

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

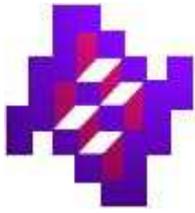
Maestría en Salud Pública con área de concentración
en Administración en Salud

“Fortalecimiento de los Servicios de las Unidades
Médicas Móviles de Caravanas de la Salud en la
Región de la Montaña del Estado de Guerrero”

Proyecto Terminal Profesional para obtener el grado
de Maestro en Salud Pública, presenta:

Alumno:
Javier Ángel Reyes González

Cuernavaca, Morelos. Junio 2011



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

Proyecto Terminal Profesional

“Fortalecimiento de los Servicios de las Unidades Médicas Móviles de Caravanas de la Salud en la Región de la Montaña del Estado de Guerrero”



I N D I C E

No.	Contenido	Pagina
I.	Introducción	1
II.	Antecedentes	3
III.	Justificación	17
IV.	Planteamiento del Problema	19
V.	Objetivo General y Específicos	21
VI.	Marco Teórico	24
VII.	Estudios de Factibilidad	31
VIII.	Metodología	43
IX.	Resultados	51
X.	Conclusiones	57
XI.	Recomendaciones	59
XII.	Bibliografía	61
	Anexos	

I.- INTRODUCCION

Las Unidades Médicas Móviles (UMM) del programa Caravanas de la Salud, dentro del marco de la ampliación de cobertura, se conciben como una estrategia de planeación y operación de los servicios básicos de salud, que articula recursos institucionales, comunitarios y presupuétales, con el propósito de ofrecer acciones prioritarias e integrales para la población en condiciones de pobreza extrema, que carece de una atención sistemática, suficiente y oportuna para el cuidado de su salud.

Las UMM están conformadas generalmente por un médico, una enfermera y un promotor/operador y en ocasiones con un odontólogo, cada Equipo de Salud Itinerante (ESI) cuenta con un vehículo apropiado para cubrir su ruta de atención, existiendo cuatro tipos de UMM, tipo 0, I, II y III. Las cuales atienden a localidades sin acceso a centros de salud, siguiendo una ruta y cronograma previamente establecidos, de tal manera que cada localidad se visita al menos dos veces por mes.¹

Actualmente existen 36 UMM en el Estado de Guerrero, de las cuales 18 se encuentran ubicadas en la región de La Montaña, lo que representa el 50 %.

La situación actual de las Unidades Médicas Móviles (UMM) y Equipos de Salud Itinerantes (ESI) de la región Montaña, muestran una serie de problemas, carencias y áreas de oportunidad, que nos han motivado para desarrollar un nuevo proyecto terminal profesional que permitirá sumar voluntades, unificar criterios y alinear procesos para ejecutar acciones tendientes al acercamiento y fortalecimiento de los servicios de salud que otorgan dichas unidades, así mismo que nos permita resolver las actuales limitaciones de cobertura que aún prevalece en los doce municipios de la región Montaña, donde opera el programa Caravanas de la Salud, los cuales son considerados de menor Índice de Desarrollo Humano (IDH), de muy alta y alta marginación.

Lo anterior se encuentra inmerso en una oportunidad de cambio para mejorar los servicios de salud, por lo que viene a la mente la contribución del Dr. Kaoru Ishikawa (1915 -1989) quien manifiesta que: “hay que remover la raíz del problema, no los síntomas”.

La prestación de servicios itinerantes de atención primaria de la salud se rige por un proceso de reforma que da inicio por la década de los 80s. Este proceso, trata de transformar un sistema de prestación, desde un modelo individual (un médico/un enfermo), con actividades que se realizan sobre las personas (prevención, curación, rehabilitación), hacia un modelo basado en el trabajo de equipo interdisciplinario, con el firme propósito de mejorar la atención del individuo, la familia y la comunidad, desde una práctica de actividades integradas.¹

El otorgamiento de los servicios de salud que prestan las Unidades Médicas Móviles en la región Montaña, a través de los Equipos de Salud Itinerantes, en las localidades rurales más dispersas de los municipios de bajo desarrollo humano, prevalece de manera parcial y episódica; aunado a las dificultades de acceso, se suma la falta de integración de las coordinaciones del nivel Estatal y Jurisdiccional para acercar los servicios básicos a las comunidades más pobres de la región.

Mejorar los servicios de salud de la población, implica además de la ampliación de la cobertura, ofrecer servicios efectivos, seguros, sensibles a la diversidad cultural y que respondan a las expectativas de los usuarios. Para ello, es indispensable que las Unidades Médicas Móviles del programa Caravanas de la Salud, cumplan con sus recorridos de las rutas previamente establecidas en sus cronogramas de trabajo, como lo marcan las reglas de operación del programa.²

El presente estudio busca fortalecer la atención a las poblaciones dispersas de comunidades caracterizadas por su tamaño y pocos habitantes, que residen en zonas orográficas de difícil acceso y que no tienen capacidad de acceder realmente a la red de servicios de salud y por lo tanto carecen de una atención sistemática, suficiente y oportuna.

II.- ANTECEDENTES

2.1 Situación Geográfica del Estado de Guerrero

El Estado de Guerrero se localiza al sur de la República Mexicana, colindando al norte con los Estados de México, Morelos y Puebla, al noroeste con el estado de Michoacán, al este con el Estado de Oaxaca y al sur con el Océano Pacífico.

Tiene una superficie de 63, 794 Km² que representa el 3.3% del territorio nacional y ocupa el decimocuarto lugar entre las entidades del país, su litoral es de 500 Km y su plataforma continental es de 5, 402 Km². (Fig. 1)

Figura 1



El Estado de Guerrero se encuentra dividido en siete regiones geopolíticas: 9 municipios que conforman la Tierra Caliente, 16 municipios la Norte, 13 se encuentran el región Centro, 19 en la zona de la Montaña, 8 en la Costa Grande, 15 en la región Costa Chica y el Municipio de Acapulco, por su importancia demográfica y socioeconómica por sí sola forma una región. Con base en esta misma regionalización, se estructuraron las 7 Jurisdicciones Sanitarias que integran la Secretaría de Salud Estatal. (Fig. 2)

Figura 2

REGION	MUNICIPIOS
01 TIERRA CALIENTE	9
02 NORTE	16
03 CENTRO	13
04 MONTAÑA	19
05 COSTA GRANDE	8
06 COSTA CHICA	15
07 ACAPULCO	1



2.2 Demografía y Estadísticas Vitales

La población total del Estado estimada por el Consejo Nacional de Población (CONAPO) para el 2010 es de 3, 134, 433 habitantes.

En cuanto a la distribución por género el 48% (1, 506,054) corresponde a los hombres y el 52% a las mujeres (1, 628,679).

De acuerdo a su extensión territorial se tiene una densidad de población de 49 habitantes por km²

2.3 Generalidades de la Región Montaña

La Montaña es una de las siete regiones geoeconómicas en que se divide el Estado de Guerrero, se localiza en la parte oriental de la Entidad, entre los paralelos 16° 53' y 18° 04' de latitud norte, y los meridianos 98° 20' y 99° 07' de longitud oeste, limita al norte con el Estado de Puebla y el municipio de Copalillo de la región Norte, al sur con los municipios de Tlacoachistlahuaca, Xochistlahuaca, Igualapa, San Luis Acatlán y Ayutla de los Libres de la región Costa Chica, al este con el Estado de Oaxaca y al oeste con los municipios de

Ahuacuotzingo, Quechultenango, Chilapa de Álvarez y Zitlala de la región centro, comprende una superficie de 8,623.4 kilómetros cuadrados, aproximadamente.³

La región forma parte de la Sierra Madre del Sur y de la depresión del río Balsas, con altitudes que van desde los 880 hasta los 2,020 metros sobre el nivel del mar, también está integrada por la cuenca del río Tlapaneco en el que vierten sus aguas los ríos Salado e Igualita.



Integra los municipios de; Acatepec, Alcozauca de Guerrero, Alpoyeca, Atlamajalcingo del Monte, Atlixac, Cochoapa el Grande, Copanatoyac, Cualac, Huamuxtitlán, Iliatenco, Malinaltepec, Metlatónoc, Olinálá, Tlacoapa, Tlaxiaco de Maldonado, Tlaxiaco, Xalpatláhuac, Xochihuehuetlán y Zapotitlán Tablas.

Existen diversos tipos de suelo, los más abundantes son los “regozol” de fertilidad variable y susceptible a la erosión, propicios para la práctica agrícola, también existen los llamados “litozoles” que son suelos de poca profundidad, comunes en áreas irregulares y discontinuas, los “cambiazoles” son propicios para la ganadería, los cuales se encuentran cubiertos por encinares y bosques mixtos.

2.4 Datos Sociodemográficos

La población total de la región Montaña, estimada por el CONAPO para el 2010 es de 342,740 habitantes; de los cuales 162,804 son hombres, lo que equivale al 47.50 % y 179,936 son mujeres con el 52.50 %. La etnia mixteca, tlapaneca y náhuatl representan el 70 % de la población, mientras que un 30 % lo integran los habitantes bilingües.³

En relación a la estructura de población por edades, la región Montaña cuenta con una población relativamente joven, ya que el 12.80 % (43,895) son niños de 0 a 4 años de edad, el 13.84 % (47,456) corresponde al grupo de 5 a 9 años, el 14.26 % (48,900) se refiere al grupo de 10 a 14 años, el 31.59 % (108,286) corresponde al grupo de 15 a 34 años y el 22.29 % (92,034) al grupo de 35 a 64 años y únicamente el 5.23 % (17,729) son de 65 años y más.

La pirámide poblacional muestra una estructura ancha en sus inicios, donde predomina la población menor de 35 años, considerada como la gente económicamente activa.

PIRAMIDE POBLACIONAL 2010. REGION MONTAÑA DE GUERRERO



Fuente: Área de Planeación Jurisdiccional. Grafica 1

2.5 Población Urbana y Rural

En la región Montaña la mayoría de su población es considerada de tipo rural, donde la carencia de servicios es muy marcada, agravada por la extrema pobreza de sus localidades y lo difícil de los accesos, los que sin duda complican la llegada de los servicios básicos de salud, donde 281,766 habitantes se asientan en el área rural lo que equivale al 82.21 % y 60,974 en el área urbana, lo que representa el 17.78 % de la población.

Cuenta con 692 localidades, de estas 470 son mayores de 100 habitantes, lo que representa el 68 % y 222 son localidades menores de 100 habitantes con el 32 %. Dentro de los municipios con localidades pequeñas se encuentran: Malinaltepec con 48, Metlatónoc con 44 y Olinalá con 33, por lo que sin duda alguna esto refleja la gran dispersión existente entre sus comunidades.

2.6 Contexto Económico

La actividad industrial en la región Montaña no ha tenido un desarrollo significativo, existen aproximadamente 135 pequeñas manufactureras familiares con maquinaria rudimentaria localizadas en los municipios de Huamuxtitlan, Olinalá y Tlapa de Comonfort donde se producen materiales para la construcción como: ladrillos, tabicón, tejas y celosías, tejidos de mimbre, sombreros de palma, petates, cajas de madera, talleres de herrería, carpintería, destilado de aguardiente y mezcal, textiles como: huipiles y gabanes. La producción y confección de artesanías en la región Montaña representa una actividad muy importante para la economía regional, lo que absorbe mano de obra y tiende a equilibrar los ingresos de la economía campesina.

Las artesanías regionales destacan por su aceptación en el mercado nacional e internacional, sobre todo las de producción de cajas de lináloe y lacas del municipio de Olinalá, en el que aproximadamente el 90 % de las familias se dedican a esta actividad.

Existe una marcada tendencia hacia la migración por parte de familias enteras de los habitantes de los pueblos de la región Montaña.

2.7 Contexto Cultural

Sin duda el aspecto cultural está influenciado por la ascendencia indígena de su población, cuyo origen heterogéneo ha contribuido a amalgamar varias manifestaciones que sintetizan una rica cultura autóctona. Como resultado de establecimiento de grupos étnicos constituidos por náhuatl, mixtecos, amuzgos y

tlapanecos, estos últimos considerados los de mayor predominio en la región por su número de hablantes.

La diversidad étnica y el carácter pluricultural caracterizan a la región Montaña, donde habitan las cuatro etnias representativas de la Entidad, prácticamente en los 19 municipios que la componen.⁴

En la región se observa estadísticamente que los municipios con más lenguaje étnico son Malinaltepec con un 77 % de su población, le sigue Metlatónoc con un 76 %, sin embargo en todos los municipios se habla también el castellano, siendo la población predominantemente bilingüe, esto en parte explica la gran idiosincrasia existente en los pueblos de la montaña.

Las tradiciones de las comunidades de la región Montaña están basadas en sus creencias religiosas, citaremos dos grandes ejemplos por su importancia: 1.- En Tlapa de Comonfort el 23 de octubre día del santo patrón San Agustín, se celebra lo que los pobladores le llaman el Señor del Nicho, que consiste en pasear por las principales calles de la ciudad la figura de Jesucristo crucificado, el atractivo de este evento es su peregrinación del municipio y pueblos circunvecinos, además de la actuación de danzas tradicionales de Tlacololeros y el baile de la Mona. 2.- En el municipio de Xalpatláhuac en el tercer viernes de cuaresma esta población organiza los festejos en honor del Santo Entierro, convirtiéndose en fiesta de la cofradía, con danzas típicas de la región, donde las personas que así lo desean son flageladas por los guardias del santuario.

2.8 Nutrición

Los patrones culturales presentes en todo proceso, también determinan formas diferenciadas de consumo y alimentación, a los cuales se suma la poca disponibilidad de granos y nutrientes, sobre todo en las partes altas de los municipios, de ahí que en términos generales la nutrición de la población sea muy deficiente. Si tomamos en consideración el valor cualitativo y cuantitativo de la

dieta, los grados de desnutrición y la poca disponibilidad de productos básicos de primera necesidad que constituyen la dieta de los pueblos de la Montaña, que se reduce al consumo de productos tradicionales del ámbito rural, es decir consumen maíz, frijol y chile.

2.9 Educación

Entre la población de 15 años y mas que son alrededor de 109,764 el 20 % son analfabetas lo que potencializa el atraso económico, social y cultural y acentúa más el arraigo de sus costumbres, repercutiendo en los aspectos de salud, ya que es difícil que la población acepte programas prioritarios de salud como el de Planificación Familiar.

Actualmente la región cuenta con servicios educativos que van desde preescolar hasta el nivel superior, sin embargo los centros de estudio de educación superior se encuentran ubicados en la cabecera del municipio de Tlapa de Comonfort, por lo que muchos estudiantes que tienen el deseo de superarse, tienen que emigrar de sus comunidades de origen.

Los municipios que representan más analfabetismo son: Acatepec, Alcozauca, Atlamajalcingo del Monte, Atlixnac, Malinaltepec y Metlatónoc, en cambio los que cuentan con mayor población alfabetizada son: Alpoyeca, Cualac, Huamustitlán, Tlapa y Xochihuehuetlán.

2.10 Vivienda y Servicios Públicos

En la región las viviendas habitadas que cuentan con servicio de agua entubada, son 45,212, de las cuales únicamente 19,814 reciben con regularidad este servicio, lo que corresponde a 14 %.

Es importante mencionar que más del 50 % de las viviendas no cuentan con este servicio, lo que repercute en la mala calidad de agua para consumo humano y por

consecuencia en el alto índice de enfermedades gastrointestinales, ya que la población se abastece del vital líquido en arroyos, ríos pozos y manantiales.

De los 19 municipios que conforman la región, sólo el 42 % de las viviendas en su totalidad cuentan con un manejo adecuado de excretas, cifra alarmante y de preocupación para la salud, ya que repercute en la contaminación del medio ambiente, provocando con ello la presencia de enfermedades diarreicas, parasitarias y dermatológicas, que se pueden propagar a otras localidades por la contaminación de los ríos, arroyos y manantiales, por la gran defecación a ras de suelo y por su arrastre en tiempo de lluvias.

El 26 % de la población utiliza letrinas, el 4 % fosa séptica y el 12 % cuentan con drenaje.

