



inevap

INSTITUTO DE EVALUACIÓN DE POLÍTICAS
PÚBLICAS DEL ESTADO DE DURANGO

Evaluación Específica



Programa **Anual** de
Evaluación 2019

**Programa Fortalecimiento a la
Atención Médica**

Servicios de Salud de Durango



inevap

INSTITUTO DE EVALUACIÓN DE POLÍTICAS
PÚBLICAS DEL ESTADO DE DURANGO

Evaluación Específica



Programa **Anual** de
Evaluación 2019

**Programa Fortalecimiento a la
Atención Médica**

Servicios de Salud de Durango

Evaluación Específica del Programa Fortalecimiento de la Atención Médica

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 del Programa Fortalecimiento de la Atención Médica, Durango:inevap, 2019.

DIRECTORIO

INSTITUTO DE EVALUACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS DEL ESTADO DE DURANGO

Consejo General **Juan Gamboa García**
Consejero

Delyana de Jesús Vargas Loaiza
Consejera

Emiliano Hernández Camargo
Consejero

Coordinaciones **Karla Gabriela Chávez Verdín**
Coordinadora de Administración y Finanzas

Fátima Citlali Cisneros Güereca
Coordinadora de Vinculación

Sergio Humberto Chávez Arreola
Coordinador de la Política de Evaluación

Omar Ravelo Rivera
Coordinador de Seguimiento de la Evaluación

Equipo técnico de la evaluación **Moisés Tamayo Díaz**
Sergio Humberto Chávez Arreola
Rafael Rodríguez Vázquez

Contenido

Resumen Ejecutivo	8
Objetivos de la evaluación	11
Objetivo general.....	11
Objetivos específicos	11
Hipótesis de la evaluación.....	11
Hipótesis principal	11
Hipótesis adicionales	11
Alcance de la evaluación.....	11
Introducción.....	12
Evaluación.....	13
Características de la intervención	13
I. Lógica causal de la intervención.....	15
II. Calidad de la intervención	16
III. Resultados y satisfacción.....	25
Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas	30
Propuesta de recomendaciones y observaciones	31
Conclusiones.....	32
Referencias	33
Anexos.....	35
Anexo 1. Lógica causal	35
Anexo 2. Indicadores.....	36
Anexo 3. Cobertura de las UMM según indicadores seleccionados, 2018.....	39
Anexo 4. Indicadores federales del PFAM.....	40

Siglas y acrónimos

Clues	Clave Única de Establecimientos de Salud
Causes	Catálogo Universal de Servicios de Salud
Coneval	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social
CPV	Censo de Población y Vivienda
DGPLADES	Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud
EACU	Encuesta de Atención Centrada en el Usuario
ESTAD	Encuesta de Satisfacción Trato Adecuado y Digno
GACP	Grado de Accesibilidad a Carretera Pavimentada
Inegi	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
Inevap	Instituto de Evaluación de Políticas Públicas del Estado de Durango
LAI	Localidades Área de Influencia
LS	Localidades Subsede
MIR	Matriz de Indicadores para Resultados
PAE	Programa Anual de Evaluación de las Políticas y de los Programas Públicos del Estado de Durango
PFAM	Programa Fortalecimiento a la Atención Médica
ROP	Reglas de Operación
SESTAD	Sistema de la Encuesta de Satisfacción Trato Adecuado y Digno
SS	Secretaría de Salud
UMM	Unidades Médicas Móviles

Glosario

Capacidad resolutiva	Resultado evidenciable que puede ofrecer un establecimiento para la atención médica para la solución o manejo de las necesidades de salud de la población a la que presta servicios utilizando su infraestructura, equipo médico, insumos y recursos humano (SS, 2019).
-----------------------------	---

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.

Resumen Ejecutivo

La Evaluación Específica del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica analiza los requerimientos operativos y de gestión del programa a nivel local. En particular, expone los elementos que conforman la intervención, en cuanto a la planeación e implementación de las visitas de las Unidades Médicas Móviles (UMM), el registro del avance y logro de resultados y de la satisfacción de los beneficiarios, así como la coordinación necesaria entre el estado y la federación para alcanzar los objetivos del programa. De esta manera, la evaluación se interesa en generar información relevante, útil y oportuna para mejorar la toma de decisiones respecto la gestión local del programa y su contribución al logro de sus resultados esperados.

El Programa Fortalecimiento a la Atención Médica (PFAM) surge en 2016 bajo la responsabilidad de la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES) de la Secretaría de Salud (SS), luego de la fusión de los programas «Fortalecimiento de las Redes de Servicios de Salud» y «Unidades Médicas Móviles». A nivel local, el PFAM es responsabilidad de sus coordinaciones estatales y de los servicios de salud de cada entidad federativa.

El PFAM busca «contribuir [...] para la prestación de servicios de atención primaria a la salud en localidades menores a 2,500 personas, carentes de servicios de salud» (SS, 2019), a través de la transferencia de recursos federales, personal médico y Unidades Médicas Móviles (UMM) a las entidades federativas. En específico, el programa moviliza las UMM hacia localidades seleccionadas para proporcionar los tres componentes de la atención primaria a la salud: prevención, promoción y atención, según las intervenciones del Catálogo Universal de Servicios de Salud (Causes) que corresponda a cada año.

La intervención identifica y documenta la lógica causal a nivel local que la conecta con los objetivos definidos y hace explícitos los argumentos que justifican la causalidad en cada una de las etapas.

El PFAM es una iniciativa federal cuyo diseño y lógica causal son responsabilidad de ese nivel. La documentación del programa describe el problema público que lo justifica y expone la evidencia que sustenta la estrategia de intervención seleccionada.

Una forma de representar la lógica causal de una intervención es la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR). El PFAM cuenta con una MIR desarrollada por la SS que explica sus objetivos y cadena causal; así mismo, la coordinación estatal del programa configura una MIR propia, que expresa el entendimiento local de la intervención y sus prioridades de medición.

La lógica causal del programa, representada en la MIR federal y estatal, refleja cómo la intervención es capaz de alcanzar sus objetivos al atender efectivamente la necesidad pública que la justifica.

Los mecanismos y estrategias del programa a nivel local, en particular sobre la selección de los lugares de intervención, contribuyen a asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud.

Las responsabilidades del nivel federal y local se establecen en la documentación del programa. El estado implementa la intervención, mientras que la federación financia parte del programa y establece el marco normativo y documental que lo sustenta.

El PFAM busca asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud, especialmente de la población que vive en localidades cuyo contexto territorial limita su capacidad y oportunidad de acceder a la atención médica, mediante la operación de UMM que ofrecen los servicios de atención primaria a la salud: promoción, prevención y atención.

Con atención a los requerimientos y criterios establecidos en el documento normativo del PFAM, la gestión local del programa tiene a su cargo la selección de las localidades que visitan las UMM y la planeación de sus rutas.

En 2018, las rutas de las UMM federales atendieron 1,933 localidades, en tanto que las UMM estatales dieron sus servicios en 1,374 localidades, de manera que cada UMM atendió en promedio 60 localidades en el año. En congruencia con los objetivos del programa, la cobertura de las UMM se concentró en localidades con menores capacidades de infraestructura y municipios con mayor rezago en desarrollo humano y carencia por acceso a los servicios de salud.

Sin embargo, los registros del programa muestran un desfase entre la planeación y cumplimiento de las visitas de las UMM a las localidades, pues 43.10% de las localidades fueron visitadas menos de la mitad de las veces planeadas. Esta situación se atribuye a tres situaciones principales:

- El deterioro mecánico de las UMM derivado de su uso intensivo y las reparaciones consecuentes hacen que algunas rutas se retrasen.
- Las condiciones de inseguridad de algunas regiones del estado no permiten que las UMM entren en ciertas localidades.
- Las condiciones meteorológicas y orográficas provocan que los traslados se alarguen y los desplazamientos se compliquen.

Asimismo, el programa enfrenta limitantes presupuestales y carece de registros específicos sobre la asignación y uso de los recursos a nivel local. En este sentido, la incertidumbre de una financiación adecuada y oportuna dificulta la planeación, al desconocer los recursos de los que se dispone; entorpece la operación, como sucede con la insuficiencia de

medicamentos e insumos en las UMM y; limita el logro de los objetivos del programa, al poner en riesgo la calidad, seguridad y suficiencia del servicio entregado.

La intervención cuenta con mecanismos e instrumentos que permiten monitorear y evaluar el logro de sus objetivos definidos.

El PFAM cuenta con indicadores federales y estatales. Los responsables locales del PFAM deben registrar la información que alimenta los indicadores del nivel federal. Aunque normativamente el método para ello se basa en la utilización del Sistema Nacional de Información Básica en Salud (Sinba) —en el que se reportaría el avance y productividad de cada UMM por su propio personal—, en la práctica, los responsables del PFAM recogen la información que generan las UMM mediante formatos que luego registran en el Sinba. Esto no se debe a una omisión de la gestión local del programa, sino a las constantes fallas que presenta el Sinba, que dificultan el registro de la información por cada UMM y entorpecen la actualización de los datos.

Los indicadores del nivel federal producen información relevante para los responsables del programa de ese nivel, aunque no necesariamente para los gestores locales. Una buena práctica del nivel local es contar con indicadores propios que muestren avances de interés, relacionados con condiciones o necesidades específicas de la gestión y operación local del programa. En este sentido, a pesar de tener indicadores locales, se observa que estos se relacionan únicamente con el cumplimiento de la planeación del programa, aun cuando se pretende medir el nivel estratégico o de resultados de la intervención.

Por otro lado, el PFAM recoge la satisfacción de sus beneficiarios mediante una encuesta, aunque su alcance es limitado, sus resultados apoyan la toma de decisiones para mejorar la implementación del programa.

La evaluación ofrece vías de mejora de la gestión local del PFAM. A medida que el programa avance en su atención, aumentará su probabilidad de éxito y controlará los factores que la puedan desviar del logro de los resultados. En este sentido, es necesario que el programa asegure el cumplimiento de las visitas de las UMM, fortalezca la medición de resultados del nivel local y mejore la recolección de la satisfacción de sus beneficiarios.

En síntesis, el PFAM contribuye al logro de uno de los objetivos más importantes de los gobiernos, el acceso efectivo a los servicios de salud. El estado y la federación comparten responsabilidades y retos en el cumplimiento de este propósito. Cuando el nivel federal define la estrategia y financia parte de ella, espera que localmente se movilicen los recursos y actores necesarios para su operación, esta evaluación proporciona información que conduce a la implementación de acciones de mejora de las capacidades operativas y de gestión de la entidad federativa que fortalezcan la calidad del servicio entregado a la población.

Objetivos de la evaluación

Objetivo general

Analizar los requerimientos de implementación a nivel local para lograr los objetivos de la intervención.

Objetivos específicos

- Identificar y analizar la lógica causal del programa a nivel local.
- Valorar la calidad y suficiencia de los mecanismos y estrategias del programa, en particular, sobre la selección de los lugares de intervención.
- Analizar los elementos del programa para medir y evaluar sus resultados y para conocer la satisfacción de sus beneficiarios.

Hipótesis de la evaluación

Hipótesis principal

La implementación de la intervención a nivel local contribuye a asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud.

Hipótesis adicionales

1. La intervención identifica y documenta la lógica causal a nivel local que la conecta con los objetivos definidos y hace explícitos los argumentos que justifican la causalidad en cada una de las etapas.
2. Los mecanismos y estrategias del programa a nivel local, en particular sobre la selección de los lugares de intervención, contribuyen a asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud.
3. La intervención cuenta con mecanismos e instrumentos que permiten monitorear y evaluar el logro de sus objetivos definidos.

Alcance de la evaluación

La Evaluación Específica del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica busca identificar hallazgos y proponer recomendaciones y observaciones a partir del análisis de los requerimientos operativos y de gestión de la intervención a nivel local para alcanzar sus resultados mediante el análisis de la documentación normativa y de planeación y gestión de la intervención, así como toda la información disponible al momento de la evaluación.

