna) el Programa es costo-efectivo dominante en el 100% de los casos analizados. Debido a que el resultado para la intervención de diabetes mellitus no es preciso, y con el objetivo de ratificar el resultado de las otras intervenciones, el Programa considera oportuno ejecutar tres actividades: a) evaluación costo-efectividad a nivel nacional; b) desarrollar un estudio de política pública comparada entre el Programa IMSS-Oportunidades y otras acciones dirigidas a la población marginada; y c) efectuar evaluación de consistencia a través de un modelo de marco lógico.

Asimismo de acuerdo con los indicadores incorporados al Portal Aplicativo de la Secretaría de Hacienda (PASH) para la evaluación del programa IMSS-Prospera, se tiene que a diciembre de

2014³ en ningún caso estos llegan a tener malos resultados, alcanzándose en muy pocos casos una calificación regular principalmente en la tasa de mortalidad en menores de 5 años (mes de marzo de 2014) alcanzando una tasa de 8.1%, porcentaje de ocupación hospitalaria (de enero a abril de 2014) ubicándose entre 76.4%-78.9%, porcentaje de cobertura del personal de confianza y base (de abril a junio de 2014) alcanzando 94.8% y el porcentaje de suministro de medicamentos en relación a los solicitados (de enero a abril y junio de 2014) con tasas que rondaron de 90.5% a 92.5%. En los demás indicadores, la evaluación alcanzada es satisfactoria (Véase anexo A).

Las conclusiones muestran un panorama general de mejor desempeño en las Unidades del Programa IMSS-Prospera.

- El modelo propicia la vinculación de los servicios médicos con la participación activa y organizada de las comunidades, lo que permite el mejoramiento de la salud con un enfoque preventivo en el entorno individual, familiar y local. Los objetivos específicos de la atención médica son:
 - Otorgar servicios de salud ambulatorios y hospitalarios eficientes, con calidad y calidez a la población del ámbito de responsabilidad del Programa, en las unidades de primer nivel (unidades médicas rurales (UMR), brigadas de salud (BS) y unidades médicas urbanas (UMU)) y segundo nivel de atención (hospitales rurales (HR)).
 - Otorgar las acciones de protección específica personalizada a la población susceptible.
 - Realizar las acciones de prevención de enfermedades con base en las prioridades y políticas de salud pública.

Su alto grado de aceptación social y base comunitaria, asignación eficiente de recursos, alto costo-efectividad de sus intervenciones y bajo costo administrativo, permiten explicar que se trata de un Programa de intervención en salud altamente referenciado nacional e internacionalmente. Las recientes discusiones sobre el Modelo de Atención Integral a la Salud que ha emprendido la Secretaría de Salud, reconocen a IMSS-Prospera como un referente nacional para la construcción del Modelo. Para poder proseguir y mejorar sus estrategias a favor de la salud de la población sin

³ En 2013 el Sistema Nacional DIF a través de la Dirección General de Alimentación y Desarrollo Comunitario, desarrolló la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR), de donde se desprenden los indicadores PASH por lo cual la información es muy reciente y no se cuenta con datos para los años previos del periodo de estudio que abarca el presente trabajo

seguridad social y formar parte del proyecto de universalización de la salud, el Programa requiere de su participación en el financiamiento del Seguro Popular, tal y como la Ley General de Salud lo establece. Esto significa entender que se trata de un prestador del Seguro Popular, precisamente el que cuenta con más población.