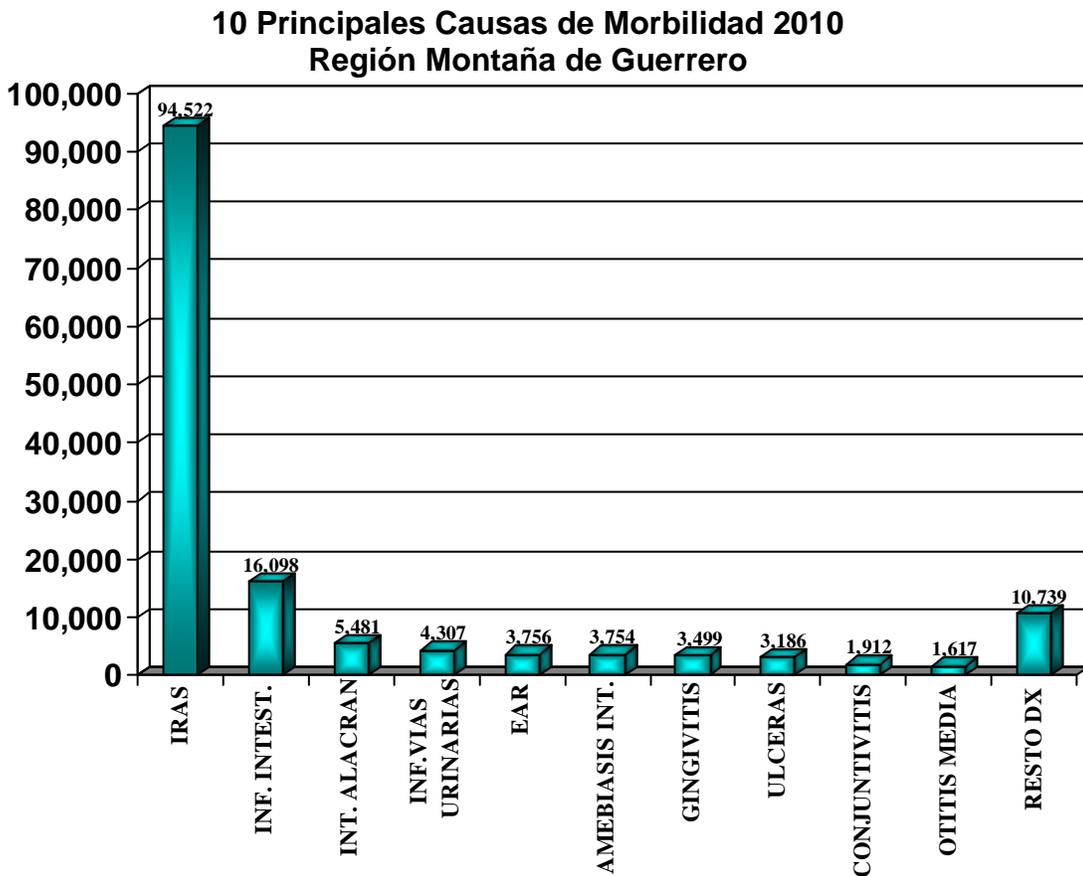
El 64 % de las localidades de la región cuentan con energía eléctrica, esto repercute directamente en la conservación adecuada de alimentos y en el mantenimiento óptimo de los productos biológicos, siendo un riesgo constante la inactivación, lo que genera pérdidas económicas y atraso en la aplicación de las vacunas a los menores de cinco años.

2.11 Situación de Salud

Morbilidad General

El primer lugar lo ocupan las infecciones respiratorias agudas, en segundo término se encuentran las infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas y en tercer lugar las intoxicaciones por picadura de alacrán. En un estudio sobre carga global de la enfermedad, la Organización Mundial de la Salud (OMS) agrupó a las enfermedades en tres grandes grupos: a) enfermedades infecciosas, de la nutrición y de la reproducción; b) enfermedades no transmisibles, y c) accidentes y violencias. Las enfermedades del primer grupo son las que tradicionalmente se han denominado enfermedades del rezago, por dos razones básicas: porque se trata de padecimientos esencialmente prevenibles, incluso con intervenciones de

bajo costo, y porque afectan a poblaciones pobres que tienen problemas de acceso directo a bienes y servicios básicos, dentro de los que destacan los servicios de salud.⁵



Fuente: Diagnostico de salud 2010. Grafica 2

Mortalidad General

Las tres principales causas de mortalidad general en la región Montaña están representadas por el predominio de las llamadas enfermedades crónico-degenerativas.

Mortalidad General 2009 Región Montaña de Guerrero

NUMERO	CAUSA	CASOS	TASA
01	Neoplasias	89	11.7*
02	Diabetes Mellitus	64	8.4
03	Hipertensión Arterial	44	5.8
04	Infarto Agudo del Miocardio	43	5.7
05	Alcoholismo	38	5.0
06	Neumonía	38	5.0
07	Cirrosis Hepática	37	4.9
08	Desnutrición	30	3.9
09	Gastroenteritis	22	2.8
10	Insuficiencia Renal	15	1.9
11	Herida por Proyectoil de Arma de Fuego	15	1.9
12	Otros Diagnósticos	329	43.0
TOTAL		764	100

Fuente: Diagnóstico de Salud 2010. Jurisdicción Sanitaria 04 Montaña. Gráfica 3

*Tasa por 100,000 habitantes

La transición epidemiológica en la región presenta una serie de complejidades, por un lado las infecciones infectocontagiosas o de la pobreza como se les conoce, se encuentran ocupando los primeros lugares de morbilidad y por otro las principales causas de mortalidad se deben a los estilos de vida de las grandes ciudades.

Muerte Materna

En la región Montaña la mortalidad materna representa un grave problema de salud pública, manteniéndose en la Entidad como la Jurisdicción Sanitaria donde más muertes maternas ocurren, sobre todo por estas causas en orden de frecuencia que a continuación se mencionan.

Muerte Materna 2009 Región Montaña de Guerrero

NUMERO	CAUSA	CASOS	TASA
1	Hemorragia postparto	8	50.0*
2	Toxemia del embarazo	3	18.7
3	Complicaciones del puerperio	3	18.7
4	Obstétricas indirectas	2	12.6
TOTAL		16	100

Fuente: Programa Estatal de Mortalidad Materna 2010. Grafica 4

*Tasa por 100,000 RNV

Cabe contar también que las condiciones de salud de las localidades de la Montaña donde operan las Unidades Médicas Móviles y Equipos de Salud Itinerantes del programa Caravanas de la Salud, están afectadas por los padecimientos propios de la pobreza como son: enfermedades infectocontagiosas, deficiencias nutricionales, mortalidad infantil, y mortalidad materna, siendo esta última un problema particular en la región Montaña, ya que por lo general los partos son atendidos por personal no calificado y fuera de las unidades de salud y en muchas ocasiones con ayuda de algún familiar; son producto de embarazos que no cuentan con una atención prenatal adecuada y existe un alto índice de embarazos en adolescentes menores de 20 años.⁶

Lo anterior se agrava por lo limitado de la aplicación de los servicios de salud de parte de las Unidades Médicas Móviles y Equipos de Salud Itinerantes en las localidades sedes y subsedes que integran propiamente las rutas de cada unidad, ya que implica no cumplir con las dos metas estratégicas del programa Caravanas de la Salud y que se encuentran en marcadas en las reglas de operación del mismo: 1.- Acercar los servicios de salud a las localidades más pobres y de difícil

acceso y 2.- Contribuir a disminuir la mortalidad materna e infantil en los municipios con menor Índice de Desarrollo Humano (IDH) de muy alta y alta marginación.

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

De acuerdo con la medición de estos fenómenos, el programa de Caravanas de la Salud, ha sido diseñado para acercar a la población, la oferta de servicios de salud con criterios de anticipación, de manera integral y resolutiva, mediante Unidades Médicas Móviles (UMM) y Equipos de Salud Itinerantes (ESI). Esta nueva estrategia de atención de salud itinerante beneficiará prioritariamente a 65,134 personas de 248 localidades que habitan en los 21 municipios de menor Índice de Desarrollo Humano (IDH) en la Entidad, que cuentan con problemas de acceso regular a servicios integrales de salud.²

La prioridad del programa, está centrada en los 21 municipios considerados por el Consejo Nacional de Población (CONAPO) de menor Índice de Desarrollo Humano (IDH), localizados en cinco regiones de la Entidad, que son: 01 Tierra Caliente; San Miguel Totolapan, 02 Norte; Copalillo y Pedro Ascencio de Alquisiras, 03 Centro; Ahuacuotzingo, Heliodoro Castillo, José Joaquín de Herrera y Zitlala, 04 Montaña; Acatepec, Alcozauca, Atlamajalcingo del Monte, Atlixnac, Cochoapa el Grande, Copanatoyac, Iliatenco, Malinaltepec, Metlatónoc, Tlacoapa, Xalpatláhuac y Zapotitlán Tablas, 06 Costa Chica; Tlacoachistlahuaca y Xochistlahuaca.⁷

En la Montaña las Unidades Médicas Móviles (UMM) y los Equipos de Salud Itinerantes (ESI) del programa Caravanas de la Salud, se encuentra operando en

12 municipios considerados de menor Índice de Desarrollo Humano (IDH) y muy alta y alta marginación, que son los siguientes: Acatepec, Alcozauca, Atlamajalcingo del Monte, Atlixac, Cochoapa el Grande, Copanatoyac, Iliatenco, Malinaltepec, Metlatónoc, Tlacoapa, Xalpatláhuac y Zapotitlán Tablas.

Se encuentra beneficiando a 122 localidades marginadas y geográficamente dispersas y de difícil acceso, acercando los servicios de salud a una población de 35,240 habitantes, que por sus características propias, la mayoría siguen sin estar atendidos de manera regular por los Servicios Estatales de Salud. Así mismo cuenta con 18 Unidades Médicas Móviles (UMM); ocho tipo 0, seis tipo I, tres tipo II y una tipo III para captar la necesidad de la persona, la familia y la comunidad y poner a su disposición los beneficios de la atención en un proceso continuo.⁷

Si bien el esfuerzo por ampliar la cobertura ha tenido expresiones muy diversas en el Estado, ahora se trata de redoblarlo mediante la mejora de la oferta con acciones integrales y focalizadas, de carácter promocional, preventivo y curativo, en las que es indispensable la participación decidida de las Instituciones del sector y de la sociedad en su conjunto para llegar a las comunidades más apartadas y de difícil acceso de los municipios de menor Índice de Desarrollo Humano (IDH), para establecer un cambio estructural y dinámico para la atención de las necesidades de salud de la población que busca eliminar las barreras de acceso a los servicios básicos de salud.

Por lo tanto, para lograr mayores avances en salud es preciso sumar esfuerzos, voluntades y recursos que promuevan la equidad y la inclusión social en salud para toda la población, así como avanzar en el camino hacia la cobertura universal de los servicios de salud ponderada por la estrategia de atención primaria de salud, desde la Conferencia de Alma Ata en 1978; así, la atención primaria que otorgan las Unidades Médicas Móviles está orientada a resolver los principales problemas sanitarios y a prestar los correspondientes servicios preventivos, curativos y de promoción de la salud en las comunidades más alejadas y marginadas de la región.¹

III.- JUSTIFICACION

De manera única, la pobreza se asocia literalmente con la ausencia de una cultura de salud de manera preventiva que permite hacer frente de una forma efectiva a infecciones comunes y enfermedades relacionadas con la nutrición, que son causas de altas tasas de mortalidad materna e infantil.

Otra manera de abordar el problema de la desigualdad en las condiciones de salud es revisando la salud de las poblaciones de los 12 municipios más marginados del Estado. Se trata de municipios predominantemente indígenas en donde viven alrededor del 17 % de los llamados mexicanos más pobres.⁸ Casi una tercera parte de las defunciones en estos municipios se deben a padecimientos transmisibles, de la nutrición y la reproducción.

Existen innumerables estrategias en la región montaña del Estado de Guerrero, para fortalecer los servicios de salud que otorgan las unidades Médicas Móviles y Equipos de Salud Itinerantes, las cuales deben desarrollarse desde los ámbitos locales.

Sin embargo muchas de ellas no han podido desarrollarse de manera adecuada, por razones de tiempo y recursos tanto humanos como financieros, no han logrado ser sistematizadas ni constituirse en espacios de aprendizaje, reflexión y construcción de una nueva práctica en salud.

Uno de los aspectos centrales en el proceso de reforma del sector salud es la tarea de ir mejorando la prestación de los servicios, dirigidos a los sectores de menores ingresos de la población, con equidad, eficiencia, calidad y calidez. Para ello es importante el desarrollo de nuevos sistemas de prestación de servicios acordes a la realidad local.

A pesar de los avances que ha habido en materia de salud, en cuanto a la práctica médica ambulatoria con las Unidades Médicas Móviles y Equipos de Salud

Itinerantes, en la región montaña existen diferencias importantes en la aplicación de recursos para que existan las condiciones propicias de acercar y fortalecer los servicios de salud entre las poblaciones donde se encuentra instituido el programa caravanas de la salud.^{9 10}

En general la salud tiende a ser más precaria y el acceso a servicios de salud más limitada, en las regiones rurales, en las comunidades indígenas y en las zonas más marginadas. Estas desigualdades se deben a diferencias en las condiciones generales de vida, pero también a diferencias en el acceso a recursos y servicios de salud, y la calidad de la atención, situación que debe ser atendida de manera inmediata.¹¹

Ampliar la cobertura significa llevar los servicios básicos a quienes carecen de ellos, pero también desarrollar con mayor profundidad y calidad los esfuerzos que se realizan en el ámbito de la salud. Ampliar no es sólo extender, sino ensanchar y profundizar el conjunto de beneficios que conllevan los servicios de salud; significa también avanzar en su adecuación y capacidad resolutive conforme a los usos, costumbres y peculiaridades de cada ámbito local; es una medida para fortalecer, bajo una visión integral, los medios e instrumentos que se encuentran al alcance de la sociedad para atender, con suficiencia, los problemas específicos de salud en beneficio de la familia y la colectividad.

Con el objetivo de subsanar este problema, se apoya la aplicación de este estudio para fortalecer la sistematización de experiencias relevantes en salud de la región marginada, principalmente sobre la formación de alianzas y coaliciones para el desarrollo local participativo y asegurar la igualdad de oportunidades y la ampliación de capacidades para que los pueblos marginados mejoren significativamente su calidad de vida.

IV.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las determinantes y condicionantes de la falta de aplicación de los servicios de salud que otorgan las Unidades Médicas Móviles (UMM) y Equipos de Salud Itinerantes (ESI) en la región son múltiples, mas como sustento de una intervención generada desde las Coordinaciones Estatal y Jurisdiccional, cobran particular importancia aquellos elementos que resultan de la prevalencia de una cultura de trabajo no ligada a alcanzar objetivos comunes, sin reconocer la misión del programa de Caravanas de la Salud, de manera que se realiza un trabajo no planificado localmente.

Desde el punto de vista de la integración de las Unidades Médicas Móviles y Equipos de Salud Itinerantes en una red de servicios, esta modalidad organizativa se encuentra fragmentada, ya que no procura la sinergia y complementación en las ofertas de prestaciones con miras a optimizar el funcionamiento conjunto, lo cual no responde a la complejidad o amplitud territorial del servicio y de la necesidad de la población.¹²

Los servicios de salud que otorgan las Unidades Medicas Móviles (UMM) y Equipos de Salud Itinerantes (ESI) del programa Caravanas de la Salud adscritas a la región Montaña, se encuentran obstaculizados por la falta de vinculación entre las Coordinaciones Estatal y Jurisdiccional responsables de la operatividad de las mismas.

La necesidad sentida de la población marginada por recibir los servicios básicos de salud que otorgan las Unidades Médicas Móviles (UMM) y Equipos de Salud Itinerantes (ESI) del programa Caravanas de la Salud en la región, se encuentra limitada por la falta de conocimiento de las reglas de operación del programa de parte del personal, tanto gerencial como operativo.

La alianza estratégica que debería existir con el Régimen Estatal de Protección Social en Salud (REPSS) se encuentra fragmentada, por ello no fluye de manera

oportuna el recurso financiero para la operatividad de las Unidades Médicas Móviles en la región.

Por lo anterior se formulan las siguientes preguntas de investigación:

¿Cuál es la capacidad de respuesta que ofrecen las coordinaciones del nivel Estatal y jurisdiccional para definir las necesidades de las Unidades Médicas Móviles del programa Caravanas de la Salud en la región?

¿De qué manera influye el desconocimiento de las reglas de operación del programa Caravanas de la Salud en la prestación de los servicios básicos de salud por parte de las Unidades Médicas Móviles?

¿Cuál es la garantía de ofertar los servicios de salud a familias beneficiadas por el seguro popular en la región montaña de parte de las Unidades Médicas Móviles?

¿Cómo interactúa el Régimen Estatal de Protección Social en Salud (REPS) para garantizar la sustentabilidad financiera para la operatividad de las Unidades Médicas Móviles del programa Caravanas de la Salud en la región?