Los hallazgos de la evaluación exponen los principales factores que explican la contribución local al alcance de los objetivos del PFAM; así mismo, la evaluación reconoce los logros alcanzados y las buenas prácticas implementadas; además, se concentra en los elementos que pueden limitar el logro de los resultados, al estudiar la trayectoria de planeación e implementación del PFAM a nivel local.

Introducción

El Instituto de Evaluación de Políticas Públicas del Estado de Durango (Inevap) y la Secretaría de Salud de Durango seleccionaron el Programa Fortalecimiento a la Atención Médica (PFAM), con el objetivo de analizar sus requerimientos de implementación a nivel local para lograr los objetivos de la intervención. La evaluación registra y valora las fortalezas y áreas de oportunidad del programa y recomienda vías para aumentar la probabilidad de alcanzar sus objetivos y elevar la eficiencia en el uso de los recursos públicos.

Para configurar los objetivos, hipótesis y preguntas de evaluación, el Inevap desarrolló un ejercicio de evaluabilidad que abordó la complejidad conceptual y política de la intervención, las necesidades de información y los usos previstos de la evaluación.

A partir de la documentación pública y la interacción con los responsables del programa, se identificaron las características de la intervención, los actores interesados, los mecanismos de causalidad y contribución, el proceso de cambio de comportamiento e integración con el contexto, la información disponible para la evaluación, la utilización esperada de los resultados y la disposición al cambio de los funcionarios. De esta manera, la perspectiva específica de la evaluación del PFAM responde a las características de la intervención, concebida a nivel federal pero implementada localmente.

La Evaluación Específica del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica se enfoca en tres aspectos de la intervención: lógica causal, calidad de la intervención y resultados y satisfacción. Todo ello, a fin de identificar hallazgos y proponer recomendaciones y observaciones que aumenten la oportunidad de que el programa alcance sus resultados esperados y contribuya a alcanzar los objetivos definidos federalmente.

La evaluación expone los elementos que conforman la intervención, sobre todo en cuanto a la planeación e implementación de las visitas de las Unidades Médicas Móviles (UMM), el registro del avance y logro de resultados y de la satisfacción de los beneficiarios, así como la coordinación entre el estado y la federación para alcanzar los objetivos del programa. Así, la evaluación se interesa en generar información relevante, útil y oportuna para mejorar la toma de decisiones respecto la gestión local del programa y su contribución al logro de sus resultados esperados, así como impulsar una cultura de la evaluación, transparencia y rendición de cuentas.

Evaluación

Características de la intervención

El Programa Fortalecimiento a la Atención Médica (PFAM) surge en 2016 bajo la responsabilidad de la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES) de la Secretaría de Salud (SS) luego de la fusión de los programas «Fortalecimiento de las Redes de Servicios de Salud» y «Unidades Médicas Móviles»². A nivel local, el PFAM es responsabilidad de sus coordinaciones estatales y de los servicios de salud de cada entidad federativa.

En su documento de diagnóstico, el PFAM reconoce que el acceso universal a los servicios de salud es un reto en México y el mundo, especialmente «cuando se trata de poblaciones en condiciones de vulnerabilidad que por su asentamiento geográfico altamente disperso dificulta su desarrollo» (SS, 2015). De esta manera, las Reglas de Operación (ROP) para el ejercicio fiscal 2019 del PFAM manifiestan que el programa pretende resolver las «limitaciones de cobertura de servicios de salud que aún prevalecen en las localidades con población menor a 2,500 personas y sin acceso a servicios de salud, por falta de infraestructura, carentes de recursos para otorgar atención permanente a la población» (SS, 2019).

En el mismo documento se establece que el objetivo general del PFAM es «contribuir [...] para la prestación de servicios de atención primaria a la salud en localidades menores a 2,500 personas, carentes de servicios de salud» (SS, 2019), a través de la transferencia de recursos federales, personal médico y Unidades Médicas Móviles (UMM) a las entidades federativas. En específico, el programa moviliza UMM hacia localidades seleccionadas para proporcionar los tres componentes de la atención primaria a la salud: prevención, promoción y atención, según las intervenciones del Catálogo Universal de Servicios de Salud (Causas)³ que corresponda a cada año.

Dado que el PFAM es una iniciativa federal, su alineación se hace explícita con la planeación nacional. Las ROP 2019 establecen que el programa se relaciona con la Directriz 2 «Bienestar social e igualdad» del Anexo 5 del Manual de Programación y Presupuesto 2019. Más importante aún, el PFAM contribuye al cumplimiento del Artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

² De hecho, el antecedente más lejano del PFAM es el Programa de Extensión de Cobertura en 2006.

³ De acuerdo con la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (2019) de la SS, el Causas es el documento de referencia del Sistema de Protección Social en Salud que describe las intervenciones médicas a las que tiene derecho el beneficiario del Seguro Popular. El Causas se actualiza cada 2 años y en 2019 se conforma por 294 intervenciones distribuidas en 5 grupos: prevención y promoción en salud, medicina general y especialidad, urgencias, cirugía general y obstetricia.

A nivel local, el PFAM puede vincularse con el Plan Estatal de Desarrollo 2016-2022, particularmente con el Eje 2 «Gobierno con sentido humano y social», Objetivo 11 «Garantizar los servicios de prevención de enfermedades, protección u promoción de la salud y Estrategia 11.2 «Impulsar la cobertura de los servicios de salud en los diferentes niveles de atención médica, con esquemas novedosos».

En cuanto a los Objetivos de Desarrollo Sostenible, el PFAM puede alinearse con 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» del Objetivo 3 «Salud y bienestar».

Por otro lado, la población potencial del PFAM se define en sus ROP 2019 como las «localidades con menos de 2,500 personas [...] sin acceso a los servicios de salud por falta de infraestructura, carentes de recursos para otorgar atención permanente a la población» (SS, 2019), mientras que su población objetivo son las localidades que conforman las rutas de las UMM diseñadas por la entidad federativa y validadas por la DGPLADES.

El financiamiento del PFAM es mixto. El nivel federal cubre las remuneraciones del personal gerencial del programa y operativo de las UMM que son su responsabilidad; por su parte, el estado financia el gasto de sus UMM y aporta el resto de los recursos necesarios para la operación del programa, como medicamentos, insumos médicos, combustibles, gastos de mantenimiento, etc. La información disponible sobre el presupuesto asignado al PFAM corresponde solo al financiamiento federal, que fue de 13,753,852.92 pesos y 14,992,207.82 pesos en 2018 y 2019 respectivamente, lo que representa una variación positiva del 9%.

En cuanto a la medición de sus resultados a nivel federal, el PFAM emplea 4 indicadores: Tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino, Porcentaje de localidades con servicios de atención primaria a la salud, Porcentaje de casos referidos de embarazo de alto riesgo a un segundo nivel de atención y Porcentaje de niños menores de cinco años recuperados de desnutrición. Para el 2019, el PFAM solo estableció metas para los tres últimos indicadores mencionados del 90, 100 y 56.25 por ciento, respectivamente. Dada la periodicidad de tales indicadores, al momento de la evaluación no se registraron los avances al respecto.

I. Lógica causal de la intervención

1. ¿El programa identifica la lógica causal a nivel local que vincula la intervención con los resultados esperados de esta?

Los vínculos entre la intervención y sus resultados esperados se conocen como lógica causal; así, una intervención pública se construye a partir de la aceptación y evidencia de relaciones de causalidad que explican lo que se espera suceda al intervenir.

Una forma de representar la lógica causal de una intervención es la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR). Dado que el PFAM es una iniciativa federal, su diseño y lógica causal son responsabilidad de ese nivel; en particular, el programa cuenta con una MIR desarrollada por la SS que explica los objetivos y la cadena causal; así mismo, la coordinación estatal del programa configura una MIR propia, en la que expresa el entendimiento local de la intervención y sus prioridades de medición.

Naturalmente, ambas MIR tienen similitudes en la definición de los objetivos estratégicos (Fin y Propósito) y los Componentes del programa: promoción de la salud, prevención de riesgos y atención médica ambulatoria, los cuales se relacionan directamente con los servicios de atención primaria a la salud y constituyen el núcleo de la intervención (ver Anexo 1).

El PFAM responde a un problema público identificado y su diseño se sustenta en la evidencia y experiencias de intervención similares⁴. La lógica causal del programa, representada en la MIR federal y estatal, refleja cómo la intervención es capaz de alcanzar sus objetivos al atender efectivamente la necesidad pública que la justifica.

⁴ El documento de diagnóstico del PFAM expone ampliamente los antecedentes y justificación del programa. Disponible en: http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/deppes/descargas/ep_2016/S200_2015_DIAGNOS_COMPLEMENTARIA.pdf. Así mismo, el PFAM ha sido sujeto de evaluaciones cuyos resultados ofrecen vías de mejora de su diseño y resultados, más información en: <https://nptp.hacienda.gob.mx/programas/jsp/programas/fichaPrograma.jsp?id=12S200>

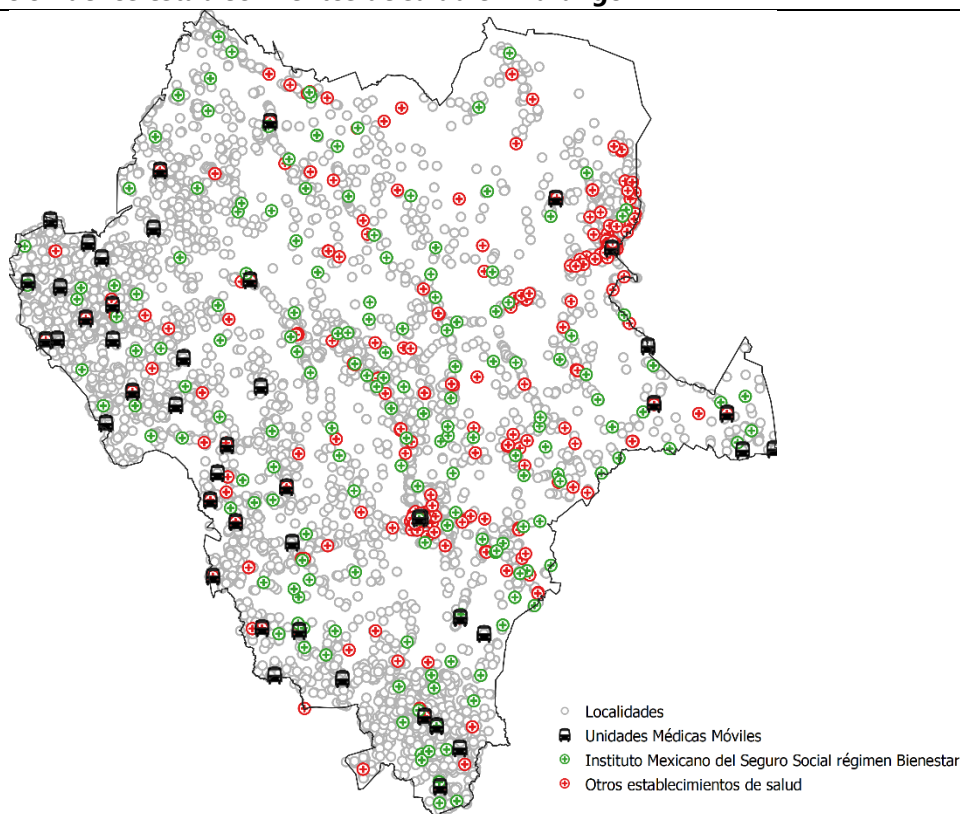
II. Calidad de la intervención

2. ¿El programa cuenta con mecanismos y criterios documentados para seleccionar sus lugares de intervención?

Las Reglas de Operación (ROP) del PFAM establecen criterios para elegir las localidades que visitan las UMM: que su población sea menor a 2,500 habitantes, que carezcan de acceso a los servicios de salud por falta de infraestructura y/o que su infraestructura en salud no permita otorgar atención permanente a la población.

