



Con una trayectoria ininterrumpida de 35 años, IMSS-Oportunidades es un programa federal que contribuye a garantizar el derecho a la protección de la salud mediante el otorgamiento de servicios preventivos gratuitos en comunidades rurales y urbano marginadas de nuestro país. Su origen respondió a la preocupación del Estado Mexicano por ampliar los servicios de salud a la población desprotegida, aplicando un enfoque de cooperación gobierno y sociedad, por lo cual se aprovechó la práctica de solidaridad social vigente en los pueblos indígenas y campesinos para involucrar y hacer participe a la comunidad en el cuidado de su propio bienestar físico.

La creación y desarrollo del Programa IMSS-Oportunidades 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 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. Derivado de esta reforma, en 1974 se instrumenta 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. Ahí radica el principal distintivo del Programa IMSS-Oportunidades: una red

comunitaria conformada por la población receptora de los servicios, que con su participación multiplica y favorece el autocuidado de su salud.

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 1977 el Ejecutivo Federal crea la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (Coplamar) como parte de una política integral para atender la pobreza. Con el objetivo de acelerar la ampliación de cobertura en salud en las zonas marginadas de México y aprovechar la experiencia adquirida por el IMSS, 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.

En 1983 se decreta la desaparición de Coplamar, asignando al IMSS la administración total del Programa IMSS-Coplamar. Esta circunstancia permitió que a partir de la experiencia institucional adquirida se transformara el sistema de atención médica en un Modelo de Atención Integral a la Salud, que interrelaciona la atención médica y la participación comunitaria. Entre las bondades de este Modelo destaca la posibilidad de adecuarse a las culturas locales, a las necesidades específicas de la población de responsabilidad y a los recursos disponibles,

donde la participación comunitaria se considera un medio para generar una cultura de la prevención en entornos especialmente propicios a la propagación de enfermedades.

Con la descentralización de los servicios de salud a los gobiernos de los estados que tuvo lugar en 1984, el Programa transfiere 23 hospitales y 911 Unidades Médicas Rurales a 14 entidades federativas. Este hecho disminuye su presencia en 44 por ciento del territorio nacional. El Programa se mantuvo funcionando con 50 hospitales y 2,404 Unidades Médicas Rurales, con los cuales se daba atención médica a 9 millones de personas. Esta política de descentralización de servicios de salud no tuvo el impacto deseado.

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 propicia el cambio de denominación del 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 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. Después de esta fecha y durante más de una década el Programa tuvo un crecimiento marginal y es solamente en el bienio 2009-2010 cuando se amplía su infraestructura y reingresa a los estados de México y Guerrero, entidades en las que había dejado de operar debido a la referida descentralización de los servicios de salud (cuadro VIII.1).

Actualmente, IMSS-Oportunidades tiene presencia en 27 estados del país, con una población adscrita de 11.9 millones de personas, atiende a 20,223 localidades –7 por ciento del total nacional– pertenecientes a 1,472 municipios –60 por ciento del total nacional–. El Programa no tiene criterios de selección pero sí de adscripción: cada unidad médica tiene su población

Cuadro VIII.1.
Evolución del Programa IMSS-Oportunidades

Año	Suceso relevante	Denominación	Unidades Rurales		Cobertura (millones de personas)
			Primer Nivel	Segundo Nivel	
	Primeras acciones para la atención a población no asegurada y marginada.				
1943	Creación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia Pública (SSA), su población objetivo: campesinos, desempleados, trabajadores de la economía informal y con más índices de marginación.				
1954-1972	El IMSS amplía gradualmente su espectro de aseguramiento: asalariados y agrícolas del norte del país (1954), trabajadores urbanos independientes (1959), trabajadores estacionales del campo y miembros de sociedades de crédito ejidal (1960), productores y cortadores de caña (1963), ejidatarios y productores de escasos recursos (1965), ejidatarios del cultivo de henequén (1972).				
	Reforma a Ley del Seguro Social.				
1973	Extiende su acción a grupos sin capacidad contributiva, en condiciones de pobreza y marginación extremas.		7		
	Inicia servicios en la zona de Chontalpa, Tabasco con unidades en préstamo por parte del IMSS (esquema modificado).				
1974-1976	Desarrollo de infraestructura propia.	Programa Nacional de Solidaridad Social.	310	7 30	1 3.8
1979	Convenio IMSS y Coplamar. Se comienza a denominar al Programa como IMSS-Coplamar.	Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria.	2,715	30	
	Desaparece Coplamar.				
1983	Se otorga al IMSS la responsabilidad total del Programa.	IMSS-Coplamar	3,025	60	10
	Descentralización de los servicios de salud.				
1984	Se transfieren a gobiernos de los estados 23 HR y 911 UMR.	IMSS-Coplamar	2,404	50	9
	Se crea el Programa Nacional de Solidaridad (Pronasol).				
1989-1994	Pronasol promueve el crecimiento de la infraestructura.	IMSS-Solidaridad	3,434	62	10.3
	Creación de Programa de Educación, Salud y Alimentación (Progresá).				
1997	El apoyo económico se condiciona a la asistencia a consultas médicas.		3,539	68	10.9
	En Consejo Técnico del IMSS aprueba nueva denominación.				
2002	Se crea el Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular).	IMSS-Oportunidades	3,540	69	10.6
	Primera integración de un padrón nominal de beneficiarios.				
2011-2013	IMSS-Oportunidades: prestador de servicios al Seguro Popular.		3,589	79	11.9

HR: Hospital Rural.

UMR: Unidad Médica Rural.

