



5038 EVALUACIÓN 2011 DE CONSISTENCIA Y RESULTADOS DEL PROGRAMA ENTORNOS Y COMUNIDADES SALUDABLES

**DIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN DE LA
SALUD**

Abril de 2012

ÍNDICE

Resumen ejecutivo	3
Introducción	6
IV.1 Diseño	7
IV.1.1 Características del programa	7
IV.1.2 Análisis de la justificación de la creación y del diseño del programa	8
IV.1.3 Análisis de la contribución del programa a los objetivos nacionales y los sectoriales	11
IV.1.4 Análisis de la población potencial y objetivo	14
IV.1.5 Análisis de la matriz de indicadores para resultados	17
IV.2 Planeación y orientación a resultados	21
IV.2.1 Instrumentos de planeación	21
IV. 2.2 De la orientación hacia resultados y esquemas o procesos de evaluación	23
IV.2.3 De la generación de información	28
IV.3 Cobertura y focalización	30
IV.3.1 Análisis de cobertura	30
IV.4 Operación	33
IV.4.1 Análisis de los procesos establecidos en las ROP o normatividad aplicable	33
IV.4.2 Mejora y simplificación regulatoria	43
IV.4.3 Organización y gestión	44
IV.4.4 Eficiencia y economía operativa del programa	45
IV.4.5 Sistematización de la información	47
IV.4.6 Cumplimiento y avance en los indicadores de gestión y productos	48
IV.4.7 Rendición de cuentas y transparencia	49
IV.5 Percepción de la población atendida	50
IV.6 Medición de resultados	51
V. Análisis de fortalezas, oportunidades, debilidades, amenazas y recomendaciones	59
VI. Comparación con los resultados de la evaluación de consistencia y resultados	60
VII. Conclusiones	62

RESUMEN

DISEÑO

El diseño del Programa Comunidades Saludables (PCS) está teóricamente muy bien fundamentado y al estar vinculado con la *Red de Municipios y Comunidades Saludables de las Américas*, se posibilita el intercambio de experiencias y el aprendizaje entre países de la región. Comparado con otros programas promovidos en América Latina, el ejemplo mexicano es pionero, pues llega a un nivel de acción local y comunitario, vía el apoyo de proyectos, mientras que los otros se quedan en el nivel municipal a través de la capacitación.

Los objetivos del PCS están alineados con los del Programa Sectorial de Salud (PROSESA) 2007-2012 y los del Plan Nacional de Desarrollo (PND), que proponen mejorar la salud de la población más vulnerable, condición indispensable para lograr la igualdad y el desarrollo integral de las personas. Coincide con ambos en conceptos clave como participación comunitaria, creación de entornos favorables para la salud y su promoción, prevención de enfermedades, entre otros.

El PCS también tiene relación directa con algunas de las Metas del Milenio, como mejorar la salud materna, reducir la mortalidad infantil y el combate a enfermedades de transmisión sexual y por vectores; y de manera indirecta con las de erradicar la pobreza extrema y el hambre, reducir los gastos en salud, mejorar los entornos de salubridad y fomentar que la población cuente con las condiciones físicas necesarias para el aprendizaje y el trabajo.

Una de las fortalezas del diseño del PCS es que el 100% de las metas e indicadores de la MIR cuentan con las características para ser efectivas y orientadas a resultados. Una de sus debilidades es la ambigüedad al definir su población objetivo en los distintos documentos normativos, ya que en las Reglas de Operación (ROP) la concibe como “localidades”, y en la MIR y en el Programa de Acción como “municipios” participantes, por lo que se sugiere unificar la definición a “municipios” en todos los documentos normativos.

PLANEACIÓN Y ORIENTACIÓN

El PCS es resultado de ejercicios de planeación estratégica y cuenta con una clara cadena lógica de resultados. Su Matriz de Indicadores de Resultados (MIR) contiene indicadores y metas claras, medibles y relevantes para conocer los resultados a mediano y largo plazos. Los planes de trabajo están bien definidos en los Expedientes Técnicos de cada uno de los proyectos técnicos planteados por los municipios participantes.

Le confiere fuerza y relevancia el hecho que se ha atendido al 100% las sugerencias hechas por evaluadores externos a sus reglas de operación, a través de un procedimiento institucionalizado de seguimiento.

COBERTURA Y FOCALIZACIÓN

El PCS establece los mecanismos para identificar a su población objetivo. Para tal fin utiliza los diagnósticos participativos municipales, elaborados por el Comité Municipal de Salud, con la participación de las comunidades a las que se busca beneficiar.

A través de un taller intersectorial (en el que convergen los diferentes sectores de la comunidad: educativo, productivo, de servicios, etc.) los actores sociales priorizan las necesidades más urgentes de sus comunidades.

Con el PCS se ha alcanzado una cobertura total de la “población potencial”, es decir, los 2,476 municipios del país.

OPERACIÓN

El PCS cuenta con información sistematizada y verificable sobre el total de solicitudes y apoyos otorgados a los municipios. Los procedimientos para solicitar apoyo del programa son públicos, claros y están disponibles para la población objetivo a través de la página de la DGPS y de los materiales de difusión de la convocatoria.

Los Criterios de Selección de proyectos están estandarizados y contemplan lo siguiente: propuesta emanada del diagnóstico participativo y priorización del problema; que las acciones propuestas estén dirigidas a población de alta y muy alta marginación (barrios, colonias, etc.), que sean innovadoras e integrales y que cuenten con el respaldo de un comité municipal de salud.

Los procedimientos para otorgar los apoyos están estandarizados y son públicos. Involucran a la Secretaría de Salud, al Comité Nacional de Comunidades Saludables (CNCS), a los Comités Estatales de Comunidades Saludables y a los Servicios Estatales de Comunidades Saludables, a través de la Tesorería de Gobierno del Estado.