V.- OBJETIVO GENERAL Y ESPECIFICOS

OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECIFICOS	ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES
<p>Fortalecer las acciones del programa de caravanas de la salud que garanticen que las unidades médicas móviles y equipos de salud itinerantes adscritos a la región de la Montaña, obtengan los insumos necesarios para el otorgamiento de los servicios con calidad en la operación y aplicación de la red de servicios.</p>	<p>Garantizar la vinculación entre la Coordinación Estatal, Jurisdiccional y aéreas administrativas del programa, para la aplicación correcta de los recursos financieros y materiales.</p>	<p>Aplicar el conocimiento sobre las modalidades y esquemas de los convenios de coordinación y transferencia de recursos del programa de caravanas de la salud entre las coordinaciones estatal y jurisdiccional.</p> <p>Contribuir en la aplicación de una estructura órgano-funcional a nivel Estatal y Jurisdiccional que garantice la continuidad y fortalecimiento del programa.</p>	<p>Elaboración de agenda anual de reuniones de vinculación para el fortalecimiento de la red de servicios.</p> <p>Elaboración de un calendario de visitas periódicas a la Coordinación Jurisdiccional de Caravanas de la Salud para seguimiento de acuerdos, supervisión y adiestramiento en servicio.</p> <p>Adiestramiento sobre los procesos técnicos, normativos y administrativos a todo personal involucrado con el programa para una correcta aplicación de los mismos.</p> <p>Aplicación de talleres de lectura sobre la normatividad de los convenios a nivel Estatal y jurisdiccional</p> <p>Proponer un enlace administrativo a nivel Estatal y Jurisdiccional para el seguimiento oportuno en los procesos financieros y materiales del programa.</p> <p>Consolidar la coordinación con la Secretaria de Finanzas de la Entidad para la transferencia oportuna de los recursos y comprobación fiscal correspondiente.</p>
	<p>Propiciar la coordinación con el sistema estatal de protección social en salud (REPSS) a fin de captar recursos financieros que permitan darle sustentabilidad financiera a la operación del programa.</p>	<p>Establecer la integración de los acuerdos de gestión con el REPSS a nivel de la región Montaña.</p> <p>Instituir la cuota por familia para determinar el monto financiero familiar de la población objetivo del programa en la región</p>	<p>Entrenamiento sobre los procesos técnico-administrativos del REPSS al personal involucrado en la elaboración de los acuerdos de gestión.</p> <p>Aplicación del censo de familias afiliadas al seguro popular y al seguro de una nueva generación por comunidad de cada ruta.</p>

	<p>Montaña.</p>	<p>Actualización del catalogo de necesidades (recursos humanos, equipo médico, medicamentos y material de curación y odontológico, combustible, viáticos, etc.) por ruta.</p> <p>Determinación y aplicación de la cartera de servicios por unidad médica móvil para la asignación del financiamiento.</p> <p>Asignación de un enlace Estatal y Jurisdiccional del REPSS para el diseño y coordinación de los lineamientos para la elaboración de los acuerdos de gestión.</p> <p>Elaboración del padrón de integrantes de las familias afiliadas al seguro popular que atiende el programa de caravanas en la región.</p>
<p>Asegurar la aplicación técnica y normativa sobre la observancia de las reglas de operación, planeación operativa y evaluación del programa, entre el Coordinador Estatal, Jurisdiccional y personal operativo.</p>	<p>Consolidar la metodología en la aplicación de las reglas de operación vigentes de caravanas de la salud.</p> <p>Aplicar la supervisión integral que permita otorgar adiestramiento en servicio para la retroalimentación correspondiente en la aplicación correcta de las reglas de operación del programa.</p> <p>Fortalecer el sistema de información para la planeación y control del programa.</p>	<p>Elaboración anual del programa de trabajo a nivel Estatal, jurisdiccional y por unidad médica móvil.</p> <p>Actualización y cumplimiento del calendario de supervisión por ambos niveles.</p> <p>Empoderamiento del personal operativo para mejor desempeño de sus funciones.</p> <p>Aplicación de evaluaciones periódicas para fomentar las competencias sanas entre el personal operativo</p> <p>Otorgamiento de estímulos al personal operativo para incentivar mejor desempeño de los mismos.</p> <p>Reunión con alcaldes para fortalecer vínculos de coordinación que nos permitan un mejor acercamiento con el personal operativo.</p> <p>Consolidar la red social para apoyo en la vigilancia observada de operatividad de las unidades</p>

médicas móviles y equipos de salud itinerantes de la Montaña.

Mejorar el programa de acciones de conservación y mantenimiento de las unidades médicas móviles de cada ruta, considerando el tipo de unidad.

Consolidar el diagnóstico mensual del estado físico, mecánico y equipamiento de las unidades.

Integrar un equipo de expertos en materia de especificaciones técnicas y de equipamiento médico de las unidades.

Monitoreo permanente de las unidades médicas móviles por parte del personal operativo y seguimiento puntual del coordinador jurisdiccional.

Actualización de los inventarios de cada unidad de parte del personal operativo y entregar copia al coordinador jurisdiccional del programa.

Actualización de las bitácoras por unidad móvil de parte del personal operativo, con seguimiento del coordinador jurisdiccional.

Conocimiento de los manuales de operación de las unidades y equipo médico por parte del personal operativo.

Proponer un enlace técnico (biomédico) con la dirección de planeación para revisiones y/o reparaciones periódicas de las unidades médicas móviles.

Proponer convenio con algún prestador de servicios de la región Montaña para otorgar servicio permanente de mantenimiento correctivo a las unidades médicas móviles.

VI.- MARCO TEORICO

4.1 Concepto de Salud

La salud es uno de los derechos fundamentales del ser humano y representa también una verdadera inversión para contribuir al bienestar familiar, al desarrollo social y económico de una comunidad. La salud es además una condición indispensable para alcanzar una auténtica igualdad de oportunidades en la población. Es un principio fundamental de justicia social y un valor que contribuye al fortalecimiento del tejido de nuestra sociedad.

La Constitución Política del país, en su artículo 4° señala que toda persona tiene derecho a la protección de la salud. Así mismo estipula que la Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.¹³

Sin embargo los pueblos de la región Montaña siguen esperando que sean incluidos en este mandato constitucional, lo que ha conducido a la importancia de la planificación técnico médica y normativa del presente estudio, para garantizar la calidad y oportunidad de la atención de salud que prestan las unidades médicas móviles y equipos de salud itinerante, mediante su vinculación estratégica con redes de salud entre todos los actores de la región.

La salud es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el “estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, este concepto es importante ya que engloba al ser con su entorno, en este marco es primordial contribuir en la reducción de las desigualdades a través de la prestación de servicios de salud brindados por Unidades Médicas Móviles y Equipos de Salud Itinerantes en la región.¹⁴

Desde luego, a lo largo del desarrollo de los servicios de salud en la región Montaña, no han sido pocas las experiencias que han apuntado hacia este objetivo. Entre otros esfuerzos destacan, por su importancia; el Programa de Extensión de Cobertura (PEC), Programa de Salud Rural (PSR), Programa de Apoyo a los Servicios de Salud Para Población Abierta (PASSPA), Programa de Ampliación de Cobertura (PAC) y el Componente de Salud de Progresía (hoy Oportunidades).¹

4.2 Concepto de Salud Pública

Dentro del marco de la salud pública, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) manifiesta que “la salud pública tiene como finalidad, mejorar la salud de las poblaciones, mediante acciones dirigidas a tal proceso” sin embargo refiere que lo trascendental es la movilización de la sociedad civil y la capacitación de la población para la participación social.¹⁵

La salud pública desde el punto de vista del Dr. Julio Frenk (1986) “es la aplicación de las ciencias biológicas, sociales y administrativas al estudio de los fenómenos de salud en poblaciones humanas, considerando dos objetos de análisis: las condiciones de salud y la respuesta social organizada”.¹⁶

De igual forma Murray y Frenk definen que los objetivos finales, básicos y medulares de los sistemas de salud son a saber tres: 1.- mejorar la salud de la población, 2.- ofrecer un trato adecuado a los usuarios de los servicios de salud y 3.- garantizar la seguridad financiera en materia de salud.

Otro concepto de salud pública es el publicado por J. Public health Policy, Editorial, 1985. Describiendo lo siguiente: “como ámbito para la acción, su esencia es la salud del público, incluye la organización de personal e instalaciones a fin de proporcionar todos los servicios de salud requeridos”.¹⁵

El Dr. Winslow expresa que “la salud pública es la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud física y mental mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las infecciones de la comunidad y educar al individuo en cuanto a los principios de la higiene personal; organizar servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico precoz y el tratamiento preventivo de las enfermedades, así como desarrollar la maquinaria social que le asegure a cada individuo de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud”¹⁷

La propuesta de cómo llevar a la práctica el análisis al que nos estamos refiriendo es sin duda aplicando las esencias de la salud pública que mencionan los doctores F. Hernández Torres e I. Noyola Aragón, 1997, que son: a).- Análisis Poblacional, b).- Corresponsabilidad Social, c).- Interdisciplinariedad (ciencias sociales, biológicas y de la conducta), d).- Integralidad (nivel de salud, condiciones y respuesta) y e).- Innovación Permanente.¹⁶

4.3 Unidades Médicas Móviles

Caravanas de la Salud es uno de los programas de acciones específicas de vital trascendencia para la actual Administración Federal. Sus objetivos, marco organizativo, misión y visión se encuentran en congruencia con el Plan Nacional de Desarrollo y el Programa Sectorial de Salud 2007-2012, coadyuvando en el esfuerzo por alcanzar la cobertura universal de los servicios de salud en todo el territorio nacional y por mejorar la salud de la población con acceso limitado a los servicios, en el marco de la política de atención a la salud de poblaciones dispersas de bajo Índice de Desarrollo Humano (IDH) y de alto y muy alto grado de marginación.¹⁸

En sus dos modalidades, la ampliación de la cobertura permite acercar los servicios esenciales de salud a la población de las áreas rurales e indígenas, tanto en materia de promoción y prevención de la salud (a través de los recursos comunitarios) como de atención médica, rehabilitación y saneamiento básico en el

hogar y la comunidad por medio de las visitas de los Equipos de Salud Itinerantes durante el recorrido de las rutas. En estas acciones reviste particular importancia el respeto a los usos y costumbres de cada localidad y la vinculación entre la medicina institucional y las prácticas tradicionales de atención a la salud.

Si bien las dos modalidades de ampliación de cobertura varían por su ámbito de aplicación, la metodología de trabajo comunitario y el esquema del catálogo universal de servicios de salud (CAUSES), son esencialmente las mismas. Las diferencias estriban en que la ampliación geográfica se sustenta en las Unidades Médicas Móviles (UMM) vehículos motorizados que realizan una función complementaria con las unidades de salud establecidas.

4.4 Ampliación Funcional

Definida como el conjunto de acciones de reforzamiento de la infraestructura existente, para ampliar en calidad y cantidad los servicios a la población sin seguridad social. Las acciones de fortalecimiento consisten en la rehabilitación y reequipamiento de las Unidades Médicas Móviles, el abastecimiento de las casas de salud de insumos para la salud, la contratación y capacitación del personal médico y paramédico con la finalidad de ampliar los horarios de atención a la población y mejorar su capacidad resolutive.

4.5 Ampliación Geográfica

Se refiere al conjunto de acciones que permiten llevar los servicios de salud comprendidas en el catálogo universal de servicios de salud, a lugares tradicionalmente sin acceso. El propósito de su instrumentación es lograr atender a localidades de 250 familias o 1,500 habitantes que presentan una gran dispersión geográfica y no cuentan con acceso a los servicios de salud. Se opera a través de Equipos de Salud Itinerantes, con el soporte de los auxiliares de salud y la promoción de la participación comunitaria.

Las UMM están conformadas generalmente por un médico, una enfermera y un promotor/operador y en ocasiones con un odontólogo, atienden localidades sin acceso a centros de salud, siguiendo una ruta y cronograma previamente establecidos, de tal manera que cada localidad se visita al menos dos veces por mes y la permanencia de las Unidades Medicas Móviles será por un día en cada localidad subsede visitada, cumpliendo una jornada de trabajo completa de 8 horas, a partir del momento en que llega a la localidad. Se abastecen, apoyan e informan en una casa de salud, cuya localidad se denomina sede. Aplican el paquete básico y participan en el control de brotes epidémicos, conjuntamente con los auxiliares de salud comunitarios de la micro-región, a quienes asesoran, supervisan y capacitan durante sus recorridos.¹

4.6 Tipología

Cada Equipo de Salud Itinerante cuenta con un vehículo apropiado para cubrir su ruta de atención:

Tipo 0 Son Unidades Médicas Móviles (UMM) 4X4 que transportan personal de salud, medicamentos e insumos para la atención de las localidades de una micro-región, que forman parte de la ruta de la unidad. Este tipo de unidad está conformado por un médico general, una enfermera y un promotor/operador.

Tipo I UMM equipada con un consultorio de medicina general, con equipo estándar para atención primaria, química seca y toma de muestras para cáncer cérvico-uterino y equipo de electrocardiografía. Este tipo de unidad está conformado por un médico general, una enfermera y un promotor/operador.

Tipo II UMM equipada con un consultorio de medicina general y un consultorio dental, laboratorio de química seca y toma de muestras para cáncer cérvico-uterino y equipo de electrocardiografía. Este tipo de unidad móvil está conformado por un médico general, un odontólogo, una enfermera y un promotor/operador.

Tipo III UMM equipada con un consultorio de medicina general y un consultorio dental, equipada con enlace satelital para telemedicina, equipo de video-

conferencia, ultrasonografía y electrocardiografía. Asimismo contiene un laboratorio de química seca y toma de muestras para cáncer cérvico-uterino. Este tipo de unidad está conformado por un médico general, un odontólogo, una enfermera y un promotor/operador.²

Unidades Médicas Móviles Región Montaña de Guerrero.

MUNICIPIO	TIPO DE UMM*	NUMERO	LOCALIDADES	POBLACION
Acatepec	Tipo 0 y II	2	14	3,570
Alcozauca	Tipo 0 y I	2	14	3,826
Atlamajalcingo del Monte	Tipo I	1	5	1,770
Atlixac	Tipo 0 y II	2	16	4,318
Cochoapa el Grande	Tipo 0	1	8	1,658
Copanatoyac	Tipo I	1	9	2,198
Iliatenco	Tipo 0	1	6	2,541
Malinaltepec	Tipo I	1	8	1,750
Metlatonoc	Tipo 0 y III	2	11	5,079
Tlacoapa	Tipo 0 y I	2	10	2,961
Xalpatlahuac	Tipo I	1	5	1,080
Zapotitlán Tablas	Tipo 0 y II	2	16	4,489
12		18	122	35,240

Fuente: Plan Estatal de Trabajo Caravanas de la Salud 2009.Grafica 5

*En base a la estructura del vehículo y equipo médico con que cuentan.

4.7 Seguro Popular

Dentro de los lineamientos de las reglas de operación del programa Caravanas de la Salud, se menciona que las Unidades Médicas Móviles y Equipos de Salud Itinerantes participaran en el proceso de afiliación de familias al seguro popular y al seguro para una nueva generación de las comunidades donde laboran.

Las coordinaciones Estatal y jurisdiccional deberán participar en la elaboración de los acuerdos de gestión para la prestación de servicios de salud de las Caravanas de la Salud a las familias afiliadas al SPSS que celebren los Servicios Estatales de

Salud y los REPSS para asegurar el financiamiento del programa a través de los recursos del seguro popular.^{2,19}

Sin embargo La falta de vinculación entre las Coordinaciones a nivel Estatal y Jurisdiccional del programa Caravanas de la Salud con el Régimen Estatal de Protección Social en Salud (REPSS) a través de su dirección, han llevado al atraso en la estructuración, elaboración y aplicación de los acuerdos de gestión para la realización de los gastos en salud que comprende las erogaciones que realizan las familias, independientemente del nivel socioeconómico, el Estado y el nivel Federal, para la atención de la salud de sus miembros y poder contribuir en la disminución de los gastos catastróficos en salud, ya que hasta ahora las familias indígenas continúan pagando con sus recursos los servicios médicos y los medicamentos en el momento en que los necesitan, más del 50 % del gasto en salud es gasto de bolsillo.

Esta forma de pago directa es la más inequitativa porque provoca dos problemas importantes: expone a las familias al riesgo de empobrecimiento por motivos de salud y desalienta la utilización de los servicios en las familias que no tienen dinero para pagarlos, amén de que fomentan el desplazamiento a unidades medicas fijas alejadas de los habitantes de las localidades atendidas por las Unidades Médicas Móviles y Equipos de Salud Itinerantes en la región de la Montaña.