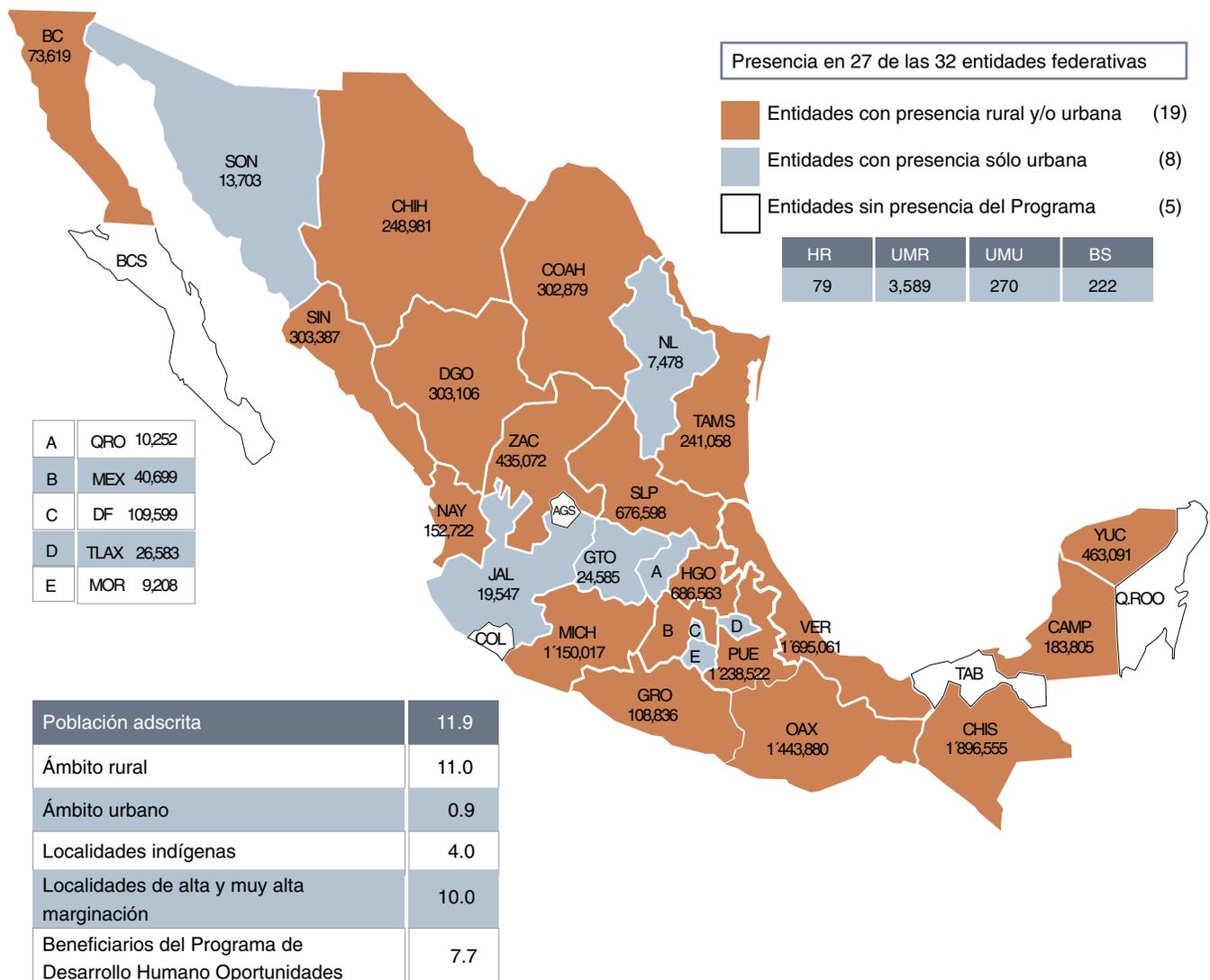
Fuente: Unidad del Programa IMSS-Oportunidades.

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 (gráfica VIII.1).

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-Oportunidades, 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 refleja en el creciente número de consultas otorgadas a este sector (cuadro VIII.2).

Gráfica VIII.1.
Cobertura del Programa IMSS-Oportunidades 2013



Cifras en millones de beneficiarios

Fuente: Unidad del Programa IMSS-Oportunidades.

Cuadro VIII.2.
Consultas otorgadas a población con Seguro Popular
(cifras en millones)

Concepto	2009	2010	2011	2012	2013
Beneficiarios	--	0.5	1.4	1.8	5.2
Consultas otorgadas	0.7	1.1	2.6	3.5	4.3

Fuente: Unidad del Programa IMSS-Oportunidades.

VIII.1. Financiamiento

El Programa IMSS-Oportunidades 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-Oportunidades 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

de curación. El capítulo de conservación contó con 2 por ciento del presupuesto (cuadro VIII.3). La gráfica VIII.2 muestra la evolución del presupuesto asignado en los últimos años.

Respecto al capital humano, al mes de diciembre de 2013 el Programa contó con 24,134 trabajadores con plaza presupuestal (cuadro VIII.4). Destaca la baja proporción del personal administrativo en la plantilla, es decir, menos de 9 por ciento del total del personal realiza funciones no sustantivas; este factor se explica por la no duplicidad de puestos de trabajo en las delegaciones donde opera el Programa, ya que gran parte de las funciones administrativas se realizan con el apoyo del personal del Régimen Ordinario del IMSS, logrando sinergia y generando economías de escala.

Cuadro VIII.3.
Ejercicio Presupuestal 2013
(millones de pesos)

Concepto	Importe
Servicios de Personal	6,699
Consumo de Bienes	2,034
Servicios Generales	887
Conservación	277
Gasto Corriente	9,897
Bienes Muebles e Inmuebles	161
Obra Pública	40
Inversión Física	201
Total	10,098