Manteniendo sus señas de identidad, para 2013-2018 IMSS-Prospera contempla como estrategias prioritarias: a) Contribuir a la universalización del acceso a la salud. b) Garantizar servicios de salud con calidad protegiendo la seguridad de los pacientes. c) Promover el refuerzo de la atención primaria a la salud. d) Mejorar la atención a los grupos vulnerables en coordinación con la Cruzada Nacional contra el Hambre. En este sentido, para garantizar la portabilidad del derecho a la salud, el Programa continuará promoviendo la firma de Convenios de Colaboración con el Seguro Popular en todos los estados donde IMSS-Prospera tiene presencia, como un justo reconocimiento a la cobertura que proporciona al Seguro Popular. Para avanzar en la convergencia de servicios, se incrementará el Paquete Básico Garantizado de Salud para las familias beneficiarias del Programa. En relación con el acceso efectivo a servicios de salud con calidad, está previsto continuar con la acreditación de establecimientos médicos como garantía de calidad, el cumplimiento de las metas internacionales de seguridad del paciente, la expansión del aval ciudadano como parte de la contraloría social y la atención basada en la evidencia con el impulso a las guías de práctica clínica.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Se han identificado dos posiciones fundamentales en cuestión de gobierno y economía, la primera de ellas ligada que promueven un sistema en el que los agentes individuales puedan elegir libremente a través del sistema de mercado el cual no debe ser intervenido, delegando funciones de protección de derechos de propiedad (un estado de derecho fuerte) y de construcción de infraestructura y seguridad nacional al gobierno; la segunda posición se caracteriza por pedir una mayor intervención del gobierno en la sociedad y en la economía, no solamente a través de las funciones que los economistas liberales delegaron a este actor, sino funciones productivas, de distribución de los recursos para reducir la desigualdad entre los agentes, etc. Un aspecto muy relevante es el papel de los servicios de salubridad, el debate consiste en cual debe ser el rol que asuma el gobierno en los servicios de salud, si deben ser provistos por este actor o por el contrario dejar que cada individuo elija el servicio que más le convenga, proveyendo únicamente de este servicio a los individuos más pobres o con menos recursos.

La estrategia de seguridad social implementada ha ido cambiando durante los últimos 30 años, teniendo como fin la ayuda a las poblaciones marginadas de la república, los medios bajo los cuales se realiza han evolucionado, distinguiéndose las ayudas en especie proporcionadas por el gobierno de Salinas, pasando por las ayudas monetarias y la formación de capital humano durante el gobierno de Zedillo y la estrategia del programa de desarrollo de oportunidades hasta llegar al actual programa de la presidencia de Peña Nieto (Prospera) y una de sus principales políticas: la cruzada contra el hambre.

A pesar de la política social efectuada, los resultados son pobres por no decir nulos, ya que prácticamente la población en condiciones de pobreza representa el mismo porcentaje de 1992 a 2012, cerca del 53% de total de habitantes, lo cual significa que en términos absolutos la población en estado de pobreza es mayor que en al finalizar el siglo XX, distinguiéndose el sexenio de Vicente Fox durante el cual el porcentaje de gente en estado de pobreza fue menor al 50%.

El programa IMSS-Prospera ha representado uno de los mayores logros de las últimas 5 administraciones en el sentido en el que los beneficiarios de este programa son las personas que tienen algunas de las peores condiciones de vida en el país, y los esfuerzos por mejorar la calidad de vida de plasman en este programa.

Sin embargo a pesar de los recursos invertidos, los resultados de IMSS-Prospera han sido variables, en el sentido de que si bien se ha logrado abatir con la totalidad de las enfermedades de corte digestivo, la diabetes mellitus fue la primera causa de mortalidad del país con 87,702 defunciones que representan 15% del total de muertes del 2011, situación que no está exenta en el medio rural, por lo que se han fortalecido las acciones preventivas. En el 2013 se logró 98% de la meta de detecciones oportunas de esta enfermedad, lo que ha permitido integrar a tratamiento a 192,530 pacientes, lo que significó 5% más en relación con el año anterior, mismos que con su manejo tendrán una mejor calidad de vida, ya que 61% se mantienen en control sin embargo la incidencia no ha disminuido.

Algunos de los logros más relevantes son:

- A la fecha se han realizado 330 Encuentros en las especialidades de Oftalmología, Cirugía Reconstructiva, Cirugía Pediátrica, Ginecología Oncológica y Urología, en los cuales se han valorado más de 171 mil personas y realizado más de 42 mil procedimientos quirúrgicos.
- A nivel nacional dicho Programa atiende a 5.9 millones de familias, de las cuales brinda el componente de salud a 1.4 millones, que representan 24% del total, es decir, se atiende casi una cuarta parte del padrón nacional.
- De las detecciones de tuberculosis realizadas en 2013 fueron identificados 750 casos nuevos, cuyos pacientes iniciaron tratamiento. Se obtuvo una tasa de curación de 85%, superando el indicador mínimo del estándar internacional y del sector que es de 85%, los voluntarios de la red comunitaria contribuyeron visitando a los pacientes en su domicilio para suministrarles el medicamento todos los días; en el 2013 se atendieron a 192 personas, que representan 25% del total de casos, acarreado beneficios tanto para la salud de las personas como en su economía al evitarles los costos de traslado a la unidad médica.
- En 2013, IMSS-Oportunidades aplicó en la primera y segunda Semana Nacional de Vacunación 91,005 y 103,653 dosis de esta vacuna, respectivamente, logrando coberturas con esquemas completos (2 dosis) de 99%.
- Se efectuaron 956,743 citologías (papanicolaou) a mujeres de 25 a 64 años, alcanzando una cobertura acumulada de 95%; estas acciones de tamizaje permitieron identificar a 12,998 pacientes que presentaban algún tipo de lesión premaligna del cuello uterino o

infección por el virus del papiloma humano que es el principal precursor del cáncer cérvico-uterino, por lo que fueron referidas a los Hospitales Rurales para su atención especializada.

- Asimismo de acuerdo con los indicadores incorporados al Portal Aplicativo de la Secretaría de Hacienda (PASH) del programa IMSS-Prospera, la evaluación alcanzada es satisfactoria presentándose muy pocos casos una calificación regular como: la tasa de mortalidad en menores de 5 años, porcentaje de ocupación hospitalaria, porcentaje de cobertura del personal de confianza y base y el porcentaje de suministro de medicamentos en relación a los solicitados.

A pesar de esto, se tiene a una población en el país que no cuenta con un acceso integral, considerando que la mitad de la población en México se encuentra en condiciones de pobreza por ingresos y más del 90 por ciento cuenta con alguna vulnerabilidad.

Las recientes discusiones sobre el Modelo de Atención Integral a la Salud que ha emprendido la Secretaría de Salud, reconocen a IMSS-Prospera como un referente nacional para la construcción del Modelo. Para poder proseguir y mejorar sus estrategias a favor de la salud de la población sin seguridad social y formar parte del proyecto de universalización de la salud, el Programa requiere de su participación en el financiamiento del Seguro Popular, tal y como la Ley General de Salud lo establece.

Entre las acciones de política que se pueden hacer están la necesidad de asegurar a la población en los esquemas de salud primarios y que el programa IMSS-Prospera que convierta en un eje en materia de salud y de prevención ante el cambio en la estructura poblacional del país y la aparición de enfermedades degenerativas que terminaran ocasionando un grave problema para el esquema de salud actual del país.

BIBLIOGRAFÍA

- Agudo Sanchíz, A. (2008). *Evaluación externa del programa IMSS-oportunidades 2008. A diez años de intervención en zonas rurales, 1997-2007*. México: SEDESOL.
- Arredondo López, A., & Orozco Núñez, E. (2014). Indicadores de gobernanza y protección social en salud en América Latina: fortalezas, debilidades y lecciones desde México. *Salud Pública, vol 16, num. 3*, 335-345.
- Chávez Méndez, G., & all, e. (2010). El programa IMSS-Oportunidades. Un acercamiento a su estrategia de comunicación educativa aplicada a un contexto de alta marginalidad. *Estudios sobre las Culturas Contemporáneas, vol. XVI num 31*, 113-147.
- CONEVAL. (2015). Obtenido de <http://www.coneval.gob.mx/Paginas/principal.aspx>
- CONEVAL. (diversos años). *Evaluación de consistencia y resultados: Programa IMSS-Oportunidades*. México.
- CONEVAL. (diversos años). *Informe de la evaluación específica de desempeño*. México.
- de la Fuente, F. (2008). *¿Es deseable la intervención del Estado en el sistema financiero? Análisis de su papel en economías procedentes del socialismo real*. Madrid: UCM.
- Gobierno de la República . (2013). *Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018*. México: Gobierno de la República .
- Gobierno de la República . (2013). *Programa Institucional del IMSS 2014-2018*. México.
- Gobierno de la República. (2013). *Programa sectorial de Salud 2013-2018*. México .
- Gómez Dantés, O., & all, e. (2011). Sistema de salud de México. *Salud Pública de México vol 53 suplemento no. 2* , S220-S232.
- Hervia de la Jara, F. (2009). De Progres a Oportunidades: efectos y límites de la corriente cívica en el goiobierno de Vicente Fox. *Sociológica año 24, núm. 70* , 43-81.
- IMSS. (2007). *Programa IMSS-Oportunidades: Libro Blanco 2007-2012*. México: IMSS.
- IMSS. (2014). *Programa Institucional del IMSS 2014-2018*. México.
- IMSS. (diversos años). *Cuenta pública del IMSS*. México: IMSS.
- IMSS. (diversos años). *Informe de labores IMSS*. México: IMSS.
- IMSS-PROSPERA. (2015). Obtenido de <http://www.imss.gob.mx/imss-prospera>
- INOVA CONSUL, S.C. (2007). *Evaluación externa a los resultados del porgrama IMSS-Oportunidades para el 2007*. México.
- Investigación Social y Demografía . (2009). *Evaluación específica de desempeño 2008, IMSS-Oportunidades* . México.