VII.- ESTUDIOS DE FACTIBILIDAD

7.1 Factibilidad de Mercado

Las tendencias socio-demográficas actuales muestran una alta concentración poblacional urbana y una persistente dispersión de la población rural, a las que es extremadamente difícil dotar de infraestructura, equipamientos y servicios adecuados de salud. Esta condición social presenta escenarios difíciles en municipios y localidades de la Montaña de Guerrero, considerados de menor índice de desarrollo humano, (IDH) y muy alta y alta marginación, donde se albergan habitantes que por sus condiciones socioeconómicas quedan al margen de los servicios institucionales de salud. De igual forma existe una gran dispersión de localidades cuyos habitantes, en su mayoría indígenas, permanecen al margen de la protección social en salud, de igual manera no cuentan con la capacidad económica para afrontar suficientemente sus necesidades de alimentación, salud, educación, vivienda, transporte público, vestido y calzado.^{1,20}

La Montaña es una de las siete regiones que conforman el Estado de Guerrero, catalogada como una de las zonas más marginadas y de pobreza extrema en el País, de acuerdo a las estimaciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO). Históricamente la población de la Montaña ha sido la menos favorecida en la prestación de servicios públicos. En el campo de la salud este rezago se ha mantenido por décadas, siendo actualmente la región donde se encuentran 12 de los 125 municipios considerados de menor Índice de Desarrollo Humano (IDH), y muy alta y alta marginación a nivel Federal.

En la región de la Montaña se encuentran asentadas tres de las cuatro etnias representativas de la Entidad: Náhuatl, Mixtecos y Tlapanecos, representando el 17 % de la población total, considerada como una de las regiones más pobres de Latinoamérica.

Un aspecto que ha cobrado mayor relevancia en las condiciones de vida de la población rural de la Montaña, y que tiene marcada incidencia en la morbilidad y

mortalidad local, es el flujo migratorio que no sólo se da, como antaño, hacia las ciudades, sino que se ha extendido en lo que podría denominarse migración rural-rural interestatal hacia zonas agrícolas, siguiendo los ciclos agrícolas de primavera-verano y otoño-invierno, o también denominado efecto “golondrina”, lo que representa más del 90 % del éxodo de las familias de la montaña, según datos de la Coordinación Estatal de Guerrero del Programa de atención a Jornaleros Agrícolas (PAJAG), lo que motiva una gran demanda de servicios de salud en los asentamientos “flotantes” de las comunidades donde las Unidades Médicas Móviles (UMM) y Equipos de Salud Itinerantes (ESI) tienen que llegar para otorgar a la población objetivo del programa las acciones en materia de salud.²⁰

Todos estos cambios han tenido un gran impacto en la Jurisdicción Sanitaria 04 Montaña, que se ha visto abrumada por la necesidad de enfrentar simultáneamente el rezago de las enfermedades transmisibles y los problemas de salud reproductiva que se concentran en la población más pobre y geográficamente dispersa, y por otro lado, el rápido incremento en la prevalencia de padecimientos no transmisibles y costosos que afectan a toda la población de la región.

La región de la Montaña se caracteriza por presentar un sistema de montañas complejas con estrechos valles intermediados y fluviales con clima fresco y húmedo, lo que representa una gran dispersión geográfica, asentamientos irregulares, localidades con poblaciones pequeñas, alto grado de analfabetismo, poder adquisitivo bajo, alto grado de actividades de auto-consumo, alto grado de migración, alto grado de desnutrición en menores de cinco años, tasas elevadas de muerte infantil y materna, etc. Lo que hace posible posesionar a Caravanas de la Salud, tomando en cuenta el fin del programa; contribuir a mejorar las condiciones de salud de la población en localidades geográficamente dispersas o de difícil acceso, que no cuentan con servicios de salud, mediante la oferta de servicios de promoción, prevención y atención médica con Equipos de Salud Itinerantes (ESI) y Unidades Médicas Móviles (UMM).²¹

7.2 Factibilidad Técnica

El fortalecer el otorgamiento de los servicios básicos de salud que prestan las Unidades Médicas Móviles y Equipos de Salud Itinerantes del programa Caravanas de la Salud adscritos a la región de la Montaña, contribuirá a mejorar la atención primaria de la salud en el sentido de disminuir las necesidades observadas en la región, mejorado la atención de la salud y ampliando la cobertura bajo un carácter de gran impacto poblacional, permitiendo incorporar la creación de nuevas formas de organización y gestión en salud, donde se inscribe el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) para garantizar a la población afiliada, los beneficios de un conjunto cada vez más amplio de servicios de salud a la persona, a la familia y a la comunidad.

Relativo a reducir las desigualdades en el otorgamiento de servicios de salud mediante intervenciones focalizadas y descentralizadas en comunidades marginadas y grupos vulnerables, el Programa Caravanas de la Salud en la región de la Montaña, cuenta con diez y ocho Unidades Médicas Móviles (UMM) y mismo número de Equipos de salud Itinerantes (ESI). Vehículos que contienen equipo médico y odontológico para el diagnóstico y tratamiento, de diversos niveles de capacidad resolutive y están operados por personal capacitado: un médico, una enfermera, un promotor/operador y un odontólogo.

Estas unidades cuentan con equipo médico, instrumental, medicamentos e insumos médicos para otorgar servicios de: promoción, prevención, detección, atención y control de enfermedades, dentro del marco del catalogo universal de servicios de salud (CAUSES), que recorren bajo una programación mensual determinada una ruta conformada por microrregiones definidas bajo los criterios establecidos por el Programa, con una periodicidad de visitas de dos veces al mes a cada comunidad que conforman la ruta y permanencia en su jornada laboral de 8 horas.^{2,22}

La consolidación del programa caravanas de la salud en la región de la Montaña, requiere y necesita de las Unidades Médicas Móviles y Equipos de Salud

Itinerantes, tomando muy en cuenta las condiciones sociales y su impacto en la exposición, vulnerabilidad y consecuencias diferenciales para planificar e implementar políticas de salud. Actuar no solo con el objetivo de mejorar el nivel promedio sino que explícitamente para reducir las inequidades en salud de las comunidades más vulnerables y poder incorporarlas al desarrollo social en salud.

Considerando que el esquema operativo del modelo de Caravanas de la Salud, implica la organización de un conjunto de recursos financieros, materiales y personal comunitario, técnico y profesional de la salud, estratificados por funciones y diverso grado de complejidad, con el presente proyecto vamos a fortalecer la articulación de la red social y de servicios de salud de la población objetivo del programa Caravanas de la Salud en la región de la Montaña.

En respuesta a estos desafíos, la Secretaría de Salud está avanzando en la reducción de las desigualdades e inequidades en salud, llevando sus servicios a aquellas poblaciones que por su ubicación geográfica, su dispersión, su Índice de Desarrollo Humano (IDH) y su grado de marginación han sido históricamente inaccesibles para los servicios de salud. En este sentido, nuestra aspiración es contribuir, desde el ámbito de la salud, a un desarrollo humano sustentable y con igualdad de oportunidades en donde la población cuente con un nivel de salud que le permita desarrollar sus capacidades a plenitud.^{9,23}

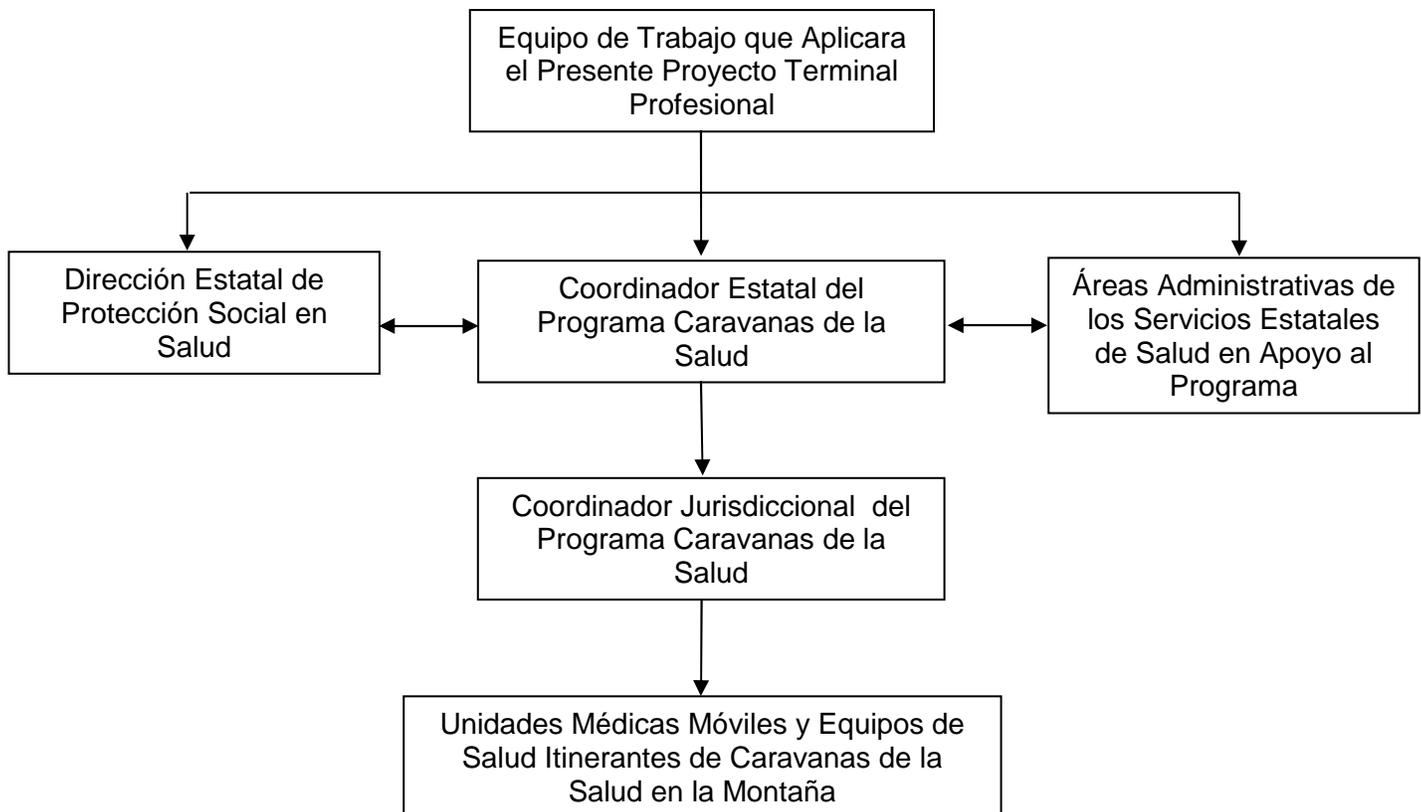
No obstante, para poder alcanzar una verdadera igualdad de oportunidades, es necesario asegurar el acceso universal a servicios de salud efectivos y seguros, ofrecidos por un sistema de salud financieramente sólido, anticipatorio y equitativo. Para lo cual las Unidades Médicas Móviles (UMM) y Equipos de Salud Itinerantes (ESI) aplicaran las acciones encaminadas a la afiliación de las familias de las localidades visitadas al Seguro Popular y al Seguro para una Nueva Generación.

La finalidad de este proyecto es mejorar la capacidad resolutive de las Unidades Médicas Móviles (UMM) y Equipos de Salud Itinerantes (ESI), a través del fortalecimiento de las mismas en su ámbito laboral y mediante su articulación en

redes funcionales y modernizar la gestión sanitaria en los diferentes niveles en la región de la Montaña.

Con el fin de aumentar progresivamente la equidad en la provisión de servicios, la eficacia en las intervenciones, la eficiencia en la utilización de los recursos financieros y materiales, así como verificar que los recursos presupuestales asignados a la Entidad sean aplicados en la partida correspondiente para la operación del programa Caravanas de la Salud, Es importante que las coordinaciones Estatal y Jurisdiccional intervengan en el procedimiento de asignación de los convenios de coordinación y transferencia de recursos y en la elaboración de cualquier instrumento jurídico-político que se formalice con las áreas en apoyo al programa para cumplir con los requisitos de los gastos de operación, así mismo conozcan y apliquen los mecanismos para la rendición de cuentas.

ORGANIGRAMA



7.3 Factibilidad Financiera

Para la ejecución del presente proyecto se ha considerado el siguiente presupuesto:

Recursos Humanos:

Para el desarrollo de las acciones propias del proyecto se contara con un equipo de tres integrantes a los cuales se les apoyara con cinco días de viáticos por mes.

CONCEPTO	PRESENTACION	PRECIO UNITARIO	CANTIDAD	TOTAL
Viáticos	Pieza	\$ 660.00	45	\$29,700.00

Recursos Materiales:

Para el traslado del personal se contara con dos vehículos estándar 4 x 4.

CONCEPTO	PRESENTACION	PRECIO UNITARIO	CANTIDAD	TOTAL
Combustible	Litro	\$9.80	8,000	\$78,400.00
Aceite	Litro	\$35.00	6	\$210.00
		TOTAL		\$78,610.00

Material de oficina:

Impresión de material didáctico	Pieza	\$2.00	100	\$100.00
Equipo de proyección	Pieza	\$6,000.00	1	\$6,000.00
Gafetes	Pieza	\$5.00	3	\$15.00
porta gafetes	Pieza	\$15.00	4	\$45.00
Carpeta	Pieza	\$25.00	20	\$500.00
Lápices	Pieza	\$2.00	20	\$40.00
Plumas	Pieza	\$3.00	20	\$60.00
Separadores	Pieza	\$10.00	20	\$200.00
CD	Pieza	\$5.00	20	\$100.00
Computadora	Pieza	\$10,000.00	3	\$30,000.00
		TOTAL		\$145,370.00

Para la ejecución del presente proyecto se ha establecido la vinculación necesaria con la Coordinación Estatal y Jurisdiccional del Programa Caravanas de la Salud para la aplicación del apoyo correspondiente a visitar las Unidades Médicas Móviles (UMM) y Equipos de Salud Itinerantes (ESI) en cada ruta establecida dentro de los Municipios de la región de la Montaña donde opera el Programa.

7.4 Factibilidad Administrativa

La instrumentación del programa Caravanas de la Salud en la región de la Montaña de la Entidad, hace indispensable fortalecer la coordinación sectorial bajo esquemas de cooperación solidaria entre las aéreas administrativas de los Servicios Estatales de Salud, para lograr que la población objetivo del programa Caravanas de la Salud en la región de la Montaña cuente con el otorgamiento de los servicios de salud de los Equipos de Salud Itinerantes (ESI) a través de las Unidades Médicas Móviles (UMM), encargadas de llevar servicios básicos de salud de manera ambulatoria a un mayor número de personas y familias atendidas bajo el esquema de aseguramiento al afiliarlas al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), siendo entonces imperativo lograr la suma de voluntades y la cooperación de todos los sectores y actores clave en el diseño de estrategias integrales que promuevan una participación de la población en la construcción social de la salud dentro de la población beneficiada del programa en la región de la montaña.¹

La coordinación Estatal de Caravanas de la Salud y las aéreas administrativas involucradas en la operatividad del programa, cuentan con capacidad organizativa para facilitar el posicionamiento de las Unidades Médicas Móviles y Equipos de Salud Itinerantes en la región Montaña, lo cual nos permite la operacionalización adecuada del proyecto.²³

La implantación del presente proyecto pretende reorganizar, reorientar y contribuir a alinear recursos que permitan el fortalecimiento en la prestación de servicios de salud a la persona, la familia y la comunidad de las localidades que atienden las Unidades Médicas Móviles y Equipos de Salud Itinerantes del Programa Caravanas de la Salud en la región de la Montaña.

La evaluación del Programa Caravanas de la Salud comprenderá el diagnóstico de las condiciones de salud de los municipios prioritarios, la estimación de la cobertura, la operación y la percepción de los actores clave y de los usuarios del programa. Dentro de cada una de estas grandes temáticas se encuentran englobados los puntos centrales del análisis que permiten dar cuenta de los resultados técnico-administrativos para el fortalecimiento de los servicios de salud de las Unidades Médicas Móviles y Equipos de Salud Itinerantes en sus rutas de atención.²⁴

Es importante considerar las condiciones climatológicas a presentarse en el periodo en que se desarrollara el presente proyecto, así como también las condiciones políticas del Estado.

7.5 Factibilidad Política, Social y Legal

Los programas de desarrollo social previstos en el Presupuesto de Egresos de la Federación contienen las acciones para hacer efectivos los derechos para el desarrollo social en materia de salud. El Programa Nacional de Caravanas de la Salud tiene como carácter especial acercar servicios de salud a las familias que habitan en localidades de difícil acceso, con el fin de incrementar las capacidades de sus habitantes y ampliar sus alternativas para alcanzar mejores condiciones de bienestar social, a través de las Unidades Médicas Móviles (UMM) y Equipos de Salud Itinerantes (ESI).

Es sabido que para su formulación y seguimiento corresponden a la Secretaría Federal y la Entidad la correcta aplicación del programa Caravanas de la Salud dentro de la Administración Pública Federal, sin embargo es importante mencionar que en la actualidad las UMM/ESI que operan en la región se encuentran en una situación de inestabilidad por no contar con los recursos necesarios para otorgar los servicios de salud correspondientes.