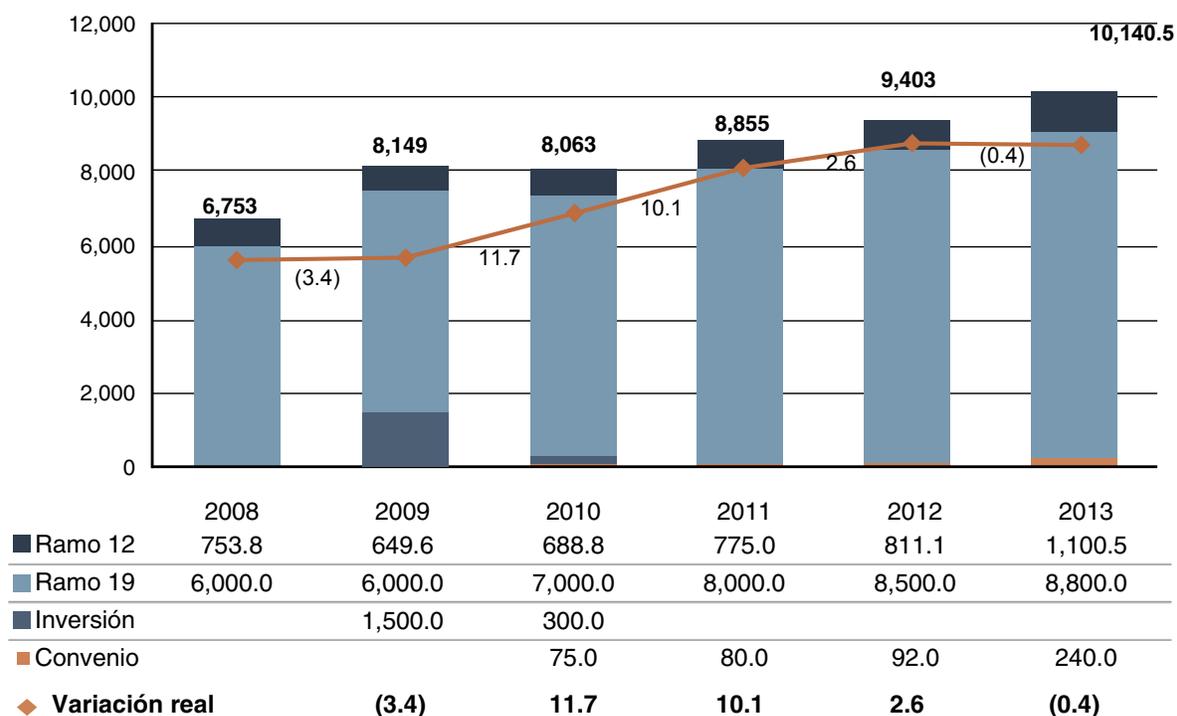
Fuente: Sistema de presupuesto de IMSS-Oportunidades, 2013.

Cuadro VIII.4.
Plantilla de personal a diciembre 2013

Disciplina	Plazas	Porcentaje
Médicos	6,259	25.9
Enfermeras	11,211	46.5
Paramédicos	801	3.3
Administrativos	1,966	8.1
Servicios Generales	3,412	14.1
Acción Comunitaria	485	2.0
Total	24,134	100.0

Fuente: Sistema Integral de Administración de Personal (SIAP), 2013.

Gráfica VIII.2.
Presupuesto 2008-2013
(millones de pesos corrientes)



Fuente: Informes de cuenta pública (IMSS-Oportunidades).

La característica de IMSS-Oportunidades 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 considera un acierto técnico porque permite 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.

El Programa ha obtenido resultados satisfactorios en diversas evaluaciones externas que se le han aplicado, como lo expresan las conclusiones de la “Evaluación de Consistencia y Resultados del Programa IMSS-Oportunidades, 2011-2012”, coordinada por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) que destaca: “Durante los últimos cinco años, el Programa se ha fortalecido

con estrategias de planeación y ejecución, lo que ha permitido el otorgamiento de los servicios dirigidos al logro de su propósito, modificando procesos con base en la identificación de áreas de mejora”.

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-Oportunidades 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. Las conclusiones muestran un panorama general de mejor desempeño en las Unidades del Programa IMSS-Oportunidades. Cuando se evaluaron las intervenciones dirigidas a la reducción de la mortalidad materna e infantil, las unidades de IMSS-Oportunidades resultaron costo-

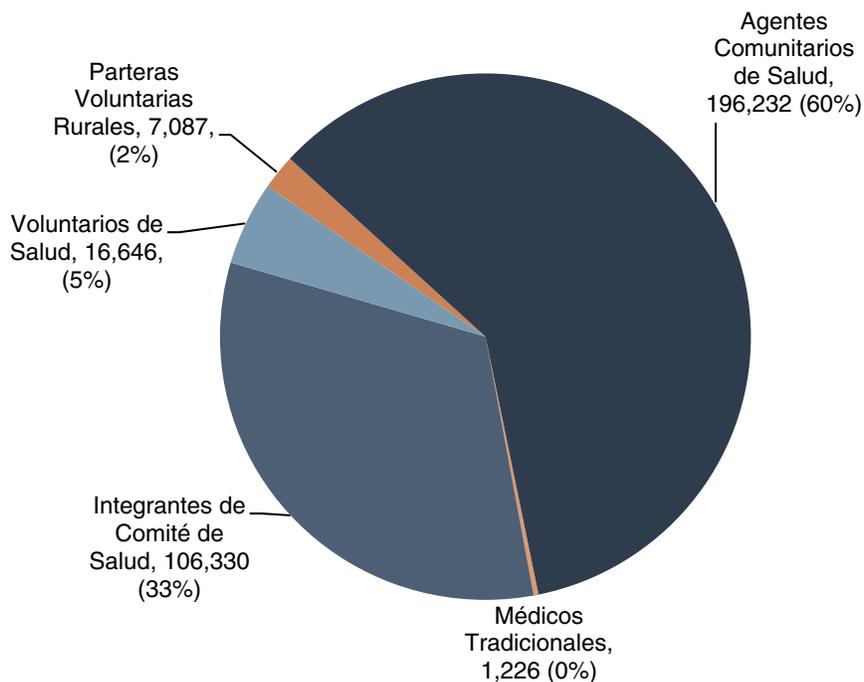
efectivas dominantes en 100 por ciento de los casos analizados.

VIII.2. Modelo de Atención Integral a la Salud

El Modelo de Atención Integral a la Salud que opera IMSS-Oportunidades se sustenta en la Atención Primaria a la Salud y en sus componentes de Salud Pública, Atención a la Salud y Comunitario, que vinculan las acciones comunitarias a las médicas que se otorgan a través del primer y segundo niveles de atención, con un enfoque eminentemente preventivo e integral para enfrentar las causas, los riesgos y los daños a la salud mediante estrategias de prevención, promoción y educación a la salud, que fomentan la apropiación de conocimientos y adopción de hábitos saludables con pleno respeto a la cultura, organización y prácticas tradicionales de cada comunidad, contando, para ello, con la participación de más de 300 mil voluntarios.

