INFORME EJECUTIVO

MECANISMO DE PLANEACIÓN 2013

ÍNDICE

1. Resumen Ejecutivo 2
2. Situación actual y prospectiva del sector 4
3. Objetivos y metas 7
4. Prioridades entre programas o proyectos de inversión 11
5. Programas y proyectos de inversión complementarios y sustitutos 19
6. Factores clave de cumplimiento y riesgos de la estrategia de

mediano plazo 21

1. Anexo del Mecanismo de Planeación 22
2. RESUMEN EJECUTIVO

La atención integral de la demanda de servicios de salud es la piedra angular de todos los esfuerzos en las instituciones del Sistema Nacional de Salud. Sin embargo, la transformación del comportamiento demográfico y epidemiológico de la sociedad mexicana iniciada a finales del siglo pasado tiene y conservará nuevos retos en la modernización, fortalecimiento y ampliación de la infraestructura sanitaria, así como en la capacitación de nuestros recursos humanos, para atender dicha demanda ya que los padecimientos y las lesiones actualmente, y en el futuro, afectan sobre todo a la población adulta.

El Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 (PND), específicamente en el Eje 3 Igualdad de oportunidades, propone avanzar hacia la universalidad en el acceso a servicios médicos de calidad a través de una integración funcional y programática de las instituciones públicas bajo la rectoría de la Secretaría de Salud.

En cinco de los objetivos del PND se establecen los compromisos en materia de salud, mismos que dan sentido a los programas Sectorial y Nacional de Salud de esta administración al tiempo que orientan el contenido de las estrategias, líneas de acción y metas en ambos. Tanto los programas y proyectos de inversión presentados por los organismos públicos descentralizados (219 PPI) sectorizados a la Secretaría de Salud, como los correspondientes a las áreas centrales (18 PPI) y a los órganos desconcentrados (190 PPI) de ésta, se ajustan a los contenidos antes mencionados. Es de resaltarse que aquellos presentados por los Servicios de Salud de las entidades federativas (2,149 PPI), si bien elaborados en el marco de su respectivo Sistema Estatal de Planeación, demostraron una gran congruencia con los programas federales.

En el presente ejercicio de planeación la metodología para establecer las prioridades entre programas y proyectos de inversión incorpora dos elementos fundamentales: la afiliación al Seguro Popular de Salud con la consecuente demanda de servicios, y el nivel de desarrollo de las distintas regiones del país. La propuesta metodológica involucra primero asumir la responsabilidad de terminar los proyectos iniciados durante la actual administración y después priorizar de manera explícita aquellos vinculados con mayor afiliación y, por ende, con la atención de la población más vulnerable del país; además, se incorporan también los criterios del tipo de atención y programa con que cada proyecto se relaciona. Con este enfoque y estrategia de abordaje se pretende mayor consistencia entre las necesidades epidemiológicas y la propuesta de utilización de los recursos financieros; así, se pretende coadyuvar para consolidar la cobertura y el acceso universales, fortalecer el primer nivel de atención, y transitar de una perspectiva de atención médica a una perspectiva de prevención y promoción de la salud.

Los programas y proyectos de inversión presentados en este Mecanismo de Planeación involucran principalmente la perspectiva y necesidades de las Secretarías de salud federal y estatales. No obstante, está pendiente el reto estructural de incorporar los programas y proyectos de inversión de las demás instituciones prestadoras de servicios de salud y de asistencia social que conforman el Sistema Nacional de Salud. Sólo a través de esta perspectiva es posible tomar decisiones óptimas de inversión que tomen en cuenta complementariedades y sinergias a partir de la oferta y demanda de servicios, y de las posibilidades de intercambio de servicios y optimización de la capacidad instalada.

Finalmente, en el documento se mencionan los factores clave de cumplimiento y riesgos de la estrategia de mediano plazo. Entre los cuales destacan:

* Desarticulación entre la planeación, operación y evaluación, tanto institucional como sectorial;
* Calendarización de la disponibilidad de los recursos de inversión dado que no siempre coincide con las necesidades de inversión;
* Periodos prolongados para autorizar los ingresos de carácter excedente;
* Dificultades para identificar y medir adecuadamente el impacto social y económico de los programas y proyectos de inversión.

SITUACIÓN ACTUAL Y PROSPECTIVA DEL SECTOR

La transición de la salud en nuestro país ha estado marcada por transformaciones demográficas y epidemiológicas drásticas. Durante el siglo XX México logró el mayor incremento en la esperanza de vida de toda su historia. En la primera mitad del siglo XX la esperanza de vida al nacer (EVN) era ligeramente superior a los 30 años, en 1970 se alcanzaron los 60 años de EVN y actualmente es de 75 años[[1]](#footnote-1). En el contexto mundial, en el año 2000 el número de adultos mayores superó a la población infantil, en México está próximo a alcanzarse este importante punto de inflexión. En el ámbito de la dinámica poblacional, en el año 2007 la población urbana del planeta superó a la rural, fenómeno que se dio en México en 1980.[[2]](#footnote-2),[[3]](#footnote-3)

En México la fecundidad llegó al nivel de remplazo hace tres años[[4]](#footnote-4); este descenso es muy vertiginoso puesto que apenas hace cuatro décadas cada mujer mexicana tenía seis hijos en promedio.[[5]](#footnote-5) Estos cambios y sus efectos son evidentes en todas las dimensiones de la vida social: el trabajo, la educación, la estructura de la familia, el desarrollo económico, así como también influye en la explicación acerca de qué se enferma y de qué muere la población y los retos que esos cambios plantean hacia la planeación y priorización de las necesidades de la población y la propuesta de infraestructura en salud.