Para la ejecución del presente proyecto se ha establecido la coordinación con los Servicios Estatales de Salud de manera tal que se reforzara a través de la revisión en la aplicación de los instrumentos consensuales respectivos tales como: administración y ejercicio de los recursos, efectuar las ministraciones oportunamente para la ejecución de las acciones, la vigilancia en el control de los recursos , recabar la documentación comprobatoria de las erogaciones efectuadas en la operación del programa, la supervisión y seguimiento a las acciones operativas internas para el funcionamiento de las Unidades Médicas Móviles y Equipos de Salud Itinerantes, la adquisición y dotación de insumos, identificación de otras fuentes de financiamiento para lograr la sustentabilidad financiera del programa, etc.²³

En este mismo concepto las UMM/ESI del programa Caravanas de la Salud son un instrumento del Ejecutivo Federal, dentro del marco de establecer una política social integral, que desarrolla acciones encaminadas a promover el bienestar general de las familias que viven en condiciones de pobreza extrema.

Es importante mencionar que el presente proyecto pretende que La Secretaría Federal conjuntamente con los Servicios Estatales de Salud para la ejecución del programa, vigilen que no se dupliquen los apoyos con otros programas federales equivalentes, hasta en tanto no se realice la consolidación en el proceso de alineación de recursos.

Para llegar a la alineación total de todos los programas similares, se establece la coordinación con el Régimen Estatal de Protección Social en Salud, así mismo

con el programa de Desarrollo Humano Oportunidades en el componente de salud y con los Servicios Estatales de Salud para la revisión y alineación de otras estrategias de atención itinerante, a fin de sumar esfuerzos y evitar duplicidades en la atención que prestan las Unidades Médicas Móviles (UMM) y Equipos de Salud Itinerantes (ESI) en la región.

Por otro lado la promoción, prevención y prestación de servicios básicos de salud a la población por las Unidades Médicas Móviles y Equipos de Salud Itinerantes de la región Montaña, es una acción prioritaria para el programa Caravanas de la Salud ya que permite fomentar la participación y la corresponsabilidad en el desarrollo humano. En especial se protege en salud a los siguientes grupos poblacionales: niños de 0 a 9 años, adolescentes de 10 a 19 años, mujeres de 20 a 59 años, hombres de 20 a 59 años y adultos mayores de 60 años y más, dentro del marco de cinco procesos importantes para garantizar el otorgamiento de las acciones en materia de salud como son: a) promoción de la salud, b) nutrición, c) prevención y control de enfermedades, d) detección de enfermedades y e) salud reproductiva.²

La cartera de servicios que proporcionan las Unidades Médicas Móviles y Equipos de Salud Itinerantes del programa Caravanas de la Salud son de manera gratuita, garantizando la atención de los grupos mas vulnerables, constituyéndose en un beneficio irreductible para las localidades de los Municipios de menor Índice de Desarrollo Humano (IDH) .

Antes de que llegaran las Unidades Médicas Móviles (UMM) con los Equipos de Salud Itinerantes (ESI) a la región de la Montaña, la población se encontraba sumida en el olvido por lo difícil del acceso geográfico principalmente, lo que ocasionaba que tenían que recorrer más de tres a cuatro horas de camino para conseguir atención medica, en este sentido Caravanas de la Salud responde a las necesidades de las comunidades más desprotegidas. Motivo principal por el cual se deben de asegurar las acciones que permitan fortalecer los servicios de salud

que otorgan las UMM/ESI en las localidades establecidas en las rutas correspondientes.

Para dar continuidad a las acciones que nos permitan consolidar el otorgamiento de los servicios de salud de las Unidades Médicas Móviles y Equipos de Salud Itinerantes en la región de la Montaña, y que nos permitirá fortalecer al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) así mismo garantizar el acceso integral de servicios de salud a los mexicanos más desprotegidos, se cuenta con el respaldo del siguiente marco jurídico: ¹

- ✓ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- ✓ Ley General de Salud.
- ✓ Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.
- ✓ Ley de Coordinación Fiscal.
- ✓ Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.
- ✓ Ley federal de responsabilidades de servidores públicos.
- ✓ Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.
- ✓ Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud.
- ✓ Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.
- ✓ Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.
- ✓ Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
- ✓ Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.
- ✓ Lineamientos para la medición de la Aportación Solidaria Estatal (ASE) del Sistema de Protección Social en Salud.
- ✓ Reglas de Operación 2010 del Programa Caravanas de la Salud.
- ✓ Normas Oficiales Mexicanas (NOM) de los programas Prioritarios en Salud.

Las UMM/ESI del programa Caravanas de la Salud articulan a todas las áreas administrativas de los Servicios Estatales de Salud y de la Jurisdicción Sanitaria 04 Montaña, así mismo basa su operatividad en las reglas de operación vigentes y en aplicación de las normas oficiales mexicanas de los programas sustantivos de salud, formuladas con lineamientos generales para acercar la red de servicios de salud a la población más vulnerable de la región.

Los Servicios Estatales de Salud a través de la Jurisdicción Sanitaria 04 Montaña, coadyuvarán en la correcta aplicación de las acciones para fortalecer los servicios

de las Unidades Médicas Móviles y Equipos de Salud Itinerantes y contribuirán en el marco de sus atribuciones a resolver los problemas de ejecución que se presentan derivados de la operación del presente proyecto en su área de influencia.

El jefe de la Jurisdicción Sanitaria 04 Montaña en conjunto con el coordinador del programa fortalecerán el enlace de la parte operativa con el coordinador estatal de Caravanas de la Salud para: la planeación y control de las Unidades Médicas Móviles y Equipos de Salud Itinerantes, y dar puntual seguimiento a los procesos propios de la operación de las unidades.

Es indispensable el establecimiento de mecanismos de incorporación y participación social directa de los beneficiarios del programa, en la ejecución de acciones de contraloría social, a través del establecimiento de comités locales de salud en todas y cada una de las localidades en que las Unidades Médicas Móviles y Equipos de Salud Itinerantes otorgan los servicios médicos, sobre todo de prevención y promoción de la salud.^{2, 24}

La actuación de los Comités Locales de Salud permitirá efectuar el monitoreo y supervisión integral in situ que implica la observación permanente y continua de las acciones de las Unidades Médicas Móviles (UMM) y Equipos de Salud Itinerantes (ESI) del programa Caravanas de la Salud hacia los individuos y familias de las comunidades atendidas, así mismo contribuirán en la Instrumentación de los mecanismos de capacitación, atención y seguimiento de quejas y sugerencias de la comunidad con respecto a la prestación de los servicios de salud.

VIII.- METODOLOGIA

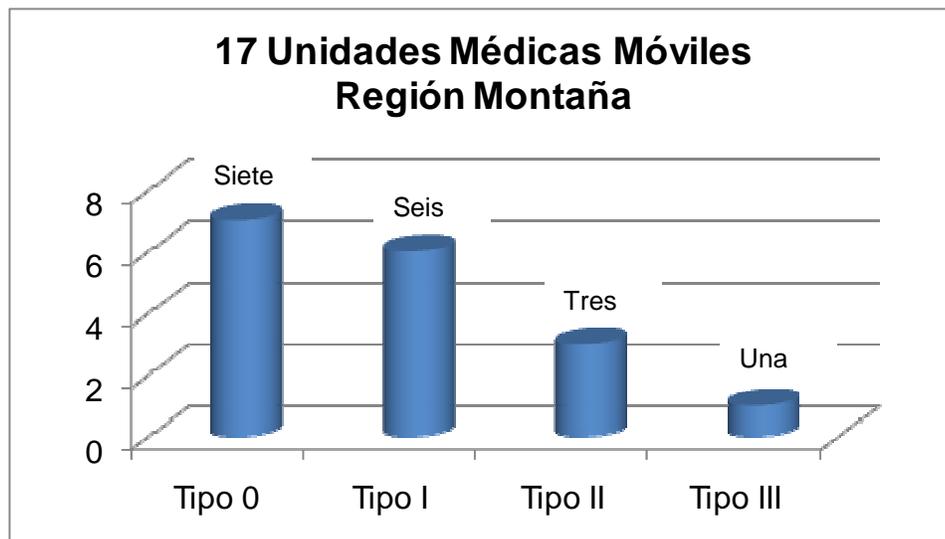
8.1 Tipo de Estudio

Se trata de un estudio transversal de tipo observacional y descriptivo, ya que nos proporciona el estado actual de las Unidades Médicas Móviles y Equipos de Salud Itinerantes de la región montaña del programa Caravanas de la Salud, en cuanto a la prestación de los servicios de salud, este modelo permite conocer el comportamiento de las UMM/ESI y su relación con la población objetivo del proyecto, así mismo identifica los factores que influyen en la otorgación de los servicios básicos de salud por dichas unidades.²⁵

8.2 Universo

Se toma como universo a los doce municipios de la jurisdicción sanitaria 04 montaña considerados de menor índice de desarrollo humano (IDH) de muy alta y alta marginación, dentro de estos municipios se encuentran laborando las Unidades Médicas Móviles (UMM) y Equipos de Salud Itinerantes (ESI) del programa Caravanas de la Salud, las cuales suman un total de diecisiete UMM.

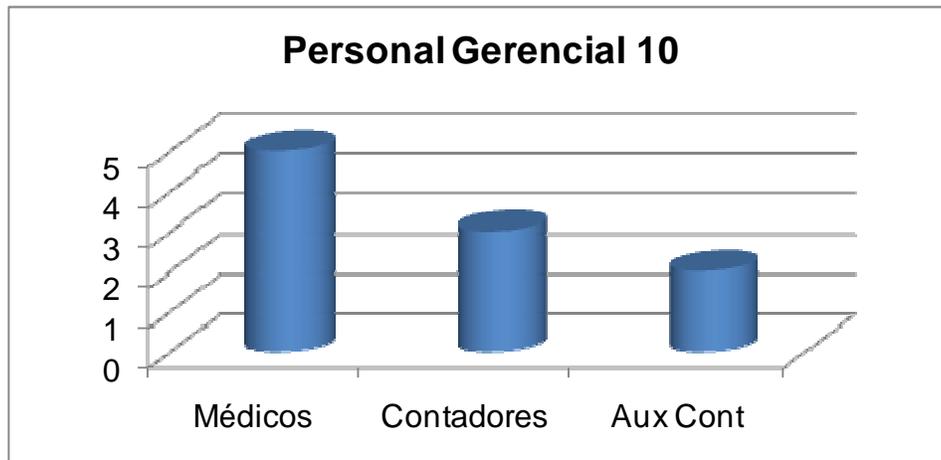
Grafica 6



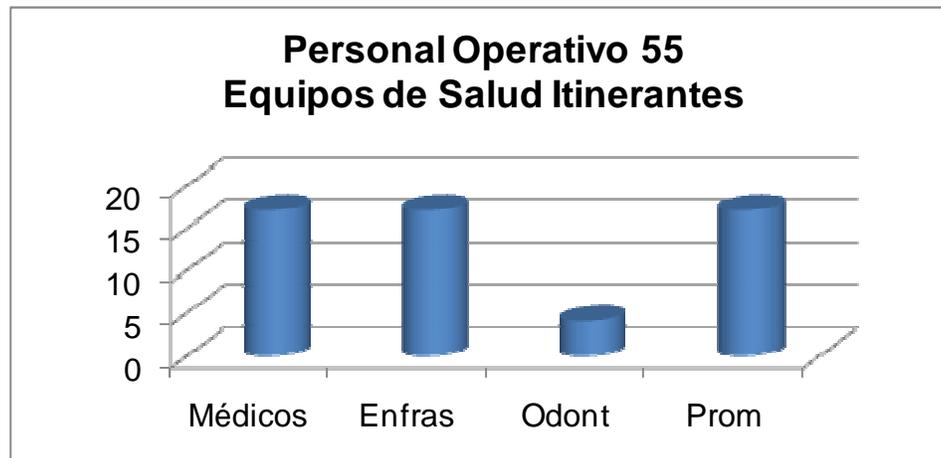
8.3 Muestra

Para el desarrollo del presente estudio se considero al personal gerencial con 10 elementos y operativo con 55, lo que representa un total de 65, ya que son los responsables de la prestación de los servicios de salud de las Unidades Médicas Móviles del programa Caravanas de la Salud en la región Montaña.

Grafica 7



Grafica 8



8.4 Criterios de Selección

Criterios de Inclusión	Criterios de Exclusión	Criterios de Eliminación
<ul style="list-style-type: none"> - Personal de las coordinaciones del programa de caravanas de la salud del nivel estatal y jurisdiccional - Director del régimen estatal de protección social en salud - Personal Administrativo en apoyo al programa caravanas de la salud - Personal operativo de caravanas de la salud (Médicos, Enfermeras, Odontólogos y Promotores) 	<ul style="list-style-type: none"> - Personal gerencial y operativo de las unidades medicas móviles del programa oportunidades - Personal operativo de las unidades medicas móviles subsidiadas por el gobierno del estado 	<ul style="list-style-type: none"> - Personal del nivel estatal y jurisdiccional sin ninguna afinidad en relación a la operatividad del programa de caravanas de la salud. - UMM de cochoapa el grande por no contar con el personal de salud y por lo tanto no se encuentra en servicio

8.5 Operacionalización de Variables

Definiciones

Variables cualitativas: expresan distintas cualidades, características o modalidad. Cada modalidad que se presenta se denomina atributo o categoría y la medición consiste en una clasificación de dichos atributos. Las variables cualitativas se clasifican en ordinales y nominales y a su vez pueden ser dicotómicas o politómicas.

Variables cuantitativas: se expresan mediante cantidades numéricas. Las variables cuantitativas además pueden ser: variable discreta y variable continua.

Unidades Médicas Móviles: vehículos que contienen equipo médico y odontológico para el diagnóstico y tratamiento, de diversos niveles de capacidad resolutive y que están operados por personal capacitado.

Equipos de Salud Itinerante: Profesionales de la salud (Médicos, Enfermeras, Odontólogos, Promotores, Etc.) que se encargan de otorgar servicios de: promoción, prevención, detección, atención y control de enfermedades en localidades de difícil acceso.

Escolaridad: periodo de tiempo durante el cual se asiste a una institución educativa.

Edad: número de años cumplidos o vividos por la persona.

Sexo: condición biológica que distingue a las personas en hombre y mujer.

Estado civil: es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.

Reglas de operación: Conjunto de lineamientos que permiten la operatividad de un programa. Conjunto de instrucciones que indican cómo hacer algo o en su defecto cómo comportarse.

Convenios de coordinación: Acuerdo de voluntades, verbal o escrito, manifestado en común entre dos o más personas con capacidad (partes del contrato), que se obligan en virtud del mismo, regulando sus relaciones relativas a una determinada finalidad o cosa, y a cuyo cumplimiento pueden compelerse de manera recíproca, si el contrato es bilateral, o compelerse una parte a la otra, si el contrato es unilateral.

Programa de trabajo: Toda secuencia de instrucciones o indicaciones destinadas a ser utilizadas, directa o indirectamente, para realizar una función o una tarea o para obtener un resultado determinado, cualquiera que fuere su forma de expresión y fijación.

Seguro popular: Instrumento creado para brindar protección financiera a todos los mexicanos, ofreciendo una opción de aseguramiento público en materia de salud a todas las familias y ciudadanos que por su condición laboral y socioeconómica no son derechohabientes de las instituciones de seguridad social.

Variable	Tipo	Escala	Medición	Fuente
Unidades medicas móviles	Cualitativa	Nominal dicotómica	Si No	Entrevista
Equipos de salud itinerantes	Cualitativa	Nominal dicotómica	Si No	Entrevista
Escolaridad	Cualitativa	Ordinal	Nivel básico, medio superior, Superior, postgrado	Entrevista
Edad	Cuantitativa	Discreta	20 a 50	Entrevista
Sexo	Cualitativa	Nominal dicotómica	Masculino Femenino	Entrevista
Estado civil	Cualitativa	Ordinal	Casado, viudo, unión libre, divorciado	Entrevista
Reglas de operación	Cualitativa	Nominal dicotómica	Si No	Entrevista
Convenios de coordinación	Cualitativa	Nominal dicotómica	Si No	Entrevista
Programa de trabajo	Cualitativa	Nominal dicotómica	Si No	Entrevista
Seguro popular	Cualitativa	Nominal dicotómica	Si No	Entrevista

8.6 Procedimiento

Bajo esta óptica, el presente proyecto, dentro de un primer plano llevo a cabo visitas a la Coordinación Estatal de Caravanas de la Salud y Áreas Administrativas de los Servicios Estatales de Salud que se encuentran apoyando al Programa, con el firme propósito de conocer y medir la magnitud del problema, analizarlo y

evaluar los efectos de las intervenciones del esquema organizativo-administrativo que desarrollan para que las Unidades Médicas Móviles y los Equipos de Salud Itinerantes de la Montaña, cuenten con los recursos financieros y materiales para que estén en condiciones de cumplir de una manera oportuna y mas efectiva con su responsabilidad de acercar los servicios de Salud a las comunidades mas desprotegidas y de difícil acceso de la región.