También es público el listado de los proyectos apoyados por el Programa y el área contable del CNCS cuenta con un registro electrónico de las transferencias del financiamiento dirigido a los estados y realiza un monitoreo sobre el uso que se le dan a los recursos entregados, para evitar corrupción u opacidad en su manejo.

PERCEPCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA

Hasta 2010, el PCS no contaba con un instrumento que permitiera medir la percepción de la población atendida sobre el programa; los involucrados en la aterrización del programa aplicaban encuestas diversas y no se sistematizaban sus resultados.

En 2011 se unificó una encuesta de salida, y será hasta este año cuando se sistematicen sus resultados, lo que permitirá, por primera vez y a consecuencia de la atención a Aspectos Susceptibles de Mejora (ASM) identificados por evaluadores externos, conocer la satisfacción de la población a nivel nacional.

El cuestionario que se aplicará no induce respuestas y permitirá conocer características relevantes del programa, como la participación municipal y comunitaria y el grado de involucramiento de la población en el desarrollo de las actividades del programa.

Otra fuente de conocimiento de la satisfacción de la población beneficiada son los Comités de Contraloría Social, que representan a la comunidad y son los interlocutores con los municipios. Desde 2008, Comunidades Saludables cuenta y fomenta su formación para reportar quejas y denuncias sobre el uso irregular de recursos.

RESULTADOS

El PCS documenta sus resultados a nivel de Fin y de Propósito con indicadores de la MIR y con hallazgos y evaluaciones que no son de impacto. Aunque en su Programa de Acción Específico menciona referencias internacionales sobre la pertinencia de su diseño e indicadores, aún no se cuenta con una evaluación de programas similares realizados en otros países, es decir, el programa no cuenta con los recursos y la información suficientes para producir una evaluación de impacto.

Desde el inicio del programa (2001) se han realizado evaluaciones externas. La primera fue sexenal, y a partir del gobierno actual se realizan anualmente. Estas evaluaciones han sido una de diseño y el resto de desempeño y resultados. Fueron realizadas por: Funsalud, 2007; LEXIA 2007, 2008, 2009 y 2011, así como por CONEVAL que sistemáticamente evalúa este programa.

Si en México se logra realizar una evaluación de impacto del Programa, sería la primera en América Latina y permitiría reorientar, si fuera necesario, sus reglas de operación para el próximo sexenio.

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con las Reglas de Operación e Indicadores de Gestión y Evaluación del Programa de Comunidades Saludables para el ejercicio fiscal 2011, se debe realizar una evaluación de los avances, apego a la normatividad, los alcances y trascendencia de las acciones realizadas y el grado de cumplimiento de las metas establecidas.

Esta evaluación debe ser conducida por una institución de investigación con experiencia en la materia y con miras hacia el aprendizaje y la mejora de las acciones y resultados del Programa. En conformidad con lo anterior, LEXIA Investigación Cualitativa es seleccionada para realizar la evaluación 2011-2012 del PCS. Esta institución efectuó la Evaluación del Programa Comunidades Saludables 2002-2006, en 2007, 2008 y 2009, por lo que conoce el desarrollo y cambios que ha tenido el Programa a lo largo de los dos últimos sexenios.

El objetivo de la presente evaluación es, siguiendo los Términos de Referencia para la Evaluación de Consistencia y Resultados establecidos por el CONEVAL, evaluar la consistencia y orientación a resultados del Programa Comunidades Saludables con la finalidad de proveer información que retroalimente su diseño, gestión y resultados. Para ello se revisaron, analizaron y se emitieron recomendaciones en seis temas específicos: 1) Diseño, 2) Planeación y orientación a resultados, 3) Cobertura y focalización, 4) Operación, 5) Percepción de la población atendida y 6) Medición de resultados.

IV.1 DISEÑO

IV.1.1 CARACTERÍSTICAS DEL PROGRAMA

(Ver Anexo 1)

IV.1.2 ANÁLISIS DE LA JUSTIFICACIÓN DE LA CREACIÓN Y DEL DISEÑO DEL PROGRAMA

1. **El problema o necesidad prioritaria que busca resolver el programa está identificado en un documento que cuenta con la siguiente información:**
 - a) **El problema o necesidad se formula como un hecho negativo o como una situación que puede ser revertida.**
 - b) **Se define la población que tiene el problema o necesidad.**
 - c) **Se define el plazo para su revisión y su actualización.**

Respuesta: Sí, nivel 4.

El programa tiene identificado el problema o necesidad que busca resolver y cuenta con todas las características establecidas en la pregunta. La necesidad está definida como una situación que puede ser revertida, asociada a un cambio en el patrón de morbi-mortalidad hacia enfermedades que pueden ser mitigadas desde una adecuada gestión de los determinantes de salud.

Contempla, como necesidades: combatir los problemas que amenazan la salud integral, fortalecer las conductas que la benefician, promover políticas públicas que favorezcan la salud, apoyar la creación de entornos saludables y reforzar el poder de las comunidades sobre los determinantes de su salud, involucrando a los gobiernos municipales y a su población en acciones de promoción de la salud, mediante la participación individual y colectiva en el apoyo a proyectos que puedan tener alto impacto en la salud, el bienestar y la calidad de vida de sus habitantes.

La población potencial son todos los municipios del país. Por esta razón la definición del problema no considera diferencias entre hombres y mujeres, pues la población objetivo es el municipio en sí. Sin embargo, el Programa contempla la atención de 21 temas de salud pública en los que se da cuenta de las necesidades específicas de mujeres, indígenas, jóvenes, niños, personas de la tercera edad y con discapacidad, entre otros grupos prioritarios para cada tema.