El componente de acción comunitaria se apoya en una red comunitaria organizada en comités de salud, parteras, médicos tradicionales y agentes comunitarios (gráfica VIII.3), elegidos en asamblea comunitaria para llevar a cabo actividades como la identificación y derivación de pacientes o personas en riesgo a las unidades médicas; notificación de padecimientos de importancia en salud pública a través de la vigilancia epidemiológica simplificada y búsqueda intencionada de embarazadas; atención del parto de bajo riesgo, en el caso de parteras y, por último, participación en acciones de mejora de las condiciones de salubridad general y ambiental de sus comunidades. La participación comunitaria constituye una de las principales fortalezas del Programa IMSS-Oportunidades, consolidada a través de más de tres décadas de vigencia y fortalecida mediante asesoría y capacitación permanentes.

Gráfica VIII.3.
Red comunitaria



Fuente: Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA) 2013 y Censo 2013 de parteras y voluntarios de salud.

VIII.3. Logros del Programa IMSS-Oportunidades

VIII.3.1. Vacunación universal

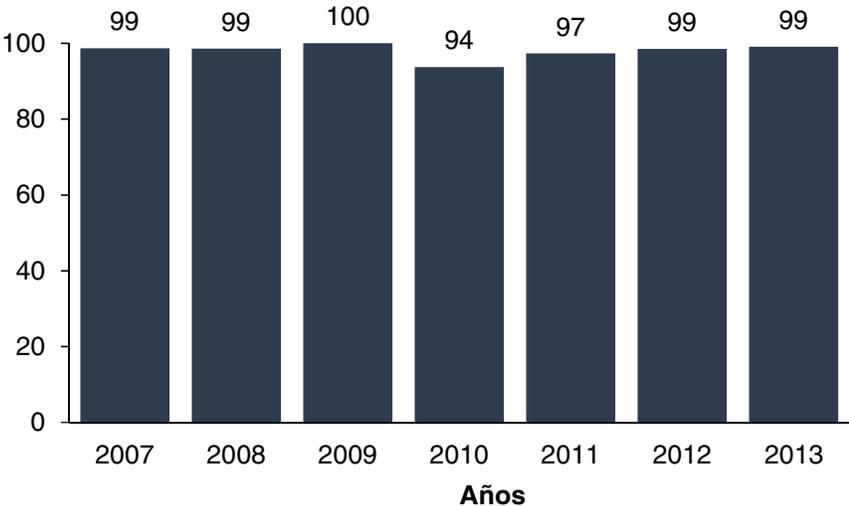
Es una de las intervenciones del Componente de Salud Pública representativa por excelencia de la prevención, y un claro ejemplo de equidad inmunológica para los niños de IMSS-Oportunidades, en donde se aplican todas las vacunas del esquema básico establecido por el Sector Salud. Para su cumplimiento 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 por ciento y más)(gráfica VIII.4).

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-Oportunidades, que disminuyó de 19.8 por 1,000 nacidos vivos en 1990 a una tasa de 7.5

en 2013 (gráfica VIII.5), 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).

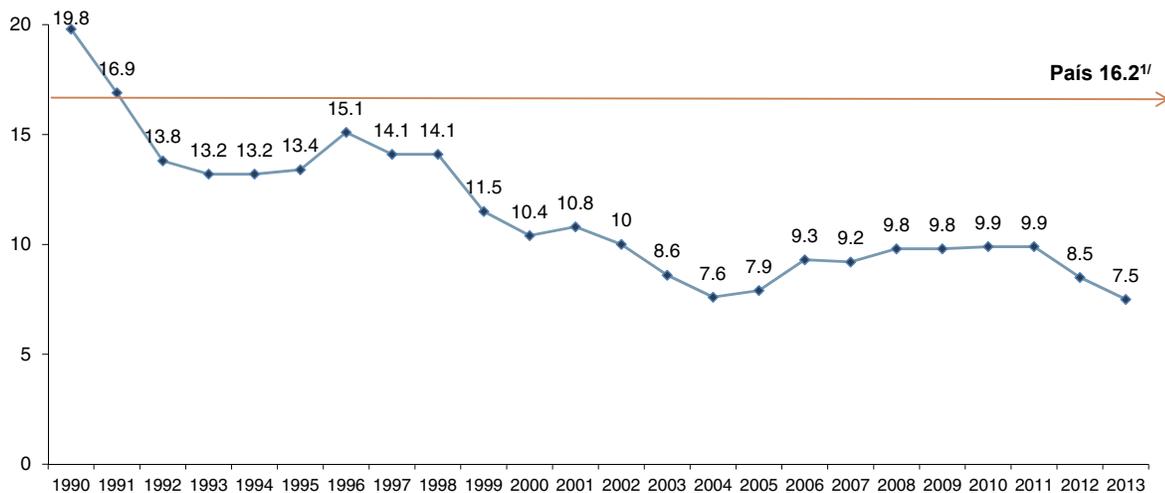
A partir de la pandemia de influenza del 2009, IMSS-Oportunidades se ha sumado a ejecución de acciones preventivas de esta enfermedad; en la temporada invernal, 2013-2014, se aplicaron más de 2.7 millones de dosis de vacuna contra la influenza, protegiendo a 100 por ciento de los grupos de riesgo. Para 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 VIII.4.
Coberturas de vacunación en niños menores de 5 años, 2007-2013
(porcentaje)



Fuente: Programa de Vacunación Universal 4.11, 2007-2008; Estimaciones del Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CeNSIA), 2009-2013.

Gráfica VIII.5.
Mortalidad en menores de 5 años
 (tasa por 1000 nacidos vivos)



^{1/2} Secretaría de Salud; Rendición de Cuentas en Salud, 2011.
 Fuente: Sistemas de Mortalidad, IMSS-Oportunidades.