De igual manera se continuo con la visita a la Dirección Estatal de Protección Social en Salud conociendo las impresiones sobre la aplicación de los lineamientos en la elaboración de los acuerdos de gestión para la región montaña, lo cual nos permitió conocer las medidas que deben adoptarse para la consolidación financiera que permita que las Unidades Médicas Móviles y Equipos de Salud Itinerantes obtengan de manera oportuna los insumos necesarios para la buena operatividad del programa.

En un segundo plano se visita a la Coordinación Jurisdiccional del Programa Caravanas de la Salud de la montaña, para intercambiar expresiones que nos permitieron familiarizarnos con la manera de entender y aplicar las reglas de operación del programa Caravanas de la Salud en la región, de tal forma que nos oriento a descubrir los obstáculos por los cuales las Unidades Médicas Móviles y Equipos de Salud Itinerantes no cumplen con la prestación de los servicios básicos de salud en sus localidades de trabajo.

La visita a las Unidades Médicas Móviles y Equipos de Salud Itinerantes en sus localidades Sedes, ya establecidas previo calendario en conjunto con el coordinador jurisdiccional, no se ejecuto por falta de tiempo y recurso, sin embargo se visitaron en las instalaciones de la jurisdicción sanitaria, con sede en la cabecera municipal de tlapa de comonfort, donde nos brindaron la oportunidad de conocer el grado de conocimiento que tienen de las reglas de operación del programa, así mismo su vinculación con la población donde laboran, de tal forma que nos permitió descubrir la manera en que se desarrolla el personal operativo dentro de su localidad y estar en posibilidades de descubrir las áreas de

oportunidad para el fortalecimiento de la red de servicios de salud y social de la comunidad.

Se llevo a cabo la inspección a las Unidades Médicas Móviles desarrollando las siguientes acciones: se verifico el grado de funcionamiento y las condiciones actuales en las que se encuentran, si el personal operativo cuenta con la bitácora de actividades para el mantenimiento preventivo y correctivo de las mismas, así mismo si cuentan, conocen y aplican los manuales de operación del vehículo y de cada equipo medico con los que cuenta cada unidad.

8.7 Modelo de Evaluación

Para la aplicación del modelo de evaluación del presente proyecto, utilizamos la prueba de la chi cuadrada (χ^2), por lo tanto vamos a referirnos a variables que se han medido a nivel nominal. Es decir, que sus valores representan categorías o grupos en una variable. Tal es el caso del personal operativo y gerencial del programa Caravanas de la Salud tanto a nivel estatal y jurisdiccional, es decir, cuántas personas tienen y conocen las reglas de operación del programa y cuantas personas las aplican.^{26, 27}

En este caso tenemos dos categorías o grupos: los que conocen las reglas de operación y los que las aplican, para lo cual tomamos la población de estudio del presente proyecto que es de 65 personas; 55 que representan al personal operativo del programa (17 médicos, 17 enfermeras, 17 promotores/operadores y 4 odontólogos), 4 personas que integran la coordinación Estatal del programa, 3 personas de la coordinación jurisdiccional, 1 director del régimen estatal de protección social en salud y 2 personas del área administrativa en apoyo al programa. $55 + 4 + 3 + 1 + 2 = 65$. Para este caso en particular las personas contestaron el instrumento de medición elaborado para la realización del proyecto (Anexo).

Personal Gerencial

Coordinación Estatal	Coordinación Jurisdiccional	Director del REPSS	Área Administrativa
4	3	1	2
			Total 10

Personal Operativo

Médicos	Enfermeras	Promotores/Operadores	Odontólogos
17	17	17	4
			Total 55
Gran Total 65			

Corresponde a este caso calcular la chi cuadrada (χ^2) para comparar la razón de:

El personal que tiene las reglas de operación y las aplican. 8

El personal que no tiene las reglas de operación y las aplican. 0

El personal que tienen las reglas de operación y no la aplican. 36

El personal que no tiene las reglas de operación y no las aplican. 21

X.- RESULTADOS

Derivado del estudio realizado al personal gerencial y operativo responsables de la operatividad de las Unidades Médicas Móviles (UMM) y Equipos de Salud Itinerantes (ESI) adscritas a la región Montaña, pertenecientes al programa Caravanas de la Salud se tomaron algunos rubros significativos de la entrevista, con los siguientes resultados:

1.- Al desarrollar la chi cuadrada (χ^2) nos da un valor de 42.8 entre la frecuencia esperada y la frecuencia observada, con un valor de 10 grados de libertad y 0.05 de significatividad, se concluye que la diferencia es significativa, es decir 6 de cada 10 elementos que tienen las reglas de operación no las aplican.

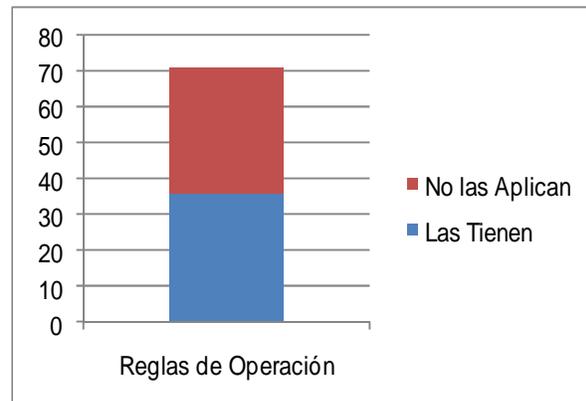
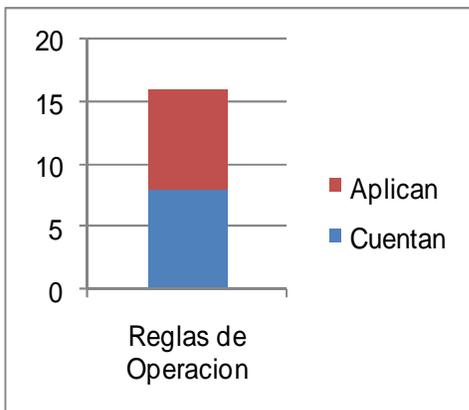
Personal gerencial y operativo del programa Caravanas de la Salud, en la región Montaña del Estado de Guerrero, que cuentan con las reglas de operación del programa y las aplican.

	La Tienen	No la Tienen	
La Aplican (fo)	8	0	8
No la Aplican (fe)	36	21	57
	44	21	65

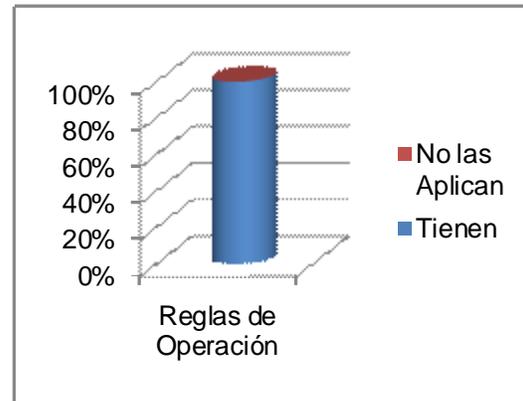
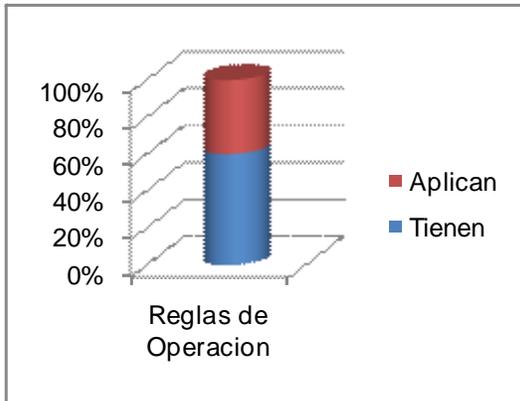
Para el desarrollo de la tabla de 2 X 2 utilizamos las fórmulas de las frecuencias observadas y esperadas, es decir; frecuencia esperada (fe) y frecuencia observada (fo), al aplicar los valores quedaron de la manera siguiente:

$$\begin{aligned}
 (f_e - f_o) &= 28 & 21 \\
 (f_e - f_o)^2 &= 784 & 441 \\
 (f_e - f_o)^2 / f_e &= 784/36 & 441/21 \\
 &= 21.8 & + 21 \\
 \mathbf{x^2} &= \mathbf{42.8}
 \end{aligned}$$

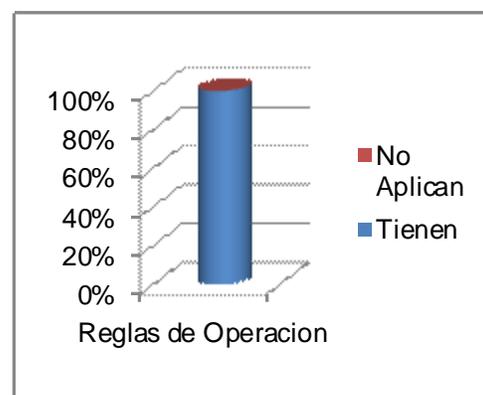
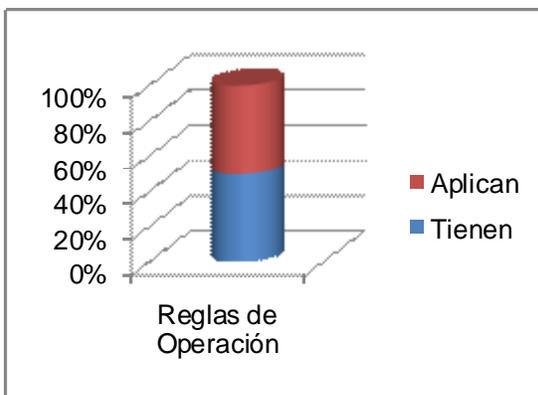
2.- Derivado de la entrevista encontramos que 8 elementos cuentan con las reglas de operación del programa caravanas de la salud y en consecuencia las aplican lo que representa un 12 %. 36 las tienen y en consecuencia NO las aplican con un 55 %, 21 elementos no tienen las reglas y lógicamente no las aplican representando un 32 %.



3.- Del personal gerencial entrevistado que fueron 10 en total, 6 cuentan con las reglas de operación con un 60 % y 4 las aplican con un 40 %, 2 las tienen y no las aplican con un 20 % y 4 no las tienen por lo tanto no las aplican lo que representa un 40%, es importante mencionar que de los 2 personajes que cuentan con las reglas de operación y No las aplican son del nivel Estatal.

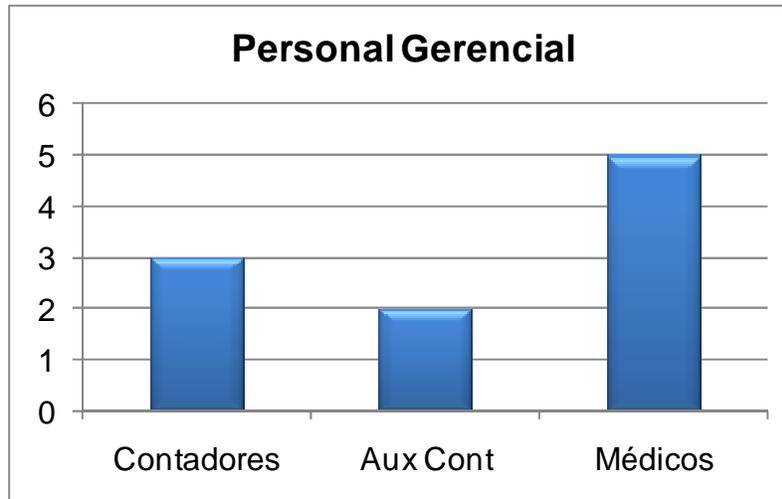


4.- Se entrevistaron a 55 personas del nivel operativo, donde 2 cuentan con las reglas de operación del programa caravanas de la salud y en consecuencia las aplican con un 3.6 %, 32 no las tienen y en consecuencia no las aplican lo que da un 58 % por otro lado existen 21 elementos del nivel operativo que no cuentan con las reglas de operación y por lo tanto no las aplican con un 38 %.

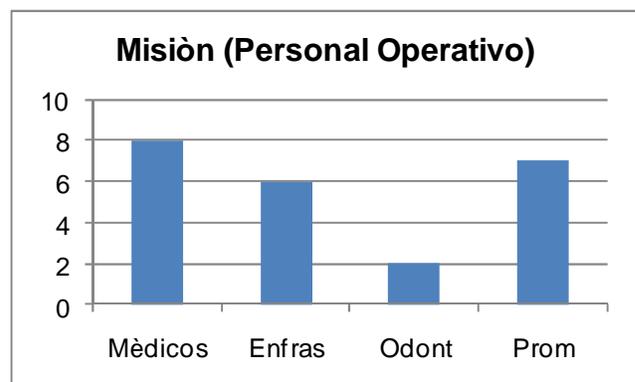
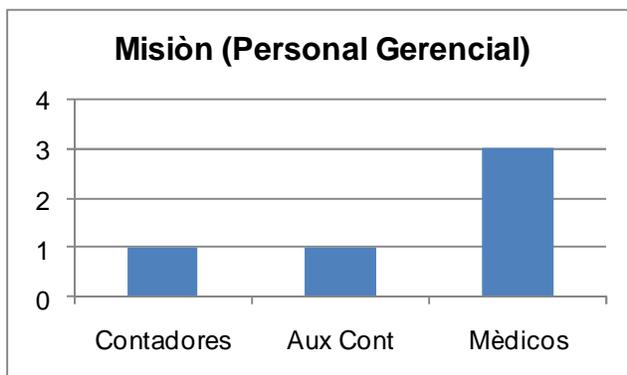


5.- La entrevista al personal gerencial del programa en el rubro de escolaridad, demostró que 3 son contadores con un 30 % (Uno es supervisor Estatal normativo del programa, otro es el director del REPSS y el ultimo es el administrador Jurisdiccional), 2 auxiliares contables del área administrativa en

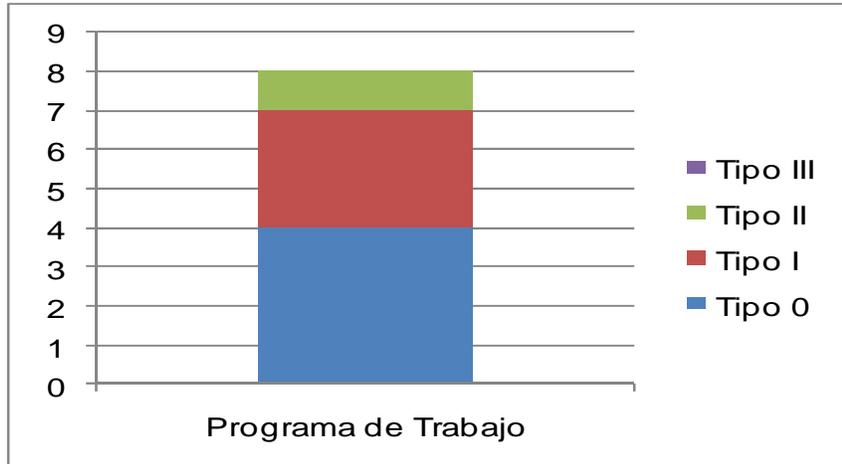
apoyo al programa representa el 20 % y 5 médicos (3 de la coordinación Estatal y 2 de la jurisdiccional). Con un 50 %.



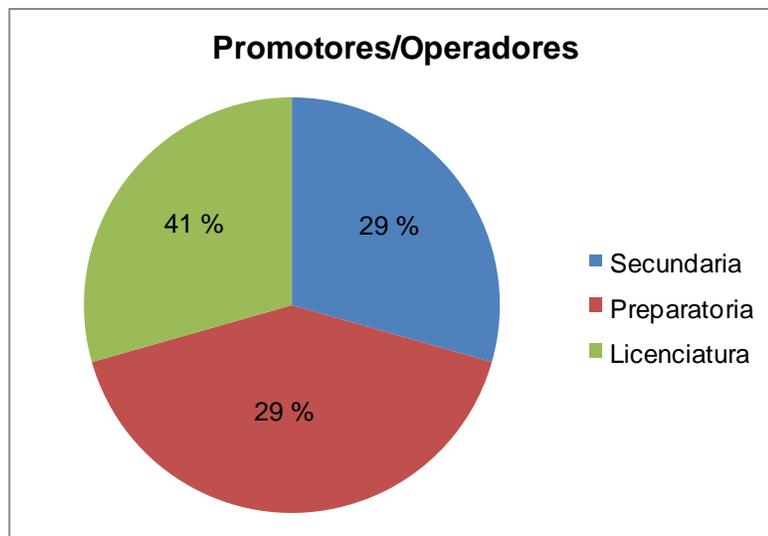
6.- En cuanto al conocimiento de la Misión 5 personas gerenciales las conocen (1 Contador, 1 Auxiliar Contable y 3 Médicos) con un 50 % y de los elementos operativos 23 (8 Médicos, 6 Enfermeras, 2 Odontólogos y 7 Promotores/Operadores) lo que representa un 42 %.



