



Evaluación Específica de Desempeño con énfasis en la Calidad de la Gestión



Programa **Anual** de
Evaluación 2018

Programa:
Seguro Popular
Régimen Estatal de Protección
Social en Salud



Evaluación Específica de Desempeño con énfasis en la Calidad de la Gestión



Programa **Anual** de
Evaluación 2018

Programa:
Seguro Popular
Régimen Estatal de Protección
Social en Salud

Evaluación Específica de Desempeño con énfasis en la Calidad de la Gestión del Programa Seguro Popular

Instituto de Evaluación de Políticas Públicas del Estado de Durango
Blvd. de las Rosas #151
Fraccionamiento Jardines de Durango
C.P. 34200
Durango, Durango

Citación sugerida:

Instituto de Evaluación de Políticas Públicas del Estado de Durango. Evaluación Específica de Desempeño con énfasis en la Calidad de la Gestión del Programa Seguro Popular, Durango:inevap, 2018.

Contenido

Introducción.....	6
Justificación y alcance de la evaluación	7
Descripción del programa	8
Evaluación.....	10
1. Principales procesos de la intervención.....	10
2. Calidad de la gestión de la intervención	11
Análisis FODA.....	18
Fortalezas	18
Oportunidades	18
Debilidades.....	18
Amenazas.....	18
Referencias.....	19
Anexos	21
Anexo 1. Afiliación y reafiliación.....	21
Anexo 2. Cadena de Resultados del programa	22
Anexo 3. Propuesta de recomendaciones y observaciones.....	22
Anexo 4. Cédula de la Evaluación Específica de Desempeño con énfasis en la Calidad de la Gestión	24
Anexo 5. Estados pioneros del Seguro Popular en México	26
Anexo 6. Servicios esenciales de Salud.....	27
Anexo 7. Servicios de Alto Costo	28
Anexo 9. Módulos de Afiliación y Orientación en Durango	30
Anexo 10. Trayectoria de afiliación del Seguro Popular en los últimos cinco años.	35
Anexo 11. Carencias consideradas en la medición de la pobreza en México.....	40
Anexo 12. Relación de afiliación con porcentaje de personas con carencia por acceso a los servicios de salud en 2015.....	42

Siglas y acrónimos

CAUSES	Catálogo Universal de Servicios de Salud
CONEVAL	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social
FASSA	Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud
FPGC	Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
Inevap	Instituto de Evaluación de Políticas Públicas del Estado de Durango
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
MAO	Módulos de Afiliación y Orientación
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OECD	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
PAE	Programa Anual de Evaluación de las Políticas y de los Programas Públicos del Estado de Durango
Pemex	Petróleos Mexicanos
PND	Plan Nacional de Desarrollo Programa Sectorial de Salud
PROSESA	Programa Sectorial de Salud
REPSS	Régimen Estatal de Protección Social en Salud

Glosario

Diagnóstico

Documento de análisis que busca identificar el problema que se pretende resolver y detallar sus características relevantes, y de cuyos resultados se obtienen propuestas de atención.

Evaluación

Análisis sistemático y objetivo de una intervención pública cuya finalidad es determinar la pertinencia y el logro de sus objetivos y metas, así como la eficiencia, eficacia, calidad, resultados, impacto y sostenibilidad.

Hallazgo

Evidencias obtenidas de una o más evaluaciones para realizar afirmaciones basadas en hechos que pueden ser fortalezas, oportunidades, debilidades y/o amenazas.

Indicadores

Expresión cuantitativa o cualitativa construida a partir de variables cuantitativas o cualitativas que proporciona un medio sencillo y fiable para medir logros, tales como el cumplimiento de objetivos y metas establecidas y reflejar el resultado o cambios en las condiciones de vida de la población o grupo de enfoque atendido, derivados de la implementación de una intervención pública.

Propuesta de recomendaciones y observaciones

Sugerencias emitidas por el equipo evaluador derivadas de los hallazgos identificados en evaluaciones, cuyo propósito es contribuir a la mejora.

Introducción

En las últimas décadas, la mayoría de los países desarrollados y en particular los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), han acometido diversos reordenamientos del Sector Público con el fin de dar una respuesta más eficiente y eficaz a las exigencias sociales. Conscientes de la necesidad de reforzar y mejorar sus administraciones han adquirido mayores compromisos con la transparencia pública y rendición, no sólo de cuentas, sino del conjunto de acciones y políticas públicas a los ciudadanos.¹

En este tenor, la evaluación de políticas públicas es un instrumento más al servicio de estas reestructuras que tienen como base la reorientación de las relaciones Gobierno-Sociedad y, que pretenden lograr un mejor rendimiento de las actuaciones públicas y ser valiosas herramientas para la redición de cuentas.

La evaluación de políticas puede implicar una gran variedad de métodos e instrumentos, cuya pertinencia depende de diversos factores y contextos. De manera particular, la Evaluación Específica de Desempeño con énfasis en la Calidad de la Gestión del Programa Seguro Popular, tiene por objetivo analizar los principales factores que explican el desempeño del programa, los cursos de acción seguidos, así como la pertinencia entre los medios efectivamente empleados y los fines objetivamente logrados.

Primeramente, se lleva a cabo una descripción general de los aspectos más relevantes del programa, es decir, su estructura general, el presupuesto ejercido, así como los principales procesos implicados en la operación de la intervención. En una segunda sección, se realiza un análisis de la planeación, seguimiento, monitoreo, riesgos, mecanismos de difusión y actores involucrados en la ejecución del programa.

Finalmente, se efectúa un análisis de las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas de la intervención, para terminar con una serie de elementos enmarcados en la Propuesta de recomendaciones y observaciones. Todo esto con la finalidad de generar mediante la utilización de criterios técnicos y evidencia, información relevante, útil y oportuna para mejorar la toma decisiones.

¹ Ministerio de Política Territorial y Administración Pública. Agencia Estatal de Evaluación de las Políticas de las Políticas Públicas y la Calidad de los Servicios, (2010). *Fundamentos de Evaluación de Políticas Públicas*.

Justificación y alcance de la evaluación

El Instituto de Evaluación de Políticas Públicas del Estado de Durango (Inevap) y el Régimen Estatal de Protección Social en Salud² seleccionaron el Programa Seguro Popular con el objetivo de analizar sus requerimientos en la gestión y registrar y valorar sus logros y avances, para recomendar vías de mejora de sus resultados y elevar la eficiencia en el uso de los recursos públicos³.

La inclusión del Programa de Seguro Popular en el PAE 2018 se justifica por ser una intervención gubernamental que busca impactar en la economía de las familias mexicanas al incorporar a través de la afiliación al Seguro Popular a la población que no cuente con un mecanismo de seguridad social en salud.

La Evaluación Específica de Desempeño con énfasis en la Calidad de la Gestión busca identificar hallazgos y proponer recomendaciones y observaciones a partir del análisis de los requerimientos de la gestión operativa del Programa para llegar a los resultados comprometidos. Los hallazgos de la evaluación exponen los principales factores que explican el desempeño del Programa; así mismo, la evaluación reconoce los logros alcanzados y se concentra en los principales riesgos que pueden limitar el logro de los resultados.

De esta manera, la evaluación busca generar información relevante, útil y oportuna para mejorar la toma de decisiones respecto de la gestión de los recursos y su margen para provocar resultados, así como contribuir a impulsar una cultura de la evaluación, de la transparencia y de la rendición de cuentas.

² Con fecha del 18 de octubre de 2015 se emite en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Durango el Decreto por el que se crea el organismo público descentralizado denominado: Régimen Estatal de Protección Social en Salud, disponible en: http://secretariageneral.durango.gob.mx/es/periodico_oficial/2015/2

³ Esta evaluación se fundamenta en: el PAE 2018 del Inevap publicado en Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Durango No. 23 de fecha 22 de marzo de 2018.

Descripción del programa

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece en su artículo 4 que toda persona tiene derecho a la protección de salud¹, por lo que en el año 2001 se crea el Fondo Nacional de Salud que en fase piloto establece el Seguro Popular en 5 estados de la república: Aguascalientes, Campeche, Colima, Jalisco y Tabasco, los cuales puede visualizar en el anexo 4.

Durante 2004 se reforma la Ley General de Salud en donde se incorpora la Protección Social en Salud. En 2005 Gobierno Federal y Estatal suscriben el Acuerdo de Coordinación para ejecutar el Seguro Popular en Durango y es en 2006 cuando el Organismo Descentralizado Servicios de Salud Durango, aprobó la creación de la Dirección General de Régimen Estatal de Protección Social en Salud (REPSS) quien es el responsable de la gestión y ejecución del Seguro Popular en el Estado de Durango.

El 18 de octubre de 2015 se publica en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Durango el Decreto por el que se crea el Organismo Público Descentralizado denominado Régimen Estatal de Protección Social en Salud, el cual cuenta con personalidad jurídica y patrimonio propios y tiene como objetivo garantizar las acciones del Sistema de Protección Social en Salud a toda la población del Estado de Durango.

El Seguro Popular proporciona, a las personas que no son derechohabientes de instituciones de seguridad social, acceso a los servicios de salud considerando la prevención, atención primaria, consultas especializadas, estudios de gabinete, cirugías, rehabilitación, cuidados paliativos, hospitalización y abasto farmacéutico.

El Programa busca la protección económica de la población que no es derechohabiente de algún servicio de salud, la atención para los beneficios se divide en dos categorías:

- Servicios esenciales determinados en el Catálogo Universal de Servicios de Salud⁴ (CAUSES) el cual se actualiza cada dos años, en el anexo 5 se desglosa el alcance de atención correspondiente a la intervención en 2017.
- Servicios de alto costo, intervenciones del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC), dentro del anexo 6 se encuentran las intervenciones que abarca, la atención para dichas intervenciones se realiza en hospitales de especialidades.

Para las niñas y niños afiliados al seguro popular menores de 5 años en 2007 surge el programa Seguro Médico Siglo XXI con cobertura de 149 intervenciones complementarias al contenido en el CAUSES y el FPGC; el principal objetivo es que los infantes se encuentren

⁴Catálogo Universal de Servicios de Salud 2016. Disponible en: <http://www.documentos.seguro-popular.gob.mx/dgss/CAUSES2016.pdf>

protegidos de los principales padecimientos que se manifiestan durante los primeros años de vida.

La cobertura de las intervenciones definidas en el CAUSES y en el FPGC son definidas a nivel federal aplicable a las 32 entidades.

Las aportaciones son financiadas de manera solidaria por la federación, las entidades federativas y los beneficiarios. El artículo 77 bis 21 de la Ley General de Salud⁵ establece que: «los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud participarán en su financiamiento con cuotas familiares que serán anticipadas, anuales y progresivas, que se determinarán con base en las condiciones socioeconómicas de cada familia, las cuales deberán cubrirse en la forma y fechas que determine la Secretaría de Salud, salvo cuando exista la incapacidad de la familia a cubrir la cuota, lo cual no le impedirá incorporarse y ser sujeto de los beneficios».