El Programa Comunidades Saludables (PCS) cuenta con un plazo anual para la revisión del problema, y el mecanismo para la actualización de necesidades son diagnósticos municipales de salud, componente esencial del programa.

Fuentes: ROP 2011-2012, PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO 2007-2012.

- 2. Existe un diagnóstico del problema que atiende el programa que describa de manera específica:**
- a) Causas, efectos y características del problema.**
 - b) Cuantificación, características y ubicación territorial de la población que presenta el problema.**
 - c) El plazo para su revisión y su actualización.**

Respuesta: Sí, nivel 4.

El programa cuenta con dos fuentes que aportan información sobre el problema que busca atender, en dos diferentes niveles. La primera son el Programa Nacional de Salud 2007-2012 y el Programa de Acción Específico 2007-2012 que, basados en un diagnóstico general de la salud en México, identifican las causas, efectos y características que los entornos tienen en la salud de la población, así como las 14 enfermedades prevenibles con prioridad de atención: padecimientos del rezago o emergentes, y enfermedades crónicas.

La segunda son los Expedientes Técnicos de los proyectos, realizados por los municipios participantes anualmente, en donde se incluye un diagnóstico situacional de salud que aterriza las 14 prioridades en salud pública a nivel comunitario. A través de éstos, el Programa cuantifica, caracteriza y ubica territorialmente a la población que busca atender en alguno de sus temas en cada municipio participante.

Estos diagnósticos cubren las necesidades de focalización en lo local, pero no se integran en un diagnóstico nacional que permita identificar las necesidades más urgentes para cada tipo de población y entorno, lo que facilitaría la priorización de proyectos en la dictaminación y la conceptualización de la población objetivo.

Por otro lado, la generación de los diagnósticos es un mecanismo que fomenta la participación municipal y la organización comunitaria en la prevención de enfermedades y escucha las necesidades de atención desde la voz municipal.

Fuentes: ROP 2011-2012, Programa Nacional de Salud 2007-2012, Programa de Acción Específico 2007-2012, Expedientes Técnicos de los Proyectos 2011.

3. ¿Existe justificación teórica o empírica documentada que sustente el tipo de intervención que el programa lleva a cabo?

Respuesta: Sí, nivel 4.

La *Red de Municipios y Comunidades Saludables de las Américas* es un espacio de cooperación y retroalimentación entre programas de la misma naturaleza desarrollados en un gran número de países de América Latina. Esta red tiene sus orígenes en la *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*, en donde se expuso en 1989 que:

Una buena salud es el mejor recurso para el progreso personal, económico y social y una dimensión importante de la calidad de la vida. Los factores políticos, económicos, sociales, culturales, de medio ambiente, de conducta y biológicos pueden intervenir bien en favor o en detrimento de la salud. El objetivo de la acción por la salud es hacer que esas condiciones sean favorables para poder promocionar la salud.

La *Red* lleva a cabo congresos periódicos en donde se exponen las diferentes experiencias nacionales y los retos que van enfrentando. La única diferencia entre el Programa Comunidades Saludables y los otros programas promovidos en la región es que el ejemplo mexicano llega a un nivel de acción local y comunitario, vía el apoyo de proyectos, mientras que los otros se quedan en el nivel municipal a través de capacitación. En esta área es, por ello, pionera.

Adicionalmente, el fundamento de este tipo de intervención se refleja en el Programa de Acción Específico 2007-2012, que adopta el Modelo Operativo de Promoción de Salud, el cual es coherente con el modelo de diagnóstico comunitario empleado. Se destaca su voluntad de anticipación y de incidencia sobre los determinantes para lograr la efectividad en sus distintos niveles y lograr que las personas puedan mejorar, en conjunto con las instituciones, sus condiciones de salud. El concepto fundamental del modelo socio-ecológico parte de que el comportamiento individual está favorecido o impedido por la situación del entorno. En este sentido, se concreta en los proyectos municipales según los resultados específicos aportados en su diagnóstico, donde se definen las acciones comunitarias como el medio más eficaz para emprender un cambio en los Determinantes de Salud, desde una política enfocada hacia la prevención.

Fuentes: ROP 2012; Plan de Acción 2007-2012; OPS: La Participación Social en el Desarrollo de la Salud: Experiencias Latinoamericanas; Municipios y comunidades saludables. Guía de los alcaldes HSP/SILOS-35, Washington, DC: PAHO, 1995; Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud.

IV.1.3 ANÁLISIS DE LA CONTRIBUCIÓN DEL PROGRAMA A LOS OBJETIVOS NACIONALES Y LOS SECTORIALES

- 4. El Propósito del programa está vinculado con los objetivos del programa sectorial, especial o institucional considerando que:**
- a) Existen conceptos comunes entre el Propósito y los objetivos del programa sectorial, especial o institucional, por ejemplo: población objetivo.**
 - b) El logro del Propósito aporta al cumplimiento de alguna(s) de la(s) meta(s) de alguno(s) de los objetivos del programa sectorial, especial o institucional.**

Respuesta: Sí, nivel 4

El logro del Propósito del PCS está estrechamente vinculado con objetivos del Programa Sectorial de Salud (PROSESA) 2007-2012, y esta relación está expuesta en sus ROP. El Fin del Programa es que los municipios con localidades de 500 a 2,500 habitantes mejoren la calidad de su salud a través del control de los determinantes que inciden en las enfermedades prevenibles. El Propósito que permite alcanzarlo es que cuenten con población capacitada y asesorada para ello.

Este Propósito se lleva a cabo a través de acciones como: impulsar a nivel local los principios de promoción de la salud; promover políticas públicas sanas; crear ambientes saludables; fortalecer la acción comunitaria y social; desarrollar las capacidades de los individuos, y reorientar los servicios de salud para proporcionar a la población los medios necesarios para mantener su salud y ejercer un mayor control sobre la misma.