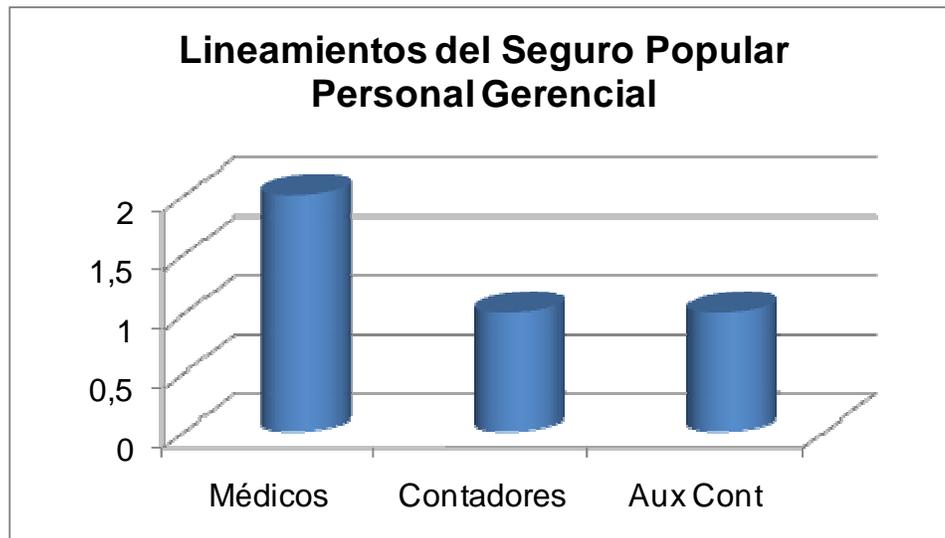
7.- Referente al programa de trabajo de las Unidades Médicas Móviles, 4 tipo 0 cuentan con él con un 23 %, 3 tipo I lo que representa un 17 %, 1 tipo II con el 5 % y la tipo III no presento, en total de 17 UMM solamente lo tienen 8 con un 47 %.



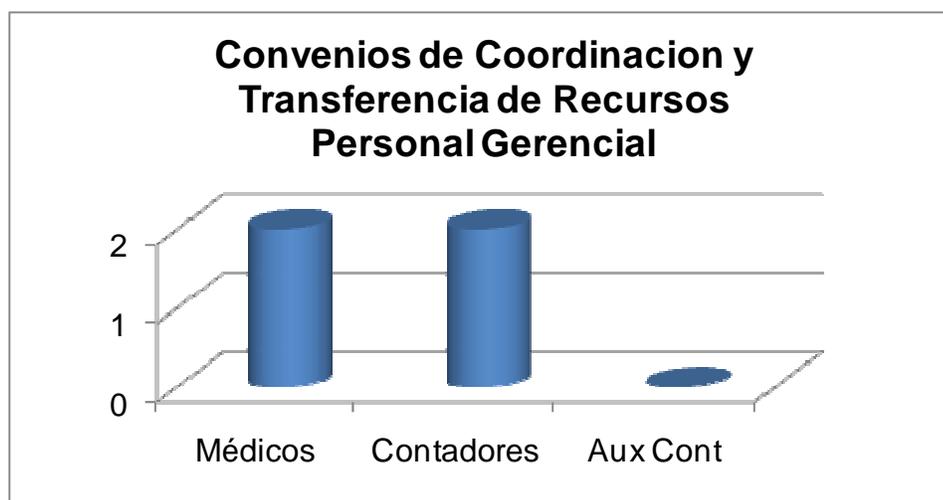
8.- En relación al grado de estudios del personal operativo (Promotores/Operadores) 5 presentaron el nivel básico de secundaria con un 29 %, 7 el nivel medio superior dando un 41 % y con nivel superior son 5 con el 29 %.



9.- Sobre el conocimiento de los lineamientos del Seguro Popular, se obtuvo que de los 10 elementos gerenciales entrevistados 4 los conocen (2 médicos, 1 contador y 1 auxiliar contable) lo que representa el 40 % y 6 los desconocen con un 60 %.



10.- Referente a los Convenios de Coordinación y Transferencia de Recursos, se obtuvo que de los 10 elementos gerenciales entrevistados solamente 4 los conocen (2 médicos y 2 contadores) lo que representa el 40 % y 6 los desconocen con un 60 %.



XI.- CONCLUSIONES

1.- El desarrollo del presente estudio nos proporciona evidencia sobre la limitación en el otorgamiento de los servicios básicos de salud a las localidades marginadas y de difícil acceso de la región montaña, a través de las Unidades Médicas Móviles (UMM) y Equipos de Salud Itinerantes (ESI).

2.- La participación del personal de tipo gerencial y operativo responsables de la operatividad de las Unidades Médicas Móviles y Equipos de Salud Itinerantes destacamentados en la región Montaña, permitió generar un espacio de reflexión en torno al fortalecimiento de los servicios básicos de salud que prestan las unidades en la región.

3.- Es necesario mencionar que el programa de Caravanas de la Salud como estrategia nacional para acercar servicios de salud a las comunidades más desprotegidas, se caracteriza por contar con un planteamiento programático congruente que permite operacionalizar las líneas de acción en marcadas en las reglas de operación del programa.

4.- Si bien es cierto que existe un marco referencial del programa Caravanas de la Salud, que son sin duda las reglas de operación del mismo, es importante que el personal gerencial, sobre todo, las conozca para que le sirva de guía en la aplicación oportuna de los recursos financieros y materiales que permita fortalecer la red de servicios en la región, a través de las UMM.

5.- La inclusión de actividades prácticas y de seguimiento, como la supervisión periódica, permitirá crear una dinámica eficaz y duradera que dará impulso a una reforma congruente para mejorar la prestación de los servicios de las UMM en la región.

6.- Es de vital importancia fortalecer el vínculo con el Régimen Estatal de Protección Social en Salud (REPSS) para la realización de acuerdos de gestión en

materia de prestación y financiamiento de servicios de acuerdo con las necesidades de cada ruta, lo que permitirá que las Unidades Médicas Móviles y Equipos de Salud Itinerantes cuenten con el recurso financiero y material de manera oportuna para desplazarse a sus rutas en tiempo y forma.

7.- Se necesita implementar un monitoreo constante de las Unidades Médicas Móviles que permita mantenerlas en óptimo estado para no interrumpir la prestación de los servicios en sus rutas programadas.

8.- Verificar los procedimientos Técnico-Administrativos vigentes de observancia actual para la aplicación correcta y oportuna del recurso financiero y material del programa a las Unidades Médicas Móviles de la Montaña.

9.- Es importante que el Nivel Federal voltee la mirada al Estado, por lo que urge una supervisión para verificar el buen funcionamiento de las Unidades Médicas Móviles, pero sobre todo la vigilancia en la aplicación de los recursos financieros.

10.- Para el buen desempeño del personal operativo de las Unidades Médicas Móviles, es necesario la implementación de un programa de capacitación continua, pero sobre todo de “inducción al puesto”.

XII.- RECOMENDACIONES

1.- Difundir, conocer, aplicar las reglas de operación del programa Caravanas de la Salud entre la coordinación Estatal, las áreas administrativas en apoyo al programa, la Dirección Estatal de Protección Social en Salud, la coordinación Jurisdiccional y al personal operativo de las Unidades Médicas Móviles.

2.- Difundir, conocer, aplicar los lineamientos de los convenios de coordinación y transferencia de recursos del programa Caravanas de la Salud con la coordinación Estatal, las áreas administrativas en apoyo al programa, y la coordinación Jurisdiccional.

3.- Verificar el diseño, elaboración, y actualización del programa Anual de Trabajo de las coordinaciones Estatal y Jurisdiccional del programa Caravanas de la Salud.

4.- Revisar, analizar y participar en la elaboración de los Acuerdos de Gestión entre las coordinaciones Estatal y Jurisdiccional con la Dirección Estatal de Protección Social en Salud, a fin de conocer los mecanismos que permitan un financiamiento oportuno y adecuado a las Unidades de la Montaña.

5.- Revisar y verificar los lineamientos en el proceso Técnico-Administrativo de la coordinación Estatal del programa Caravanas de la Salud, el área administrativa correspondiente y la Secretaría de Finanzas de la Entidad.

6.-Conocer, observar que los coordinadores Estatal y Jurisdiccional del programa apliquen los criterios para la selección de las rutas de las Unidades Médicas Móviles y Equipos de Salud Itinerantes de la Montaña en base al tipo de unidad

7.- Desplazamiento y verificación de la situación geográfica, demográfica, social, cultura, costumbres, idioma, clima, de cada una de las rutas de las Unidades Médicas Móviles.

8.- Revisar, verificar el inventario de cada una de las Unidades Médicas Móviles para conocer contenido, actualización y estado del equipo Médico y de la Unidad misma.

9.- Revisar, verificar las bitácoras de cada una de las Unidades Médicas Móviles para conocer de primera instancia la actualización del kilometraje recorrido y gasto de combustible por cada unidad.

10.- Conocer, identificar, observar si cada Unidad Médica Móvil cuenta con una programación de acciones de conservación y mantenimiento que permita el estado óptimo del Vehículo.

11.-Conocer, verificar la casa de salud que utilizan como sede, para el reconocimiento en la manera que se organiza la Unidad Médica Móvil y el Equipo de Salud Itinerante para pernoctar y reabastecerse de insumos.

XII.- BIBLIOGRAFIA

1.- Programa de Acción Especifico 2007 – 2012. Caravanas de la Salud. Subsecretaria de Innovación y Calidad. Secretaria de Salud. Primera edición. ISBN 978-607-460-005-6. Secretaría de Salud. Lieja 7, Col. Juárez. 06696, México, D.F.

2.- Reglas de Operación del Programa Caravanas de la Salud. Diciembre 2009 en el Diario Oficial. Secretaria de Salud.

3.- Diagnostico de Salud. Jurisdicción Sanitaria 04 Montaña. Coordinación de Servicios de Salud, 2010.

4.- Interculturalidad en Salud. Síntesis Ejecutiva. Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural. Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. Secretaria de Salud.

5.- Resumen Analítico del Informe Final. Subsanan las Desigualdades en Una Generación. Alcanzar la Equidad Sanitaria Actuando sobre los Determinantes Sociales de la Salud. Comisión Sobre Determinantes Sociales de la Salud. Organización Mundial de la Salud (OMS) 2008.

6.- Beta Korosi. Consultoría. Evaluación del Programa Caravanas de la Salud. Año 2008.

7.- Programa de Trabajo. Caravanas de la Salud. Coordinación Estatal de Caravanas de la Salud. 2009.

8.- Manual de Inducción para Personal Operativo. Estrategia Nacional “Caravanas de la Salud” Dirección Nacional de Planeación y Desarrollo en Salud. Secretaria de Salud. Cd. De México, D.F. Marzo del 2007.

9.- Urbina Fuentes M. Palma Cabrera J.L. Jiménez Bolón J.E. Evaluación de Diseño del Programa Caravanas de la Salud. Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. Secretaría de Salud. 29 de Octubre 2007.

10.- Olivares Hernández O. Informe de Supervisión al Programa Caravanas de la Salud, Guerrero. Hospital Juárez de México. Noviembre 2008.

11.- Cristina Torres. Esmeralda Burbano. Etnicidad y Salud. Oficina Género Etnicidad y Salud AD/GEH. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS).

12.- Modelo Integrado de Atención a la Salud. Programa de Acción. MIDAS. Secretaría de salud.

13.- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Constitución publicada en el Diario Oficial de la Federación el 5 de febrero de 1917. Texto Vigente. Última reforma publicada en el DOF 29-07-2010.

14.- Salleras S. La salud y sus determinantes. Revista Antrophos. 1988, 118/119:32-39

15.- Estados Unidos. OPS/OMS. La salud Pública en las Américas. Funciones Esenciales de Salud Pública. Publicación Científica y Técnica No. 589, Washington; 2002.

16.- Hernández Torres Francisco. Noyola Alarcón Immer. Salud Pública. El Milagro Invisible. México. 1997.

17.- Winsloc C. The Untilled Fields of Public Health. Rev Science, 1920.

18.- Programa Nacional de Salud 2007-2012 Primera edición, 2007. Secretaría de Salud. Lieja 7, Col. Juárez, México, D.F.

19.- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en salud. Texto Vigente. Nuevo Reglamento publicado en el Diario Oficial de la Federación el 5 de abril de 2004. Última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación el 13 de noviembre de 2008.

20.- Centro de Derechos Humanos de la Montaña Tlachinollan A.C. Mina 77 col. Centro, Tlapa de Comonfort, Gro. Migrar o Morir: el Dilema de los Jornaleros Agrícolas de la Montaña de Guerrero. Diciembre 2005.

21.- Evangelina Sánchez Serrano. La Certificación Agraria en la Montaña de Guerrero y las Comunidades Indias: Problemas y Perspectivas. Revista mexicana de Ciencias Políticas y Sociales, Mayo-Diciembre, año/volumen XLVI, numero 188-189 Universidad Nacional Autónoma de México.

22.- Rafael Luna. Manual para Determinar la Factibilidad Económica de Proyectos. PROARCA/CAPAS. 1999.

23.- Domingo Carrasquero R. Economista. El Estudio del Mercado Guía para Estudios de Factibilidad. Sistema de Información de Mercadotecnia e Investigación. Consultor de Proyectos Industriales. 10/2004.

24.- Ley General de Desarrollo Social. Texto Vigente. Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 20 de enero de 2004.

25.- Hernández Sampieri R. Metodología De La Investigación. México. Mc Graw Hill. Segunda Edición. 2001.

26.- Tapia Conyer R. El Manual de Salud Pública. Intersistemas S.A. de C.V. Tomo I. 2004.

27.- Abraham M. Lilienfeld. Fundamentos de Epidemiología. The Johns Hopkins University. Versión en Español Carlos Ruiz González. Departamento de Medicina Preventiva y Social Facultad de Medicina. Universidad de los Andes, Mérida Venezuela. 1983-1987.

28.- Robert G. Evans – Morris L. Barer Theodore R. Marmor. ¿Por que alguna gente está sana y otra no? Los Determinantes de la Salud de las Poblaciones. Editorial Díaz de Santos.

29.- Informe de la Evaluación Específica de Desempeño 2008. Caravanas de la Salud. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. Secretaria de salud.

30.- Ley General de Salud. Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984. Texto Vigente. Últimas reformas publicadas en el DOF 27-04-2010.

31.- Evaristo Hernández C. MAECE. Nota Elemental para los Estudios de Factibilidad. 11/03/08.

32.- Reflexión Crítica. Desigualdades Sanitarias y Salud de los Pobres: ¿Qué sabemos al respecto? ¿Qué podemos hacer? D. R. Gwatkin. Artículo Publicado en Ingles en el Bulletin of the World Health Organización, 2000, 78 (1): 3–18.

33.- Ana Luisa Nerio, Angélica Gay y Salomé Almaraz. Investigadoras. Noticias: la nota de la semana. Salud y desastres naturales: día mundial de la salud. Enviado por derechos humanos el viernes, 11 de abril del 2008.

34.- Juan López M. Palabras en la comida de clausura de la XXVII Asamblea General de Asociados de la Fundación Mexicana para la Salud, 8 de diciembre de 2009. Presidenta Ejecutiva, Fundación Mexicana para la Salud.

35.- Felipe Calderón Hinojosa. Presidente de la Republica. Discurso en la Inauguración de la Clínica de Especialidades y Centro de Cirugía Simplificada del ISSSTE en León Guanajuato. Octubre de 2009.