VIII.3.2. Prevención y reducción de la muerte materna

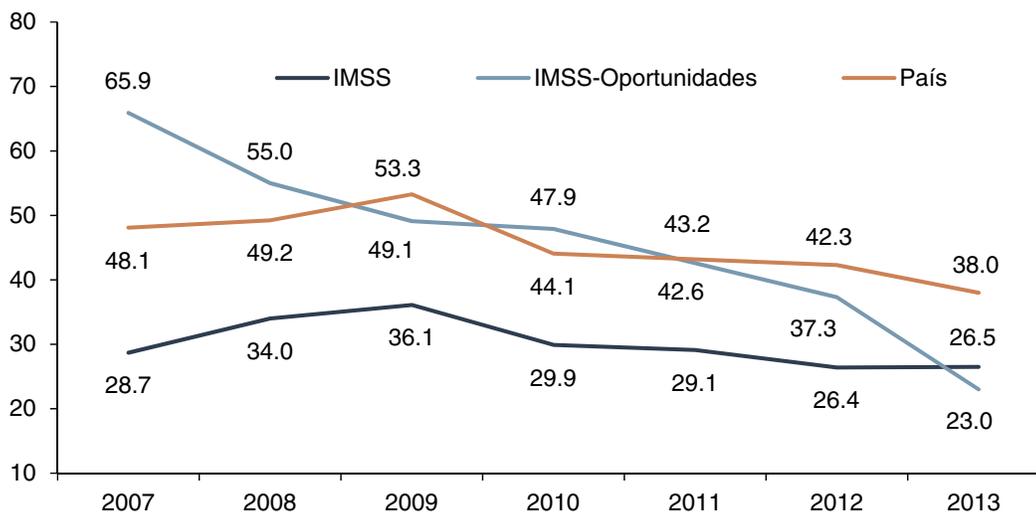
La muerte materna es un problema de salud pública a nivel mundial, que en México afecta principalmente a las mujeres del medio rural, por lo que IMSS-Oportunidades ha instrumentado una serie de estrategias que han permitido registrar una clara tendencia a la disminución en los últimos años, mediante 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 contribuye a que el país cumpla con el Objetivo del Milenio de alcanzar una meta de 22 defunciones por 100 mil nacidos vivos al año 2015 (gráfica VIII.6).

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 por ciento. La atención de la emergencia obstétrica más especializada se logra a través del Acuerdo 126, que es un ejemplo de sinergia institucional, que faculta a las unidades médicas del Instituto a atender a las pacientes derivadas por IMSS-Oportunidades. 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

Gráfica VIII.6.
Tendencia de la razón de muerte materna
País, IMSS e IMSS-Oportunidades, 2007-2013^{1/}
 (tasa por 100 mil nacidos vivos)



^{1/}Información preliminar, sujeta a modificación.

Fuente: Secretaría de Salud: Dirección General de Epidemiológica, Dirección General de Información en Salud; IMSS: Dirección de Prestaciones Médicas; IMSS-Oportunidades: Sistema de Vigilancia Epidemiológica Activa de la Muerte Materna.

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 (gráficas VIII.7 y VIII.8).

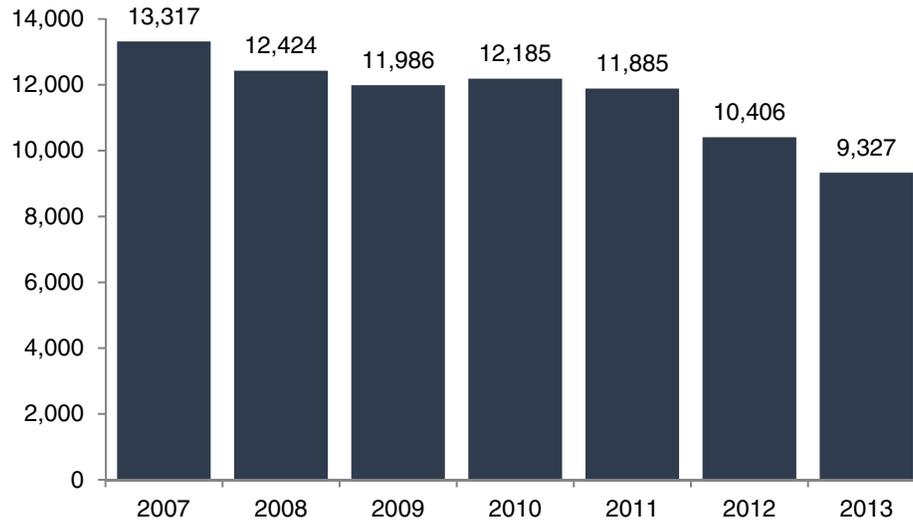
La operación de los 67 albergues comunitarios que existen a nivel nacional ha contribuido sensiblemente en la reducción de la muerte materna, ya que en estos espacios, generalmente ubicados dentro de un Hospital Rural del Programa o en un predio cercano a éste; se ofrece de forma gratuita hospedaje, alimentación y orientación para el mejor cuidado de la salud, prioritariamente a mujeres embarazadas y puérperas, así como a pacientes del hospital, acompañantes o familiares de escasos recursos, quienes generalmente provienen de comunidades poco accesibles, lejanas y dispersas. La mayoría de estos albergues son atendidos por voluntarios capacitados que hablan la lengua indígena de la región, lo que facilita brindarles un mejor servicio. En 2013 se atendieron más de 500 mil personas, de las

cuales 27 por ciento fueron embarazadas y puérperas, 13 por ciento pacientes con diversos padecimientos y 60 por ciento acompañantes.