Según el mismo documento, la planeación de las rutas de las UMM es responsabilidad de cada entidad federativa, por lo que estas se desarrollan a partir del instrumento de Microrregionalización operativa que caracteriza a las localidades del estado en función de su acceso a los servicios de salud. En particular, para integrar las rutas de las UMM se identifican las localidades con menos de 2,500 habitantes que están fuera del alcance del Instituto Mexicano del Seguro Social régimen Bienestar (ver Figura 1).

Figura 1. Ubicación de los establecimientos de salud en Durango



Nota: se presentan únicamente los establecimientos de salud «En operación» y las localidades según los Principales resultados por localidad del Censo de Población y Vivienda (CPV) 2010 del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (Inegi).

Fuente: elaboración propia con información del Catálogo Clues de la SS disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/intercambio/clues_gobmx.html y del CPV 2010 del Inegi, disponible en: <https://www.inegi.org.mx/sistemas/scitel/Default?ev=5>.

De acuerdo con las ROP del PFAM, las localidades de las rutas de las UMM se dividen en dos grupos: Localidades Subselección (LS) y Localidades Área de Influencia (LAI); en las LS la UMM permanece en el sitio, mientras que en las LAI deben trasladarse a la LS más cercana para recibir los servicios del programa⁵. De esta manera, la planeación de las rutas de las UMM debe considerar visitar hasta 15 LS de menos de 3,000 habitantes al menos 2 veces al mes, aunque el programa prevé que las UMM pueden visitar menos localidades en función de las condiciones orográficas del territorio, visitar localidades con menos de 1,500 habitantes cuando el PFAM sea el único medio de esa población para acceder a los servicios de salud o visitar solo 1 vez al mes cuando las localidades «excedan de la cantidad que es posible visitar en un periodo de 20 días» (sic).

Igualmente, el documento normativo del PFAM clasifica a las UMM según su capacidad resolutoria (ver Cuadro 1). En Durango existen 32 UMM federales —es decir, financiadas por la federación según el convenio específico del PFAM con la entidad federativa— y 23 UMM estatales, la distribución según su categoría se presenta en la Tabla 1.

Cuadro 1.
Clasificación de las UMM

	UMM-0	UMM-1	UMM-2	UMM-3 ^{a/}
Servicios	Atención Primaria en Salud: promoción de la salud, prevención de enfermedades y atención médica			
Personal	Un médico general, una enfermera y un promotor de la salud-polivalente		Un médico general, una enfermera, un odontólogo y un promotor de la salud-polivalente	
Equipamiento^{b/}	Equipos portátiles auxiliares de diagnóstico en sangre y orina; medicamentos, material de curación, instrumental para cirugía menor y toma de muestras para la detección de cáncer cervicouterino		Consultorio de medicina general equipado y electrocardiograma	Consultorio odontológico y Ultrasonido

^{a/} En 2019, el PFAM no considera la clasificación UMM-3.

^{b/} El equipamiento de las UMM es acumulable conforme aumenta la clasificación, por ejemplo, las UMM-2 cuentan con el equipo de las UMM-0, UMM-1 y un consultorio odontológico.

Fuente: elaboración propia con información de las ROP 2019 del PFAM, disponibles en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/442560/ROFAM_2019.pdf

Una vez que se han identificado las localidades que serán visitadas por las UMM, los responsables locales del PFAM deben elegir el conjunto y secuencia de localidades que visitará cada UMM y definir cuándo. En este sentido, conviene resaltar la complejidad técnica que representa la planeación de tales rutas dadas las características del territorio estatal; por ello, este paso se sustenta en la experiencia y conocimiento acumulado de los funcionarios

⁵ Cuando se tiene cuenta de pacientes que requieren atención especial y tienen dificultades para desplazarse, el personal de las UMM se traslada hasta el domicilio de estos pacientes, a pesar de que no se encuentre en una LS.

locales sobre las condiciones orográficas y de distancia, tiempo, modo y costo de traslado, a fin de configurar las rutas más eficientes financiera y temporalmente.

Cuando el nivel local ha definido las rutas de las UMM, estas se comunican a DGPLADES de la SS para ser validadas e integrarse al convenio específico con la entidad federativa.

Tabla 1.
Distribución de las UMM según su clasificación, 2018
Unidades Médicas Móviles

Financiamiento	Tipo de UMM				Total
	UMM-0	UMM-1	UMM-2	UMM-3	
Federal	22	4	4	2	32
Estatad	23	0	0	0	23
Total	45	4	4	2	55

Fuente: elaboración propia con datos de registros administrativos de la coordinación estatal del PFAM.

En 2018, las rutas de las UMM federales atendieron 1,933 localidades (261 LS y 1,672 LAI), en tanto que las UMM estatales dieron sus servicios en 1,374 localidades (197 LS y 1,177 LAI), de manera que cada UMM atendió en promedio 60 localidades en el año (ver Tabla 2). Aunque sería deseable conocer el número de personas atendidas y las características de la atención que recibieron, los registros a este nivel de desagregación se encuentran en el Sistema Nacional de Información Básica en Salud (Sinba) al cual no tuvo acceso el equipo evaluador.

Tabla 2.
Distribución de las localidades atendidas según el tipo de UMM, 2018-2019
Localidades

Año	Financiamiento	Tipo de UMM				Total
		UMM-0	UMM-1	UMM-2	UMM-3	
2018	Federal	1,410	217	265	41	1,933
	Estatad	1,374	0	0	0	1,374
	Total	2,784	217	265	41	3,307
2019	Federal	1,404	217	261	39	1,921
	Estatad	1,364	0	0	0	1,364
	Total	2,768	217	261	39	3,285

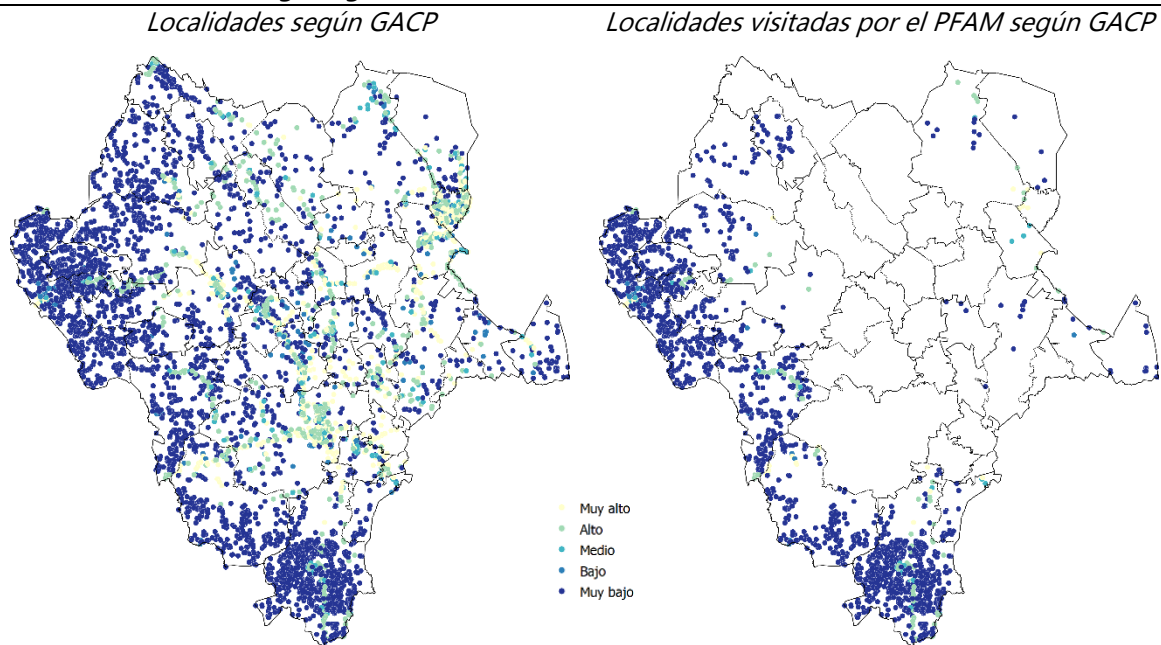
Fuente: elaboración propia con datos de registros administrativos de la coordinación estatal del PFAM.

Como se mencionó antes, las localidades que pueden ser atendidas por el PFAM deben carecer de acceso a los servicios de salud por falta de infraestructura. Al respecto, el Grado de Accesibilidad a Carretera Pavimentada (GACP) del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval) proporciona información sobre el contexto territorial

de las localidades que puede definir la oportunidad y capacidad de las personas de acceder a distintos servicios⁶.

Figura 2.

Localidades de Durango según características seleccionadas



Fuente: elaboración propia con información del CPV 2010 del Inegi, disponible en: <https://www.inegi.org.mx/sistemas/scitel/Default?ev=5>; Grado de Accesibilidad Carretera Pavimentada del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval), disponible en: https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Documents/Accesibilidad_carretera/Anexo_estadistico.zip y; registros administrativos de la coordinación estatal del PFAM.

Las localidades visitadas por el PFAM en 2018 según su GACP muestran que la atención se concentró en localidades con GACP Muy bajo (90.7%); sin embargo, contrario a lo esperado, el programa atendió 132 localidades con GACP Muy alto o Alto (ver Figura 2), se asume que esto se debe a características específicas de estas localidades, como su población o distancia a establecimientos de salud.

Además de las características de población y acceso a la salud de las localidades, las ROP indican otras particularidades de las localidades que pueden visitar las UMM del programa, como que se encuentren en municipios con bajo Índice de Desarrollo Humano (IDH), con alta marginación o alto nivel carencia por acceso a los servicios de salud. En este sentido, se

⁶ El GACP considera la existencia de carretera pavimentada, ubicación de las localidades, pendiente del terreno, tipo de vegetación, uso de suelo, existencia de cuerpos de agua, disponibilidad de transporte público y tiempo de desplazamiento a las localidades con más de 15 mil habitantes. Más información, disponible en: https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Documents/Accesibilidad_carretera/Documento_metodologico.pdf

destaca que la cobertura de las UMM en 2018 se enfocó en municipios que cumplen con alguna de las características mencionadas (ver Anexo 3).

Asimismo, la distribución de las localidades visitadas se concentró en el oeste y suroeste del estado. 6 municipios reúnen más del 90% de las localidades visitadas en 2018; particularmente, el Mezquital y Tamazula tienen el 36% y 24% de las localidades atendidas en el mismo año (ver Tabla 3). Este hecho resulta congruente con los objetivos del programa, pues la población de estos municipios tiene dificultades para acceder a los servicios de salud según los indicadores mencionados (ver Tabla 3).

Tabla 3.
Cobertura de las UMM por municipio en Durango según indicadores seleccionados, 2018
Localidades

Municipio	Indicadores			Visitas	
	Índice de desarrollo humano	Índice de rezago social	Carencia por acceso a los servicios de salud	Número	Porcentaje del total
Canelas	Medio	Alto	[15-24]	52	1.6
Cuencamé	Alto	Bajo	[6-15]	7	0.2
General Simón Bolívar	Medio	Bajo	[6-15]	7	0.2
Gómez Palacio	Alto	Muy bajo	[15-24]	3	0.1
Guanaceví	Medio	Alto	[24-32]	27	0.8
Lerdo	Alto	Muy bajo	[6-15]	6	0.2
Mapimí	Alto	Bajo	[15-24]	22	0.7
Mezquital	Bajo	Muy alto	[24-32]	1191	36.0
Otáez	Medio	Alto	[24-32]	41	1.2
Peñón Blanco	Alto	Bajo	[6-15]	3	0.1
Pueblo Nuevo	Medio	Medio	[6-15]	335	10.1
San Bernardo	Medio	Medio	[6-15]	49	1.5
San Dimas	Medio	Medio	[6-15]	497	15.0
San Juan de Guadalupe	Medio	Bajo	[15-24]	13	0.4
Santiago Papasquiaro	Alto	Bajo	[6-15]	36	1.1
Súchil	Medio	Bajo	[6-15]	40	1.2
Tamazula	Medio	Alto	[6-15]	779	23.6
Tepehuanes	Medio	Alto	[6-15]	87	2.6
Tlahualilo	Alto	Bajo	[6-15]	5	0.2
Topia	Medio	Alto	[15-24]	107	3.2
Total				3307	100

Fuente: elaboración propia con información del Informe de Desarrollo Humano Municipal 2010-2015 del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, disponible en: <http://www.mx.undp.org/content/mexico/es/home/library/poverty/informe-de-desarrollo-humano-municipal-2010-2015--transformando-.html>; de la Medición de la Pobreza del Coneval, disponible en: https://www.coneval.org.mx/Medicion/IRS/Paginas/Indice_Rezago_Social_2015.aspx y <https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/Pobreza-municipal.aspx>; y de registros administrativos de la coordinación estatal del PFAM.