Las aportaciones son financiadas por la federación a través del recurso denominado Cuota Social y Aportación Solidaria Federal y por el estado con la Aportación Solidaria Estatal.

La población beneficiada con el Seguro Popular son las personas que se encuentran afiliadas y cuentan con su póliza vigente; asimismo los beneficiarios que hacen uso del servicio y reciben atención en alguna situación vulnerable de salud.

⁵ Ley General de Salud. Disponible en:
http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_120718.pdf

Evaluación

1. Principales procesos de la intervención

1. ¿Cuáles son los principales procesos para operar la intervención?

La intervención del Seguro Popular surge de la necesidad de atender a la población vulnerable que no se encuentra afiliada a ningún régimen de salud, para crear las condiciones necesarias para la atención integral, con el alcance que tiene el Programa en Durango se identifican los procesos de: infraestructura, afiliación y reafiliación y gestión de servicios de salud.

La infraestructura contempla las condiciones necesarias para la incorporación de los usuarios al Seguro Popular, a través de diversos Módulos de Afiliación y Orientación (MAO), mismos que deben de cumplir con la imagen como logos, nombre, uniforme del personal, formatos oficiales etc. que asegure la identidad e identificación especificada por el Programa.

En el estado de Durango, la afiliación al Seguro Popular es voluntaria y gratuita; esta se puede realizar por núcleo familia o de manera individual, consultar anexo 7. La vigencia se establece en la «Póliza de Afiliación» con una duración de 3 años a partir de la fecha de afiliación o reafiliación. La reafiliación puede realizarse en los MAO, al cumplirse el plazo, para asegurar la atención a los servicios de salud con su póliza vigente.

Desde el año 2005 el padrón de beneficiarios se ha construido abarcando a la población que carece de servicios de salud; con la instalación de MAO en distintos puntos del Estado con una cobertura de un radio aproximado de 30 km. Actualmente existen 36 módulos de los cuales 26 son puntos fijos y 10 corresponden a brigadas que abarcan principalmente los municipios de: Poanas, Vicente Guerrero, Canatlán, Tamazula, San Dimas, Panuco de Coronado, Pueblo Nuevo, Mezquital, Topia, Guanaceví, Canelas y Otáez, asimismo se cuenta con la brigada Durango y Laguna. Consultar anexo 8.

En los últimos 5 años en el Estado se identifica una variación considerable 793,643 afiliados en 2013 y 736,442 en el anexo 9 se identifican las cifras en el trayecto.

Como parte primordial de la ejecución del Seguro Popular se identifican a gestión de servicios de salud, donde intervienen los gestores del Seguro Popular, quienes son los responsables de asesorar y resolver dudas sobre los servicios de salud que reciben los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud y guiar en el proceso de atención médica para que se otorgue un servicio eficiente, de calidad y sin costo alguno. En Durango se cuenta con 31 gestores distribuidos en diversas instituciones médicas⁶,

⁶ Directorio de Gestores. Disponible en:
<http://www.seguropopular.durango.gob.mx/index.php/seguro/directorio-de-gestores#>

contemplando 7 en primer nivel de atención, 20 en segundo nivel y 4 con responsabilidades de coordinación en el REPSS.

Los medicamentos e insumos necesarios para la atención y las intervenciones médicas que contempla el Seguro Popular son definidas en el anexo denominado «Catálogo de Medicamentos y Otros Insumos» dentro del CAUSES 2016⁷, el cual contempla 647 medicamentos e insumos, los cuales se adquieren según los Lineamientos para la adquisición de medicamentos⁸.

Dentro del anexo 1 podemos observar a manera de diagrama los procesos antes mencionados y la interacción que surge entre ellos.

2. Calidad de la gestión de la intervención

2. ¿El programa parte de un proceso de planeación estratégica para el diseño de su intervención?

El Programa encuentra su alineación en cuatro instrumentos de planeación estratégica, los cuales son: la Agenda 2030 con los Objetivos de Desarrollo Sostenible, Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2013-2018, el Plan Estatal de Desarrollo (PND) y el Programa Sectorial de Salud (PROESA) 2013-2018.

La Planeación Estratégica consiste en un ejercicio de formulación y establecimiento de objetivos de carácter prioritario, cuya característica principal es el establecimiento de los cursos de acción estrategias para alcanzar dichos objetivos. Desde esta perspectiva es una herramienta clave para la toma de decisiones de las instituciones públicas (CEPAL 2009).⁹

La agenda 2030 contempla dentro de su marco de actuación 17 ODS, como mecanismos que permitan a la población y a sus dirigentes de forma conjunta participar en la búsqueda de consensos sociales y disminuir las brechas, cada objetivo tiene metas específicas que deben alcanzarse en los próximos 15 años¹⁰.

⁷ Catálogo Universal de Servicios de Salud 2016. Disponible en: <http://www.documentos.seguro-popular.gob.mx/dgss/CAUSES2016.pdf>

⁸Lineamientos para la adquisición de medicamento. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5443837&fecha=07/07/2016

⁹ Comisión Económica para América latina y el Caribe (CEPAL). Manual de Planificación Estratégica e Indicadores de Desempeño en el Sector Público. https://www.cepal.org/ilpes/noticias/paginas/3/38453/manual_planificacion_estrategica.pdf

¹⁰ Página de la Organización de las Naciones Unidas, Objetivos de Desarrollo Sostenible: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>

Para la intervención del Seguro Popular la alineación con los ODS se identifica en relación al objetivo 3 «Salud y bienestar», el cual busca garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades, específicamente alineado a la meta 3.8 «Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos»¹¹.

Con el objetivo de asegurar el acceso a los servicios de salud dentro del PND 2013-2018 contempla en su meta nacional II. México Incluyente el objetivo 2.3 Asegurar el acceso a los Servicios de Salud estratégica con las líneas de acción de: Garantizar el acceso y la calidad de los servicios de salud a los mexicanos, con independencia de su condición social o laboral, Desarrollar los instrumentos necesarios para lograr una integración funcional y efectiva de las distintas instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud, y Contribuir a la consolidación de los instrumentos y políticas necesarias para una integración efectiva del Sistema Nacional de Salud, así como el objetivo 2.3.4 Garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad con las líneas de acción de: Preparar el sistema para que el usuario seleccione a su prestador de servicios de salud, Consolidar la regulación efectiva de los procesos y establecimientos de atención médica, mediante la distribución y coordinación de competencias entre la Federación y las entidades federativas, Instrumentar mecanismos que permitan homologar la calidad técnica e interpersonal de los servicios de salud, Mejorar la calidad en la formación de los recursos humanos y alinearla con las necesidades demográficas y epidemiológicas de la población, Garantizar medicamentos de calidad, eficaces y seguros, Implementar programas orientados a elevar la satisfacción de los usuarios en las unidades operativas públicas y Desarrollar y fortalecer la infraestructura de los sistemas de salud y seguridad social públicos¹².

Sectorizado del PND 2013-2018 se establece el PROSESA 2013-2018 que contempla en su actuar objetivos estrategias y líneas de acción a los que deberán apegarse las diferentes instituciones de la Administración Pública Federal para materializar el derecho a la protección de la salud y los cuales deberán ser congruentes por un lado con las metas nacionales establecidas¹³.

El PED establece en el segundo Eje Rector: Gobierno con sentido humano y social, los mecanismos para instruir un Gobierno con sentido humano y social, contemplando sistemáticamente el combate a la pobreza y desigualdad social, grupos vulnerables,

¹¹ Página de la Organización de las Naciones Unidas, Objetivo 3: Salud y Bienestar: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>

¹² Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, disponible en: <http://pnd.gob.mx/>

¹³ Programa Sectorial de Salud (PROSESA) 2013-2018, disponible en: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/sectorial_salud.pdf

desarrollo social inclusivo, salud, educación y cultura para el desarrollo, vivienda, asistencia social, mujeres, jóvenes, migrantes, activación física y deporte en el entendido de lograr la prosperidad y la erradicación de la pobreza, con el objetivo de Bienestar social para el desarrollo las estrategias de: Garantizar los servicios de prevención de enfermedades, protección y promoción de la salud, Proteger la salud de los recién nacidos y la mujer reduciendo la morbilidad femenina, Impulsar programas de salud para la población en situación de vulnerabilidad, Brindar atención médica de calidad mediante la profesionalización del personal.¹⁴

Con base en el análisis de la información, dentro del PROSESA se identifica la relación con los objetivos 1 Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades, 2 Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad, 4 Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país, 6 Avanzar en la construcción del Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud.

3. ¿El programa cuenta con mecanismos para dar seguimiento a su implementación?

El REPSS establece un plan estratégico para monitorear el comportamiento de los rubros que conforman la intervención del Seguro Popular en el Estado, considerando la afiliación y operación, financiamiento, gestores del Seguro Popular, procesos y tecnología, componentes de salud PROSPERA y seguro médico siglo XXI.

Dentro del plan estratégico se documenta el comportamiento de cada rubro mencionado, así como los hallazgos que es necesario atender, los responsables de la ejecución del plan realizan el análisis con base en información histórica, así como con muestreos aleatorios en el caso de las pólizas de afiliación, expedientes y visitas domiciliarias.

El plan estratégico es denominado: «Análisis de resultados de la aplicación del Plan Estratégico de Supervisión del Régimen Estatal de Protección Social en Salud para el ejercicio 2017 en el estado de Durango»

Es deseable que el Programa considere establecer y apropiar un plan estratégico que le permita identificar y establecer objetivos y metas propios a la intervención en el Estado, en entrevista con el enlace del Programa se identifica que el REPSS cuenta con el documento denominado «Programa Institucional del REPSS de Durango 2016-2022», sin embargo, dicho documento carece de la aprobación por parte de la Junta de Gobierno.

¹⁴ Plan Estatal de Desarrollo 2016-2022, disponible en: <http://www.durango.gob.mx/plan-16-22/>

Con el objetivo de conocer las necesidades reales de cobertura y poder desarrollar estrategias que permitan abarcar a la población rezagada de la intervención,¹⁵ el REPSS establecer como mecanismo de comunicación el contacto con los diversos actores: enlaces municipales, encargado de Desarrollo Social, Presidencias Municipales, vocales de PROSPERA, juez o autoridad de las localidades de cada una de las regiones, para que en coordinación con el personal de afiliación se reúna a la población en algún punto, citando la fecha y hora, y de esa manera se dé a conocer a la población la información para afiliarse o re afiliarse al Seguro Popular y en ese mismo momento se realice el trámite.

4. ¿El programa hace un control de los riesgos asociados a su operación?

El seguro popular carece del análisis de riesgos asociados a la intervención, es deseable que los ejecutores puedan identificarlos, ya que como se define en la Guía de Autoevaluación de Riesgo en el Sector Público de la Auditoría Superior de la Federación (ASF), la administración de riesgos ayuda a los mandos superiores, medios y operativos de las instituciones del sector público a tener control sobre aquellos eventos que, en caso de materializarse, puedan afectar el desarrollo y funcionamiento de los procesos para alcanzar los objetivos que persigue la institución.