VIII.3.3. Atención Integral al Adolescente

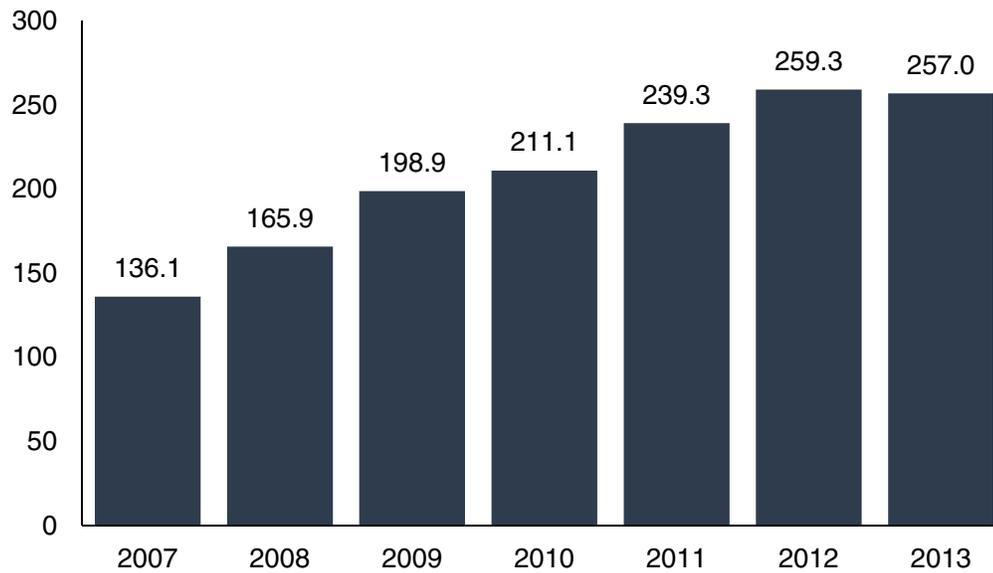
El origen de la estrategia se remonta a 1998, en respuesta al creciente número de embarazos no planificados en los jóvenes de 10 a 19 años, lo que originaba que de cada 10 muertes maternas 2 pertenecían a este grupo; con inicio de la vida sexual a los 17 años en promedio, de las cuales sólo 40 por ciento 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

Gráfica VIII.7.
Partos atendidos por parteras
(casos)



Fuente: Sistema de Información en Salud para Población Abierta, 2007-2013.

Gráfica VIII.8.
Consejerías otorgadas por parteras
(miles de casos)



Fuente: Sistema de Información en Salud para Población Abierta, 2007-2013.

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 (gráfica VIII.9), lo que ha permitido disminuir a 1 de cada 10 muertes maternas en este grupo.

La estrategia de los Centros de Atención Rural del Adolescente continúa fortaleciéndose tanto en lo concerniente a la salud sexual y reproductiva como en la prevención de infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA, así como en la prevención de sobrepeso y obesidad, violencia y adicciones.

VIII.3.4. Prevención y atención oportuna del cáncer cérvico-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 IMSS-Oportunidades ha consolidado dos: la vacunación y la detección oportuna. 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 (gráfica VIII.10); 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.

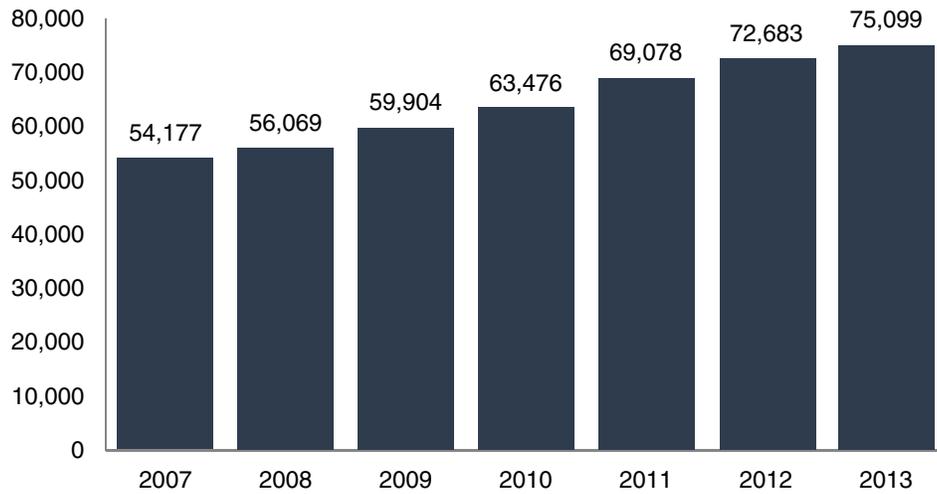
La vacunación contra el virus del papiloma humano dio inicio en el 2008, en las adolescentes de 12 a 16 años, de los 125 municipios con menor Índice de Desarrollo Humano; para el 2010 se universalizó su aplicación a todas las niñas de 9 años y, actualmente, para ampliar la cobertura, el Consejo Nacional 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.

VIII.3.5. Vigilancia epidemiológica, prevención y control de enfermedades

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 ejecutan 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-Oportunidades 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.

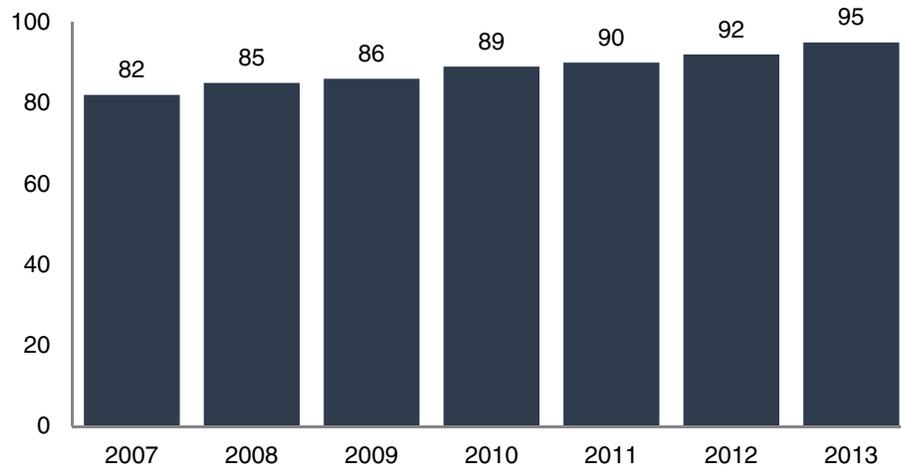
Durante 2013 se presentó un brote de cólera en la zona de Huejutla, Hidalgo, y se participó en todas las medidas de control conjuntamente con la Secretaría de Salud. El adecuado manejo del brote en esa zona, aunado al excelente manejo hospitalario, permitió que no ocurriera ninguna defunción por cólera entre los 61

Gráfica VIII.9.
Adolescentes aceptantes de métodos anticonceptivos
(casos)



Fuente: Sistema de Información en Salud para Población Abierta, 2007-2013.