Como resultado de tres fenómenos, el descenso de la mortalidad general, el aumento de la esperanza de vida y la reducción de la natalidad, se observan en México cambios en la manera de enfermar y de morir. Hoy predominan las enfermedades no transmisibles y las lesiones; esta transición está íntimamente asociada al envejecimiento de la población y al creciente desarrollo de riesgos relacionados con estilos de vida poco saludables. Estos padecimientos son más complejos y de tratamiento más costoso que las infecciones comunes, las enfermedades relacionadas con la desnutrición y los problemas reproductivos, que dominaron el perfil epidemiológico del país el siglo pasado.

La transformación de los patrones de daños a la salud impone retos en la manera de organizar y gestionar los servicios y hace necesario movilizar mayores recursos financieros para la salud, de preferencia recursos públicos. Las etapas intermedias y terminales de las enfermedades que nos aquejan predominantemente como sociedad demandan una atención compleja, de larga duración y costosa, la cual exige el empleo de alta tecnología y precisa la participación de múltiples áreas de especialidad. Además, es indispensable modernizar y ampliar la infraestructura sanitaria, y capacitar a nuestros recursos humanos para atender dichas demandas ya que los padecimientos mencionados y las lesiones afectan sobre todo a la población adulta.

México es un país de desigualdades evidentes, de marginación y de poblaciones vulnerables, lo que constituye un reto para la administración pública, a la vez que una oportunidad. Como nunca en la historia de México, nuestro sistema de salud cuenta con un financiamiento público creciente, que ha cerrado las brechas financieras per cápita entre los afiliados a la seguridad social y los afiliados al Seguro Popular. De concretarse las asignaciones programadas para éste durante los próximos años, y de mantenerse las tasas de crecimiento del gasto de las instituciones de seguridad social y del gasto privado en salud, es posible que en un futuro próximo el financiamiento de la atención a la salud en México empiece a ser predominantemente público, como lo recomienda la OCDE. Este esfuerzo, sumado al que históricamente han hecho las instituciones de seguridad social permitirá que a futuro la salud sea un derecho universal sin restricción alguna.[[6]](#footnote-6)

El reto de la fragmentación y de la coordinación entre los componentes del Sistema Nacional de Salud es también un reto de planeación. Prevalecen en algunas regiones el atraso en materia de infraestructura y equipamiento, así como la desigualdad en la distribución de recursos técnicos, materiales y humanos. Mejorar la calidad de la atención a los pacientes sigue en la agenda de las instituciones.[[7]](#footnote-7),[[8]](#footnote-8)

Uno de los instrumentos metodológicos disponibles en materia de planeación es el diagnóstico de salud, elemento de planeación por excelencia, que permite conocer las características sociales, demográficas, económicas y epidemiológicas de una población, la infraestructura disponible, los principales riesgos y daños a la salud, así como sus factores condicionantes y determinantes; de igual manera, conocer la respuesta social organizada traducida en programas y proyectos, financiamiento, y en la infraestructura sanitaria disponible y necesaria. Este proceso requiere información objetiva, precisa, actualizada e imparcial sobre la salud de la población y sobre sus determinantes sociales[[9]](#footnote-9), el análisis de la información desde el punto de vista del impacto sobre la salud, el empoderamiento de la población en la planificación de su salud y los estímulos adecuados para mejorar los niveles y calidad de atención.

La atención integral de la demanda de servicios de salud es el pilar de todos los esfuerzos sectoriales. Es claro que la demanda se incrementa con el crecimiento de la población y, por tanto, la infraestructura para satisfacerla de manera congruente y racional, debe estar a la par con ese crecimiento y con las necesidades individuales, en el entendido del compromiso constante por la igualdad de oportunidades para los mexicanos.[[10]](#footnote-10),[[11]](#footnote-11)

1. OBJETIVOS Y METAS

El *Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012,* específicamente el *Eje 3 Igualdad de oportunidades,* propone avanzar hacia la universalidad en el acceso a servicios médicos de calidad a través de una integración funcional y programática de las instituciones públicas bajo la rectoría de la Secretaría de Salud. En los objetivos 4 al 8 se establecen los compromisos en materia de salud, los cuales se enuncian para contextualizar el enfoque y las prioridades de esta administración:

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

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

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

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

Objetivo 8. Garantizar que la salud contribuya a la superación de la pobreza y al desarrollo humano en el país.[[12]](#footnote-12)

El *Programa Nacional de Salud 2007-2012 (PRONASA)*, está estructurado en torno a cinco grandes objetivos de política social: 1) mejorar las condiciones de salud de la población; 2) brindar servicios de salud eficientes, con calidad, calidez y seguridad para el paciente; 3) reducir las desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en comunidades marginadas y grupos vulnerables; 4) evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud mediante el aseguramiento médico universal, y 5) garantizar que la salud contribuya a la superación de la pobreza y al desarrollo humano en México. Por su parte, el Programa Sectorial de Salud 2007-2012 (PROSESA) se vincula al principio rector del Plan Nacional de Desarrollo (PND): “El Desarrollo Humano Sustentable”, como la visión que transforma a México. Lo anterior significa garantizarle a la población mexicana la satisfacción de las necesidades básicas, como la salud, así como ampliar las oportunidades. Por ello el PROSESA se relaciona completamente con los 10 objetivos nacionales del PND.