El riesgo está presente en todas las operaciones de cualquier institución del sector público y se materializa mediante eventos adversos que detonan en pérdidas directas o indirectas, costos por daño reputacional o de imagen, ineficiencia de procesos internos, deficiencia en la administración de personas, y anomalías en sistemas automatizados, entre otras consecuencias inesperadas.

Un factor relevante asociado a los riesgos de la intervención del Seguro Popular en Durango es que la cobertura de la población incorporada a través de la afiliación no abarque el 100% de la población del Estado que carece de servicios de salud, asociando que la incorporación contribuye directamente a las estadísticas de la pobreza multidimensional que realiza el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) y considera seis carencias sociales destacando la de acceso a los servicios de salud. En el anexo 10 se describen los indicadores relacionados a la medición de pobreza.

En un escenario hipotético donde los habitantes del Estado que no cuentan con seguridad social se quedan rezagados de la intervención del Seguro Popular, esta no contribuye a al decremento de pobreza en el Estado ya que el acceso a los servicios de salud es una carencia a la que se pudiera diseminar al asegurar que todos los habitantes se encuentran protegidos e incorporados a algún régimen de seguridad social. Dentro

¹⁵ Considerando a la población rezagada como los usuarios que no se encuentra afiliados a ningún régimen de servicios de salud.

del anexo 11 se identifica la medición de la carencia de acceso a los servicios de salud en el Estado, es ahí donde podemos observar que la intervención contribuye de manera positiva a disminuir las cifras plasmadas en el informe de la medición de pobreza multidimensional para Durango.

Es deseable contar con la identificación y plan de acción para los riesgos generados dentro de la ejecución de la implementación considerando visualizar los impactos negativos que pudiesen surgir si un riesgo se presenta.

5. ¿El programa cuenta con indicadores de capacidad y calidad de su gestión y de avance en el tiempo del logro de sus resultados?

El establecimiento de la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) para la intervención del seguro popular determina el método para realizar el monitoreo de la ejecución, el establecimiento de indicadores y fichas para su medición permite a los ejecutores medir las condiciones y el avance de las metas establecidas, a través de mediciones realizadas periódicamente a cada uno de los indicadores, dicha periodicidad es definida por indicador dentro de las fichas de indicadores.

En el estado de Durango, el REPSS establece una MIR de la que se derivan cédulas de indicadores para el Fin, Propósito, Componentes y Actividades.¹⁶

Tabla 1. Indicadores

	MIR	Tipo de indicador	Nombre Del Indicador	Frecuencia
Fin	Contribuir a los servicios de salud eficientes y con calidad para todos mediante la protección en servicios de salud de la población que no cuenta con algún tipo de seguridad social.	Eficacia	Porcentaje de cobertura del Seguro Popular	Anual
Propósito	La población del Estado que no cuenta con algún tipo de seguridad social está protegida en servicios de salud	Eficacia	Porcentaje de cobertura	Mensual
Componentes	Afiliación y reafiliación realizadas	Eficacia	Afiliados Mensuales	Mensual

¹⁶ Las actividades de la MIR son las principales acciones que deben realizar para producir o entregar los componentes, mientras que el propósito se refiere a los resultados concretos del programa y el fin comprende el efecto de este sobre un objetivo de mayor alcance en el mediano plazo.

Medicamento e insumos médicos proporcionados	Eficacia	Porcentaje de variación presupuestal	Anual
Actualización y capacitación de personal de afiliación	Eficacia	Porcentaje de capacitación y actualización	Semestral

Fuente: Elaboración propia con información proporcionada por el Programa.

La dimensión definida para la medición de todos los indicadores establecidos es de eficacia¹⁷, es deseable considerar otras dimensiones como de calidad que permita medir los atributos, las capacidades o las características que tienen o deben tener los bienes y servicios que se producen¹⁸.

El fin definido en la MIR 2017 para la intervención se establece como «contribuir a los servicios de salud eficientes y con calidad para todos mediante la protección en servicios de salud de la población que no cuenta con algún tipo de seguridad social» con el indicador de eficacia nombrado porcentaje de cobertura del seguro popular con una frecuencia de medición anual; sin embargo dentro del análisis de la intervención podemos destacar que se contribuye a un fin mayor como lo es la pobreza en el Estado, considerando que la carencia de acceso a los servicios de salud contempla en su indicador que las personas cuenten con adscripción o derecho a recibir servicios médicos de algunas de las siguientes instituciones: seguro popular, servicios medios del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), servicios médicos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) o ISSSTE estatal, servicios médicos de Petróleos Mexicanos (Pemex), ejército, Marina u otra institución pública o privada.

6. ¿El programa cuenta con mecanismos para dar a conocer sus resultados?

Los resultados de la intervención se identifican en situación financiera y en actividades, la disponibilidad de diversos informes respecto a estos rubros se encuentra disponible

¹⁷ Los indicadores de eficacia miden el grado del cumplimiento del objetivo establecido, es decir, dan evidencia sobre el grado en que se están alcanzando los objetivos descritos. Manual para el diseño y construcción de indicadores, CONEVAL, disponible en: https://www.coneval.org.mx/Informes/Coordinacion/Publicaciones%20oficiales/MANUAL_PARA_EL_DISENO_Y_CONSTRUCCION_DE_INDICADORES.pdf

¹⁸ Los indicadores de calidad miden los atributos, las capacidades o las características que tienen o deben tener los bienes y servicios que se producen. Los programas establecen las características mínimas que han de cumplir los bienes y servicios que entrega a la población; los indicadores de calidad permiten monitorear los atributos de estos productos desde diferentes perspectivas: la oportunidad, la accesibilidad, la percepción de los usuarios y la precisión en la entrega de los servicios. https://www.coneval.org.mx/Informes/Coordinacion/Publicaciones%20oficiales/MANUAL_PARA_EL_DISENO_Y_CONSTRUCCION_DE_INDICADORES.pdf

de manera pública en la página de internet del REPSS, considerando que cualquier ciudadano puede tener acceso a los resultados de la intervención, sin embargo de manera institucional los ejecutores del seguro popular realizan informes a la federación a través de su portal electrónico denominado Portal Aplicativo de la Secretaría de Hacienda (PASH).

Pese a que la información generada de la intervención es identificada en su página, la manera en que se encuentra documentada no permite tener un conocimiento real del alcance, cobertura, recursos y metas de la intervención, se considera una buena práctica contar con la información pública y es deseable que esta sea legible y de fácil interpretación para los interesados a consultarla.

7. ¿Los responsables del programa identifican las variables y actores implicados en el logro de los resultados comprometidos?

En la documentación establecida para la intervención se carece de la identificación y documentación de variables para la ejecución.

Los diversos actores que intervienen en la ejecución del seguro popular se encuentran establecidos de manera organizacional dentro del «Manual de la Organización del Régimen Estatal de Protección en Salud del Estado de Durango» en el que se definen las responsabilidades de cada uno de ellos.

Análisis FODA

Fortalezas

- El Programa contribuye a lo comprometido en los documentos de planeación.
- La intervención tiene relación directa con la carencia de acceso a los servicios de salud correspondiente a la Medición de la Pobreza Multidimensional que realiza el CONEVAL.
- El Programa genera mecanismos de comparación de bases de datos con otros regímenes de salud, para evitar la duplicidad en la afiliación.
- El REPSS establece un mecanismo de comunicación con los diversos actores de las localidades para coordinar la afiliación y reafiliación.

Oportunidades

- Apropiar información que genera CONEVAL sobre la Medición de la Pobreza Multidimensional relacionados a la carencia de acceso a los servicios de salud, con la finalidad de identificar estrategias de cobertura.

Debilidades

- El Programa carece de un diagnóstico estatal que permita identificar las localidades donde se encuentra la población potencial, para generar estrategias, objetivos y metas propios a la intervención.
- Carece de un análisis de riesgos asociados a la intervención, que permita contar con la identificación y plan de acción para los riesgos generados dentro de la ejecución de la implementación, considerando visualizar los impactos negativos que pudiesen surgir si un riesgo se presenta.
- Falta de indicadores documentados de calidad que permitan el monitoreo del impacto esperado con la ejecución de la intervención en el Estado, así como su contribución directa en la Medición de la Pobreza Multidimensional.
- Mecanismos insuficientes para dar a conocer y difundir los resultados de la intervención.

Amenazas

- Rezagar a población vulnerable para la intervención al no contar con una estrategia de cobertura formalizada.
- El diseño de instrumentos normativos y estratégicos pueden verse afectados por cambios en la administración pública federal.
- El panorama presupuestario a nivel federal puede representar un riesgo al financiamiento del Programa a nivel estatal.

Referencias

- Ministerio de Política Territorial y Administración Pública. Agencia Estatal de Evaluación de las Políticas de las Políticas Públicas y la Calidad de los Servicios, (2010). Fundamentos de Evaluación de Políticas Públicas. Disponible en: http://www.aeval.es/export/sites/aeval/comun/pdf/evaluaciones/Fundamentos_de_evaluacion.pdf
- Gobierno del Estado de Durango (2015). Decreto por el que se crea el organismo público descentralizado denominado: Régimen Estatal de Protección Social en Salud. Disponible en: http://secretariageneral.durango.gob.mx/es/periodico_oficial/2015/2
- Gobierno de la Republica, Comisión Nacional de Protección Social en Salud (2016). Catálogo Universal de Servicios de Salud 2016. Disponible en: <http://www.documentos.seguro-popular.gob.mx/dgss/CAUSES2016.pdf>
- Gobierno de la Republica (2018). Ley General de Salud. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_120718.pdf
- Sistema de Protección Social en Salud (2017). Directorio de Gestores. Disponible en: <http://www.seguropopular.durango.gob.mx/index.php/seguro/directorio-de-gestores#>
- Gobierno de la Republica (2016). Lineamientos para la adquisición de medicamento. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5443837&fecha=07/07/2016
- Comisión Económica para América latina y el Caribe (CEPAL) (2009). Manual de Planificación Estratégica e Indicadores de Desempeño en el Sector Público. Disponible en: https://www.cepal.org/ilpes/noticias/paginas/3/38453/manual_planificacion_estrategica.pdf
- Organización de las Naciones Unidas (2015). Objetivos de Desarrollo Sostenible. Disponibles en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>
- Gobierno de la República (2013). Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, disponible en: <http://pnd.gob.mx/>

Gobierno de la República (2013). Programa Sectorial de Salud (PROSESA) 2013-2018. Disponible en: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/sectorial_salud.pdf

Gobierno del Estado de Durango (2016). Plan Estatal de Desarrollo 2016-2022. Disponible en: <http://www.durango.gob.mx/plan-16-22/>

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) (2015). Manual para el diseño y construcción de indicadores. Disponible en: https://www.coneval.org.mx/Informes/Coordinacion/Publicaciones%20oficiales/MANUAL_PARA_EL_DISENO_Y_CONSTRUCCION_DE_INDICADORES.pdf

Gobierno de la República (2004). Ley General de Salud. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_120718.pdf

Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Ubica tu Módulo más cercano. Disponible en: <http://www.cnpss-dgao.gob.mx/georeferencia/>