Gráfica VIII.10.
Cobertura de detección de cáncer cérvico-uterino, 2007-2013
(porcentaje)



Fuente: Sistema de Información en Salud para Población Abierta, 2007-2013.

pacientes hospitalizados. Con las acciones realizadas en las localidades afectadas se logró el control del brote en pocos días (gráfica VIII.11).

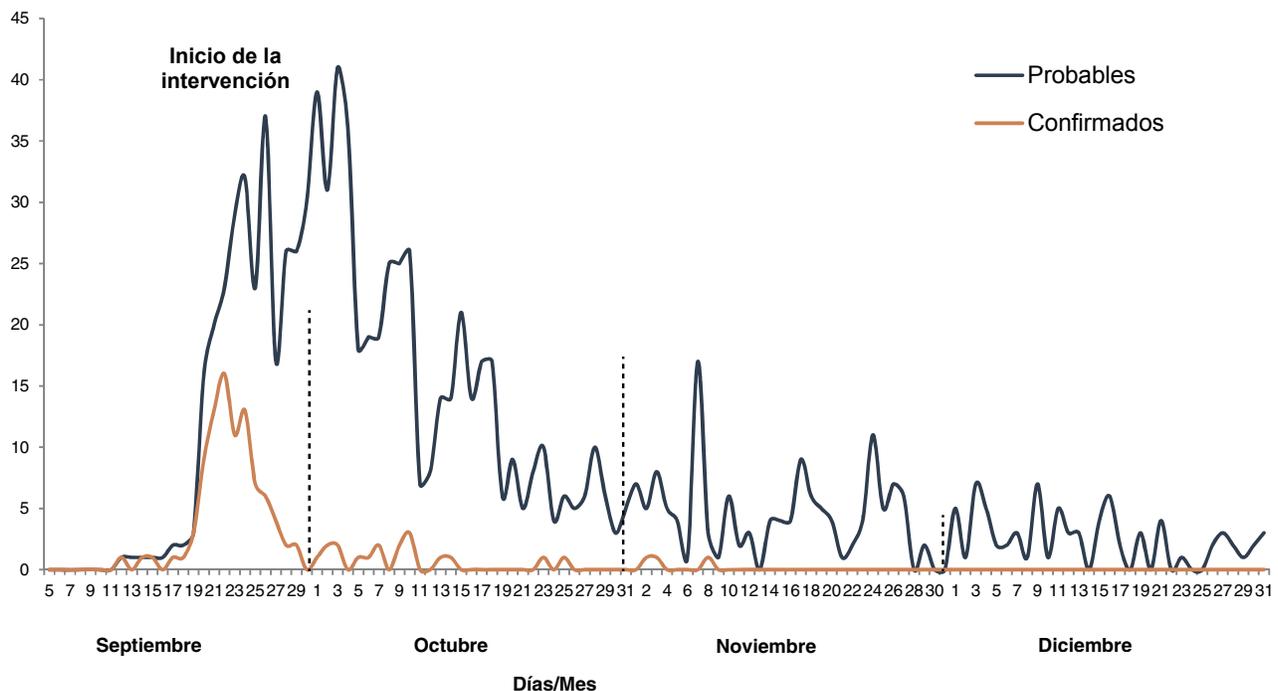
En las acciones de prevención y control de enfermedades asociadas al mal saneamiento participó activamente la red comunitaria con:

- 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.

- Promoción del consumo de agua limpia (hervida o clorada) y la disposición de la excreta en letrinas adecuadas o sanitarios ecológicos.
- 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 (cuadro VIII.5). Se obtuvo una tasa de curación de 87.4 por ciento, superando el indicador mínimo del estándar internacional y del sector que es de 85 por ciento.

Gráfica VIII.11.
Curva epidémica de brote de diarreas/cólera en localidades cubiertas por IMSS-Oportunidades en Hidalgo, 2013
 (casos)



Fuente: Plataforma electrónica de cólera del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, 2013.

Cuadro VIII.5.
Principales resultados de la prevención y control de la tuberculosis

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% y más)	65%	79%	85%	83%	89%	88%	87%

Fuente: Sistema de Información en Salud a Población Abierta; plataforma electrónica de tuberculosis del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, 2007-2013.

En lo que concierne al seguimiento y control de la tuberculosis, 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 por ciento del total de casos (gráfica VIII.12), acarreando beneficios tanto para la salud de las personas como en su economía al evitarles los costos de traslado a la unidad médica.

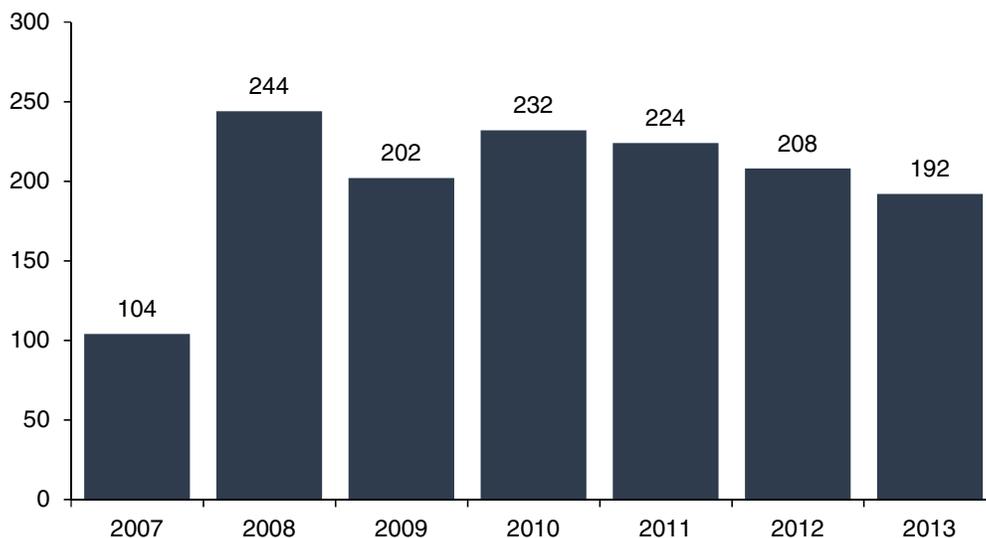
Como parte de la transición epidemiológica de México, la diabetes mellitus fue la primera causa de mortalidad del país con 87,702 defunciones que representan 14.7 por ciento del total de muertes del 2011, situación que no está exenta en el medio rural, por lo que se han fortalecido las acciones preventivas. En el 2013 se logró 98 por ciento de la meta de detecciones oportunas de esta enfermedad, lo que ha permitido integrar a tratamiento a 192,530 pacientes, lo que significó 5 por ciento más en relación con el año anterior, mismos que con su manejo tendrán una mejor calidad de vida, ya que 61.4 por ciento se mantienen en control (cuadro VIII.6).