Todas ellas son afines con la segunda estrategia del PROSESA, de fortalecer e integrar las acciones de promoción de la salud y prevención y control de enfermedades. En su línea de acción 2.2 establece fortalecer los servicios de promoción de la salud y prevención de enfermedades incorporando acciones efectivas basadas en evidencias científicas, así como reformando la acción comunitaria para el desarrollo de entornos saludables.

Fuentes: ROP 2012, PROGRAMA SECTORIAL DE SALUD 2007-2012 Y PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO 2007-2012.

5. ¿Con cuáles objetivos, ejes y temas del Plan Nacional de Desarrollo vigente está vinculado el objetivo sectorial relacionado con el programa?

Respuesta: Sí.

El Plan Nacional de Desarrollo (PND) señala en su 3er. eje temático: Igualdad de Oportunidades. El Programa Sectorial de Salud (PROSESA) coincide con este eje al promover mejorar la salud de la población más vulnerable, condición indispensable para lograr la igualdad y el desarrollo integral de las personas.

Entre los objetivos del PND que se vinculan con el Programa Sectorial, se encuentran:

Objetivo 4. Mejorar las condiciones de salud de la población. En este aspecto, el Programa Entornos y Comunidades Saludables establece:

- Contribuir a que la población de los municipios mejore la calidad de su salud a través del control de los determinantes que inciden en las enfermedades prevenibles, capacitando a la población y asesorándola para el control de los determinantes en salud que inciden en dichas enfermedades
- Brindar asesoría técnica y capacitación en promoción de la salud entregada a responsables de las áreas de promoción de la salud del nivel estatal y jurisdiccional personal de promoción de la salud local para procurar el acercamiento de la comunidad a los servicios de salud

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

- Este objetivo coincide con el del PCS, que cuenta con un criterio de elegibilidad que prioriza el apoyo a la población de alta y muy alta marginación, (barrios, colonias, etc.), contribuyendo a la igualdad de oportunidades.

Fuentes: ROP 2011, PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO 2007-2012, MIR 2011 y PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2011.

6. ¿Cómo está vinculado el Propósito del programa con las Metas del Milenio?

Respuesta: Sí.

El Propósito del PCS es que los municipios con localidades de 500 a 2500 habitantes cuenten con población capacitada y asesorada para el control de los determinantes en salud que inciden en las enfermedades prevenibles.

Siendo un propósito enfocado a la promoción de capacidades y el derecho a la salud como componentes indispensable para el desarrollo local y el combate a la desigualdad y la pobreza extrema, varias de las Metas del Milenio se vinculan con éste de manera Directa, como:

- la mejora de la salud materna
- la reducción de la mortalidad infantil, y
- el combate a enfermedades de transmisión sexual y por vectores

Como consecuencia de la mejora en la salud de las comunidades más marginadas, otras metas se ven beneficiadas de manera Indirecta, como:

- erradicar la pobreza extrema y el hambre, al reducir los gastos en salud, mejorar los entornos de salubridad y fomentar que la población cuente con las condiciones físicas necesarias para el aprendizaje y el trabajo
- lograr la enseñanza primaria universal, ya que la salud de los niños es una necesidad básica para el aprendizaje y la reducción en gastos familiares en salud permite elevar la inversión en educación
- garantizar la sostenibilidad ambiental, al fomentar entornos naturales y productivos favorables para las determinantes de la salud

Como se puede apreciar en los objetivos y estrategias del programa, inscritos en la ROP, se relacionan directamente al logro de dichas metas, haciendo énfasis en el ámbito comunitario como esencial para su cumplimiento.

Fuentes: ROP 2012, MIR 2011, PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO 2007-2012, PNUD MEXICO, OBJETIVOS Y METAS DEL MILENIO.

IV. 1. 4. ANÁLISIS DE LA POBLACIÓN POTENCIAL Y OBJETIVO

7. Las poblaciones, potencial y objetivo, están definidas en documentos oficiales y/o en el diagnóstico del problema y cuentan con la siguiente información y características:

- a) Unidad de medida.**
- b) Están cuantificadas.**
- c) Metodología para su cuantificación y fuentes de información.**
- d) Se define un plazo para su revisión y actualización.**

Respuesta: Si, nivel 3.

Las poblaciones están definidas en las ROP 2012 del Programa y son:

- Población potencial: todos los municipios del país con comunidades de entre 500 y 2500 habitantes, en el ámbito rural, suburbano y urbano, que se sitúan en localidades, ciudades, barrios, colonias, unidades habitacionales, entre otras.
- Población objetivo: aquellas localidades que los proyectos municipales identifiquen en sus diagnósticos como prioritarios y susceptibles de atención.

Aunque sí se plantea una metodología para su cuantificación, su medición es compleja dado que las unidades de medida son diferentes: “municipios” para la población potencial y “localidades” para la población objetivo.

Su cuantificación se simplificaría si se tomara como población objetivo a los municipios participantes en el año, lo que homologaría las unidades de medida entre ambas poblaciones. En este sentido, cabe diferenciar a la población objetivo del Programa (municipios participantes) de la población objetivo de los Proyectos (localidades elegidas por los municipios participantes para su atención).

La revisión de municipios (población potencial) no requiere de actualización constante ya que el número de municipios no varía (en periodos largos de tiempo), y los municipios participantes (población objetivo), se determinan año con año en respuesta a la convocatoria de proyectos.

(Ver Anexo 2).

Fuentes: ROP 2012, Expediente Técnico del Proyecto 2011 y Guía para el llenado del Expediente Técnico 2011.