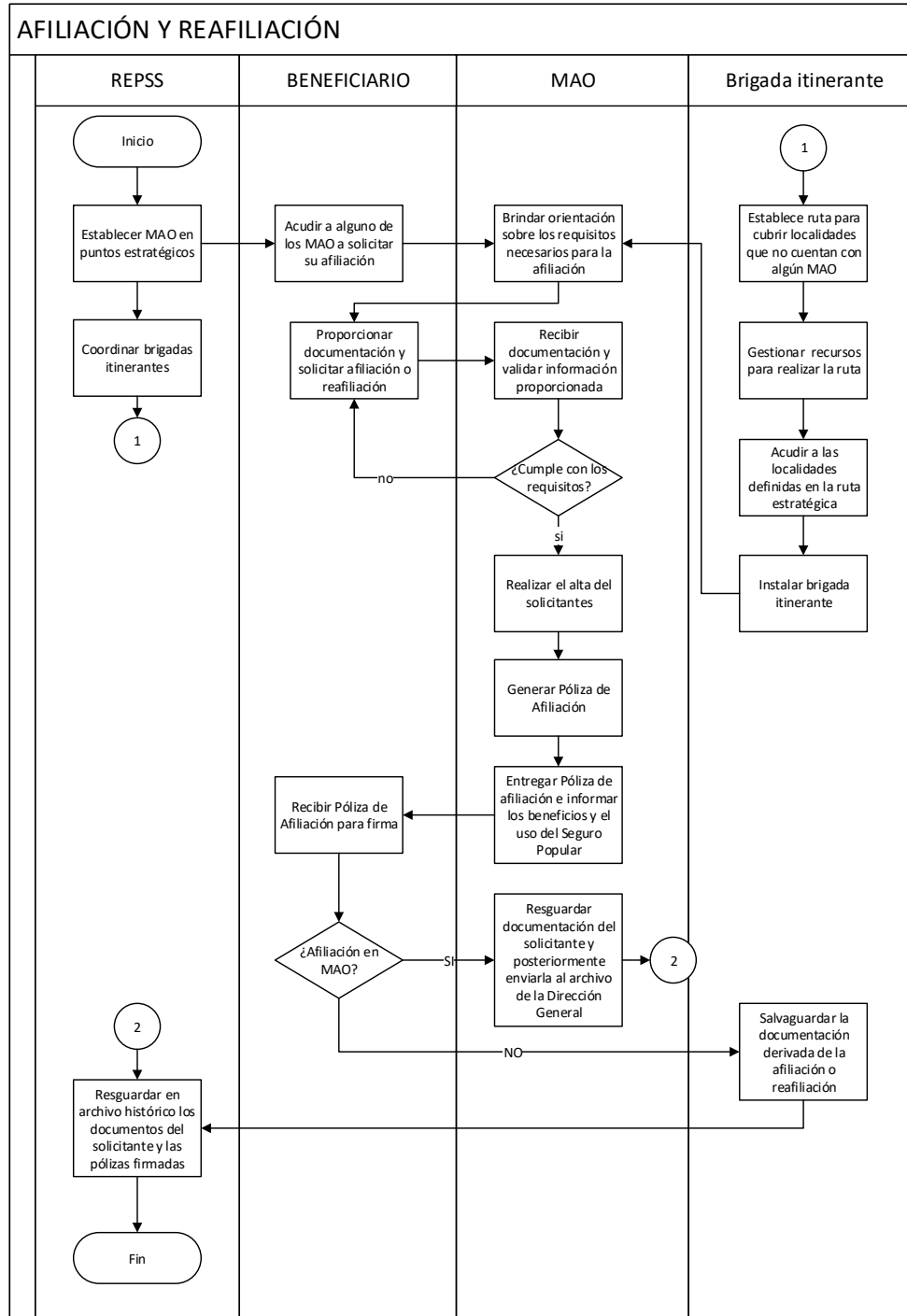
Gobierno de la República (2017). Padrón Nacional de Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud/Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud por municipio. Disponible en: <https://datos.gob.mx/busca/dataset/beneficiarios-de-proteccion-social-en-salud-de-seguro-popular/resource/9f6525d9-d8dd-40a9-a761-b5e3fe5371f5>

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) (2017). Medición de Pobreza. Disponible en: <https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/Medición/Indicadores-de-carencia-social.aspx>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2015). Encuesta intercensal. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/>

Anexos

Anexo 1. Afiliación y reafiliación



Anexo 2. Cadena de Resultados del programa

Insumos	Actividades	Productos	Calidad del servicio entregado	Resultados de corto plazo	Resultados intermedios	Impacto
Solicitud de afiliación	Afiliación o reafiliación de usuarios al Seguro Popular	Póliza de afiliación	Usuarios afiliados satisfactoriamente	Asegurar el acceso a los servicios de salud	Contribuir a la economía de las familias al contar con acceso a servicios de salud	Disminuir la carencia de acceso a los servicios de salud de la medición de la pobreza multidimensional

Fuente: Elaboración propia. Formato adaptado de Cadena de Resultados adaptado de: Rubio, G (2012). Building Results Frameworks for Safety Nets Projects. The World Bank. EE.UU. Washington, D.C..

Anexo 3. Propuesta de recomendaciones y observaciones

No.	Recomendaciones y observaciones	Acciones propuestas	Resultados esperados
		Identificar a la población objetivo para la intervención, así como las localidades donde se encuentran.	
	Generar un diagnóstico de las localidades donde se encuentra la población potencial para la intervención.	Definir una estrategia de cobertura considerando la necesidad de generar MAO o establecer rutas para las brigadas itinerantes.	Asegurar la afiliación al Seguro Popular de toda la población objetivo.
		Diseñar un instrumento que permita realizar la estrategia.	
	Documentar un plan estratégico que le permita identificar y establecer objetivos y metas propios a la intervención en el Estado.	Identificar y documentar las metas y objetivos de la intervención, considerando específicamente las derivadas de la intervención a nivel estatal. Diseñar estrategias de para dar cumplimiento a las metas y objetivos identificados.	Conocer los objetivos y metas de la intervención en el Estado.
	Desarrollar un análisis de riesgos asociados a la intervención.	Identificar los riesgos asociados a la intervención y establecer un mecanismo para dar atención cuando se presenten.	Contar con la información necesaria que permita atender los riesgos que pueden impactar negativamente la intervención.

Establecer indicadores de calidad que permitan el monitoreo del impacto esperado con la ejecución de la intervención en el Estado, así como su contribución directa en la Medición de la Pobreza Multidimensional.	Identificar la contribución que tiene la intervención en indicadores superiores. Establecer indicadores que permitan monitorear el impacto de la intervención en sus distintas etapas.	Realizar el monitoreo de la intervención a fin de contar con información que permita conocer las condiciones de la intervención y aportar elementos que faciliten la toma de decisiones.
Fortalecer el mecanismo para dar a conocer los resultados de la intervención.	Establecer formatos para presentar los resultados de la intervención, considerando un análisis y lectura entendible.	Contar con información que permita identificar las variaciones, avances, cumplimientos de metas y objetivos, para una mejor toma de decisiones.

Anexo 4. Cédula de la Evaluación Específica de Desempeño con énfasis en la Calidad de la Gestión

Descripción de la intervención	El Programa busca la protección económica de la población que no es derechohabiente de algún servicio de salud, la atención para los beneficios se divide en dos categorías: Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) y Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC). La afiliación al Seguro Popular se realiza a través de los Módulos de Afiliación y Orientación (MAO) o en las brigadas itinerantes que recorren los diversos municipios.		
1. Principales procesos de la intervención			
La intervención del Seguro Popular surge de la necesidad de atender a la población vulnerable que no se encuentra afiliada a ningún régimen de salud, para crear las condiciones necesarias para la atención integral, el alcance que tiene el Programa en Durango se identifican los procesos de: infraestructura, afiliación y reafiliación y gestión de servicios de salud.			
2. Calidad de la gestión de la intervención			
2.1. Diseño del programa		2.2. Mecanismos de seguimiento	
El Programa encuentra su alineación en cuatro instrumentos de planeación estratégica, los cuales son: la Agenda 2030 con los Objetivos de Desarrollo Sostenible, Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2013-2018, el Plan Estatal de Desarrollo (PND) 2016 -2022y el Programa Sectorial de Salud (PROSESA) 2013-2018.		El plan estratégico es denominado: “Análisis de resultados de la aplicación del Plan Estratégico de Supervisión del Régimen Estatal de Protección Social en Salud para el ejercicio 2017 en el estado de Durango” . Es deseable que el Programa considere establecer un plan estratégico que le permita identificar y establecer objetivos y metas propios a la intervención en el Estado.	
2.3. Riesgos en la operación		2.4. Indicadores de capacidad y calidad y de avance en el tiempo	
Un factor relevante asociado a los riesgos de la intervención del Seguro Popular en Durango es que la cobertura de la población incorporada a través de la afiliación no abarque el 100% de la población del Estado que carece de servicios de salud, asociando que la incorporación contribuye directamente a las estadísticas de la pobreza multidimensional que realiza el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) y considera seis carencias sociales destacando la de acceso a los servicios de salud.		Para el monitoreo de la intervención, solamente se consideran indicadores de eficacia, es deseable contar con indicadores de calidad que permitan medir los atributos, las capacidades o las características que tienen o deben tener los bienes y servicios que se producen.	
2.5. Resultados			
2.5.1. Indicadores estratégicos		2.5.2. Principales resultados	
Porcentaje de cobertura del Seguro Popular		Contribuir a los servicios de salud eficientes y con calidad para todos mediante la protección en servicios de salud de la población que no cuenta con algún tipo de seguridad social.	
Porcentaje de cobertura		La población del Estado que no cuenta con algún tipo de seguridad social está protegida en servicios de salud	

2.6. Responsables de la operación	
<i>Los diversos actores que intervienen en la ejecución del seguro popular se encuentran establecidos dentro del "Manual de la Organización del Régimen Estatal de Protección en Salud del Estado de Durango" en el que se definen las responsabilidades de cada uno de ellos.</i>	
Análisis FODA	
Fortalezas	Oportunidades
• El Programa contribuye a lo comprometido en los documentos de planeación. • La intervención tiene relación directa con la carencia de acceso a los servicios de salud correspondiente a la Medición de la Pobreza Multidimensional que realiza el CONEVAL. • El programa genera mecanismos de comparación de bases de datos con otros regímenes de salud, para evitar la duplicidad en la afiliación. • El REPS establece un mecanismo de comunicación con los diversos actores de las localidades para coordinar la afiliación y reafluencia.	• Apropiar información que genera CONEVAL sobre la Medición de la Pobreza Multidimensional relacionados a la carencia de acceso a los servicios de salud, con la finalidad de identificar estrategias de cobertura.
Debilidades	Amenazas
• El Programa carece de un diagnóstico estatal que permita identificar las localidades donde se encuentra la población potencial, para generar estrategias, objetivos y metas propios a la intervención. • Carece de un análisis de riesgos asociados a la intervención, que permita contar con la identificación y plan de acción para los riesgos generados dentro de la ejecución de la implementación, considerando visualizar los impactos negativos que pudiesen surgir si un riesgo se presenta. • Falta de indicadores documentados de calidad que permitan el monitoreo del impacto esperado con la ejecución de la intervención en el Estado, así como su contribución directa en la Medición de la Pobreza Multidimensional. • Mecanismos insuficientes para dar a conocer y difundir los resultados de la intervención.	• Rezagar a población vulnerable para la intervención al no contar con una estrategia de cobertura formalizada. • El diseño de instrumentos normativos y estratégicos pueden verse afectados por cambios en la administración pública federal. • El panorama presupuestario a nivel federal puede representar un riesgo al financiamiento del Programa a nivel estatal.
Propuesta de recomendaciones y observaciones	
<i>Generar un diagnóstico de las localidades donde se encuentra la población potencial para la intervención. Documentar un plan estratégico que le permita identificar y establecer objetivos y metas propios a la intervención en el Estado.</i> <i>Desarrollar un análisis de riesgos asociados a la intervención.</i> <i>Establecer indicadores de calidad que permitan el monitoreo del impacto esperado con la ejecución de la intervención en el Estado, así como su contribución directa en la Medición de la Pobreza Multidimensional.</i> <i>Fortalecer el mecanismo para dar a conocer los resultados de la intervención.</i>	

Anexo 5. Estados pioneros del Seguro Popular en México

En el año 2001 fue creado el Fondo Nacional de Salud, contemplando en fase piloto el Programa de Seguro Popular en 5 estados de la Republica.