De esta manera, la selección de las localidades que visitan las UMM y la planeación de sus rutas es un proceso normado en las ROP del PFAM, pero responsabilidad de la gestión local del programa, para lo cual se toman en cuenta, principalmente, las características orográficas del territorio estatal y las condiciones de la población de cada localidad.

Por otro lado, como indican las ROP del programa, las UMM deben visitar al menos 2 veces al mes cada localidad o 1 sola vez en función de circunstancias específicas, de manera que se esperaría que la planeación de las rutas de las UMM considere visitar al menos 12 veces al año cada localidad. Sin embargo, resalta que el número de visitas planeadas por localidad en 2018 varía desde 5 hasta 14 veces al año.

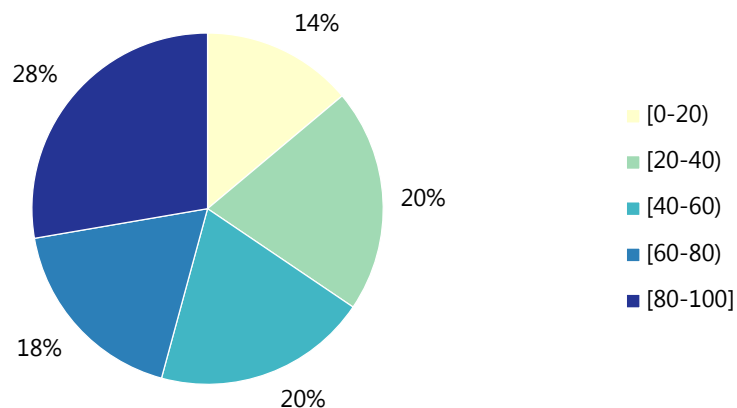
Asimismo, el registro de las visitas de las UMM en el mismo año muestra que solo el 12.86% cumplió con la planeación, mientras que 43.10% de las localidades fueron visitadas menos de la mitad de las veces planeadas (ver Gráfica 1). Los responsables locales del PFAM manifiestan que esta situación tiene tres causas principales:

- El deterioro mecánico de las UMM derivado de su uso intensivo y las reparaciones consecuentes hacen que algunas rutas se retrasen.
- Las condiciones de inseguridad de algunas regiones del estado no permiten que las UMM entren en ciertas localidades.
- Las condiciones meteorológicas y orográficas provocan que los traslados se alarguen y los desplazamientos se compliquen.

Gráfica 1.

Distribución de las localidades según la razón de cumplimiento de visitas de las UMM (realizadas/planeadas), 2018

Porcentaje de localidades



Nota: se omiten las localidades sin registro de visitas planeadas y realizadas.

Fuente: elaboración propia con datos de registros administrativos de la coordinación estatal del PFAM.

La primera causa mencionada se debe, en parte, a la edad de las UMM, que en promedio supera los 9 años. Aun con los esquemas de mantenimiento establecidos en el documento normativo del PFAM y las acciones correctivas de los funcionarios locales, las UMM han alcanzado su vida útil, por lo que se descomponen con frecuencia y limitan el logro de los objetivos del programa pues no se cumple con la cobertura planeada.

3. ¿El programa estima y asegura los recursos necesarios para su implementación?

El financiamiento del PFAM es mixto. Como se estipula en su documento normativo y en el convenio específico del programa con la entidad federativa, el nivel federal se encarga de cubrir los honorarios del personal de las UMM que son responsabilidad de la federación y de la plantilla gerencial del programa⁷; mientras que el estado, además de pagar los honorarios del personal de sus UMM, debe financiar los insumos médicos, medicamentos, combustibles, reparaciones y el resto de los gastos de operación del PFAM⁸.

Cada año, los responsables locales del PFAM estiman los recursos necesarios para su implementación e indican la cantidad que esperan recibir del nivel federal y estatal. Mientras que el convenio específico del PFAM con la entidad federativa indica el monto de la aportación federal, el programa no conoce con precisión el monto de las aportaciones estatales pues solo cuenta con la información estimada.

Los recursos estatales llegan al programa en dos vías: en especie, como medicamentos e insumos médicos y de laboratorio; y conforme a la operación de la intervención, como los combustibles o gasto de mantenimiento. En consecuencia, el PFAM no cuenta con registros particulares acerca de cuánto de asignó y gastó en cada concepto.

En este sentido, la incertidumbre de una financiación adecuada y oportuna dificulta la planeación, al desconocer los recursos de los que se dispone; entorpece la operación, como sucede con la insuficiencia de medicamentos e insumos en las UMM y; limita el logro de los objetivos del programa, al poner en riesgo la calidad y suficiencia del servicio entregado.

De acuerdo con los datos disponibles, el monto de las aportaciones federales en 2018 y 2019 fue 13,753,852.92 pesos y 14,992,207.82 pesos, respectivamente. La distribución de estos recursos según capítulo, concepto y partida de gasto se presenta en la Gráfica 2, en donde se observa su concentración en la remuneración del personal.

El documento de diagnóstico del PFAM estima que el costo medio de los servicios de atención primaria a la salud en las UMM es 535.81 pesos. Dado que el nivel local solo cuenta con estimaciones del costo total de la intervención, es complicado realizar un cálculo similar.

Además de la inseguridad presupuestal, un aspecto que limita el logro de los objetivos del programa es la deteriorada condición mecánica, de equipamiento y estética de las UMM. Las reparaciones consecuentes, además de obstaculizar la operación del programa, tienen un costo financiero para gestión local del PFAM⁹. Así mismo, ponen en riesgo la garantía de un servicio de salud efectivo, eficiente, seguro, continuo e integral. Por ello, los funcionarios

⁷ De 2016 a 2018, el gobierno federal también asumió el costo de los seguros de las UMM.

⁸ Los recursos del estado pueden ser propios o provenir de otras transferencias federales, como del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud.

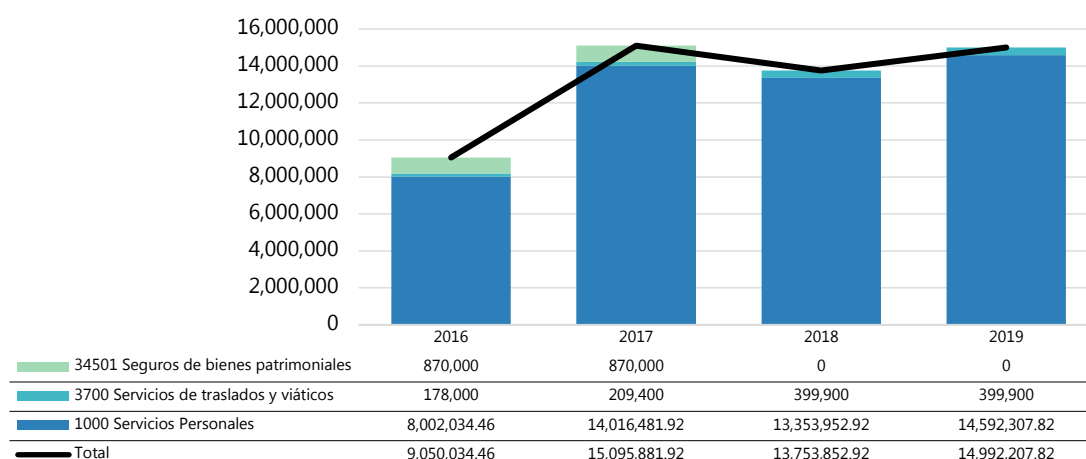
⁹ Según la estimación de los gastos del PFAM para 2019, el mantenimiento de los vehículos supera los 5,000,000 de pesos (10% de la aportación estatal), un promedio de 94,802 pesos por UMM al año.

responsables del PFAM en Durango, consideran imperante la renovación del parque vehicular del programa y el aumento de su capacidad resolutive.

Gráfica 2.

Presupuesto federal asignado al PFAM en Durango según capítulo, concepto y partida de gasto, 2016-2019

Pesos



Fuente: elaboración propia con datos de los convenios específicos del PFAM con la entidad federativa, disponibles en: <https://www.gob.mx/salud>

En este sentido, las ROP del PFAM estipulan la sustitución de una UMM bajo ciertos criterios: que la UMM tenga más de 5 años de uso, cuente con plantilla de personal completo, conserve su fuente de financiamiento original y tenga a su cargo la atención de localidades en cobertura; no obstante, las restricciones presupuestales a nivel federal y estatal han impedido la renovación de las UMM, a pesar de que cumplen con las condiciones mencionadas.

Por otro lado, el nivel local es responsable de los recursos humanos del PFAM, desde su reclutamiento y selección, hasta el fortalecimiento de sus capacidades. Los dos primeros procesos se realizan a partir de los criterios y perfiles establecidos en el documento normativo del programa, con los procedimientos del área de recursos humanos de la Secretaría de Salud local. Mientras que la capacitación del personal se refleja en el Programa Anual de Capacitación desarrollado por la coordinación estatal del PFAM según los requerimientos del mismo documento.

Finalmente, de la capacidad financiera del programa dependen las condiciones materiales y la suficiencia de personal con las que opera. La persistente limitación presupuestal que enfrenta el PFAM en la entidad pone en riesgo la calidad y seguridad del servicio; por un lado, se debe asegurar el suministro adecuado de las UMM (medicamentos, insumos médicos, combustibles, etc.) y la sustitución de las UMM es una necesidad que pronto llegará a ser impostergable.

4. ¿El programa identifica y considera los riesgos asociados a su intervención que pueden limitar el logro de los resultados esperados?

Cuando una intervención identifica y controla sus riesgos y supuestos asociados, aumenta la probabilidad de alcanzar sus objetivos. En específico, la complejidad de la dinámica social relacionada con la construcción de conductas que favorezcan la promoción, prevención y atención de la salud, la inestabilidad del contexto en el que se interviene y los elementos externos que influyen en la ejecución de la intervención, hacen que el PFAM esté expuesto a numerosos factores de desviación de sus resultados.

El programa cuenta con un instrumento desarrollado por la DGPLADES que concentra las situaciones no deseadas de la operación del programa que fueron identificadas en los ejercicios de supervisión local del personal gerencial o de las UMM. Este instrumento se denomina Matriz de Priorización pues permite a los responsables locales valorar la importancia de solucionar o evitar las situaciones indeseables al analizar su frecuencia, dispendio de recursos y el riesgo que representan para el usuario, personal y cumplimiento de los objetivos del programa.

En particular, aunque la Matriz de Priorización del PFAM en 2019 identifica 5 situaciones no deseables (ver Cuadro 2), el alcance de este instrumento es limitado, pues únicamente reconoce los hechos que se presentaron en la operación y no aborda otras situaciones potenciales de riesgo ni estudia otros aspectos de la intervención. Además, en la documentación del programa no se localizó una estrategia para evitar los riesgos o atenuar sus efectos y para asegurar que los supuestos necesarios para el desarrollo del programa se lleven a cabo.

Cuadro 2.