La presente administración planteó cinco objetivos para afrontar los retos en salud que tiene el país, los cuales están asociados a metas estratégicas que deben cumplirse en el periodo 2007-2012, mismos que se asocian directamente con las siguientes prioridades del sector:

1. Mejorar las condiciones de salud de la población.
2. Reducir las brechas o desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas.
3. Prestar servicios de salud con calidad y seguridad.
4. Evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud.
5. Garantizar que la salud contribuya al combate a la pobreza y al desarrollo social del país.

Dentro del Programa Nacional de Salud se establecieron 10 estrategias fundamentales para el mejoramiento del sistema nacional de salud, las cuales son:

1. Fortalecer y modernizar la protección contra riesgos sanitarios.

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

3. Priorizar la calidad en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud.

4. Desarrollar instrumentos de planeación, gestión y evaluación para el Sistema Nacional de Salud.

5. Organizar e integrar la prestación de servicios del Sistema Nacional de Salud.

6. Garantizar recursos financieros suficientes para llevar a cabo las acciones de protección contra riesgos sanitarios y promoción de la salud.

7. Consolidar la reforma financiera para hacer efectivo el acceso universal a los servicios de salud a la persona. Haciendo más eficiente la estructura disponible en todo el sector salud a través de la facturación cruzada entre instituciones.

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

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

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

A partir de estos objetivos y estrategias, se analizaron las propuestas de las entidades federativas y dependencias para entender cómo es que la planeación de programas y proyectos se vincula a estos ejes de acción. A continuación los principales resultados.

Las entidades federativas, a través de los Servicios Estatales de Salud (SESA´s), así como las áreas centrales, órganos desconcentrados, centralizados y Organismos Públicos Descentralizados de la Secretaría de Salud, en su diagnóstico proponen mejorar la coordinación entre las instituciones que conforman el sector salud y mejorar la calidad de los servicios de salud.

También se incluyen otras acciones específicas como prevenir y combatir las adicciones en los jóvenes, incrementar el abasto de insumos anticonceptivos mensualmente en cada unidad de salud, la disminución de muertes por cáncer cérvico-uterino con pruebas de detección temprana, así como la introducción de la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) en niñas de 9 o más años, y en general algunas otras hacia un sistema de salud de calidad, con atención equitativa y, sobre todo, oportuna.

Asimismo, manifiestan su preocupación por atender a las familias más necesitadas y fortalecer el abasto de medicamentos para evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud, afiliar la población al Sistema Nacional de Protección Social en Salud, promover la participación de la iniciativa privada y de la sociedad civil y reducir los tiempos de espera en los servicios, particularmente aquellos de urgencias son algunas otras de las acciones comentadas.

Otras menciones incluyen promover acciones de orientación y asistencia médica, para la población marginada que no cuenta con seguridad social, igualdad de derechos y deberes entre los habitantes para con la población con discapacidad, desarrollar una estrategia para la implementación eficiente de la medicina tradicional indígena. También se hacen menciones explícitas al objetivo de reducir las brechas o desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas a grupos vulnerables y comunidades marginadas.

Otras prioridades incluyen garantizar la salud y asistencia social en forma sustentable a través de un ejercicio presupuestal transparente y razonado, privilegiando la optimización de los recursos, para hacer llegar más y mejores servicios y medicinas; así como lograr un sistema estatal de atención médica preventiva y curativa de la población que coadyuve a las necesidades básicas y emergentes en materia epidemiológica y sanitaria. En este ámbito, algunas propuestas que destacan son fomentar el autocuidado como estrategia de salud integral en los jóvenes, fortalecer la prevención en materia de violencia intrafamiliar, embarazos no deseados en adolescentes, maltrato y explotación sexual infantil.

1. PRIORIDADES ENTRE PROGRAMAS O PROYECTOS DE INVERSIÓN

Las necesidades de inversión del sector salud son muy diversas y reflejan la complejidad de la estructura histórica del sistema, la desigualdad social y regional, la distinta capacidad gestora de las entidades y dependencias; en ese sentido, resulta fundamental que esté muy claro cómo se ordenan las inversiones en función del mayor impacto social. Por esta razón la metodología para los próximos años no sólo incorpora las necesidades programáticas del sector sino también dos elementos esenciales para que la salud contribuya efectivamente al desarrollo humano: la posibilidad real de que todos los mexicanos tengan acceso al sistema de salud y la importancia de desarrollar infraestructura con énfasis en la población vulnerable. Aunado a lo anterior, también es importante completar aquellas acciones de infraestructura que están en proceso, cercanas a su terminación, con el objeto de que comiencen a operar a la brevedad.

Dada la información disponible y los requisitos establecidos para el mecanismo de planeación, el ejercicio de este año incorpora esos elementos de manera general. A futuro, sería fundamental detallar los insumos a nivel de localidad para poder incorporar algunos otros criterios tales como población afiliada, infraestructura disponible y capacidad instalada sectoriales, nivel de marginación, crecimiento futuro esperado, etcétera.

A continuación se presenta un resumen clasificado de los programas y proyectos de inversión recibidos, los montos en millones de pesos (MDP)

**Por estatus**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Estatus | PPI´s | Monto total de inversión | Monto 2013 | 2013 respecto del total |
| (MDP) | (MDP) |
| 1 proceso | 74 | 12,217.6 | 4,888.0 | 40% |
| 2 operación | 994 | 11,633.5 | 6,891.7 | 59% |
| 3 nuevo | 1,508 | 62,566.2 | 32,117.2 | 51% |
| Total | 2,576 | 86,417.3 | 43,896.9 |  |

**Por grupos de áreas y entidades**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Entidades, órganos descentralizados y desconcentrados, unidades centrales | PPI´s | Monto de inversión (MDP) | Monto de inversión 2013 |
| (MDP) |
| ENTIDADES FEDERATIVAS (EF) | 2149 | 63360.7 | 34301.6 |
| ÓRGANOS DESCENTRALIZADOS (DE) | 219 | 14979.5 | 4207.8 |
| ÓRGANOS DESCONCENTRADOS (OD) | 190 | 4986.1 | 4476.3 |
| UNIDADES CENTRALES (UC) | 18 | 3091.0 | 911.2 |
| Total | 2576 | 86417.3 | 43896.9 |

**Por entidades federativas**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Entidad | PPI´s | Monto total de inversión (MDP) | Monto de inversión 2013 (MDP) |
| AGUASCALIENTES | 9 | 2,135.9 | 1,763.0 |
| BAJA CALIFORNIA | 5 | 442.0 | 293.0 |
| BAJA CALIFORNIA SUR | 8 | 670.4 | 530.8 |
| CAMPECHE | 32 | 788.9 | 430.6 |
| CHIAPAS | 44 | 369.2 | 369.2 |
| CHIHUAHUA | 60 | 3,565.7 | 1,832.7 |
| COAHUILA | 6 | 719.0 | 319.0 |
| COLIMA | 5 | 307.4 | 302.4 |
| DISTRITO FEDERAL | 4 | 1,460.0 | 1,460.0 |
| DURANGO | 41 | 887.6 | 871.3 |
| ESTADO DE MÉXICO | 37 | 1,734.1 | 530.8 |
| GUANAJUATO | 15 | 2,449.6 | 207.5 |
| GUERRERO | 331 | 1,790.7 | 416.2 |
| HIDALGO | 30 | 1,977.1 | 770.9 |
| JALISCO | 28 | 1,491.1 | 781.0 |
| MICHOACÁN | 29 | 306.6 | 306.6 |
| MORELOS | 3 | 247.0 | 61.2 |
| NAYARIT | 65 | 2,553.6 | 760.5 |
| NUEVO LEÓN | 19 | 2,201.5 | 978.5 |
| OAXACA | 580 | 6,845.9 | 5,418.5 |
| PUEBLA | 52 | 917.3 | 917.3 |
| QUERÉTARO | 6 | 1,017.0 | 642.0 |
| QUINTANA ROO | 37 | 1,922.5 | 1,332.6 |
| SAN LUIS POTOSÍ | 117 | 1,946.6 | 166.8 |
| SINALOA | 14 | 1,756.0 | 267.4 |
| SONORA | 25 | 1,762.3 | 469.4 |
| TABASCO | 42 | 3,983.1 | 1,005.4 |
| TAMAULIPAS | 37 | 5,294.4 | 5,294.4 |
| TLAXCALA | 58 | 652.6 | 652.6 |
| VERACRUZ | 374 | 8,790.7 | 4,090.0 |
| YUCATÁN | 14 | 2,023.1 | 708.2 |
| ZACATECAS | 22 | 351.8 | 351.8 |
| **Total** | **2,149** | **63,360.7** | **34,301.6** |

Para llevar a cabo la priorización de las acciones registradas en el mecanismo de planeación, una vez consolidada la información, se procedió a ordenar los datos de menor a mayor considerando las siguientes variables:

1. Estatus de la Obra
2. Afiliación de Beneficiarios en Zonas Prioritarias
3. Redes Prioritarias

**Orden 1.- Estatus de Obra**

Identificar el estatus de obra de los proyectos de tal forma que se asigne el número de priorización del 1 al 3, según el estatus de la obra, como a continuación se menciona:

|  |  |
| --- | --- |
| **Orden de prioridad** | **Estatus de la obra** |
| 1 | **En proceso**: Acciones de infraestructura que ya fueron iniciadas o se encuentran próximas a ser concluidas. |
| 2 | **En operación**: En este rubro se contemplan las acciones de mantenimiento, fortalecimiento, ampliación y rehabilitación de unidades médicas que se encuentran en operación. |
| 3 | **Obra nueva**: Acciones de infraestructura que aún no han sido iniciadas, es decir, aquellos proyectos que se encuentran en etapa de planeación. |

Este criterio pretende priorizar aquellas acciones que se han venido realizando pero que no necesariamente se han concluido en los años anteriores. Lo primero y más importante es que la infraestructura existente se convierta en infraestructura en operación.

**Orden 2.- Afiliación en Zonas Prioritarias**

Una vez que las obras en proceso se concluyan, el siguiente reto estructural es que la reciente afiliación al seguro popular de cincuenta millones de mexicanos venga acompañada de infraestructura suficiente y de calidad para atender a esa población. En este sentido, el criterio rector se convierte en dividir a las unidades que brindan directamente atención al público de aquellas que son esencialmente administrativas o de apoyo. Dentro de las unidades que atienden a la población, es importante también enfatizar aquellas que se planean en regiones donde ha habido mayor crecimiento de afiliación en zonas prioritarias de desarrollo, así se garantiza no sólo que haya acceso sino también que los esfuerzos en salud consideren primero a la población vulnerable tal y como lo plantea el Programa Nacional de Salud.

Una vez ordenada la base de datos por estatus de obra, se procede a ordenar por afiliación de beneficiarios en zonas prioritarias, considerando los últimos datos disponibles según la Comisión Nacional de Protección Social en Salud que se muestran en la siguiente tabla[[13]](#footnote-13):

|  |  |
| --- | --- |
| **Entidad Federativa** | **Afiliados de zonas prioritarias** |
| Chiapas | 2,695,475 |
| Veracruz | 2,026,829 |
| Oaxaca | 1,831,062 |
| Guerrero | 1,554,369 |
| Puebla | 1,353,807 |
| México | 906,045 |
| San Luis Potosí | 729,497 |
| Hidalgo | 589,591 |
| Yucatán | 557,827 |
| Michoacán | 462,605 |
| Guanajuato | 262,571 |
| Querétaro | 259,134 |
| Tabasco | 177,331 |
| Chihuahua | 165,486 |
| Campeche | 159,528 |
| Sinaloa | 130,269 |
| Quintana Roo | 114,677 |
| Durango | 109,159 |
| Jalisco | 107,817 |
| Zacatecas | 84,929 |
| Nuevo León | 61,242 |
| Tamaulipas | 49,390 |
| Nayarit | 45,302 |
| Tlaxcala | 29,534 |
| Sonora | 25,931 |
| Morelos | 5,666 |
| Baja California Sur | 0 |
| Aguascalientes | 0 |
| Baja California | 0 |
| Colima | 0 |
| Coahuila | 0 |
| Distrito Federal | 0 |

Para el caso de las Unidades Centrales, se consideró en primer orden a aquellas que otorgan servicio de atención a la salud, y en segundo orden de prioridad a las que son unidades administrativas y de apoyo:

|  |  |
| --- | --- |
| **Orden de prioridad** | **Unidad Central** |
| 1 | Unidades que brindan servicio de atención a la salud |
| 2 | Unidades Administrativas |

**Orden 3.- Redes prioritarias**

Una vez ordenada la información, por estatus de la obra y por afiliación en zonas prioritarias, dependiendo de la red de atención de cada proyecto, se asignó el número de priorización del 1 al 12, a continuación de presenta una tabla donde se incluyen los tipos de unidad médica:

| **Orden de prioridad** | **Red de atención** | **Tipo de unidad médica** |
| --- | --- | --- |
| 1 | Atención primaria: vigilancia y control del embarazo (reducción de muerte materna, perinatal e infantil), Prevención de Enfermedades crónico-degenerativas | Construcción, equipamiento, mantenimiento, fortalecimientos y ampliaciones de Centros de salud y Módulos de Medicina Tradicional |
| 2 | Reducción de la muerte materno-infantil | Hospitales infantiles |
| Hospitales de la Mujer |
| Hospital del niño y la mujer |
| Hospitales Pediátricos |
| Hospitales materno-infantiles |
| Fortalecimiento de la red de Emergencias obstétricas |
| 3 | Cáncer: Detección Temprana y Atención Oportuna | UNEME DEDICAM y UNEME de Oncología |
| 4 | Cáncer: Atención Médica de Alta Especialidad | Centros estatales oncológicos y Unidades de segundo nivel especificando la especialidad de oncología |
| 5 | Nuevas Tecnologías para la Salud | Telemedicina y Expedientes Clínicos Electrónicos |
| 6 | Hospitales de la Comunidad | Hospitales Comunitarios |
| 7 | Atención de la Enfermedad Renal Crónica (ERC) | CESSA´s y UNEME de Hemodiálisis |
| 8 | Hospitales Generales | Hospitales Generales |
| 9 | Atención Médica de Alta Especialidad | Construcciones y equipamientos de Hospitales de alta especialidad, Institutos y Hospitales federales |
| 10 | Transfusión Sanguínea | Bancos de Sangre y Centros de Transfusión Sanguínea |
| 11 | Salud Mental y Atención de Adicciones | Hospitales Psiquiátricos |
| Unidades de atención a la salud Mental, UNEME CAPA “Nueva Vida” |
| Centros para atención adicciones |
| Centro de Integración Juvenil (CIJ) |
|  | Geriatría | Atención Geriátrica |
| 12 | Acciones de apoyo a Áreas Sustantivas | Vehículos, ambulancias |
| Instalaciones |
| Unidades de enseñanza |
| Administrativos |
| Almacenes |
| Vacunología |
| Expedientes clínicos electrónicos |
| Laboratorios |
| Equipo de cómputo, Servidores y Video conferencias |
| Mobiliario |

**Prioridad en el Anexo**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Prioridad 1 | Prioridad 2 | Prioridad 3 |
| Monto en 2013  Tipo de obra:   * Proceso   Afiliación  Red de Servicio   * 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12   Tipo de obra:   * Operación   Afiliación  Red de Servicio   * 1,2 | Monto en 2013  Tipo de obra:   * Operación   Afiliación  Red de Servicio   * 3,4,5,6,7,8,9,10,11,12   Tipo de obra:   * Nuevo   Afiliación  Red de Servicio   * 1,2,3,4,5,6,7 | Monto en 2013  Tipo de obra:   * Nuevo   Afiliación  Red de Servicio   * 8,9,10,11,12 |
|  |  | Montos posteriores a 2013  Tipo de obra   * Proceso * Operación * Nuevo   Afiliación  Red de Servicio   * 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12 |

A continuación se presentan los resultados de este ejercicio de priorización, todos los montos se expresan en millones de pesos (MDP):

**Por estatus y red**

| Estatus de obra | Red prioritaria | PPI´s | Total | Monto en 2013 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| (MDP) | (MDP) |
| 1 proceso | Vigilancia y control del embarazo (reducción de Muerte Materno –infantil), Prevención de Enfermedades crónico-degenerativas | 9 | 166.6 | 101.3 |
| 1 proceso | Reducción de la muerte materno-infantil | 4 | 226.8 | 108.4 |
| 1 proceso | Cancer: Detección Temprana y Atención Oportuna | 3 | 389.7 | 389.7 |
| 1 proceso | Hospitales de la Comunidad | 12 | 380.5 | 178.3 |
| 1 proceso | Atención de la Enfermedad Renal Crónica (ERC) | 2 | 74.2 | 13.0 |
| 1 proceso | Hospitales Generales | 22 | 4,600.7 | 2,200.2 |
| 1 proceso | Atención Médica de Alta Especialidad | 7 | 3,490.5 | 1,259.5 |
| 1 proceso | Salud Mental, Atención de Adicciones y Geriatría | 4 | 286.1 | 108.8 |
| 1 proceso | Acciones de apoyo a Áreas Sustantivas | 11 | 2,602.5 | 528.8 |
| **Total 1 proceso** |  | 74 | 12,217.6 | 4,888.0 |
| 2 operación | Vigilancia y control del embarazo (reducción de Muerte Materno –infantil), Prevención de Enfermedades crónico-degenerativas | 694 | 1,652.8 | 1,113.4 |
| 2 operación | Reducción de la muerte materno-infantil | 18 | 1,237.5 | 927.1 |
| 2 operación | Cancer: Detección Temprana y Atención Oportuna | 5 | 265.0 | 211.5 |
| 2 operación | Cancer: Atención Médica de Alta Especialidad | 16 | 693.8 | 131.6 |
| 2 operación | Nuevas Tecnologías para la Salud | 5 | 272.3 | 145.3 |
| 2 operación | Hospitales de la Comunidad | 38 | 503.3 | 333.6 |
| 2 operación | Atención de la Enfermedad Renal Crónica (ERC) | 20 | 251.1 | 167.1 |
| 2 operación | Hospitales Generales | 77 | 3,734.1 | 2,034.9 |
| 2 operación | Atención Médica de Alta Especialidad | 39 | 1,164.3 | 603.8 |
| 2 operación | Transfusión Sanguínea | 2 | 15.4 | 15.4 |
| 2 operación | Salud Mental, Atención de Adicciones y Geriatría | 24 | 248.7 | 138.4 |
| 2 operación | Acciones de apoyo a Áreas Sustantivas | 56 | 1,595.2 | 1,069.6 |
| **Total 2 operación** |  | 994 | 11,633.5 | 6,891.7 |
| 3 nuevo | Vigilancia y control del embarazo (reducción de Muerte Materno –infantil), Prevención de Enfermedades crónico-degenerativas | 910 | 11,445.4 | 4,692.2 |
| 3 nuevo | Reducción de la muerte materno-infantil | 11 | 3,477.4 | 2,071.0 |
| 3 nuevo | Cancer: Detección Temprana y Atención Oportuna | 11 | 625.8 | 519.8 |
| 3 nuevo | Cancer: Atención Médica de Alta Especialidad | 1 | 600.0 | 200.0 |
| 3 nuevo | Nuevas Tecnologías para la Salud | 5 | 201.9 | 43.9 |
| 3 nuevo | Hospitales de la Comunidad | 56 | 4,045.3 | 1,760.8 |
| 3 nuevo | Atención de la Enfermedad Renal Crónica (ERC) | 140 | 4,313.9 | 2,317.8 |
| 3 nuevo | Hospitales Generales | 78 | 20,635.2 | 12,772.3 |
| 3 nuevo | Atención Médica de Alta Especialidad | 43 | 7,689.2 | 3,099.6 |
| 3 nuevo | Transfusión Sanguínea | 6 | 265.2 | 46.7 |
| 3 nuevo | Salud Mental, Atención de Adicciones y Geriatría | 57 | 2,570.5 | 827.1 |
| 3 nuevo | Acciones de apoyo a Áreas Sustantivas | 190 | 6,696.4 | 3,766.0 |
| **Total 3 nuevo** |  | 1,508 | 62,566.2 | 32,117.2 |
| **Total general** |  | 2,576 | 86,417.3 | 43,896.9 |

**Por prioridad y estatus**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Fuente de Financ. | Prioridad | Estatus | Red de Servicio | PPI´s | Monto total de inversión (MDP) | Monto de inversión 2013 (MDP) |
| Rec. fiscales | 1 | 1 proceso | 1 al 12 | 16 | 4,871.6 | 876.9 |
| Rec. fiscales | 1 | 2 operación | 1, 2 | 8 | 931.0 | 656.0 |
| Rec. fiscales | 2 | 2 operación | 8,9,10,11,12 | 69 | 1,463.8 | 1,238.5 |
| Rec. fiscales | 3 | 2 operación | 1,2,3,4,5,6,7 | 24 | 403.5 |  |
| Rec. fiscales | 2 | 3 nuevo | 8,9,10,11,12 | 3 | 164.0 | 164.0 |
| Rec. fiscales | 3 | 3 nuevo | 8,9,10,11,12 | 80 | 4,385.6 | 1,596.6 |
| Otras | 1 | 1 proceso | 1 al 12 | 57 | 7,317.5 | 4,011.1 |
| Otras | 3 | 1 proceso | 1,2 | 1 | 28.5 |  |
| Otras | 1 | 2 operación | 8,9,10,11,12 | 441 | 1,701.7 | 1,384.5 |
| Otras | 2 | 2 operación | 8,9,10,11,12 | 159 | 6,053.9 | 3,612.7 |
| Otras | 3 | 2 operación | 1,2,3,4,5,6,7 | 293 | 1,079.6 |  |
| Otras | 2 | 3 nuevo | 1 al 12 | 627 | 16,538.2 | 11,441.5 |
| Otras | 3 | 3 nuevo | 1 al 12 | 798 | 41,478.4 | 18,915.1 |
| **Total** |  |  |  | 2,576 | 86,417.3 | 43,896.9 |

1. PROGRAMAS Y PROYECTOS DE INVERSIÓN COMPLEMENTARIOS Y SUSTITUTOS

Los programas y proyectos de inversión presentados en este Mecanismo de Planeación involucran principalmente la perspectiva y necesidades de las Secretarías de salud federal y estatales. No obstante, está pendiente el reto estructural de incorporar los programas y proyectos de inversión de las instituciones de seguridad social y del resto de las dependencias relacionadas con salud. Finalmente, será sólo a través de la perspectiva sectorial que se pueden tomar decisiones óptimas de inversión a partir de la oferta y demanda de servicios, de la decisión racional de crecimiento de infraestructura en salud y de las posibilidades de intercambio de servicios y optimización de la capacidad instalada.

Uno de los programas complementarios que vale la pena mencionarse es el Programa Caravanas de la Salud, que busca acercar la Red de Servicios de Salud (REDESS) a la población que habita en los municipios de Menor Índice de Desarrollo Humano, localidades de alta y muy alta marginación y localidades marginadas con alta dispersión y difícil acceso a servicios de salud de manera permanente y de forma integral. Así se provee en forma sistemática una serie de acciones preventivas primarias, secundarias y terciarias para lograr un impacto positivo en la salud de la población que tiene acceso a esa modalidad de atención itinerante.[[14]](#footnote-14)

El Programa Caravanas de la Salud complementa la red permanente de unidades médicas y permite que en localidades alejadas pueda haber atención primaria a la salud. Este es sólo un ejemplo de cómo la inversión tradicional en infraestructura puede ser complementada por inversión en unidades médicas móviles. De forma similar ocurre con el pilar de salud del Programa Oportunidades y con algunas otras iniciativas federales.[[15]](#footnote-15)

Actualmente no se cuenta con elementos suficientes para evaluar de manera nacional qué programas y proyectos son sustitutos o complementarios. Esto requiere no sólo el compromiso y la coordinación interinstitucional sino también la existencia de evidencia cruzada de todos los programas y proyectos. Éste es un elemento más a favor del fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud como uno solo.

1. FACTORES CLAVE DE CUMPLIMIENTO Y RIESGOS DE LA ESTRATEGIA DE MEDIANO PLAZO

**Factores Clave de cumplimiento**

Para que las unidades de salud operen en condiciones óptimas es necesario asegurar la conservación y el mantenimiento de dichas unidades, evitar su deterioro y prolongar su vida útil, a fin de aprovechar al máximo el espacio existente y la capacidad instalada, reorganizar las áreas físicas de acuerdo a los procesos de trabajo alineados horizontalmente, con criterios de claridad y seguridad.