Figura 1. Estados pioneros del Seguro Popular



Fuente: Elaboración propia con información de la Ley General de Salud 2004.
Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_120718.pdf

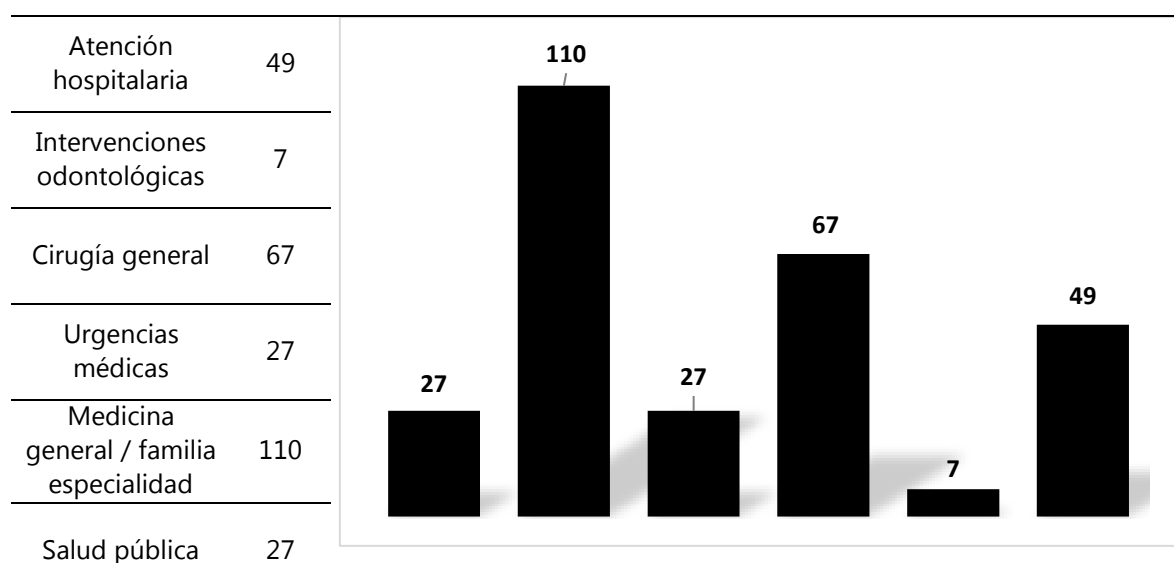
Anexo 6. Servicios esenciales de Salud

En 2017 para la ejecución del programa se consideró el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) 2016, el cual es actualizado cada dos años por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

El CAUSES contempla 6 grupos de servicios esenciales de salud para la atención que se brinda a través del Seguro Popular, los cuales son: salud pública, medicina general / familia y especialidad, urgencias médicas, cirugía general, intervenciones odontológicas y atención hospitalaria. Cabe destacar que la atención se realiza en unidades ambulatorias y hospitales generales.

Los servicios esenciales de salud considerados en el 2017 para la operación del programa abarcan 287 intervenciones médicas.

Tabla 1. Intervenciones médicas por grupo de servicios esenciales de salud.



Fuente: Elaboración propia con información del Catálogo Universal de Servicios de Salud 2016. Disponible en: <http://www.documentos.seguro-popular.gob.mx/dgss/CAUSES2016.pdf>

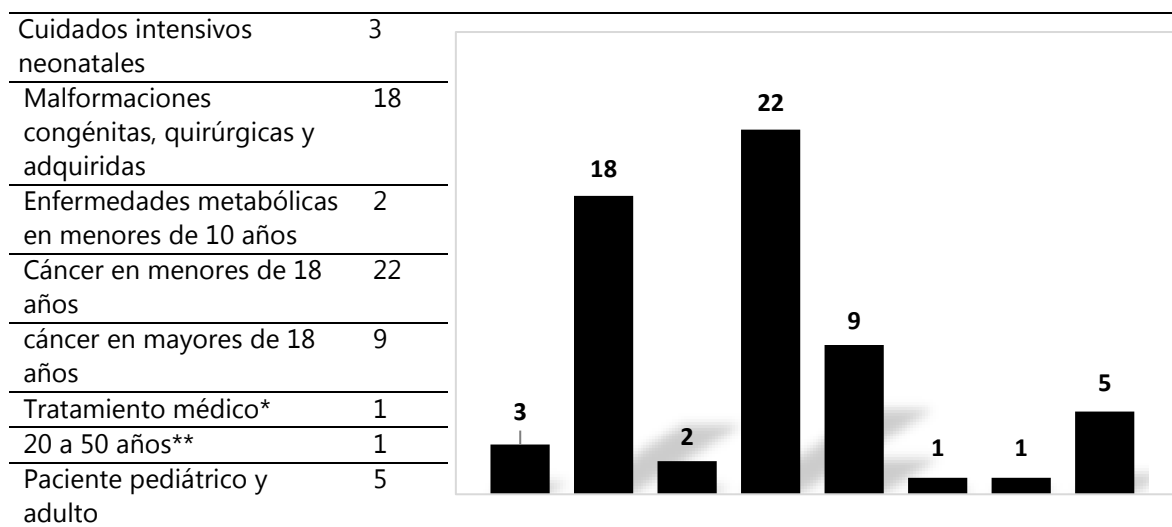
Anexo 7. Servicios de Alto Costo

Los gastos catastróficos se derivan de aquellos tratamientos y medicamentos asociados, definidos por el Consejo de Salubridad General, que satisfagan las necesidades de salud mediante la combinación de intervenciones de tipo preventivo, diagnóstico, terapéutico, paliativo y de rehabilitación, con criterios explícitos de carácter clínico y epidemiológico, seleccionadas con base en su seguridad, eficacia, costo, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social, que impliquen un alto costo en virtud de su grado de complejidad o especialidad y el nivel o frecuencia con la que ocurren.¹⁹

El Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) define los servicios de alto costo para la ejecución del Seguro Popular, los cuales son tercer nivel de atención, prestación de servicios especializados y enfermedades de alto costo.

El Fondo abarca 61 enfermedades de alto costo divididas en: cuidados intensivos neonatales, malformaciones congénitas, quirúrgicas y adquiridas, enfermedades metabólicas en menores de 10 años, cáncer en menores de 18 años, cáncer en mayores de 18 años, tratamiento médico, mayores de 60 años, 20 a 50 años, paciente pediátrico y adulto.

Tabla 2. Intervenciones médicas de alto costo



Fuente: Elaboración propia con información del Anexo I «Intervenciones del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos» del CAUSES 2016. Disponible en: <http://seguropopular.saludsonora.gob.mx/docs/pdf/FPGC.pdf>

* El tratamiento médico considera la intervención del Tratamiento antirretroviral de VIH/SIDA.

** 20 a 50 años considera la intervención para la atención a Hepatitis crónica tipo C.

¹⁹ Ley General de Salud Art. 77 Bis 29. Disponible en:
http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_120718.pdf

Anexo 8: Afiliación al Seguro Popular

La afiliación al Seguro Popular se puede realizar por núcleo familia o de manera individual, siempre que se cumplan los siguientes requisitos.

Tabla 3. Requisitos para afiliación al Seguro Popular

1	Ser residente de la República Mexicana
2	No ser derechohabiente de alguna institución de seguridad social en salud
3	Contar con Clave única de Registro de Población
4	Si es el caso, cubrir las cuotas*

Fuente: Elaboración propia con información del programa.

* En el estado de Durango la afiliación y reafiliación al Seguro Popular son tramites gratuitos, así como los servicios que ofrece.

Los usuarios que deseen realizar el trámite deberán de presentar los siguientes documentos según sea el caso, en cualquier de los diferentes MAO del Estado.

Tabla 4. Documentación para la afiliación al Seguro Popular por núcleo familiar.

Documento requerido	Presentación
Identificación oficial con fotografía, sólo de la persona que será el titular de la familia (credencial para votar, pasaporte, licencia para conducir, cédula profesional, cartilla del servicio militar nacional, matrícula consular, credencial del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM))	Original y Copia
Comprobante de domicilio reciente (recibo de luz, teléfono fijo, predial, estado de cuenta, carta expedida por autoridad local, acta de asamblea ejidal o comunal, para localidades con menos de 250 habitantes)	Original y Copia
Clave Única de Registro de Población (CURP) de cada uno de los miembros de la familia.	Copia
Para el caso de los recién nacidos, el certificado de nacimiento	Original y Copia
De ser el caso comprobante de estudios de los hijos y/o representados solteros de entre 18 y 25 años de edad	Original y Copia
De ser el caso comprobante de ser beneficiario de algún programa de apoyo o subsidio del gobierno federal o de pertenecer a una colectividad	Original y Copia

Fuente: Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

Anexo 9. Módulos de Afiliación y Orientación en Durango

Actualmente a nivel nacional el Seguro Popular cuenta con 1,719 MAO, de los cuales un 2% pertenecen a Durango.