- Olguín Guzmán, E. (2006). *Desarrollo de un sistema de información para el control de artículos de las unidades médicas rurales en el programa IMSS-Oportunidades*. Pachuca de Soto: Tesis para obtener el título de Licenciado en Sistemas Computacionales, Universidad Autónoma de Hidalgo.
- Pacheco Estrella, P. (2012). *Análisis de la cobertura geográfica del programa caravanas de la salud*. México: Tesis para obtener el grado de Maestría en Políticas Públicas, Universidad Iberoamericana.
- Presidencia de la República. (diversos años). *Informe de Gobierno*. México.
- Rosen, H. (2008). *Hacienda Pública*. 7ma edición, ed. Mc Graw Hill, España
- Sánchez Maldonado, J., & Salvador, G. (ND). El papel del estado en las economías mixtas y los fundamentos del análisis normativo. *Laberinto 1*, 1-13.
- Secretaría de Desarrollo Social. (2013). *Programa Sectorial de Desarrollo Social 2013-2018*. México.
- SEDESOL-PROSPERA. (2015). Obtenido de <https://www.prospera.gob.mx/Portal/>
- Soto, R., & all, e. (2012). *Meta evaluación 2007-2012 del programa 70 y más*. Tuxtla Gutiérrez: SEDESOL.
- Stiglitz, J. (2003). *La economía del sector público*. 3ra. edición, editorial Antoni Bosch, Barcelona

ANEXO A

Ilustración 4. México: indicadores incorporados al PASH del programa IMSS-Prospera, diciembre de 2014. (Porcentaje)

No.	Indicador	Valor esperado	Bueno	Regular	Crítico	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov
1	Tasa de mortalidad en niños y niñas menores de 5 años del Programa IMSS-Oportunidades	≤ 7.6 X 1 000 nacidos vivos	≤ 7.6	7.61-8.89	>8.9	6.3	5.2	8.1	7.3	6.2	7.2	7.1	7.5	7.3	6.8	7.4
2	Razón de Mortalidad Materna	≤40.0 X 100 mil nacidos vivos	≤40.0	40.1-42.4	>42.5	11.0	8.3	18.4	20.7	19.9	20.3	20.5	20.0	20.3	21.0	20.1
3	Cobertura de protección anticonceptiva postparto	≥ 80%	≥ 80%	74-79.9	< 74	83.6	82.9	83.0	82.7	82.8	82.7	82.6	82.3	82.1	82.0	82.0
4	Cobertura de esquemas completos de vacunación en niños de un año en población amparada por IMSS-Oportunidades. (%)*	≥ 77.8%	≥ 77.8	71.9-77.7	< 71.8	*	*	*	*	*	95.2	*	*	*	*	*
5	Promedio de consultas prenatales por embarazada	≥ 5	≥ 5	4-4.9	< 4	6.6	6.4	6.5	6.5	6.5	6.6	6.7	6.8	6.9	7.0	7.1
6	Proporción de parto institucional	≥ 80%	≥ 80%	75-79.9	< 75	100.0	91.2	93.8	91.4	93.0	91.6	92.7	91.8	92.8	92.0	92.7
7	Logro con relación a la meta de citología cervical en mujeres de 25 a 64 años a través de citología cervical	≥ 90%	≥ 90	80-89.9	< 80	91.8	102.7	109.5	111.1	110.4	111.6	110.0	108.4	106.7	104.5	102.1
8	Valoración somatométrica del estado nutricional en el menor de 5 años	≥ 90%	≥ 90	80-89.9	< 80	100.4	104.0	102.9	101.9	101.1	101.3	102.8	103.6	103.8	104.2	104.4
9	Detección oportuna de hipertensión arterial	≥ 90%	≥ 90	80-89.9	< 80	122.2	127.0	126.1	124.8	122.7	121.1	119.3	117.6	115.4	114.1	112.4
10	Detección oportuna de diabetes mellitus	≥ 90%	≥ 90	80-89.9	< 80	103.6	105.0	102.5	100.5	99.9	99.9	99.3	99.3	98.9	98.9	98.5
11	Porcentaje de ocupación Hospitalaria	≥ 80%	≥ 80%	70-79.9	< 70	76.4	76.8	76.7	78.9	80.1	82.0	82.9	83.7	84.4	85.3	85.5
12	Promedio de asistentes a talleres comunitarios en relación a talleres realizados	13 a 20 participantes por taller	13-20	8-12.9	< 8	**	15.8	**	15.9	**	15.9	**	15.9	**	15.9	**
13	Porcentaje de voluntarios de salud activos con relación a la Meta anual establecida	≥ 98%	≥ 98	91-97.9	< 91	**	99.5	**	102.1	**	99.6	**	103.7	**	99.9	**
14	Porcentaje de personas derivadas a la Unidad Médica por voluntarios de salud y voluntarios con relación al número de personas identificadas	≥ 79	≥ 79	60-78.9	< 60	**	88.7	**	89.0	**	89.0	**	89.0	**	89.0	**
15	Porcentaje de embarazadas derivadas por parteras rurales a la Unidad Médica para control prenatal	≥ 90%	≥ 90	70-89.9	< 70	**	100.1	**	99.9	**	99.9	**	99.8	**	99.6	**

**Ilustración 5. México: indicadores incorporados al PASH del programa IMSS-Prospera, diciembre de 2014 (continuación).
(Porcentaje)**

No.	Indicador	Valor esperado	Bueno	Regular	Crítico	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov
16	Porcentaje de familias participantes en agua limpia respecto al total de familias del universo de trabajo	≥ 92.2%	≥ 92.2	86.2-92.1	<86.2	**	95.3	**	94.7	**	95.0	**	94.8	**	93.1	**
17	Porcentaje de familias participantes en disposición sanitaria de la excreta humana respecto al total de familias del universo de trabajo	≥ 90.7%	≥90.7	84.7-90.6	<84.7	**	94.9	**	94.1	**	94.2	**	94.1	**	92.4	**
18	Porcentaje de familias participantes en disposición sanitaria de basura y desechos	≥ 92.1%	≥ 92.1	87.1-92	< 87.1	**	95.5	**	94.9	**	95.0	**	94.8	**	93.2	**
19	Porcentaje de familias participantes en el control de fauna nociva y transmisora, respecto del total del universo de trabajo	≥ 90.6%	≥ 90.6	82.6-90.5	< 82.6	**	93.8	**	93.0	**	93.4	**	93.2	**	91.8	**
20	Porcentaje de cobertura de la plantilla operativa de confianza y base	≥ 95%	≥ 95	85-94.9	< 85	95.8	95.6	95.2	94.8	94.9	94.8	95.2	95.5	95.5	96.0	96.2
21	Porcentaje de suministro de medicamentos en relación a medicamentos solicitados	≥ 93%	≥ 93	88-92.9	< 88	91.8	91.2	90.5	92.5	93.6	90.7	95.5	93.9	94.6	95.0	93.1

Fuente: IMSS-Prospera <http://www.imss.gob.mx/imss-prospera>