Situaciones no deseables valoradas en la Matriz de Priorización 2019 del PFAM

-
1. Expediente clínico de pacientes embarazadas incompleto
 2. Desabasto de medicamentos para pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles
 3. No realizan citologías
 4. Ausencia de cinturón de seguridad
 5. Médico sin cédula profesional
-

Fuente: elaboración propia con información de la Matriz de Priorización de la coordinación estatal del PFAM.

En el Anexo 1, el equipo evaluador identifica algunos riesgos y supuestos asociados a la intervención en su lógica causal.

III. Resultados y satisfacción

5. ¿Los responsables del programa registran y dan seguimiento a sus principales indicadores a nivel federal?

El PFAM cuenta tres grupos de indicadores del nivel federal que aparecen en tres documentos: la MIR, el Anexo 7 del Convenio específico con la entidad federativa y el Informe gerencial del programa.

En particular, la MIR cuenta con 11 indicadores, cada uno asociado a un nivel de objetivo; el Anexo 7 del Convenio específico, se forma con 48 indicadores distribuidos en 15 grupos relacionados con el desempeño de las UMM según actividades o condiciones de salud específicas; finalmente, los indicadores del Informe gerencial se refieren al ejercicio operativo del programa en cuanto a capacitación, supervisión, cumplimiento, etc. (ver Anexo 4)¹⁰.

Los responsables locales del PFAM deben registrar la información que alimenta los indicadores del nivel federal. Aunque normativamente el método para ello se basa en la utilización del Sinba —en el que se reportaría el avance y productividad de cada UMM por su propio personal¹¹—, en la práctica, los supervisores locales del PFAM recogen la información que generan las UMM mediante formatos que luego registran en el Sinba, previa validación de las jurisdicciones sanitarias.

Esta situación no se debe a una omisión de la gestión local del programa, sino a las constantes fallas que presenta dicho sistema, que dificultan el registro de la información por cada UMM y entorpecen la actualización de los datos.

La SS utiliza la información del Sinba para tomar decisiones; en ocasiones, el desfase entre la información que se visualiza en el sistema y el avance real del programa provoca malentendidos entre el nivel federal y estatal. En el 2018, la SS tuvo la intención de suprimir algunas UMM, pues en el sistema se observaba una baja productividad del programa debido a la desactualización de la información. Para evitar la supresión de las UMM, el nivel local transmitió documentación adicional para demostrar la productividad real de las UMM.

¹⁰ Asimismo, trimestralmente cada UMM se somete a una medición de su desempeño a partir de 134 indicadores en referencia a una meta anual establecida. Esta información se comunica al nivel federal.

¹¹ El PFAM produce información relacionada con los subsistemas de Prestación de Servicios y de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Atención de la Salud, el Sistema de Información de Cáncer en la Mujer del Programa de Prevención y Control de Cáncer de Mama y Cáncer cervicouterino, y Sistema de Información de Enfermedades Crónico-Degenerativas.

6. ¿El programa establece indicadores locales de acuerdo con sus objetivos en el territorio y sus necesidades de información particulares?

Además de los indicadores federales, el programa cuenta con indicadores locales en la MIR estatal. Los indicadores del nivel federal producen información relevante para los responsables del programa de ese nivel, aunque no necesariamente para los gestores locales.

Una buena práctica del nivel local es contar con indicadores propios que muestren avances de interés, relacionados con condiciones o necesidades específicas de la gestión y operación local del programa. En este sentido, a pesar de tener indicadores locales, se observa que estos se relacionan únicamente con el cumplimiento de la planeación del programa, aun cuando se pretende medir el nivel estratégico o de resultados de la intervención.

Si bien, los indicadores proporcionan información, es insuficiente limitarse a conocer si el programa cumplió con la planeación, el nivel de resultados exige indicadores que midan los cambios esperados en la población que se interviene. Además del desempeño operativo, la medición de la eficacia del programa en términos de los logros en variables de resultados proveería información valiosa sobre la gestión local del PFAM.

Sobre esta línea, en el Anexo 2 el equipo evaluador valora técnicamente los indicadores locales del PFAM a fin de identificar áreas de oportunidad y ofrecer vías para mejorar la medición del programa.

Más allá de la información agregada de la MIR, el programa puede robustecer el monitoreo de su gestión al incorporar información sobre la cobertura a nivel de UMM, a fin de identificar incidencias que pudieran limitar el cumplimiento de las rutas. Además, la implementación de un tablero de control que vigile la capacidad de las UMM en términos de equipamiento, insumos médicos, personal, medicamentos, combustibles, etc., facilitará la planeación y operación de las UMM.

A pesar de las debilidades mencionadas en los indicadores, la información que los alimenta proviene —al igual que los indicadores federales— de la información que generan las UMM y se registra en el Sinba.

Un aspecto importante en el registro de los indicadores, tanto federales como locales, es asegurar la calidad y veracidad de la información, para ello, los ejercicios de supervisión buscan evitar la manipulación de los datos; además, cuando las fallas del Sinba estén resueltas, este sistema reducirá aún más la probabilidad de reportar información falsa.

En síntesis, los indicadores locales del programa proporcionan información sobre una sola dimensión de la intervención. A medida que los responsables locales cuenten con más y mejor información, se perfeccionará la toma de decisiones al conocer los logros, avances y retos de la gestión local.

7. ¿El programa cuenta con mecanismos e instrumentos para recolectar la satisfacción de sus beneficiarios?

Para conocer la satisfacción de sus beneficiarios, el PFAM emplea la Encuesta de Atención Centrada en el Usuario (EACU) desarrollada por la DGPLADES. Las 21 preguntas de este instrumento recogen la opinión de los beneficiarios respecto a la atención recibida en la UMM; en particular, se interesa en la eficiencia, calidad y suficiencia del servicio médico e información proporcionada.

En cada UMM, los supervisores del programa realizan la encuesta a una muestra de beneficiarios en una localidad visitada; sin embargo, dicha muestra no es estadísticamente representativa de la población de usuarios de cada UMM en una localidad, lo que limita la validez de la información recolectada.

Aun con ello, los resultados de la EACU se vacían en la cédula de supervisión de cada UMM, pero no se concentran en una base de datos única que facilite el análisis y utilización de la información.

La medición de la satisfacción de los beneficiarios permite a los gestores identificar qué se está haciendo bien y cómo se puede mejorar. Las buenas prácticas para conocer la experiencia de los usuarios de servicios médicos orientan a que la medición tome en cuenta los elementos de eficacia y eficiencia (aspecto funcional) y de comunicación, involucramiento y apoyo (aspecto relacional) de la atención médica (National Health Services, 2013); en la EACU, ambos aspectos se reflejan en las preguntas de la encuesta.

Medir la experiencia de los beneficiarios no basta, utilizar la información para mejorar los servicios es lo que realmente importa. Según los responsables locales del PFAM, cuando la EACU revela insatisfacción de los beneficiarios, la coordinación estatal del programa implementa acciones para corregir las situaciones que generan opiniones negativas, privilegiando el diálogo con el personal de la UMM para mejorar el servicio entregado.

Cuadro 3.

Elementos críticos para una experiencia positiva del paciente

1. Respeto de los valores, preferencias y necesidades expresadas por el paciente.
2. Coordinación e integración del cuidado entre la salud y el sistema de seguridad social.
3. Información, comunicación y educación sobre el estado clínico, progresos, pronósticos y procesos de cuidado, para facilitar la autonomía, autocuidado y promoción de la salud.
4. Comodidad física, incluyendo espacios limpios y confortables.
5. Apoyo emocional y alivio del miedo o ansiedad sobre la condición médica.
6. Involucramiento de los seres queridos del paciente.
7. Transición y continuidad de la atención médica a través de información que facilite estos procesos.
8. Acceso a la atención médica, con enfoque en los tiempos de espera y entre visitas.

Fuente: adaptado de National Health Services (2013). *The Patient Experience Book*. Disponible en: <https://www.england.nhs.uk/improvement-hub/wp-content/uploads/sites/44/2017/11/Patient-Experience-Guidance-and-Support.pdf>

Adicionalmente, el Sistema de la Encuesta de Satisfacción y Trato Adecuado y Digno (SESTAD) de la SS, recoge información cuatrimestral de una muestra de usuarios de todos los establecimientos de salud. Las 14 preguntas de la Encuesta de Satisfacción y Trato Adecuado y Digno (ESTAD) se distribuyen en 6 componentes: trato digno, oportunidad, comunicación, autonomía, financiamiento y calidad percibida (ver Cuadro 4)¹².

Cuadro 4.
Componentes y preguntas de la ESTAD

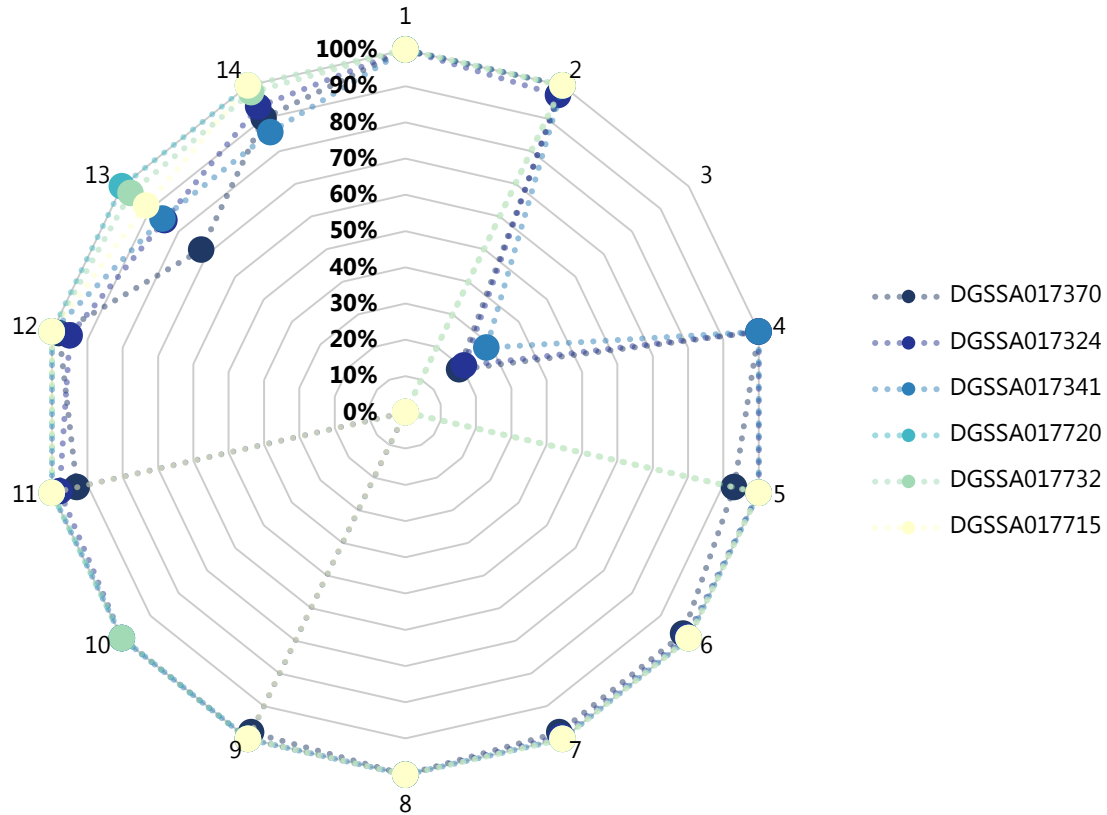
Componente	Pregunta
Trato digno	1. Porcentaje de usuarios que respondieron que los atendieron con respeto durante su visita.
	2. Porcentaje de usuarios que consideran que el médico pasó suficiente tiempo con ellos durante la consulta.
Oportunidad	3. Porcentaje de usuarios que respondieron haber tenido dolor durante su visita a la unidad médica.
	4. Porcentaje de usuarios que respondieron que su dolor fue atendido.
Comunicación	5. Porcentaje de usuarios que respondieron que el médico les dio la oportunidad de hacer preguntas o comentar sus preocupaciones respecto al motivo por el que acudió a la consulta.
	6. Porcentaje de usuarios que respondieron que el médico les dio explicaciones fáciles de entender.
	7. Porcentaje de usuarios que entendieron cómo tomar los medicamentos.
Autonomía	8. Porcentaje de usuarios que entendieron los cuidados que debía seguir en su casa.
	9. Porcentaje de usuarios que respondieron que el médico al decidir su tratamiento tomó en cuenta sus necesidades y preocupaciones.
Financiamiento	10. Porcentaje de usuarios que respondieron que no dejaron de asistir a alguna consulta por no poder pagarla.
	11. Porcentaje de usuarios que respondieron que no dejaron de realizarse estudios o cumplir con su tratamiento (cirugía, rehabilitación) por no poder pagarlo en algún momento.
	12. Porcentaje de usuarios que respondieron que no dejaron de tomar algún medicamento por no poder pagarlo.
	13. Porcentaje de usuarios que respondieron haber recibido todos los medicamentos que necesitaban.
Calidad percibida	14. Porcentaje de usuarios satisfechos con la calidad de la atención médica recibida.

Fuente: elaboración propia con información del SESTAD de la SS, disponible en:
<http://desdgces.salud.gob.mx/sestad/index.php/publico/home>

En el último reporte del SESTAD, que corresponde al primer cuatrimestre del 2019, se presentan los resultados de 6 UMM en Durango (ver Gráfica 3). En este sentido, se destaca que solo en 2 UMM todos los beneficiarios declararon estar satisfechos con la calidad de la atención médica; además, únicamente en 1 UMM el 100% de los beneficiarios recibieron todos los medicamentos que necesitaban, este último hallazgo refuerza el argumento de las constantes restricciones presupuestales que limitan la adecuada operación del programa.

¹² Mas información sobre el SESTAD y los resultados de los establecimientos de salud, disponible en:
<http://desdgces.salud.gob.mx/sestad/index.php/publico/home>

Gráfica 3.
Resultados de la ESTAD en Durango, primer cuatrimestre 2019



Fuente: elaboración propia con datos de los reportes comparativos del SESTAD de la SS, disponible en:
http://desdgc.es.salud.gob.mx/sestad/index.php/publico/numeralia/rpt_comparativo

Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas

A partir de los hallazgos de la evaluación, el equipo evaluador identifica las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas de la intervención en la Tabla 4.

Tabla 4.
Matriz de Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas

Fortalezas	*	Debilidades	*
El diseño del programa responde a una necesidad pública identificada y se sustenta en evidencia y experiencias de intervenciones similares	1	El cumplimiento de las rutas de las UMM es parcial	2
El conocimiento y experiencia de los funcionarios locales sobre las condiciones del territorio estatal facilita la planeación de las rutas de las UMM	2	El registro de los gastos del programa a nivel local es limitado	3
El nivel local tiene margen de maniobra sobre la gestión de los recursos humanos del programa	3	La identificación de los riesgos y la estrategia para mitigarlos es débil	4
La información que generan las UMM es abundante sobre las condiciones de salud de las personas y localidades que visitan	5	Los indicadores locales del programa se limitan a medir el cumplimiento de la planeación, aun en el nivel de resultados	6
		La recolección y registro de la experiencia de los beneficiarios de las UMM es insuficiente	7
Oportunidades		Amenazas	
El eventual fortalecimiento de los establecimientos de salud fijos, pueden contribuir al logro de los objetivos estratégicos del programa	-	Las fallas constantes del Sinba dificultan el registro y actualización de la información sobre el avance y desempeño de las UMM	5
La mejora de la infraestructura carretera puede contribuir al cumplimiento efectivo de las rutas de las UMM	-	La inseguridad de una financiación suficiente y oportuna complica la planeación y operación del programa	3
La salud es una prioridad de la administración federal que se refleja en los documentos de planeación nacional, lo que puede fortalecer financiera y materialmente al programa	-	La dinámica social de algunas zonas del estado puede limitar el cumplimiento de las rutas de las UMM y la construcción de conductas de prevención, promoción y atención de la salud	2

Nota: el símbolo (*) señala que en la columna debe incluirse el número de la pregunta de evaluación que sustenta la fortaleza, oportunidad, debilidad o amenaza mencionada.

Propuesta de recomendaciones y observaciones

La evaluación reconoce las fortalezas y buenas prácticas de la gestión local del PFAM. Con el fin de aumentar la contribución del estado al logro de los objetivos del programa, conviene repensar algunos aspectos que fortalezcan su implementación en el nivel local, los cuales se enuncian en forma de sugerencias para su discusión en la Tabla 5.

Tabla 5.
Propuesta de recomendaciones y observaciones

#	Recomendaciones y observaciones	Acciones propuestas	Resultados esperados
1	Asegurar el cumplimiento de las rutas de las UMM	Documentar la cobertura de las UMM por localidad visitada con registros del número de acciones de atención primaria a la salud realizadas y publicar la información	Fortalecer la contribución del nivel local al logro de los objetivos del programa
		Implementar un tablero de control que vigile la capacidad de las UMM en términos de equipamiento, insumos médicos, personal, medicamentos, combustibles, etc.	
		Renovar el parque vehicular del programa	
2	Identificar los riesgos y supuestos asociados a la implementación del PFAM	Documentar los riesgos y supuestos asociados a la intervención y generar una estrategia para evitarlos o mitigar sus efectos	Reducir la probabilidad de que elementos internos o externos limiten el logro de los objetivos del PFAM
3	Fortalecer la medición de resultados del PFAM a nivel local	Además de los indicadores actuales, incluir y monitorear indicadores propios de variables de resultados de interés para el programa	Contar con información sobre los logros, avances y retos de la gestión local para tomar decisiones
		Registrar el avance de los indicadores propios del programa, así como del Anexo 7 del convenio específico y del informe gerencial, en una sola base de datos y publicarla	
4	Mejorar la recolección y registro de la experiencia de los beneficiarios de la intervención	Realizar la EACU o una encuesta de satisfacción propia a todos los beneficiarios del programa al momento de su visita	Disponer de información que conduzca a la implementación de acciones que mejoren la experiencia de los usuarios de los servicios de las UMM
		Reunir la información en una sola base de datos con el formato de datos abiertos	

Conclusiones

El PFAM es una iniciativa federal que las entidades federativas operacionalizan en sus municipios y localidades. Las responsabilidades del nivel federal y local se establecen en la documentación del programa. El estado implementa la intervención, mientras que la federación financia parte del programa y establece el marco normativo y documental que lo sustenta.

La evaluación que se concluye distingue entre dichas responsabilidades y se dedica a analizar los requerimientos operativos y de gestión del programa a nivel local. En particular, expone los elementos que conforman la intervención, en cuanto a la planeación e implementación de las visitas de las UMM, el registro del avance y logro de resultados y de la satisfacción de los beneficiarios, así como la coordinación necesaria entre el estado y la federación para alcanzar los objetivos del programa.

De esta manera, la evaluación reconoce el buen entendimiento de la gestión local sobre su contribución al logro de los resultados del programa. Sin embargo, identifica áreas de oportunidad relacionadas con el registro de la cobertura de las UMM, el cumplimiento de las rutas y la medición del desempeño y resultados de la intervención y la experiencia de los beneficiarios.

Sobre el nivel local recaen factores que pueden impulsar o limitar el alcance de los objetivos del PFAM. Uno de ellos se refiere a las restricciones presupuestales que enfrenta el programa, los cuales ponen en riesgo la entrega de un servicio de salud de calidad, efectivo, seguro, continuo e integral.

La evaluación ofrece vías de mejora de la gestión local del PFAM. A medida que el programa avance en su atención, aumentará su probabilidad de éxito y controlará los factores que puedan desviar del logro de los resultados. En este sentido, es necesario que el programa asegure el cumplimiento de las visitas de las UMM, fortalezca la medición de resultados del nivel local y mejore la recolección de la satisfacción de sus beneficiarios.

En síntesis, el PFAM contribuye al logro de uno de los objetivos más importantes de los gobiernos, el acceso efectivo a los servicios de salud. El estado y la federación comparten responsabilidades y retos en el cumplimiento de este propósito. Cuando el nivel federal define la estrategia y financia parte de ella, espera que localmente se movilicen los recursos y actores necesarios para su operación, esta evaluación proporciona información que conduce a la implementación de acciones de mejora de las capacidades operativas y de gestión de la entidad federativa que fortalezcan la calidad del servicio entregado a la población.

Referencias

- Comisión Nacional de Protección Social en Salud (2019). *Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) 2019*. Disponible en: http://www.documentos.seguro-popular.gob.mx/dgss/CAUSES_2019_Publicación.pdf
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2019). *Grado de Accesibilidad Carretera Pavimentada*. Disponible en: https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Documents/Accesibilidad_carretera/Anejo_estadistico.zip
- _____ (2015). *Índice de Rezago Social 2015 a nivel nacional, estatal y municipal*. Disponible en: https://www.coneval.org.mx/Medicion/IRS/Paginas/Indice_Rezago_Social_2015.aspx
- _____ (2015). *Medición de la pobreza a nivel municipio 2010 y 2015*. Disponible en: <https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/Pobreza-municipal.aspx>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2010). *Principales resultados por localidad (ITER) del Censo de Población y Vivienda 2010*. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/sistemas/scitel/Default?ev=5>
- National Health Services (2013). *The Patient Experience Book*. Disponible en: <https://www.england.nhs.uk/improvement-hub/wp-content/uploads/sites/44/2017/11/Patient-Experience-Guidance-and-Support.pdf>
- Secretaría de Salud (2015). *Diagnóstico del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica*. Disponible en: http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/deppes/descargas/ep_2016/S200_2015_DIAGNOS_COMPLEMENTARIA.pdf
- _____ (2016). *Convenio Específico de colaboración en materia de transferencia de recursos presupuestarios federales para la operación del Programa de Fortalecimiento a la Atención Médica*. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/0B7n6Snhtbae3YzY3eXY0cTJiZUk/view>
- _____ (2017). *Convenio Específico de colaboración en materia de transferencia de recursos presupuestarios federales para la operación del Programa de Fortalecimiento a la Atención Médica*. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/0B7n6Snhtbae3UzUyZl95bIJGRTA/view>
- _____ (2018). *Convenio Específico de colaboración en materia de transferencia de recursos presupuestarios federales para la operación del Programa de Fortalecimiento a la Atención Médica*. Disponible en: https://drive.google.com/file/d/1y5cLLlLu7GFG-uBfHtT_ryCx7w2SYMHm/view

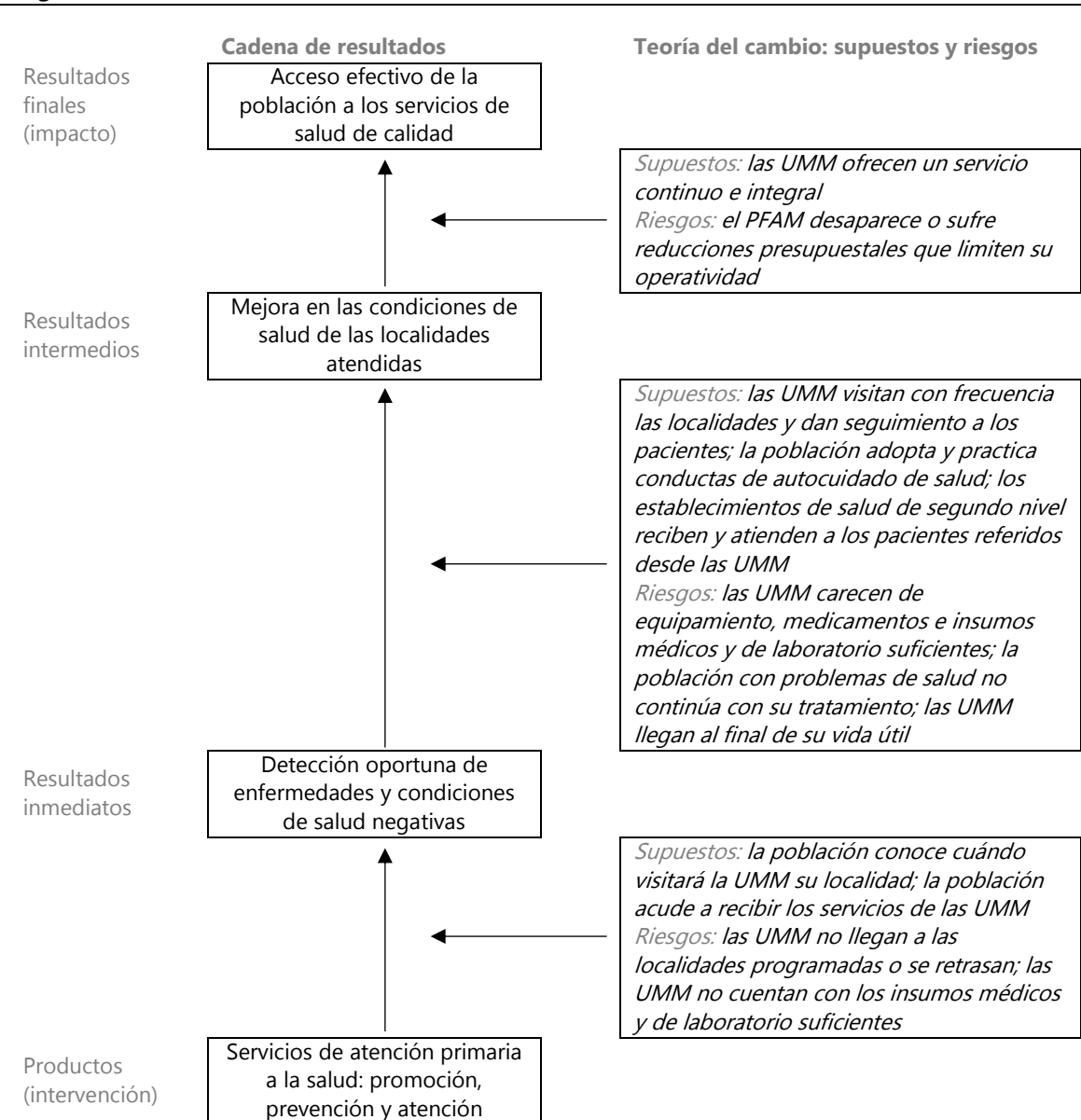
- _____ (2018). *Matriz de Indicadores para Resultados 2018 del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica*. Disponible en:
<https://nptp.hacienda.gob.mx/programas/jsp/programas/fichaPrograma.jsp?id=125200>
- _____ (2018). *Reglas de Operación del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica, para el ejercicio fiscal 2018*. Disponible en:
[https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/285986/REGLAS FAM 2018.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/285986/REGLAS_FAM_2018.pdf)
- _____ (2019). *Catálogo Clues*. Disponible en:
http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/intercambio/clues_gobmx.html
- _____ (2019). Convenio Específico de colaboración en materia de transferencia de recursos presupuestarios federales para la operación del Programa de Fortalecimiento a la Atención Médica. Disponible en:
<https://drive.google.com/file/d/1nMxIs0GGJcDK4nBn9FEzHGC78tTwCdWP/view>
- _____ (2019). *Sistema de la Encuesta de Satisfacción Trato Adecuado y Digno (SESTAD)*. Disponible en:
<http://desdgc.es.salud.gob.mx/sestad/index.php/publico/home>
- _____ (2019). *Reglas de Operación del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica, para el ejercicio fiscal 2019*. Disponible en:
[https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/442560/ROFAM 2019.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/442560/ROFAM_2019.pdf)
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2019). *Informe de Desarrollo Humano Municipal 2010-2015*. Disponible en:
<http://www.mx.undp.org/content/mexico/es/home/library/poverty/informe-de-desarrollo-humano-municipal-2010-2015--transformando-.html>

Anexos

Anexo 1. Lógica causal

A partir de la lógica causal de la intervención representada la MIR del nivel federal y local, el equipo evaluador la reconstruye en la Figura 3.

Figura 3.
Lógica causal del PFAM



Fuente: formato adaptado de Mayne J (2008). *Contribution Analysis: An Approach to Exploring Cause and Effect*. ILAC Brief No. 16: Rome: The Institutional Learning and Change Initiative. Traducción libre.

Anexo 2. Indicadores

Este anexo valora la validez y calidad de los indicadores locales del PFAM establecidos en la MIR de este nivel.

Tabla 6.

Valoración técnica de los indicadores del PFAM

Objetivo	Nombre del indicador	Definición	Método de cálculo	Unidad de medida	Frecuencia de medición	Comportamiento del indicador	Validez			Calidad					Justificación	Indicador recomendado		
							Validez interna	Validez externa	Por valor aparente	Consistencia inter-temporal	Consistencia inter-observacional	Claro	Relevante	Económico			Monitoreable	Adecuado
Contribuir a mejorar las condiciones de salud de la población que habita en localidades geográficamente dispersas, de difícil acceso o en zonas sin acceso a servicios de salud, [...].	Cobertura de Atención	Toda la población habitante de las localidades en cobertura del Programa	(Número de localidades atendidas en el periodo / Total de localidades programadas a atender por el programa en el periodo) *100		Mensual		N	S	N		S	S	S	S	N	N	El nivel estratégico de la intervención requiere indicadores asociados a variables de resultados. Este indicador es insuficiente para medir el desempeño del programa en este nivel de objetivo.	Ver Tabla 7
La población de las localidades de difícil acceso y con menos de 2,500 habitantes mejoran sus condiciones de salud [...]	Eficiencia en la atención	Población objetivo del programa que recibe atención a la salud	(Total de personas atendidas por el programa / Total de la población objetivo responsabilidad del programa)*100		Trimestral		N	S	N		S	N	S	S	N	N		
Acciones de promoción en localidades con cobertura del programa realizadas	Porcentaje de acciones de promoción	Toda la población habitante de las localidades en cobertura del programa	(Total de acciones de promoción de la salud realizadas / Total de acciones de promoción de la salud programadas a realizar)*100	Porcentaje	Mensual	nd ^{a/}	S	S	S	nd	S	S	S	S	N	S	Los datos de las variables que construyen el indicador no son públicos.	
Acciones de prevención de riesgos a la población objetivo del programa otorgadas	Eficiencia en la prevención	Población objetivo del programa que recibe atención a la salud	(Total de acciones de prevención realizadas / Total de acciones de prevención programadas)*100		Mensual		S	S	S		S	N	S	S	N	S		
Actividades de atención médica ambulatoria efectuadas	Eficiencia en consultas	Población objetivo del programa que recibe atención a la salud	(Total de consultas médicas realizadas / Total de consultas médicas programadas)*100		Mensual		S	S	S		S	N	S	S	N	S	El nombre del indicador no es congruente con su fórmula de cálculo. La eficiencia relaciona los resultados con el uso de los recursos.	
Educación en autocuidado de la salud	Eficiencia en el autocuidado de la salud	Toda la población habitante de las localidades en cobertura del programa	(Total de sesiones para la salud realizadas / Total de sesiones para la salud programadas)*100		Trimestral		N	S	N		S	N	S	S	N	N		

Ver Tabla 7

Tabla 6.
Valoración técnica de los indicadores del PFAM

Objetivo	Nombre del indicador	Definición	Método de cálculo	Unidad de medida	Frecuencia de medición	Comportamiento del indicador	Validez			Calidad				Justificación	Indicador recomendado		
							Validez interna	Validez externa	Por valor aparente	Consistencia inter-temporal	Consistencia inter-observacional	Claro	Relevante			Económico	Monitoreable
Participación Social y Comunitaria	Porcentaje de acciones de mejoramiento del medio	Toda la población habitante de las localidades en cobertura del programa	(Total de Acciones de mejoramiento comunitario realizadas / Total de acciones de mejoramiento del medio programadas)*100		Trimestral		N	S	N		S	N	S	S	N	N	El objetivo es poco claro. Resulta complicado relacionar el objetivo con su indicador dada la definición de las variables que intervienen en su construcción.
Promoción de Saneamiento Básico	Eficiencia en el saneamiento básico	Toda la población habitante de las localidades en cobertura del programa	(Total de acciones de saneamiento básico realizadas / Total de acciones de saneamiento básico programadas)*100		Trimestral		S	S	S		S	N	S	S	N	S	El nombre del indicador no es congruente con su fórmula de cálculo. La eficiencia relaciona los resultados con el uso de los recursos.
Detección Oportuna de Enfermedades	Eficiencia en la detección	Población objetivo del programa que recibe atención a la salud	(Total de Detecciones realizadas / Total de población objetivo del programa)*100		Mensual		S	S	S		S	N	S	S	N	S	
Nutrición en el continuo de la línea de vida	Porcentaje de consultas por estado nutricional	Población objetivo del programa que recibe atención a la salud	(Total de consultas por estado nutricional realizadas / Total de población objetivo del programa)*100		Mensual		S	S	S		S	S	S	S	N	S	El objetivo es poco claro. Resulta complicado relacionar el objetivo con su indicador dada la definición de las variables que intervienen en su construcción.
Inmunización a grupos poblacionales de riesgo	Porcentaje de dosis aplicadas	Población objetivo del programa que recibe atención a la salud	(Total de dosis de vacunas aplicadas / Total de población objetivo del programa)*100		Mensual		S	S	S		S	S	S	S	N	S	Los datos de las variables que construyen el indicador no son públicos.
Administración de la atención con base a un Catálogo de Servicios (CAUSES)	Eficiencia en la atención Médica Ambulatoria	Población objetivo del programa que recibe atención a la salud	(Total de atenciones otorgadas a población objetivo / Total de acciones y atenciones de CAUSES programadas)*100		Mensual		S	S	S		S	N	S	S	N	S	El nombre del indicador no es congruente con su fórmula de cálculo. La eficiencia relaciona los resultados con el uso de los recursos.

nd: información no disponible

Fuente: elaboración propia con datos de registros administrativos de la coordinación estatal del PFAM

Los indicadores de la Tabla 7, se sugieren como instrumentos complementarios, aunque se insiste en la importancia de incorporarlos, sobre todo al nivel de resultados de la intervención.