8. Existe información que permita conocer quiénes reciben los apoyos del programa (padrón de beneficiarios) que:

- a) Incluya las características de los beneficiarios establecidas en su documento normativo.**
- b) Incluya el tipo de apoyo otorgado.**
- c) Esté sistematizada e incluya una clave única de identificación por beneficiario que no cambie en el tiempo.**
- d) Cuento con mecanismos documentados para su depuración y actualización.**

Respuesta: Si, nivel 4.

El padrón de beneficiarios se estructura en dos niveles. Primero, los municipios beneficiarios son integrados a las bases de datos de proyectos apoyados y registran, en un segundo nivel, los datos de los beneficiarios programados, desglosados en número de comunidades beneficiadas y en población total beneficiada por grupos de edad y sexo. Estos datos son brindados por los municipios participantes en los Expedientes Técnicos de Proyectos –presentados anualmente– y sistematizados por el Comité Nacional de Comunidades Saludables.

Se cuenta con una sistematización de los padrones de beneficiarios (tomando como población atendida por el Programa a los municipios apoyados) con una clave única de identificación que permite su seguimiento. Este padrón se actualiza anualmente tras la dictaminación de solicitudes, y es por ello que no requiere de mecanismos para su actualización o depuración durante el desarrollo de los proyectos.

Fuentes: ROP 2011, Expediente Técnico del Proyecto 2011 y Guía para el llenado del Expediente Técnico 2011.

9. Si el programa recolecta información socioeconómica de sus beneficiarios, explique el procedimiento para llevarlo a cabo, las variables que mide y la temporalidad de las mediciones.

Respuesta: No.

No necesita, por sus características, este tipo de información.

IV. 1.5. ANÁLISIS DE LA MATRIZ DE INDICADORES PARA RESULTADOS

10. ¿En el documento normativo del programa es posible identificar el resumen narrativo de la Matriz de Indicadores para Resultados (Fin, Propósito, Componentes y Actividades)?

Respuesta: Sí, nivel 4.

En las ROP se leen todos las actividades, componentes, el propósito y el fin del programa plasmados en su Matriz de Indicadores para Resultados (MIR). El objetivo general del Programa, expresado en las ROP 2011, es “fortalecer los determinantes positivos de la salud, mediante el impulso de la participación de las autoridades municipales, la comunidad organizada y los sectores sociales en el desarrollo de acciones de promoción de la salud a fin de generar entornos favorables”, el cual coincide de lleno con su Propósito.

El Fin está implícito en los lineamientos de participación de la convocatoria de proyectos, que solicita que éstos estén “orientados a modificar favorablemente los determinantes de la salud en el municipio y beneficiar prioritariamente a la población marginada o a grupos vulnerables, que habiten en localidades entre 500 y 2500 habitantes y con bajo índice de desarrollo humano”.

Los Componentes y Actividades se resumen en el apartado 4.9 de las ROP 2011, que describe la Operación del Programa. En éste se contempla la formación de comités locales y municipales de salud, su asesoría y capacitación, y el apoyo en la elaboración, implementación, seguimiento y evaluación de sus proyectos de salud preventiva, así como su apoyo financiero a través de concurso.

(Ver Anexo 4).

Fuentes: ROP 2012, Convocatoria para el Programa Comunidades Saludables 2011 y MIR 2011.

11. Las Fichas Técnicas de los indicadores del programa cuentan con la siguiente información:

- a) Nombre.**
- b) Definición.**
- c) Método de cálculo.**
- d) Unidad de Medida.**
- e) Frecuencia de Medición.**
- f) Línea base.**
- g) Metas.**
- h) Comportamiento del indicador (ascendente, descendente, regular ó nominal).**

Respuesta: Si, nivel 4.

El 100% de sus indicadores cuentan con las características necesarias por lo que no hay recomendaciones de mejora para la MIR actual.

(Ver Anexo 5).

Fuente: MIR 2011.

12. Las metas de los indicadores de la MIR del programa tienen las siguientes características:

- a) Cuentan con unidad de medida.**
- b) Están orientadas a impulsar el desempeño, es decir, no son laxas.**
- c) Son factibles de alcanzar considerando los plazos y los recursos humanos y financieros con los que cuenta el programa.**

Respuesta: Si, nivel 4.

Todas sus metas cuentan con las características indicadas. Las metas son medibles, establecen las formas y fuentes de verificación, tienen metas fijas alcanzables en los tiempos propuestos y con los recursos humanos y económicos con los que cuenta.

El único indicador que es susceptible de mejora es el de Fin ya que no cuenta con una meta numérica que permita monitorear el impacto del programa en el tiempo. Actualmente busca “disminuir” la tasa de morbilidad en las localidades atendidas por el programa en un periodo de tiempo de 6 años. Esta carencia de una meta fija (numérica) se relaciona con la dificultad de evaluar el impacto del programa por la diversidad de temáticas y poblaciones en las que trabaja, lo cual no es una debilidad sino una fortaleza inherente a su naturaleza, que es preventiva y multifactorial.

Aún así, el indicador cumple con todas las características y su monitoreo, independientemente de que haya o no una evaluación externa y más rigurosa de impacto, ayudaría a conocer sus resultados a largo plazo y a realizar ajustes importantes para las emisiones del Programa en los próximos sexenios.

(Ver Anexo 6).

Fuente: MIR 2011.

13. ¿Con cuáles programas federales y en qué aspectos el programa evaluado podría tener complementariedad y/o coincidencias?

La educación para la salud, primer componente del PCS, es atendida por varias dependencias pero la población objetivo es diferente para cada uno, por lo que son Programas complementarios y no duplicados. Respecto a las obras y servicios para mejorar los entornos que fomentan la salud de las comunidades, segundo componente del Programa, existen complementariedades con otras áreas.

Destaca el Programa para el Desarrollo de Zonas Prioritarias (PDZP) de la Unidad de Microrregiones de SEDESOL, que tiene un planteamiento integral, trabajando en obras de mejoramiento de infraestructura en municipios de alta marginación y promoviendo, al igual que Comunidades Saludables, la participación comunitaria y el diseño de proyectos desde y para las localidades más rezagadas. Ambos buscan mejorar las condiciones de las comunidades que influyen en los determinantes de la salud, pero lo abordan de manera diferente, el PCS enfocado a la capacitación y los hábitos saludables, y el PDZP en infraestructura y servicios básicos.

También es complementario con el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, cuyo objetivo es contribuir a la ruptura del ciclo intergeneracional de la pobreza, favoreciendo el desarrollo de las capacidades de educación, salud y nutrición de las familias más pobres del país. La principal diferencia es que el PCS trabaja desde una perspectiva comunitaria, mientras que Oportunidades tiene como población objetivo a los hogares en condición de pobreza alimentaria y que presentan características socioeconómicas y de ingreso insuficientes para invertir en el desarrollo adecuado de las capacidades de sus integrantes en materia de educación, nutrición y salud.

Los tres programas son complementarios sin embargo no se han establecido aun señalamientos explícitos al respecto en sus documentos normativos para formalizar su posible coordinación.

(Ver Anexo 7).

Fuentes: PCS ROP 2012, PDZP ROP 2011 y Oportunidades ROP 2011.

IV.2 PLANEACIÓN Y ORIENTACIÓN A RESULTADOS

IV.2.1 INSTRUMENTOS DE PLANEACIÓN

14. La Unidad Responsable del programa cuenta con un plan estratégico con las siguientes características:

- a) Es resultado de ejercicios de planeación institucionalizados, es decir, sigue un procedimiento establecido en un documento.
- b) Contempla el mediano y/o largo plazo.
- c) Establece los resultados que quieren alcanzar, es decir, el Fin y el Propósito del programa.
- d) Cuenta con indicadores para medir los avances en el logro de sus resultados.

Respuesta: Sí, nivel 4.

El Programa es resultado de ejercicios de planeación estratégica de la Secretaría de Salud los cuales se plasman en el Programa Sectorial de Salud 2007-2012 (PSS) y que tienen metas específicas para el sexenio. Diseñaron 10 estrategias para alcanzar los cinco objetivos centrales que buscan enfrentar los retos de salud detectados en 2006.

Entornos y Comunidades Saludables responde a la segunda estrategia del PSS, "Fortalecer e integrar las acciones de promoción de la salud y prevención y control de enfermedades". El Programa tiene un Fin y un Propósito que se alinean con los objetivos generales del PSS y que cuentan con indicadores que permiten medir el avance en sus resultados a mediano y largo plazo. Los cambios en la tasa de morbilidad se irán modificando a largo plazo y la atención de diversos determinantes en la salud de la población puede observarse como resultado de las acciones en un periodo de tiempo menor.

Las acciones de planeación de las estrategias particulares del PCS se plasman en un árbol de problemas y otro de objetivos. En ellas identifican como problema central la existencia de comunidades de 500 a 2500 habitantes con deficiencias de salud y, como causas principales: 1) la inequidad en el acceso de servicios, 2) capital humano en Promoción de la Salud insuficientemente preparado y 3) Autoridades Municipales poco comprometidas en acciones de promoción de la salud. Los objetivos, las metas y sus indicadores están bien alineados con este problema para contribuir a su solución.

Fuentes: ROP 2011, MIR 2011, PROGRAMA SECTORIAL DE SALUD 2007-2012, PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO 2007-2012, ÁRBOL DE PROBLEMA 2012 Y ÁRBOL DE OBJETIVOS 2012.

15. El programa cuenta con planes de trabajo anuales para alcanzar sus objetivos que:

- a) Son resultado de ejercicios de planeación institucionalizados, es decir, siguen un procedimiento establecido en un documento.**
- b) Son conocidos por los responsables de los principales procesos del programa.**
- c) Tienen establecidas sus metas.**
- d) Se revisan y actualizan.**

Respuesta: Si, nivel 4.

El programa cuenta con planes operativos y metas anuales (también establecidos desde el programa de acción que es sexenal), y los responsables participan en la planeación, revisión y ajuste de metas y objetivos. Un ejercicio importante de planeación estratégica institucionalizado en 2012 fue el diseño del árbol de problemas y objetivos, integrados a la MIR. En éste se detecta como principal problema:

- La existencia de comunidades con deficiencias de salud en la población de los municipios con localidades de 500 a 2,500 habitantes

Causada por:

- 1) Inequidad en el acceso de servicios
- 2) Insuficientemente preparado el capital humano en Promoción de la Salud
- 3) Autoridades municipales poco comprometidas en acciones de Promoción de la Salud

Y como principales medios para su solución:

- 1) Acceso geográfico, político, social, cultural y financiero a los servicios
- 2) Programas para la formación de personal en Promoción de la Salud
- 3) Impulso de una cultura en Promoción de la Salud

Fuente: ROP 2011 y 2012, MIR 2011 y 2012, ÁRBOL DE PROBLEMA 2012 y ÁRBOL DE OBJETIVOS 2012, y PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO 2007-2012.

IV.2.2 DE LA ORIENTACIÓN HACIA RESULTADOS Y ESQUEMAS O PROCESOS DE EVALUACIÓN

16. El programa utiliza informes de evaluaciones externas:

- a) De manera regular, es decir, uno de los elementos para la toma de decisiones sobre cambios al programa son los resultados de evaluaciones externas.**
- b) De manera institucionalizada, es decir, sigue un procedimiento establecido en un documento.**
- c) Para definir acciones y actividades que contribuyan a mejorar su gestión y/o sus resultados.**
- d) De manera consensada, participan operadores, gerentes y personal de la unidad de planeación y/o evaluación.**

Respuesta: Si, nivel 4.

El programa prevé en sus reglas de operación la realización de evaluaciones externas, donde la Dirección General de Promoción de la Salud (DGPS) coordina dicho proceso realizado por una institución reconocida por su especialización es dicha tarea. Estas evaluaciones se han hecho anualmente desde el inicio del programa (2001) y sus recomendaciones han sido tomadas en cuenta para realizar cambios en el diseño y la implementación del mismo. Esto es evidente en las modificaciones que la DGPS ha realizado a las ROP, los formatos de solicitud, dictaminación y evaluación de proyectos municipales, y en su MIR.

Los aspectos señalados como susceptibles de mejora son integrados en un formato para su seguimiento. Así mismo, la DGPS emite una Posición Institucional, en la que reconoce la pertinencia de las recomendaciones emitidas por la institución evaluadora, declarando su conformidad con resolver los aspectos señalados o argumentando su imposibilidad, según el caso.

En la experiencia de LEXIA (que ha evaluado el programa de manera externa en cuatro ocasiones), la participación del personal responsable de la planeación y evaluación del programa ha sido constante en la revisión y seguimiento de las evaluaciones, y el diálogo, debate y consenso sobre las recomendaciones, abierto y productivo.

Fuentes: ROP 2012, Informe de la Evaluación Específica de desempeño 2010-2011, MIR 2011, Evaluación de Consistencia y Resultados 2006-2007(ECR), LEXIA Investigación Cualitativa 2007- 2010, Evaluación de Indicadores de Servicios del Programa Entornos y Comunidades Saludables 2010.

17. Del total de los Aspectos Susceptibles de Mejora (ASM) clasificados como específicos y/o institucionales de los últimos tres años, ¿qué porcentaje han sido solventados acorde con lo establecido en los documentos de trabajo y/o institucionales?

Respuesta: Sí, nivel 4.

En la Posición Institucional y en el documento de trabajo para el seguimiento de los aspectos susceptibles de mejora identificados por evaluadores externos, se aprecia que el programa reconoce en un 100% los señalamientos realizados por las instituciones evaluadoras externas y se plantea un grupo de soluciones para su corrección.

Estos cambios se observan en las ROP 2010, 2011 y 2012, y en las modificaciones a la MIR.

(Ver Anexo 8).

Fuentes: ROP 2010, ROP 2011, ROP 2012, Posición Institucional 2010, Documentos de trabajo para el seguimiento de los aspectos susceptibles de mejora identificados por evaluadores externos 2010.

18. ¿Con las acciones definidas en los documentos de trabajo e institucionales, que a la fecha se han implementado, provenientes de los Mecanismos para el seguimiento a los aspectos susceptibles de mejora derivados de informes y evaluaciones a los programas presupuestarios de la Administración Pública Federal de los últimos tres años, se han logrado los resultados establecidos?

Respuesta: Sí

Tanto en las ROP 2010, 2011 y 2012 como en la MIR se aprecia que se han atendido los aspectos susceptibles de mejora y que éstos tienen resultados importantes. En ellos se incluye la solución a elementos señalados en evaluaciones externas anteriores, principalmente referentes a:

- a. La definición de la población potencial, objetivo y atendida (aumentando su especificidad).
- b. Las evaluaciones de resultados de los proyectos financiados (que tienen lineamientos claros y homogéneos a partir de las ROP 2012).
- c. Los incentivos para la participación de los promotores de salud (que en 2011 obtuvieron un Kit de Promoción de la Salud que fortaleció la infraestructura tecnológica y de comunicación local, aunque en 2012 no se pudo continuar con esta estrategia por motivos presupuestales).
- d. El ajuste en los indicadores de Fin y Propósito para su posible medición y alineación con las actividades y metas (modificados en la MIR 2011).

(Ver Anexo 9).

Fuente: ROP 2011, MIR 2011, Evaluación específica del desempeño 2010, Posición institucional 2010, ASM 2010, Evaluación externa 2010 y Documentos de trabajo para el seguimiento de los aspectos susceptibles de mejora identificados por evaluadores externos 2010.

19.¿Qué recomendaciones de la(s) evaluación(es) externa(s) de los últimos tres años no han sido atendidas y por qué?

Respuesta: Sí

El programa ha atendido todas las recomendaciones realizadas en las evaluaciones, incorporándolas en sus documentos normativos, salvo la realización de una evaluación de impacto. Esto se debe a dos motivos, el primero es de índole externa y se refiere a la carencia de presupuesto para realizar una evaluación de impacto del Programa a nivel nacional. El segundo es interno, y tiene que ver con la insuficiencia de la información, dados el diseño y las características del Programa. Los resultados particulares de los proyectos apoyados son muy diversos, las temáticas son amplias y se atienden población distinta en cada caso por lo que su sistematización y homologación de evaluaciones particulares no resulta sencilla.

Aun así han implementado cambios que permitirán mejorar las evaluaciones particulares de proyectos (que serán incluidos en las ROP 2012) y se espera que la Dirección de Evaluación del Desempeño y del Consejo Nacional de Evaluación contemplen los recursos necesarios para realizar una Evaluación de Impacto.

(Ver Anexo 10).

Fuentes: Posición Institucional 2010 y Documentos de trabajo para el seguimiento de los aspectos susceptibles de mejora identificados por evaluadores externos 2010.

20. A partir del análisis de las evaluaciones externas realizadas al programa y de su experiencia en la temática ¿qué temas del programa considera importante evaluar mediante instancias externas?