Figura 2. Módulos de Afiliación y Orientación



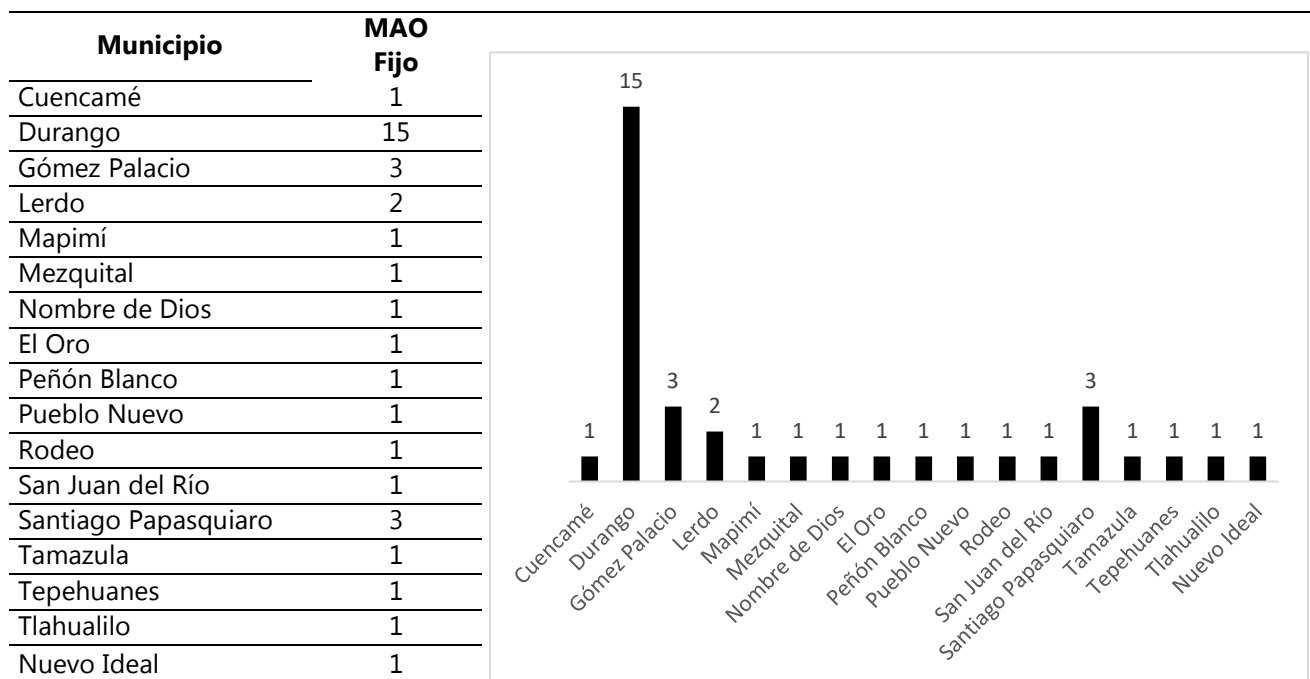
Fuente: Elaboración propia con información de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud / Ubica tu Módulo más cercano.

Disponible en: <http://www.cnpss-dgao.gob.mx/georeferencia/>

En Durango existen 36 módulos de los cuales 26 son puntos fijos y 10 corresponden a brigadas que abarcan principalmente los municipios de: Poanas, Vicente Guerrero, Canatlán, Tamazula, San Dimas, Panuco de Coronado, Pueblo Nuevo, Mezquital, Topia, Guanaceví, Canelas y Otáez, asimismo se cuenta con la brigada Durango y Laguna.

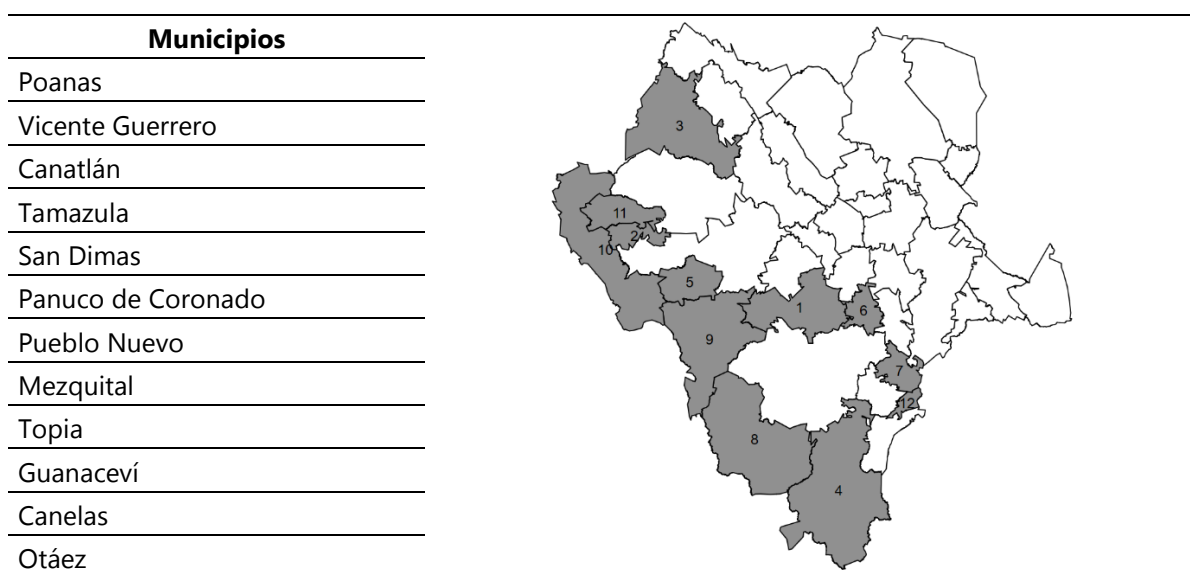
[illegible]Página **31**

Tabla 5. Municipios con MAO



Fuente: Elaboración propia con información de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud / Ubica tu Módulo más cercano. Disponible en: <http://www.cnpss-dgao.gob.mx/georeferencia/>

Tabla 6. Municipios atendidos por brigadas itinerantes

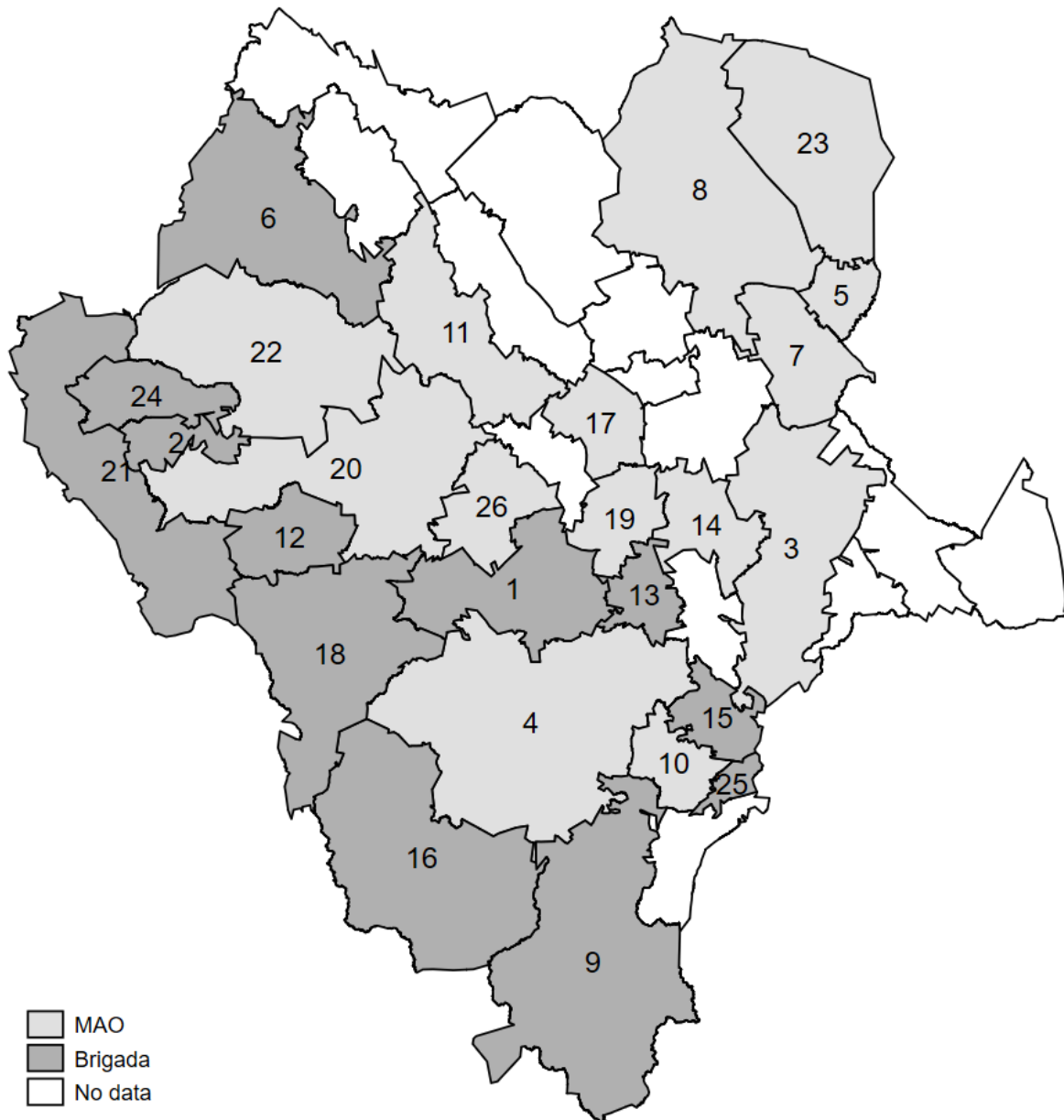


Fuente: Elaboración propia con información de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud / Ubica tu Módulo más cercano. Disponible en: <http://www.cnpss-dgao.gob.mx/georeferencia/>

La principal función de las brigadas y de los MAO es asegurar la afiliación o reafiliación de los usuarios al Seguro Popular, considerando los requisitos previamente definidos.

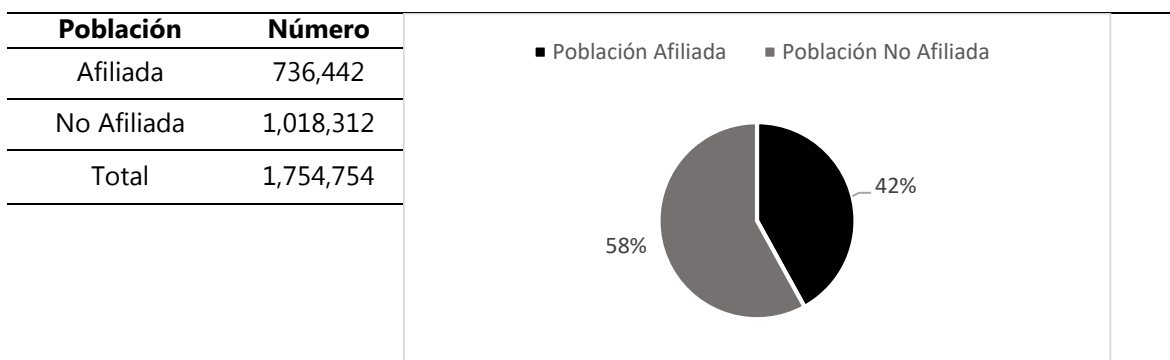
A continuación, podemos observar el alcance de cobertura referentes a MAO y brigadas en los municipios del estado.