36.- Zeferino Torreblanca Galindo. Iniciativa Guerrero. Dirección General de Comunicación Social. Boletín de Prensa No. 0117-09. Chilpancingo Gro. 05/02/0

AneXOS

RUTAS DE LAS UMM REGION 04 MONTAÑA

GENERACION 2008

TIPO	MUNICIPIO	LOCALIDAD		POBLACIÓN BENEFICIADA	PERSONAL	JORNADA DE LA UNIDAD MEDICA MOVIL	UNIDAD MEDICA DE REFERENCIA
		Clave	Nombre				
I	Alcozauca	0016	San Miguel el Grande (SEDE)	685	Un médico general, una enfermera y un promotor-chofer	10 días de trabajo por 5 días de descanso con horario de 8 horas laborables en el momento de llegar a la localidad	Hospital Básico Comunitario de Alcozauca
		0049	Llano del Águila	26			
		0029	Loma Bonita	63			
		0040	El Ticui	60			
		0049	Llano de la Lima	56			
		0049	Llano de Laguna	70			
		0049	San Miguelito	46			
		0007	Buena Vista	252			
		Subtotal	8	1,258			
I	Atlamajalcingo del Monte	0004	Cuatipan (SEDE)	350	Un médico general, una enfermera y un promotor-chofer	10 días de trabajo por 5 días de descanso con horario de 8 horas laborables en el momento de llegar a la localidad	Hospital General de Tlapa
		0010	Santa Cruz	660			
		0003	Benito Juárez	300			
		0013	Piedra Blanca	200			
		0007	Plan de Guadalupe	260			
				Subtotal			
I	Copanatoyac	0005	Ocotepec (SEDE)	468	Un médico general, una enfermera y un promotor-chofer	10 días de trabajo por 5 días de descanso con horario de 8 horas laborables en el momento de llegar a la localidad	Hospital General de Tlapa
		0014	Tlacotepec	310			
		0017	Ocotillo	200			
		0021	Costilla del Cerro	195			
		0039	Loma Bonita	155			
		0025	Guacamaya	170			
		0011	Quiahuitelpec	310			
		0020	Totohuhuetlan	240			
		0027	El Platanar	150			
		Subtotal	9	2,198			
I	Xalpatláhuac	0010	Tlacotla (SEDE)	105	Un médico general, una enfermera, un odontólogo y un promotor-chofer	10 días de trabajo por 5 días de descanso con horario de 8 horas laborables en el momento de llegar a la localidad	Hospital General de Tlapa
		0008	Quiahuitlatzala	394			
		0029	Villa de Guadalupe	374			
		0044	Las Mesas	25			
		0012	Tlayahualco	182			
		Subtotal	5	1,080			
II	Acatepec	0057	Plan Ojo de Agua (SEDE)	261	Un médico general, una enfermera, un odontólogo y un promotor-chofer	10 días de trabajo por 5 días de descanso con horario de 8 horas laborables en el momento de llegar a la localidad	Hospital General de Tlapa
		0048	El Capulín	597			
		0051	Loma de la Silla	281			
		0109	San José	50			
		0046	Agua Fría	122			
		0060	Barranca Mina	399			
		0072	Tierra Colorada	341			
		0007	Barranca Dulce	320			
		Subtotal	8	2,371			
II	Atlixac	0024	Mesones (SEDE)	268	Un médico general, una enfermera, un odontólogo y un promotor-chofer	10 días de trabajo por 5 días de descanso con horario de 8 horas laborables en el momento de llegar a la localidad	Hospital General de Chilapa
		0043	Xoxocotla	126			
		0053	Hueytepec	64			
		0020	Ixmatla	96			
		0019	Huitzacotla	404			
		0102	Texocotitlan	131			
		0016	El Duraznal	388			
		0052	Chalma	334			
		0103	Vista Hermosa	105			
		Subtotal	9	1,916			

II	Zapotitlán Tablas	0010	San Miguel Cuixapa (SEDE)	840	Un médico general, una enfermera, un odontólogo y un promotor-chofer	10 días de trabajo por 5 días de descanso con horario de 8 horas laborables en el momento de llegar a la localidad	Hospital General de Tlapa
		0027	Ocopexco	469			
		0016	Ixtlahuazaca	250			
		0055	Cerro Verde	200			
		0064	Llano Pericón	125			
		0081	Río San Marcos	150			
		0043	Tres Lagunas	170			
		0045	Alteopa	256			
	Subtotal	8	2,460				
III	Metlatónoc	0083	Mini Numa (SEDE)	203	Un médico general, una enfermera, un odontólogo y un promotor-chofer	10 días de trabajo por 5 días de descanso con horario de 8 horas laborables en el momento de llegar a la localidad	Hospital General de Tlapa
		0044	Los Llanos	202			
		0033	Yuvinani	539			
		0001	Metlatónoc	2,746			
		Subtotal	4	3,690			

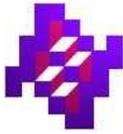
GENERACION 2009

TIPO	MUNICIPIO	LOCALIDAD		POBLACIÓN BENEFICIADA	PERSONAL	JORNADA DE LA UNIDAD MEDICA MÓVIL	UNIDAD MEDICA DE REFERENCIA
		CLAVE	NOMBRE				
0	ACATEPEC	0027	LOMA BONITA (Sede)	243	MEDICO, ENFERMERA PROMOTOR/ OPERADOR	10 DIAS POR 5 DE DESCANSO, CON UN HORARIO DE 8 HORAS LABORABLES EN EL MOMENTO DE LLEGAR A LA LOCALIDAD	C.S. YERBA SANTA
		0025	LLANO GRANDE	339			
		0069	EL MIRADOR	400			
		0065	LAZARO CARDENAS	146			
		0072	PUERTO BUENA VISTA	372			
		0088	CERRO OCOTAL	72			
		0089	BARRANCA XOCO	82			
		SUBTOTAL	7	1654			
0	ALCOZAUCA	0011	IXCUINAToyAC (Sede)	1017	MEDICO, ENFERMERA PROMOTOR/ OPERADOR	10 DIAS POR 5 DE DESCANSO, CON UN HORARIO DE 8 HORAS LABORABLES EN EL MOMENTO DE LLEGAR A LA LOCALIDAD	C.S. TLAHUAPA
		0004	ALMOLONGA	542			
		0006	AMAPILCA	238			
		0080	CERRO AZUL	210			
		0025	CRUZ FANDANGO	246			
		0024	CRUZ VERDE	315			
SUBTOTAL	6	2568					
0	ATLIXTAC	0038	CHICHILTEPEC (Sede)	528	MEDICO, ENFERMERA PROMOTOR/ OPERADOR	10 DIAS POR 5 DE DESCANSO, CON UN HORARIO DE 8 HORAS LABORABLES EN EL MOMENTO DE LLEGAR A LA LOCALIDAD	C.S. ZOQUITLAN
		0018	HUITZOLOTEPEC	417			
		0002	IXTLAHUA ROJA	558			
		0016	HUIZTLAHUAZACA	519			
		0076	BUENA VISTA	235			
		0105	LUIS DONALDO COLOSIO	145			
		SUBTOTAL	6	2402			
0	COCHOAPA EL GRANDE	0088	SAN LUCAS (Sede)	253	MEDICO, ENFERMERA PROMOTOR/ OPERADOR	10 DIAS POR 5 DE DESCANSO, CON UN HORARIO DE 8 HORAS LABORABLES EN EL MOMENTO DE LLEGAR A LA LOCALIDAD	C.S. COCHOAPA EL GRANDE
		0096	TIERRA BLANCA	620			
		0094	SANTA CRUZ (Barrio)	125			
		0084	SAN AGUSTIN EL VIEJO	310			
		0046	LAGUNA	15			
		0013	BARRIO DE SAN AGUSTIN	104			
		0031	CUETZALA UNION	36			
		0097	TIERRA BLANQUITA	195			
SUBTOTAL	8	1658					

Proyecto Terminal Profesional

0	ILIATENCO	0001	ILIATENCO (Sede)	1903	MEDICO, ENFERMERA PROMOTOR/ OPERADOR	10 DIAS POR 5 DE DESCANSO, CON UN HORARIO DE 8 HORAS LABORABLES EN EL MOMENTO DE LLEGAR A LA LOCALIDAD	C.S. ILIATENCO
		0023	PORTEZUELO DEL CLARIN	177			
		0010	MEZON DE IXTLAHUAC	209			
		0064	AHUEJUYO VIEJO	36			
		0020	LOMA DE CUAPINOLE	124			
		0113	CERO TIMBRE	92			
		SUBTOTAL	6	2541			
0	METLATONOC	0047	LLANO DE TEPEHUAJE (Sede)	224	MEDICO, ENFERMERA PROMOTOR/ OPERADOR	10 DIAS POR 5 DE DESCANSO, CON UN HORARIO DE 8 HORAS LABORABLES EN EL MOMENTO DE LLEGAR A LA LOCALIDAD	C.S. ITHIA ZUTI
		0031	VALLE HERMOSO	317			
		0045	LLANO DE LA RANA	209			
		0054	VILLA DE GUADALUPE	141			
		0062	ZAPOTE CABEZON	202			
		0082	BARRANCA POBRE	176			
		0129	LOMA BONITA	120			
SUBTOTAL	7	1389					

0	TLACOAPA	0033	LAGUNA SECA (Sede)	474	MEDICO, ENFERMERA, PROMOTOR/ OPERADOR	10 DIAS POR 5 DE DESCANSO, CON UN HORARIO DE 8 HORAS LABORABLES EN EL MOMENTO DE LLEGAR A LA LOCALIDAD	HBC TLACOAPA
		0002	EL AHUEHUETE	301			
		0003	EL CAMPANARIO	203			
		0006	PLAN DE GUADALUPE	239			
		0008	EL MIRADOR	126			
		0020	BARRANCA NOPALERA	176			
		SUBTOTAL	6	1519			
0	ZAPOTITLAN TABLAS	0021	TAMALOYA (Sede)	536	MEDICO, ENFERMERA, PROMOTOR/ OPERADOR	10 DIAS POR 5 DE DESCANSO, CON UN HORARIO DE 8 HORAS LABORABLES EN EL MOMENTO DE LLEGAR A LA LOCALIDAD	C.S. ESCALERILLA LAGUNAS
		0053	BARRANCA XOCO	143			
		0068	PIEDRA ANCHA	110			
		0071	PIEDRA PINTA	168			
		0073	SANTA ROSA	101			
		0076	TATOLAPA (ZAPOTITLAN)	81			
		0096	OCOTE CAPULIN	177			
0030	LOMA TUZA	713					
SUBTOTAL	8	2029					
I	MALINALTEP EC	0021	LA SOLEDAD (Sede)	405	MEDICO, ENFERMERA, PROMOTOR/ OPERADOR	10 DIAS POR 5 DE DESCANSO, CON UN HORARIO DE 8 HORAS LABORABLES EN EL MOMENTO DE LLEGAR A LA LOCALIDAD	HOSPITAL GENERAL DE TLAPA
		0138	PLAN DE NATIVIDAD	156			
		0007	COLONIA ENCINO ROBLE	161			
		0136	LLANO DEL HENO	125			
		0034	LLANO PANTANOSO	243			
		0059	LUCERNA	252			
		0024	TEPEYAC	167			
0028	UNION DE LAS PERAS	241					
SUBTOTAL	8	1750					
I	TLACOAPA	0014	TLACOTEPEC (Sede)	379	MEDICO, ENFERMERA, PROMOTOR/ OPERADOR	10 DIAS POR 5 DE DESCANSO, CON UN HORARIO DE 8 HORAS LABORABLES EN EL MOMENTO DE LLEGAR A LA LOCALIDAD	HOSPITAL GENERAL DE TLAPA
		0019	TECOLUTLA	144			
		0026	BUENA VISTA	470			
		0016	XOCOAPA	449			
SUBTOTAL	4	1442					



GUIA PARA LA ENTREVISTA A PERSONAL DE CARAVANAS DE LA SALUD

Cargo:	Edad:
Tipo de UMM:	Sexo:
Municipio:	Estado Civil:
Nivel de Escolaridad:	Fecha:

1.- ¿Conoce las Reglas de Operación 2010 del Programa Caravanas de la Salud?

SI:	NO:
-----	-----

2.- “Acercar la oferta de la red de servicios de salud con criterios de calidad, anticipación, de manera integral y resolutive, a la población que habita prioritariamente en las microrregiones de menor índice de desarrollo humano y marginadas con alta dispersión” se refiere a:

MISION:	VISION:
---------	---------

3.- ¿Toma en cuenta los siguientes criterios para el establecimiento de las Rutas de las Unidades Medicas Móviles?

UBICACIÓN GEOGRAFICA DE LA UNIDAD:	TIEMPO Y DISTANCIA DE LA LOCALIDAD:
TIPO DE CAMINOS:	MORBILIDAD Y MORTALIDAD MUNICIPAL:

4.- ¿Conoce los Convenios de Coordinación y Transferencia de Recursos, firmados entre la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES) y el Secretario de Salud de la Entidad?

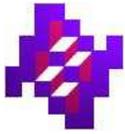
SI:	NO:
-----	-----

5.- ¿Cada cuando le transfieren recursos para la operatividad de las Unidades Medicas Móviles?

MENSUAL:	CADA QUE LO SOLICITAN:	CADA QUE COMPRUEBAN:
----------	------------------------	----------------------

6.- ¿Cómo están integradas las fuentes de financiamiento para la operatividad de las Unidades Medicas Móviles?

FEDERAL:	SEGURO POPULAR:	RAMO 33:	OTRO:
----------	-----------------	----------	-------



GUIA PARA LA ENTREVISTA A PERSONAL DE CARAVANAS DE LA SALUD

p7.- ¿Cuáles son los mecanismos para la comprobación fiscal del recurso

7.- ¿Cuáles son los mecanismos para la comprobación fiscal del recurso financiero asignado a la operatividad de las Unidades Medicas Móviles?

APERTURA DE CUENTA BANCARIA POR
CONVENIO:

ELABORACION DEL ANEXO 4:

AVANCE FISICO FINANCIERO:

CERTIFICADO DE GASTOS:

8.- ¿Conoce los Lineamientos Generales del Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular)

SI:

NO:

9.- ¿Conoce los Instrumentos para la elaboración de los Acuerdos de Gestión, en el sentido de gestionar recursos para la operatividad de las Unidades Medicas Móviles?

SI:

NO:

10.- ¿Cuentan con Programa de Trabajo Actualizado?

SI:

NO:

11.- ¿Con que periodicidad se lleva a cabo la supervisión?

MENSUAL:

BIMENSUAL:

OTRO:

12.- ¿Recibieron curso de capacitación de inducción al puesto, es decir conocen el modelo del programa de Caravanas de la Salud?

SI:

NO:

13.- ¿Cada cuando se llevan a cabo cursos de capacitación para mejorar el desempeño del personal Operativo y Directivo del Programa Caravanas de la Salud?

BIMENSUAL:

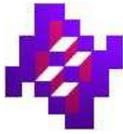
SEMESTRAL:

ANUAL:

14.- ¿El personal Operativo de las Unidades Medicas Móviles, recibieron capacitación y/o adiestramiento para la afiliación de las familias al Seguro Popular?

SI

NO:



GUIA PARA LA ENTREVISTA A PERSONAL DE CARAVANAS DE LA SALUD

15.- ¿Cuentan con programa de conservación y mantenimiento las Unidades Medicas Móviles?

SI: _____ NO: _____ DESCONOCEN: _____

16.- ¿Cuenta con bitácora las Unidades Medicas Móviles?

SI: _____ NO: _____

17.- ¿Cada cuando se les da servicio mecánico, eléctrico, lavado de carrocería, etc. A las Unidades Médicas Móviles?

QUINCENAL: _____ MENSUAL: _____
SEMESTRAL: _____ ANUAL: _____

18.- ¿Conoce y aplica los manuales de operación de la Unidad Medica Móvil, así como los del equipo médico con el que cuenta la Unidad?

SI: _____ NO: _____

19.- ¿Cuáles son los principales problemas que dificultan que las Unidades Medicas Móviles NO cumplan con su cronograma de salidas a sus rutas?

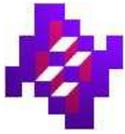
FALTA DE PLANEACION: _____ ENTREGA TARDE DE INSUMOS: _____
VEHICULO EN MAL ESTADO: _____ FALTA DE COMBUSTIBLE: _____

20.- ¿Aplica los indicadores de desempeño de las Unidades Medicas Móviles para la toma de decisiones?

SI: _____ NO: _____ DESCONOCEN: _____

21.- ¿Conoce los resultados de las evaluaciones externas realizadas al Programa Caravanas de la Salud?

SI: _____ NO: _____ DESCONOCEN: _____



GUIA PARA LA ENTREVISTA A PERSONAL DE CARAVANAS DE LA SALUD

22.- ¿Cuáles son los actores de la ciudadanía responsables en la vigilancia y supervisión de las acciones de promoción, prevención y prestación de servicios de salud, de las Unidades Medicas Móviles, en base a la Contraloría Social?

AUXILIAR DE SALUD:

COMITÉ DE SALUD:

PARTERA TRADICIONAL:

COMISARIO:

23.- ¿Con que tipo de seguridad social cuentan las Unidades Medicas Móviles, y Equipos de Salud Itinerantes de la región?

ISSSTE:

IMSS:

SEGURO POPULAR:

OTRO:

24.- ¿Cada cuando se rotan los Médicos de las Unidades Medicas Móviles, y Equipos de Salud Itinerantes de la región?

UN AÑO:

DOS AÑOS:

TRES AÑOS:

CUATRO AÑOS:

Nombre y Firma del Encuestador:
