

---

# Estrategias de Ampliación de Cobertura en Salud: un Enfoque en el Estado de México.

Escalona Franco Fernando

Universidad Autónoma del Estado de México, Facultad de Medicina.

---



## Resumen

Derivado de las condiciones sociodemográficas y epidemiológicas que históricamente han transformado el actuar del Sistema de Salud en México, se han llevado a cabo desde hace más de 42 años, estrategias de ampliación de cobertura, con la finalidad de llevar los servicios de salud a la población vulnerable que no cuenta con acceso efectivo a éstos, para ello se han implementado diversos programas y estrategias para brindar servicios de atención primaria a la salud, principalmente a través de Equipos de Salud Itinerantes (Unidades Móviles), Técnicos en Salud y personal comunitario.

## Summary

*Because sociodemographic and epidemiological conditions that historically transformed the health system in Mexico, have been carried out strategies to expand coverage since 42 years ago, in order to attend the vulnerable population that does not have effective access to health services, many programs and strategies have been implemented to provide primary health care services, mainly through Mobile Health Teams, Health Technicians and community staff.*





## Marco teórico

Los Servicios de Salud en México, han ido evolucionando a lo largo del tiempo a través de la creación de leyes, programas y acuerdos que han sido enfocados a garantizar la salud de la población y se han ido desarrollando de acuerdo a las características histórico – políticas del País. Siendo así, que en 1934 se crean los Servicios Coordinados de Salud Pública con la finalidad de lograr la unificación técnica de los servicios y sumar los esfuerzos de los dos niveles de gobierno. Posteriormente, sólo algunos grupos y sistemas sociales se preocuparon por realizar acciones de prevención y restauración de la salud en ciertas poblaciones desprotegidas, creándose en 1872, las Juntas de Salubridad Estatales y las Juntas de Sanidad de los Puertos; tomando como base las Leyes de Reforma de 1854 y la Constitución Política de la República Mexicana de 1857.<sup>1</sup> En el período de centralización de los Servicios de Salud; no se logró consolidar formalmente el Sector Salud, pero aún así se llevaron a cabo acciones importantes gracias a la creación en el año 1943 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), posteriormente en el año 1959 se crea el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), así como organismos descentralizados y dependencias estatales.

La primer estrategia pensada en la ampliación de cobertura en salud data de 1976, siendo presidente de los Estados Unidos Mexicanos el licenciado José López Portillo, quien inició la transformación del Sector Salud, implementando el **Programa de Extensión de Cobertura al Medio Rural**, creando un equipo técnico integrado a nivel nacional para el adiestramiento a nivel estatal, jurisdiccional y local. La finalidad de esta estrategia era extender los servicios de salud en áreas rurales, a través de la formación de una auxiliar de salud destinada a brindar servicios de prevención y planificación familiar, una auxiliar de saneamiento básico, una partera empírica adiestrada y un promotor socioeconómico. Así mismo, se crearon unidades de salud rurales tipo B y se fortaleció la infraestructura existente.<sup>2</sup>

Para 1977, se pone en marcha el **Programa Comunitario Rural (PCR)**, coordinado por la Dirección General de Atención Médica Materno-Infantil de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), la finalidad de este programa fue el adiestramiento de auxiliares de salud en temas de planificación familiar, coordinadas por una enfermera entrenada quien proveía de material de capacitación e insumos.<sup>3</sup>

Con la finalidad de acelerar el proceso de ampliación de cobertura en salud en las zonas marginadas de México, el 25 de mayo de 1979 la presidencia de la República suscribe un convenio de colaboración entre la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR) y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), dando origen al **Programa Sectorial IMSS-COMPLAMAR**, el principal objetivo fue extender

la infraestructura en zonas indígenas y rurales marginadas, por lo que se construyeron un gran número de Centros de Salud Rurales y Hospitales Comunitarios. Posteriormente, con el proceso de descentralización y desaparición del programa, un gran número de unidades de salud y recursos fueron absorbidas por los servicios estatales de salud.

En el Estado de México, surge tal vez la estrategia de extensión de cobertura en salud más exitosa a nivel nacional, siendo titular de los Servicios Coordinados de Salud Pública del Estado de México, el Dr. Gustavo Baz Díaz Lombardo, quien instaura en 1979 el Programa de Desarrollo Integral de Atención Primaria a la Salud” (PRODIAPS), para atender y cuidar a los individuos, familias y comunidades con medidas principalmente preventivas, conociendo sus problemas y participando con ellos para tratar de resolverlos, para ello se reclutó personal de campo, capacitándolo en acciones de atención primaria a la salud, teniendo una responsabilidad de 500 familias cada una, lo que permitió una cobertura del cien por ciento de la población mexiquense.<sup>4</sup>

En 1981, la Secretaría de Salud se propone elaborar y desarrollar un Sistema de Servicios de Salud en el cual las prestaciones deben ser accesibles a toda la comunidad y eliminar las barreras de acceso a los servicios de salud, construyendo unidades rurales con servicios ambulatorios; para ello, se fusiona el Programa de Extensión de Cobertura y el Programa Comunitario Rural para dar origen al Programa Salud Rural (PSR).

Con la Reforma al Sistema de Salud Mexicano en 1982 y la aprobación de la nueva Ley General de Salud en 1984, impulsada por el Dr. Guillermo Soberon Acevedo, se estableció como uno de los objetivos crear un Sistema de Salud con cobertura universal; para ello, se transforma en 1985 el Programa de Salud Rural en la **Estrategia de Extensión de Cobertura**, el cual incluía dar cobertura total a zonas sin acceso a través de un equipo de salud itinerante y fomento de la participación comunitaria.<sup>5</sup>

Con la entrada en vigor del Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta (MASPA) en 1985, en donde se definieron los rangos de cobertura por cada tipo de unidad de salud, de 1991 a 1995 se opera el **Programa de Apoyo a Servicios de Salud para Población Abierta (PASSPA)**, este operó en las zonas rurales de cuatro de los estados más pobres del país: Chiapas, Hidalgo, Oaxaca y Guerrero. El PASSPA fue financiado con recursos federales y estatales y con un préstamo del Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento, institución integrante del Banco Mundial. El programa se propuso ampliar la cobertura real de los servicios y mejorar sustancialmente la calidad de su prestación, a través de dotación de vehículos, contratación de personal, capacitación y supervisión, rehabilitación de unidades, así como impulsar el proceso de descentralización.<sup>6</sup>





Para 1996, se inició el **Programa de Ampliación de Cobertura (PAC)**, como un esfuerzo federal con la finalidad de ampliar la cobertura de los servicios de salud, atender a la población con nulo o limitado acceso a dichos servicios y para hacer frente a los retos en materia de salud pública. Este programa se norma con Reglas de Operación contemplando dos estrategias: La ampliación geográfica y la Ampliación Funcional. Para la primer estrategia, se implementan rutas con Equipos de Salud Itinerantes (ESI's) motorizados (con vehículo), a pie y mixtos, cada ESI contemplaba el binomio médico-enfermera; la finalidad era llegar a las comunidades con nulo o difícil acceso a las unidades médicas, otorgando en paquete básico de 13 intervenciones en salud de forma gratuita, además se integraron por cada localidad de la ruta a una auxiliar de salud comunitaria (ASC). En el caso de ampliación funcional, se construyeron centros de salud rurales dispersos con áreas de influencia definidas, en zonas en donde no existían servicios de salud accesibles y se da conservación y mantenimiento a los de zonas prioritarias.

En el año 1997, de forma paralela se crea el Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA), específicamente el componente de salud en materia de extensión de cobertura fortalece y se ejecuta con Reglas de Operación a través de las **Coordinaciones Estatales del Programa de Ampliación de Cobertura**.

En el caso del Estado de México a través de la Coordinación Estatal del Programa de Ampliación de Cobertura se operaron en las jurisdicciones de Tejupilco, Tenancingo, Ixtlahuaca y Valle de Bravo, 23 ESI's de los cuales 18 fueron motorizados, 4 a pie y 1 mixto. En el año 2001 el Programa dejó de ser financiado a través del ramo 12 y pasó al Instituto de Salud del Estado de México (ISEM), financiado con el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA). A diferencia de otras entidades federativas que mantuvieron la operación del PAC, en el Estado se desmanteló la Coordinación Estatal del PAC, transfiriendo la operación a las Jurisdicciones Sanitarias. A la fecha, sólo operan 8 Unidades Móviles en la Jurisdicción Tejupilco.

En el sexenio del Lic. Vicente Fox Quesada 2000-2006, el Sistema de Salud Mexicano no contempló ninguna estrategia de ampliación de cobertura, tal vez por la prioridad en la creación del Sistema de Protección Social en Salud.

En el año 2007 sin embargo, tras la necesidad de contar con una estrategia para dar un acceso efectivo a los servicios de salud se crea el **Programa Caravanas de Salud** que nace como un programa presidencial con Reglas de Operación, el cual contemplaba la operación de unidades móviles motorizadas tipo 0 (sin consultorio médico), tipo 1 (con un consultorio médico), tipo 2 y 3 (con un consultorio médico y un odontológico). Programa que posteriormente en el año 2015, cambia de nombre a **Programa Unidades Médicas Móviles** y que operó en el estado de México con 18 Unidades Móviles.

Para el caso del Estado de México en el año 2007, siendo Secretaria de Salud de la entidad la Dra. María Elena Barrera Tapia, derivado del estudio de regionalización operativa de los servicios de salud (EROS), se instaura el Programa Compromiso con tu Salud "Unidades Móviles" cuya finalidad era garantizar el acceso universal a los servicios de salud a toda la población mexiquense. Para lograr este objetivo el ISEM operó 123 Unidades Médicas Móviles, con rutas establecidas, acercando los servicios de salud y dando el acceso efectivo a las comunidades que carecían de éste. Sin duda esta estrategia aunada a la contratación de cuidadoras de la salud para abatir el déficit de Técnicos en Atención Primaria a la Salud "TAPS" (antes PRODIAPS), colocaron al Estado de México como punta de lanza a nivel nacional en las estrategias de cobertura universal de los servicios de Atención Primaria a la Salud.

Sin embargo, a partir del año 2012 y hasta el 2017 de forma paulatina esta estrategia fue perdiendo poder de tal manera que para finales del 2017 se cuenta sólo con 61 Unidades Móviles.

Para el año 2016, se fusionan los programas federales Unidades Médicas Móviles y el Programa de Fortalecimiento de Redes de Servicios de Salud (FOROS) para crear el Programa Fortalecimiento a la Atención Médica (FAM), el cual a la fecha opera en el Estado de México con Reglas de Operación, en zonas rurales y urbano marginadas, con financiamiento federal, estatal y del Sistema de Protección Social en Salud, a través de 18 Unidades Médicas Móviles.

Con la finalidad de retomar las estrategias de acceso efectivo y acercabilidad de los servicios de salud otorgados por el ISEM, en el año 2017 el Dr. Gabriel J. Oshea Cuevas, Secretario de Salud y Director General del ISEM, promueve la creación de la estrategia de Fortalecimiento a la Atención Médica, para que por medio de la Coordinación Estatal de FAM, se establezca una operación homogénea a través de intervenciones en salud específicas al tipo de unidad, elevar el porcentaje de cumplimiento de rutas y tener un mayor control técnico-administrativo, sin importar y discriminar el tipo de financiamiento con el que cuente. Actualmente el ISEM tiene 87 Unidades Móviles que operan en 14 Jurisdicciones Sanitarias en 33 Municipios del estado, atendiendo a 531 localidades sin acceso efectivo a los servicios de salud, brindando atención a una población total de casi un millón de habitantes.<sup>7</sup>

Para garantizar el derecho constitucional de otorgar los servicios de salud a los mexiquenses, el gobierno del Estado de México, estableció como parte de sus políticas públicas en salud, la atención a la población vulnerable a través de Unidades Médicas Móviles con una participación comunitaria activa, esto permitirá a mediano plazo que el Instituto de Salud del Estado de México, logre consolidar de forma efectiva e integrada a las redes de servicios, la cobertura total y el acceso efectivo a la atención primaria a la salud.





## Referencias bibliográficas

1. Antuñano FJL. Evolución de los Servicios de Salud de la Secretaría de Salud. Salud Pública México [Internet]. 12 de septiembre de 1993 [citado 13 de mayo de 2019];35(5):437-9. Disponible en: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5682>
2. Cravioto Meneses Adalberto. AVANCES DEL PROGRAMA DE EXTENSION DE COBERTURA DE SERVICIOS DE SALUD AL MEDIO RURAL DE MEXICO DURANTE 1977I. mayo de 1980;(88 (05)):5.
3. Cantu Sanchez Arturo. Necesidades Esenciales en Mexico: Situación actual y Perspectivas al año 2000 [Internet]. 5ta edicion. Vol. 4 Salud. México: Siglo XXI Editores.; 1982.
4. Santacruz, Javier, Valdespino, Jose Luis, Serrano, Roberto. Un modelo operativo de servicios de atención primaria a la salud con médicos y técnicos. Gac Méd Méx. 1990;131:513-125.
5. Sobernon Acevedo Guillermo, Frenk Mora Julio, Sepulveda Amor Jaime. La reforma de la atención a la Salud en México: antes y después de los sismos de 1985. 1986. 28:568-80.
6. Gómez-Dantés O, Garrido-Latorre F, López-Moreno S, Villa B, López-Cervantes M.: Evaluación de programa de salud para población no asegurada. Rev Saúde Pública. agosto de 1999 Disponible en: [https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0034-89101999000400012&script=sci\\_arttext](https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0034-89101999000400012&script=sci_arttext)
7. Escalona, A. Fernando. Coordinación Estatal de Fortalecimiento a la Atención Médica: Informe Gerencial. 2019.