Figura 4. Cobertura de MAO y Brigadas



Fuente: Elaboración propia con información de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud / Ubica tu Módulo más cercano. Disponible en: <http://www.cnps-dgao.gob.mx/georeferencia/>

Tabla 7. Porcentaje de población del estado de Durango afiliada al Seguro Popular en 2017



Fuente: Padrón Nacional de Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud/Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud por municipio. Disponible en: <https://datos.gob.mx/busca/dataset/beneficiarios-de-proteccion-social-en-salud-de-seguro-popular/resource/9f6525d9-d8dd-40a9-a761-b5e3fe5371f5>

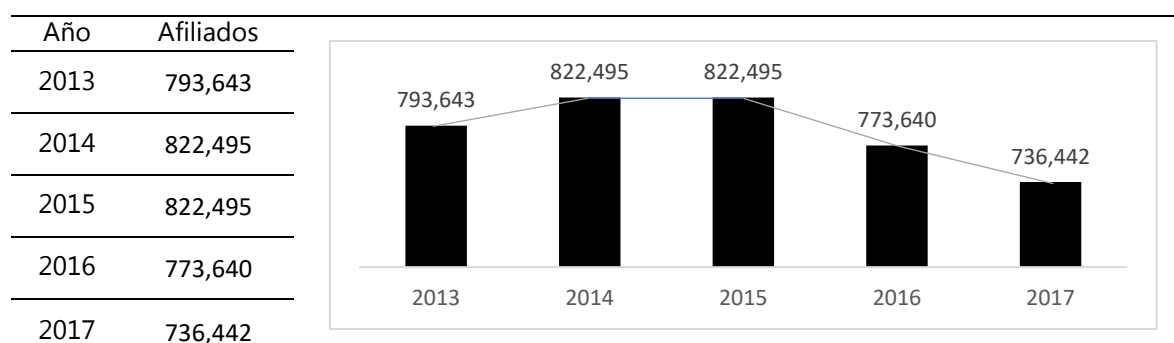
Anexo 10. Trayectoria de afiliación del Seguro Popular en los últimos cinco años.

El estado de Durango ocupa el lugar 24 a nivel nacional por el número de habitantes, los cuales un 49% son hombres y el 51% son mujeres conformando una población de 1,754,754 habitantes, según la Encuesta Intercensal 2015.

La cobertura que tiene la intervención en el Estado contempla 736,442 afiliados en 2017 representando un 42% de la población de Durango

En la siguiente tabla, podemos observar el comportamiento de la incorporación de beneficiarios al Seguro Popular en los últimos 5 años.

Tabla 8. Comportamiento de la cobertura del Seguro Popular en Durango



Fuente: Padrón Nacional de Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud/Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud por municipio. Disponible en: <https://datos.gob.mx/busca/dataset/beneficiarios-de-proteccion-social-en-salud-de-seguro-popular/resource/9f6525d9-d8dd-40a9-a761-b5e3fe5371f5>

Tabla 9. Histórico de cobertura del Seguro Popular por municipio

MUNICIPIO	2013	2014	2015	2016	2017
Canatlán	18,914	20,318	20,179	19,678	19,849
Canelas	3,480	3,776	3,875	3,903	3,868
Coneto De Comonfort	3,545	3,712	3,647	3,589	3,534
Cuencamé	24,414	27,530	26,985	23,852	21,365
Durango	257,452	252,461	249,526	239,948	221,803
El Oro	7,517	7,924	8,134	7,722	7,674
General Simón Bolívar	7,651	8,096	7,977	7,509	6,667
Gómez Palacio	97,506	97,696	98,536	93,322	79,579
Guadalupe Victoria	19,855	21,939	22,587	18,927	18,018
Guanaceví	4,912	5,396	5,410	5,319	5,750
Hidalgo	3,314	3,440	3,427	3,304	3,063

Indé	3,738	4,020	3,969	3,913	3,757
Lerdo	61,633	63,367	62,733	55,335	48,219
Mapimí	12,758	14,094	14,295	13,536	12,170
Mezquital	29,009	30,539	32,288	31,197	37,340
Nazas	9,302	10,078	9,877	8,663	8,552
Nombre De Dios	11,533	12,596	12,506	11,631	11,558
Nuevo Ideal	16,400	18,492	18,543	16,830	16,347
Ocampo	5,204	5,433	5,323	5,167	5,105
Otáez	3,299	3,648	3,688	3,838	4,275
Pánuco De Coronado	8,903	9,610	9,560	8,536	8,438
Peñón Blanco	9,027	9,704	9,616	8,496	8,619
Poanas	16,931	18,168	17,434	14,711	16,120
Pueblo Nuevo	26,520	28,851	29,034	29,311	28,782
Rodeo	9,596	10,053	10,086	9,506	9,188
San Bernardo	2,371	2,293	2,357	2,260	2,277
San Dimas	12,726	12,627	12,726	12,373	12,596
San Juan De Guadalupe	4,244	4,471	4,569	4,760	4,397
San Juan Del Río	10,155	10,846	10,721	9,879	9,329
San Luis Del Cordero	1,916	1,997	1,954	1,873	1,741
San Pedro Del Gallo	1,137	1,194	1,190	1,139	1,121
Santa Clara	5,349	5,670	5,597	4,582	4,934
Santiago Papasquiaro	29,188	32,020	32,088	29,990	29,446
Súchil	5,489	5,985	6,083	5,093	5,011
Tamazula	14,114	17,247	18,041	18,742	21,218
Tepehuanes	9,165	10,085	10,358	9,937	9,800
Tlahualilo	8,251	8,747	8,704	8,201	7,196
Topia	5,121	5,487	5,673	5,930	6,288
Vicente Guerrero	12,004	12,885	13,199	11,138	11,448

Fuente: Padrón Nacional de Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud/Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud por municipio. Disponible en: <https://datos.gob.mx/busca/dataset/beneficiarios-de-proteccion-social-en-salud-de-seguro-popular/resource/9f6525d9-d8dd-40a9-a761-b5e3fe5371f5>

Tabla 10. Porcentaje de población afiliada al Seguro Popular por Municipio

MUNICIPIO	POBLACIÓN DEL MUNICIPIO	POBLACIÓN AFILIADA EN 2017	PORCENTAJE DE POBLACIÓN AFILIADA
Canatlán	32,852	19,849	60%
Canelas	4,683	3,868	82%
Coneto De Comonfort	4,390	3,534	80%
Cuencamé	35,415	21,365	60%
Durango	654,876	221,803	33%
El Oro	11,496	7,674	66%
General Simón Bolívar	10,110	6,667	65%
Gómez Palacio	342,286	79,579	23%

MUNICIPIO	POBLACIÓN DEL MUNICIPIO	POBLACIÓN AFILIADA EN 2017	PORCENTAJE DE POBLACIÓN AFILIADA
Guadalupe Victoria	35,380	18,018	51%
Guanaceví	9,851	5,750	58%
Hidalgo	3,838	3,063	80%
Indé	4,927	3,757	76%
Lerdo	153,311	48,219	31%
Mapimí	26,502	12,170	46%
Mezquital	39,288	37,340	95%
Nazas	12,957	8,552	66%
Nombre De Dios	19,694	11,558	59%
Nuevo Ideal	27,278	16,347	60%
Ocampo	9,567	5,105	53%
Otáez	5,385	4,275	79%
Pánuco De Coronado	12,290	8,438	69%
Peñón Blanco	10,922	8,619	79%
Poanas	25,241	16,120	64%
Pueblo Nuevo	50,417	28,782	57%
Rodeo	13,554	9,188	68%
San Bernardo	3,205	2,277	71%
San Dimas	19,383	12,596	65%
San Juan De Guadalupe	5,564	4,397	79%
San Juan Del Río	12,747	9,329	73%
San Luis Del Cordero	2,077	1,741	84%
San Pedro Del Gallo	1,478	1,121	76%
Santa Clara	7,089	4,934	70%
Santiago Papasquiaro	48,482	29,446	61%
Súchil	6,343	5,011	79%
Tamazula	26,709	21,218	79%
Tepehuanes	11,060	9,800	89%
Tlahualilo	22,895	7,196	31%
Topia	9,351	6,288	67%
Vicente Guerrero	21,861	11,448	52%

Fuente: Padrón Nacional de Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud/Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud por municipio. Disponible en: <https://datos.gob.mx/busca/dataset/beneficiarios-de-proteccion-social-en-salud-de-seguro-popular/resource/9f6525d9-d8dd-40a9-a761-b5e3fe5371f5>

Gómez Palacio, Lerdo, Tlahualilo y Durango son los municipios con menor porcentaje de población afiliada, a continuación, podemos observar la comparativa con la medición de carencias por acceso a los servicios de salud 2015.

Tabla 11. Municipios con menor porcentaje de población afiliada.

MUNICIPIO	POBLACIÓN AFILIADA EN 2017	PORCENTAJE DE POBLACIÓN AFILIADA
Gómez Palacio	79,579	23%
Lerdo	48,219	31%
Tlahualilo	7,196	31%
Durango	221,803	33%

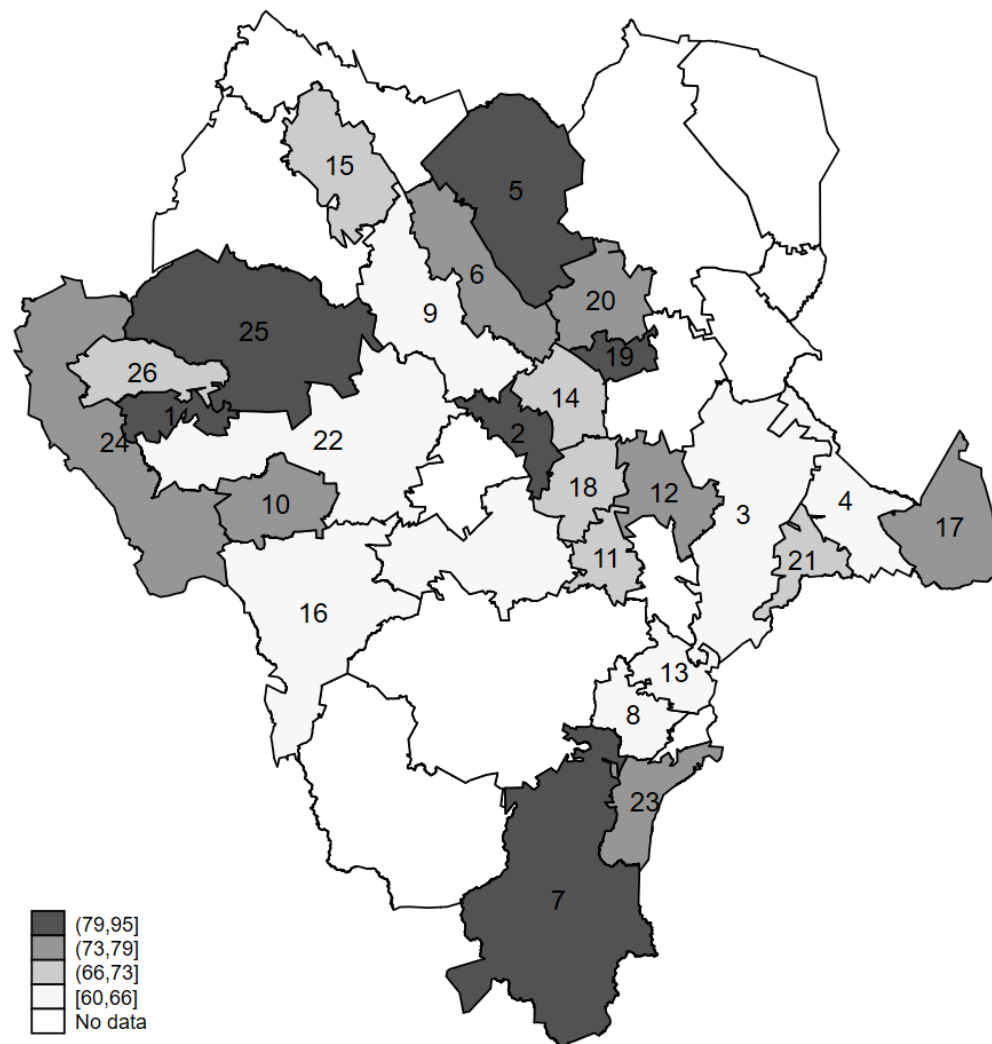
Tabla 12. Municipios con el 60% o más de su población afiliada.

MUNICIPIO	PORCENTAJE DE POBLACIÓN AFILIADA
Mezquital	95%
Tepehuanes	89%
San Luis Del Cordero	84%
Canelas	82%
Coneto De Comonfort	80%
Hidalgo	80%
Otáez	79%
Peñón Blanco	79%
San Juan De Guadalupe	79%
Súchil	79%
Tamazula	79%
Indé	76%
San Pedro Del Gallo	76%
San Juan Del Río	73%
San Bernardo	71%
Santa Clara	70%
Pánuco De Coronado	69%
RODEO	68%
Topia	67%
El Oro	66%
Nazas	66%
General Simón Bolívar	65%

MUNICIPIO	PORCENTAJE DE POBLACIÓN AFILIADA
San Dimas	65%
Poanas	64%
Santiago Papasquiaro	61%
Canatlán	60%
Cuencamé	60%
Nuevo Ideal	60%

Fuente: Elaboración propia con información del Padrón Nacional de Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud/Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud por municipio. Disponible en: <https://datos.gob.mx/busca/dataset/beneficiarios-de-proteccion-social-en-salud-de-seguro-popular/resource/9f6525d9-d8dd-40a9-a761-b5e3fe5371f5>

Figura 5. Municipios con mayor porcentaje de afiliación.



Fuente: Elaboración propia con información del Padrón Nacional de Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud/Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud por municipio. Disponible en:

<https://datos.gob.mx/busca/dataset/beneficiarios-de-proteccion-social-en-salud-de-seguro-popular/resource/9f6525d9-d8dd-40a9-a761-b5e3fe5371f5>

Anexo 11. Carencias consideradas en la medición de la pobreza en México.

Rezago Educativo



El indicador toma en consideración los siguientes elementos:

- Que las personas de tres a quince años de edad asistan a un centro de educación básica o que hayan terminado la educación secundaria.
- Que las personas nacidas antes de 1982 cuenten al menos con primaria completa.
- Que las personas nacidas a partir de 1982 cuenten al menos con secundaria completa.

Acceso a la Salud



El indicador toma en consideración que las personas cuenten con adscripción o derecho a recibir servicios médicos de alguna de las siguientes instituciones:

- Seguro Popular.
- Servicios médicos del IMSS.
- Servicios médicos del ISSSTE o ISSSTE estatal.
- Servicios médicos de Pemex, Ejército, Marina u otra institución pública o privada.

Seguridad Social



El indicador toma en consideración los siguientes elementos:

Que la población económicamente activa (PEA) asalariada tenga todas y cada una de las siguientes prestaciones laborales:

- Servicio médico en el IMSS, ISSSTE, ISSSTE estatal o PEMEX;
- Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR) o inscripción a una Administradora de Fondos para el Retiro (AFORE), e Incapacidad laboral con goce de sueldo.

Que la población trabajadora no asalariada o independiente tenga como prestación laboral o contratación voluntaria los siguientes dos beneficios:

- Servicios médicos en el IMSS, ISSSTE, ISSSTE estatal o PEMEX, y
- Disponga de SAR o inscripción a una AFOR.

Que las siguientes personas con parentesco directo con algún familiar, con acceso a la seguridad social, tengan derecho a recibir servicios médicos:

Jefe de hogar o cónyuge que no pertenezca a la PEA

Ascendentes: padre, madre o suegros del jefe de hogar o cónyuge que no pertenezcan a la PEA.

Descendientes: hijos menores de dieciséis años, o hijos entre dieciséis y veinticinco años que estén estudiando.

Las personas que gozan de alguna jubilación, pensión o que reciben servicios médicos en el IMSS, ISSSTE, ISSSTE estatal o PEMEX por parte de algún familiar, o como consecuencia de muerte de una persona asegurada o por contratación propia



Calidad y espacios de la vivienda

El indicador toma en consideración que la vivienda cuente con materiales de construcción y espacios con las siguientes características:

Piso firme de cemento o con recubrimiento (laminado, mosaico, madera);

El material de techos sea losa de concreto o viguetas con bovedilla, madera, terrado con viguería, lámina metálica, de asbesto, palma, teja, o de calidad superior;

El material de muros sea tabique, ladrillo, block, piedra, concreto, madera, adobe, o de calidad superior y,

Que el número de personas por cuarto —contando la cocina pero excluyendo pasillos y baños— (hacinamiento) sea menor a 2.5.



Servicios básicos de la vivienda

El indicador toma en consideración que la vivienda cuente con todos los servicios básicos con las siguientes características:

Agua entubada dentro de la vivienda o fuera de la vivienda pero dentro del terreno;

drenaje conectado a la red pública o a una fosa séptica;

electricidad obtenida del servicio público, de panel solar o de otra fuente, planta particular, y

que el combustible para cocinar sea gas LP o gas natural, electricidad, y si es leña o carbón que la cocina cuente con chimenea.



Alimentación

El indicador se construye a partir de la Escala Mexicana de Seguridad Alimentaria (EMSA) y toma en consideración los siguientes elementos: En los hogares donde sólo residen adultos, se valora si en los últimos tres meses por falta de dinero o recursos algún integrante del hogar:

- Tuvo una alimentación basada en muy poca variedad de alimentos.
- Dejó de desayunar, comer o cenar.
- Comió menos de lo que piensa debía comer.
- Se quedó sin comida.
- Sintió hambre pero no comió.
- Comió una vez al día o dejó de comer todo un día.

Fuente: Elaboración propia con información del CONEVAL disponible en:

<https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/Medición/Indicadores-de-carencia-social.aspx>

El CONEVAL debe establecer los lineamientos y criterios para realizar la definición, identificación y medición de la pobreza en México, tomando en consideración al menos los indicadores antes plasmados y con base en la Ley General de Desarrollo Social.²⁰

²⁰ Ley General de Desarrollo Social Artículo 36 de la Capítulo VI De la Definición y Medición de la Pobreza: Los lineamientos y criterios que establezca el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social para la definición, identificación y medición de la pobreza son de aplicación obligatoria para las entidades y dependencias públicas que participen en la ejecución de los programas de desarrollo social, y deberá utilizar la información que genere el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, independientemente de otros datos que se estime conveniente, al menos sobre los siguientes indicadores: I. Ingreso corriente per cápita; II. Rezago educativo promedio en el hogar; III. Acceso a los servicios de salud; IV. Acceso a la seguridad social; V. Calidad

Anexo 12. Relación de afiliación con porcentaje de personas con carencia por
acceso a los servicios de salud en 2015

MUNICIPIO	POBLACIÓN DEL MUNICIPIO	POBLACIÓN AFILIADA EN 2015	PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN AFILIADA POR MUNICIPIO EN 2015	PORCENTAJE DE PERSONAS CON CARENCIA POR ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD EN 2015
Gómez Palacio	342,286	98,536	29%	16.3%
Tlahualilo	22,895	8,704	38%	13.1%
Durango	654,876	249,526	38%	15.1%
Lerdo	153,311	62,733	41%	15.0%
Mapimí	26,502	14,295	54%	15.1%
Guanaceví	9,851	5,410	55%	31.6%
Ocampo	9,567	5,323	56%	16.9%
Pueblo Nuevo	50,417	29,034	58%	10.3%
Vicente Guerrero	21,861	13,199	60%	28.4%
Topia	9,351	5,673	61%	22.3%
Canatlán	32,852	20,179	61%	11.7%
Nombre De Dios	19,694	12,506	64%	15.0%
Guadalupe Victoria	35,380	22,587	64%	20.9%
San Dimas	19,383	12,726	66%	8.2%
Santiago Papasquiaro	48,482	32,088	66%	11.9%
Tamazula	26,709	18,041	68%	10.6%
Nuevo Ideal	27,278	18,543	68%	14.2%
Otáez	5,385	3,688	68%	25.9%
Poanas	25,241	17,434	69%	14.8%
El Oro	11,496	8,134	71%	12.3%
San Bernardo	3,205	2,357	74%	13.9%
Rodeo	13,554	10,086	74%	8.0%
Cuencamé	35,415	26,985	76%	13.4%
Nazas	12,957	9,877	76%	11.0%
Pánuco De Coronado	12,290	9,560	78%	10.2%
General Simón Bolívar	10,110	7,977	79%	12.0%
Santa Clara	7,089	5,597	79%	13.0%
San Pedro Del Gallo	1,478	1,190	81%	13.6%
Indé	4,927	3,969	81%	16.0%

y espacios de la vivienda digna y decorosa; VI. Acceso a los servicios básicos en la vivienda digna y decorosa; VII. Acceso a la alimentación nutritiva y de calidad; VIII. Grado de cohesión social, y IX. Grado de Accesibilidad a carretera pavimentada.

San Juan De Guadalupe	5,564	4,569	82%	19.9%
Mezquital	39,288	32,288	82%	29.5%
Canelas	4,683	3,875	83%	17.2%
Coneto De Comonfort	4,390	3,647	83%	7.1%
San Juan Del Río	12,747	10,721	84%	9.5%
Peñón Blanco	10,922	9,616	88%	11.1%
Hidalgo	3,838	3,427	89%	14.8%
Tepehuanes	11,060	10,358	94%	6.7%
San Luis Del Cordero	2,077	1,954	94%	13.2%
Súchil	6,343	6,083	96%	12.1%

Fuente: Elaboración propia con información del Padrón Nacional de Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud/Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud por municipio. Disponible en: <https://datos.gob.mx/busca/dataset/beneficiarios-de-proteccion-social-en-salud-de-seguro-popular/resource/9f6525d9-d8dd-40a9-a761-b5e3fe5371f5>, Medición de la pobreza multidimensional 2015. Disponible en: http://www.inevap.org.mx/es/pobreza_carencia e Encuesta intercensal 2015. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/>



inevap

INSTITUTO DE EVALUACIÓN DE POLÍTICAS
PÚBLICAS DEL ESTADO DE DURANGO