**Riesgos**

Algunos riesgos relacionados con la administración efectiva de los recursos son:

* Desarticulación entre la planeación, operación y evaluación, tanto institucional como sectorial.
* Información insuficiente para que las entidades y dependencias realicen la priorización de recursos con criterios sectoriales y estratégicos.
* Calendarización de los recursos de inversión dado que no siempre coinciden con las necesidades de inversión.
* Periodos prolongados para la autorización de los ingresos de carácter excedente;
* La planeación de los proyectos se realiza con precios del ejercicio anterior al que se ejerce y por tanto los proyectos actualizados tendrían un costo ligeramente distinto al previsto;
* Dificultades para identificar adecuadamente el mayor impacto social y económico de los programas y proyectos de inversión.

En materia de infraestructura en salud, es de suma importancia la concordancia entre las necesidades de la población y las acciones implementadas por el Estado a fin de ser más eficientes y eficaces.

Ante esto, es importante abordar el tema de la planeación como un elemento sumamente importante que deje atrás viejas prácticas que consideraban a la infraestructura en salud como entes asilados (construcción, equipamiento, recursos humanos) que en determinado momento, usualmente en la operación interactúan; en lugar de visualizarlos como un todo cuyas interacciones favorecen o no la calidad en la atención de los pacientes.

Esta nueva forma de planear permitirá una optimación de los recursos humanos, materiales y financieros, generando un proceso que permitirá que la toma de decisiones se efectúe de manera más adecuada, racional y eficiente.

Dinamizar el proceso de planeación a partir de las experiencias previas y con una clara visión a futuro, en definitiva favorecerá el mejor funcionamiento de las unidades de atención a la salud y por tanto se contribuirá a un mayor desarrollo de la población.

Por lo tanto se requiere de contar con la información adecuada respecto a la experiencia del Sistema de Salud en México, que permita identificar aquellas áreas de oportunidad en las cuáles deberán incidirse de manera específica con acciones concretas y bien fundamentadas, con la premisa fundamental de lo plasmado en el artículo 4° Constitucional.

La necesidad de contar con un Sistema de Salud integrado el cuál facilite el acceso a toda la población a sus servicios, genera una gran necesidad de mejorar continuamente los servicios y en particular su infraestructura. En este sentido, México es un país que requiere de instrumentar mecanismos que hagan eficiente el uso de sus recursos.

1. ANEXO DEL MECANISMO DE PLANEACIÓN

1. R. R. Viramonte y M. Sánchez Castillo(2009) “El descenso de la fecundidad en México 1974-2009: a 35 años de la puesta en marcha de la nueva política de población” en Conapo, *La situación demográfica de México 2009*, México, pp. 22-37 [↑](#footnote-ref-1)
2. M.T. Gutiérrez de McGregor, “Desarrollo y distribución de la población urbana en México”, *Boletín del Instituto de Geografía*, UNAM, México, 2003 (50), pp. 77-91 [↑](#footnote-ref-2)
3. B. Graizboro y A. Aguilar, “La distribución espacial de la población. Concentración y dispersión”, en Conapo, *La población en México. Tendencias y perspectivas sociodemográficas hacia el siglo XXI*, FCE, México, 2001. [↑](#footnote-ref-3)
4. P. Villagómez C. Bistráin, “Situación demográfica nacional”. Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=269&Itemid=344>. Consultado el 18 de agosto de 2010. [↑](#footnote-ref-4)
5. R.M. Núñez-Urquiza, B. Hernández-Prado, C. García-Barrios, D. González, D. Walker, “Embarazo no deseado en adolescentes y utilización de métodos anticonceptivos postparto”, *Salud Pública de México*, 2003, 45 supl 1:S92-S102 [↑](#footnote-ref-5)
6. Quinto Informe de Labores. Secretaría de Salud (2011). [↑](#footnote-ref-6)
7. Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: México. OCDE (2006). [↑](#footnote-ref-7)
8. México: Hacia la Integración del Sistema Nacional de Salud. Secretaría de Salud (2010). [↑](#footnote-ref-8)
9. La importancia de incorporar los determinantes sociales en salud se retoma de OMS (2011), *Closing the gap : policy into practice on social determinants of health,*  donde la primera responsabilidad sectorial es la cobertura universal. [↑](#footnote-ref-9)
10. Programa Nacional de Salud 2007-2012. Secretaría de Salud (2007). [↑](#footnote-ref-10)
11. Programa Sectorial de Salud 2007-2012. Secretaría de Salud (2007). [↑](#footnote-ref-11)
12. Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012. Gobierno Federal (2007). [↑](#footnote-ref-12)
13. Comisión Nacional de Protección Social en Salud (2011), *Informe de Resultados 2011*. [http://www.seguropopular.gob.mx/images/contenidos/Informes\_Resultados/Informe\_Resultados\_2011.pdf](http://www.seguropopular.gob.mx/images/contenidos/Informes_Resultados/Informe_Resultados_2011.pdf%20)  [↑](#footnote-ref-13)
14. Caravanas de la Salud; Cumpliendo la misión. Secretaría de Salud (2011). [↑](#footnote-ref-14)
15. Caravanas de la Salud; Estrategia de Atención del Programa. Secretaría de Salud, (2011). [↑](#footnote-ref-15)