En el marco de la política social integral del Gobierno Federal, IMSS-Oportunidades 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 otorgamos mes a mes 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

Gráfica VIII.12.
Vigilancia de casos de tuberculosis por voluntarios
(casos)



Fuente: Sistema de Información en Salud para Población Abierta, 2007-2013.

Cuadro VIII.6.
Principales resultados de la prevención y control de la diabetes mellitus

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 glicémico (60% y más)	ND	ND	ND	ND	108,322 (62.7%)	113,158 (61.5%)	118,237 (61.4%)

ND: No disponible.

Fuente: Sistema de Información en Salud para Población Abierta, 2007-2013.

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.

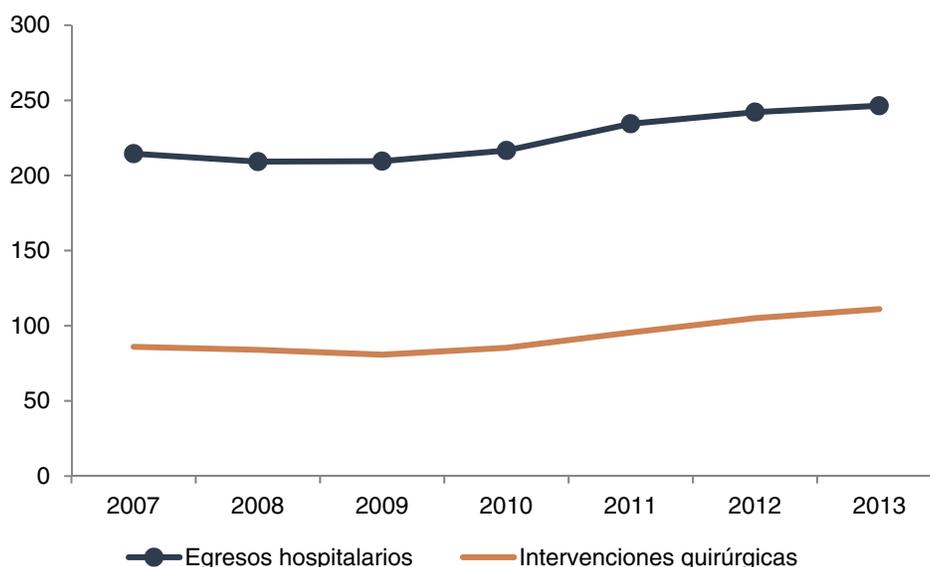
VIII.3.6. Atención médica

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 de IMSS-Oportunidades 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 VIII.13).

Ante la necesidad de acercar los servicios de alta especialidad a las comunidades atendidas por IMSS-Oportunidades, se instrumentó hace 18 años una estrategia vanguardista y sin precedente denominada Encuentros Médico-Quirúrgicos, con el

Gráfica VIII.13.
Egresos hospitalarios e intervenciones quirúrgicas, 2007-2013
(miles)



Fuente: Sistema de Información en Salud para Población Abierta, 2007-2013.

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 discapacitantes 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 cérvico-uterino 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.

VIII.4. Opciones de política

Hay suficiente evidencia de que el Programa IMSS-Oportunidades es un caso de éxito en la historia de la salud pública en México. 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-Oportunidades 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. Esto significa entender que se trata de un prestador del Seguro Popular, precisamente el que cuenta con más población

y unidades médicas, que de manera inequívoca debe recibir los recursos de la parte de la cápita por todas aquellas personas que siendo afiliadas al Seguro Popular son atendidas por el Programa IMSS-Oportunidades.

Manteniendo sus señas de identidad, para 2013-2018 IMSS-Oportunidades 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-Oportunidades tiene presencia, como un justo reconocimiento a la cobertura que IMSS-Oportunidades 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 IMSS-Oportunidades y la promoción de la afiliación de los beneficiarios de IMSS-Oportunidades al Seguro Popular.

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.

El Programa IMSS-Oportunidades tiene una clara vocación de orientación a la prevención y a las intervenciones de salud pública, por ello se potenciarán acciones en favor de la centralidad de la atención basada en la Atención Primaria de Salud. Se busca reforzar la Red Comunitaria, un orgullo de IMSS-Oportunidades, y establecer la consulta de Enfermería para responder al auge de las enfermedades crónicas y la incorporación de Unidades Médicas Móviles que lleven las intervenciones de salud a las comunidades más alejadas.

Para mejorar el acceso y atención a los grupos vulnerables, además de la activa participación en los componentes de salud y alimentación de la Cruzada Nacional contra el Hambre, IMSS-Oportunidades pretende realizar acciones de concertación con la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, potenciando la interculturalidad y el respeto a los derechos de los pueblos y comunidades indígenas a los que presta servicios integrales de salud el Programa.

Sin perder su tradición y sus características que le convierten en un programa exitoso de salud, el Programa IMSS-Oportunidades busca estar en la avanzada de la innovación de la gestión y organización de los servicios de salud, en la perspectiva de un sistema de salud más justo e incluyente.