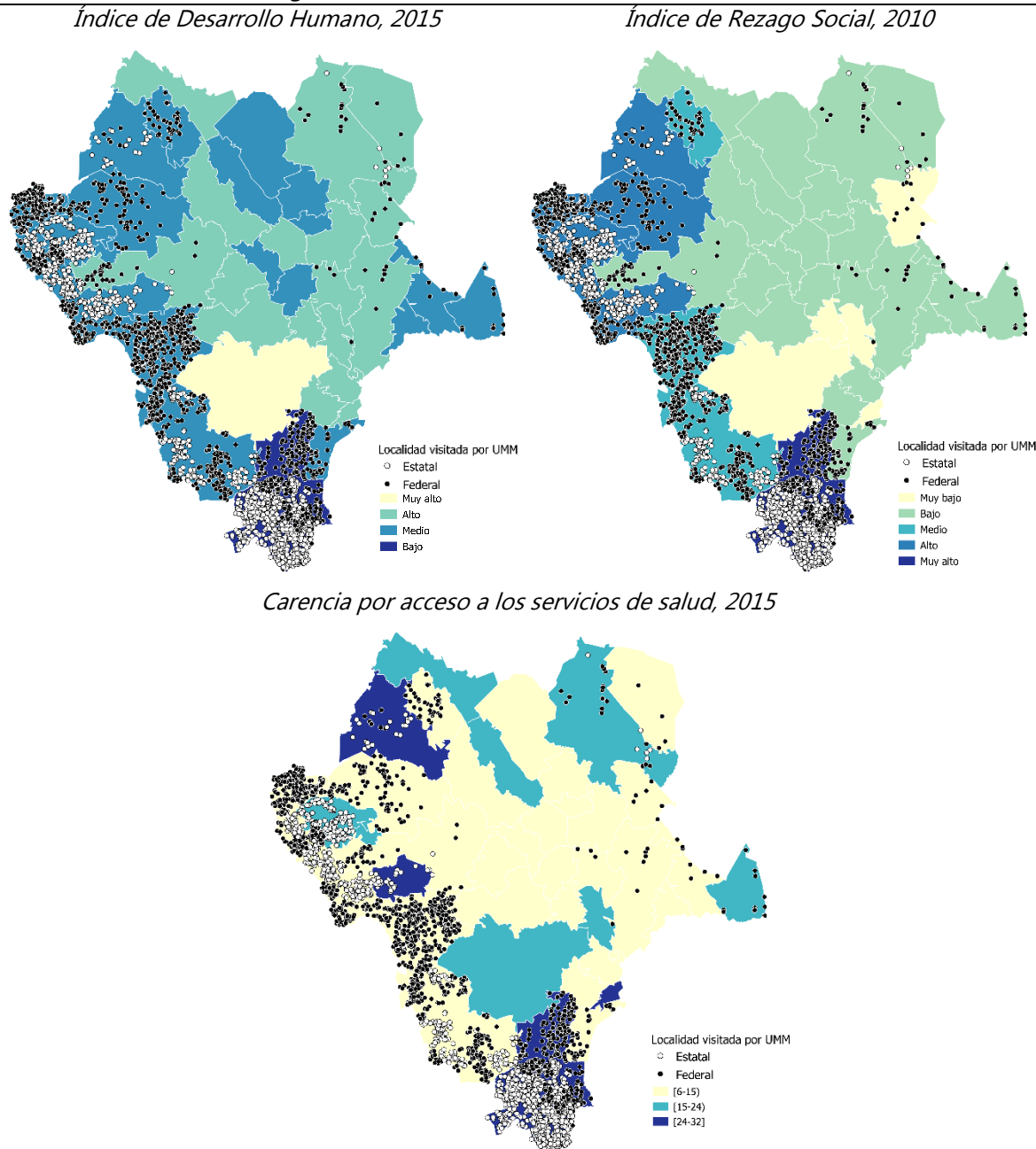
Tabla 7.
Propuesta de indicadores locales del PFAM

Nivel	Nombre del indicador	Método de cálculo	Unidad de medida	Frecuencia de medición	Comportamiento del indicador	Fuente de información
Estratégico	Tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino	(Total de mujeres de 25 años y más fallecidas a causa de cáncer cervicouterino en el año) / (Población estimada de mujeres en el mismo grupo de edad para el mismo año)*100	Tasa	Anual	Descendente	Salud en números. Cubos dinámicos. Secretaría de Salud. http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/BD_Cubos_gobmx.html
	Porcentaje de localidades con servicios de atención primaria a la salud	(Total de localidades atendidas por el programa en el periodo / Número de localidades objetivo del programa en el periodo)*100	Porcentaje	Anual	Ascendente	Registros administrativos de la coordinación estatal del PFAM
	Porcentaje de niños menores de cinco años recuperados de desnutrición	(Total de niños menores de 5 años recuperados de desnutrición / Número de niños desnutridos menores de 5 años en control nutricional)*100	Porcentaje	Anual	Ascendente	Registros administrativos de la coordinación estatal del PFAM
	Porcentaje de mujeres detectadas con embarazo de alto riesgo	(Total de mujeres con embarazo de alto riesgo / Número de mujeres embarazadas en control prenatal en las localidades responsabilidad del programa)*100	Porcentaje	Anual	Ascendente	Registros administrativos de la coordinación estatal del PFAM

Anexo 3. Cobertura de las UMM según indicadores seleccionados, 2018

Figura 4.

Cobertura de las UMM según indicadores seleccionados, 2018



Fuente: elaboración propia con información del Informe de Desarrollo Humano Municipal 2010-2015 del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, disponible en: <http://www.mx.undp.org/content/mexico/es/home/library/poverty/informe-de-desarrollo-humano-municipal-2010-2015--transformando-.html>; de la Medición de la Pobreza del Coneval, disponible en: https://www.coneval.org.mx/Medicion/IRS/Paginas/Indice_Rezago_Social_2015.aspx y <https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/Pobreza-municipal.aspx>; y de registros administrativos de la coordinación estatal del PFAM.

Anexo 4. Indicadores federales del PFAM

Tabla 8.

Resultados de los indicadores federales del PFAM en Durango, 2018

Nombre del indicador	Resultados en 2018
MIR, 2019 ^{a/}	
<i>Fin</i>	
Tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino	11
<i>Propósito</i>	
Porcentaje de localidades con servicios de atención primaria a la salud	87.3
Porcentaje de casos referidos de embarazo de alto riesgo a un segundo nivel de atención	78.58
Porcentaje de niños menores de cinco años recuperados de desnutrición	24.99
<i>Componentes</i>	
Porcentaje de niños menores de 5 años con desnutrición	5.12
Porcentaje de mujeres detectadas con embarazo de alto riesgo.	31.39
Porcentaje de citologías cervicales (Papanicolaou) realizadas en las mujeres de 25 a 34 años por primera vez en su vida o en un lapso mayor a tres años	56.14
Porcentaje de servicios de promoción y prevención otorgados con respecto a los programados	92.19
Porcentaje de consultas de atención médica otorgadas con respecto a las programadas	97.12
<i>Actividades</i>	
Porcentaje de personal de salud itinerante completo de acuerdo con la tipología de las Unidades Médicas Móviles del Programa.	94.76
Porcentaje del equipo de salud itinerante capacitado de las Unidades Médicas Móviles del programa.	43.39
Anexo 7 del convenio específico del PFAM con la entidad federativa, 2018	
<i>I. Control Nutricional</i>	
I.1. Porcentaje de niños con obesidad y sobrepeso	4.88
I.2. Porcentaje de niños con peso para la talla normal	86.32
I.3. Porcentaje de niños con desnutrición leve	8.35
I.4. Porcentaje de niños con desnutrición moderada	0.38
I.5. Porcentaje de niños con desnutrición grave	0.06
I.6. Porcentaje de niños con recuperados de desnutrición	6.04
<i>II. Enfermedades Diarreicas Agudas en menores de cinco años</i>	
II.1. Porcentaje de enfermedades diarreicas agudas de primera vez en menores de cinco años	13.73
II.2. Porcentaje de casos de enfermedades diarreicas agudas en menores de cinco años que requirieron plan A	100
II.3. Porcentaje madres capacitadas en enfermedades diarreicas agudas	9.35
<i>III. Enfermedades Respiratoria Agudas en menores de cinco años</i>	48.46
III.1. Porcentaje de infecciones respiratorias agudas en menores de cinco años	31.97
III.2. Porcentaje de casos de infecciones respiratorias agudas en menores de cinco años que requirieron antibiótico	12.85
III.3. Porcentaje madres capacitadas en infecciones respiratorias agudas	48.46
<i>IV. Diabetes Mellitus</i>	
IV.1. Porcentaje de pacientes con Diabetes Mellitus en tratamiento	97.41
IV.2. Porcentaje de pacientes con Diabetes Mellitus controlados	41.78
IV.3. Porcentaje de casos nuevos de Diabetes Mellitus	0.05
IV.4. Porcentaje de detecciones de Diabetes Mellitus	29.37
<i>V. Hipertensión Arterial Sistémica</i>	
V.1. Porcentaje de pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica en tratamiento	95.84
V.2. Porcentaje de pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica controlados	43.65
V.3. Porcentaje de casos nuevos de Hipertensión Arterial Sistémica	0.07
V.4. Porcentaje de detecciones de Hipertensión Arterial Sistémica	31.57
<i>VI. Obesidad</i>	
VI.1. Porcentaje de pacientes con Obesidad en tratamiento	89.74
VI.2. Porcentaje de pacientes con Obesidad controlados	17.88
VI.3. Porcentaje de casos nuevos de Obesidad	0.08

Tabla 8.
Resultados de los indicadores federales del PFAM en Durango, 2018

Nombre del indicador	Resultados en 2018
VI.4. Porcentaje de detecciones de Obesidad	29.06
<i>VII. Dislipidemias</i>	
VII.1. Porcentaje de pacientes con Dislipidemias en tratamiento	96.88
VII.2. Porcentaje de pacientes con Dislipidemias controlados	23.92
VII.3. Porcentaje de casos nuevos de Dislipidemias	0.01
VII.4. Porcentaje de detecciones de Dislipidemias	11.73
<i>VIII. Síndrome Metabólico</i>	
VIII.1. Porcentaje de casos nuevos de Síndrome metabólico	0.04
<i>IX. Cáncer Cervicouterino</i>	
IX.1. Porcentaje de detecciones oportunas de cáncer cérvico uterino	98.44
IX.2. Porcentaje de detecciones de Virus de Papiloma Humano	0
IX.3. Porcentaje de casos nuevos de Displasia (leve, moderada y severa)	4.92
IX.4. Porcentaje de casos nuevos de cáncer cérvico uterino	0.62
<i>X. Cáncer de Mama</i>	
X.1. Porcentaje de detecciones por exploración para cáncer de mama	22.98
X.2. Porcentaje de casos nuevos de cáncer de mama	0
<i>XI. Control Prenatal y Puerperio</i>	
XI.1. Porcentaje de detecciones de mujeres embarazadas en el primer trimestre de gestación	18.52
XI.2. Proporción de consultas a mujeres embarazadas	2.34
XI.3. Porcentaje de mujeres con embarazo de alto riesgo de primera vez	2.53
XI.4. Porcentaje de mujeres con embarazo de alto riesgo de primera vez referidas a segundo o tercer nivel	100
X.5. Proporción de consultas de seguimiento a puérperas	2.11
<i>XII. Prevención de defectos al nacimiento</i>	
XII.1. Porcentaje de mujeres en edad fértil que recibieron ácido fólico	23.11
<i>XIII. Planificación Familiar</i>	
XIII.1. Porcentaje de usuarios activos de planificación familiar	22.68
XIII.2. Porcentaje de puérperas aceptantes de planificación familiar	18.18
<i>XIV. Atención Odontológica</i>	
XIV.1. Promedio de pacientes que reciben consulta odontológica	3.79
XIV.2. Porcentaje de acciones preventivas odontológicas	87.20
XIV.3. Porcentaje de acciones curativas odontológicas	93.29
<i>XV. Vacunación</i>	
XV.1. Porcentaje de vacunación en embarazadas	74.86
XV.2. Porcentaje de vacunación en menores de 9 años	87.15
Informe gerencial, 2019	
Porcentaje del cumplimiento de cronograma de rutas	
Porcentaje del uso efectivo de vehículo en ruta programada	
Porcentaje del equipo de salud itinerante completo	
Porcentaje de UMM que cuentan con suficiencia de medicamentos	
Porcentaje de seguimiento a pacientes referidos	nd
Porcentaje de capacitaciones al equipo de salud itinerante	
Porcentaje del equipo de salud itinerante capacitado	
Porcentaje de unidades médicas móviles supervisadas	
Porcentaje de unidades médicas móviles supervisadas que obtuvieron puntaje satisfactorio	

^{a/} Resultados nacionales

Fuente: elaboración propia con información de la MIR 2018 del PFAM, disponible en: <https://nptp.hacienda.gob.mx/programas/jsp/programas/fichaPrograma.jsp?id=12S200>; del Anexo 7 del convenio específico del PFAM con Durango 2018 y del Informe gerencial de la coordinación estatal del PFAM.



inevap

INSTITUTO DE EVALUACIÓN DE POLÍTICAS
PÚBLICAS DEL ESTADO DE DURANGO