Es pertinente y de gran relevancia realizar, a dos sexenios de iniciado el Programa, una evaluación de impacto que permita conocer los cambios en la tasa de morbilidad a nivel nacional de las enfermedades prevenibles atendidas por el PCS a través del control de los determinantes que inciden en ellas. Esto permitirá mantener, reducir o ampliar los temas, así como focalizar e identificar las prácticas que mayor impacto están teniendo en la población. Es de gran complejidad comprender la aportación del PCS al cambio que se observe en las tasas de morbilidad dado que las enfermedades prevenibles son multifactoriales y los esfuerzos que contribuyen a mejorarlos múltiples (de infraestructura, de otros programas de salud, educación y desarrollo social). Es un reto el llevar a cabo esta evaluación de impacto por lo que la institución evaluadora externa debe ser experta en el tema y en evaluación, y el presupuesto suficiente para una evaluación de esta magnitud.

Las evaluaciones previas se han enfocado en la evaluación de diseño y desempeño. En estas evaluaciones se ha identificado la creciente participación municipal en el programa, la apropiación que las comunidades tienen de los proyectos lo que permite la continuidad, cambios en los hábitos y condiciones determinantes de la salud de comunidades participantes, la eficacia de las capacitaciones y la cobertura del 100% de las áreas de promoción tanto al nivel de las entidades federativas como de las jurisdicciones sanitarias. Este desarrollo tiene, en última instancia, implicaciones favorables en la promoción y prevención de la salud en las comunidades. La evaluación de impacto permitiría conocer cómo estos cambios locales se traducen en un cambio real en la salud de la población.

Un avance muy importante en materia de evaluación es que a partir de 2012 se definen, en las ROP (Anexo 8), los lineamientos para las evaluaciones externas de proyectos. Estas evaluaciones aportarán insumos indispensables para la evaluación de impacto -basadas en trabajo de campo y documental- principalmente si se logra la homologación de información y su sistematización. Se recomienda incluir indicadores de resultados predefinidos en los lineamientos que permitan la homologación, como: participación comunitaria, cambio de hábitos, cambios en la infraestructura y el entorno, cambios en la salud de la población; más indicadores específicos por tema.

Fuentes: Evaluación de Consistencia y Resultados 2006-2007 Lexia Investigación cualitativa, Evaluación de Indicadores de Servicios del programa Entornos y Comunidades Saludables, Lexia Investigación cualitativa, Documento de Trabajo, Documento Institucional, MIR 2010, Evaluaciones Específica de Desempeño 2008 y 2009, Informes trimestrales, Plantilla de población atendida, Programa de acción específico 2007-2012, Entornos en Comunidades Saludables, Evaluaciones Externas a proyectos del Programa Comunidades Saludables, ROP 2011, MIR 2011, Evaluación Específica del Desempeño 2010, Posición Institucional 2010, ASM 2010.

IV.2.3 DE LA GENERACIÓN DE INFORMACIÓN

21. El Programa recolecta información acerca de:

- a) La contribución del programa a los objetivos del programa sectorial, especial o institucional.**
- b) Los tipos y montos de apoyo otorgados a los beneficiarios en el tiempo.**
- c) Las características socioeconómicas de sus beneficiarios.**
- d) Las características socioeconómicas de las personas que no son beneficiarias, con fines de comparación con la población beneficiaria.**

Respuesta: Sí, nivel 2.

El Programa recolecta información relevante para la evaluación de su contribución a los objetivos del programa sectorial, como la capacitación del personal de las áreas de salud, la certificación de comunidades y acreditación de municipios saludables. En sus ROP hace explícita la relación de los objetivos generales y específicos del Programa con los objetivos del programa sectorial, así como de las estrategias para su consecución.

Los beneficiarios del PCS son los municipios, y en las bases de datos de beneficiarios se establecen los tipos y montos de apoyo otorgados en el tiempo de duración de los proyectos respectivos. Éstas se generan anualmente tras la dictaminación de los proyectos municipales solicitantes de este apoyo federal. Al ser los municipios los beneficiarios, no se cuenta con información socioeconómica acerca de éstos, ni de los no beneficiarios con fines comparativos.

Fuentes: ROP 2011, PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO 2007-2012, BASES DE DATOS DE MUNICIPIOS APOYADOS.

22. El programa recolecta información para monitorear su desempeño con las siguientes características:

- a) Es oportuna.
- b) Es confiable, es decir, está validada por quienes las integran.
- c) Está sistematizada.
- d) Es pertinente respecto de su gestión, es decir, permite medir los indicadores de Actividades y Componentes.
- e) Está actualizada y disponible para dar seguimiento de manera permanente.

Respuesta: Si, nivel 3.

El programa cuenta con un patrón de beneficiarios que es confiable y está sistematizado. Este se va actualizando de forma oportuna y permanente (mensualmente) a través del Sistema de Información en Salud de la Secretaría de Salud (SIS-SSA). Las Jurisdicciones Sanitarias estatales actualizan sus avances en las variables de los procesos del Programa: agentes que recibieron asesoría técnica, Áreas de Promoción de la Salud cubiertas, paquetes técnicos distribuidos, municipios asesorados, apoyados y que recibieron seguimiento en sus proyectos. Así es cómo se monitorean las Actividades y Componentes del Programa, lo que permite evaluar su desempeño con base en los indicadores de la MIR.

La única característica con la que no cuenta es con la validación y confiabilidad de los datos. Dada la cantidad de entidades que alimentan el SIS-SSA, su verificación es difícil. Existen algunos errores en el registro que tienden a elevar o duplicar los reportes, sin embargo, esto no impide que el monitoreo se lleve a cabo y se conozcan de manera oportuna los productos y resultados que los Componentes y Actividades de Programa están generando en los Estados.

Fuentes: ROP 2011, PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO 2007-2012 y MIR 2011.

IV.3 COBERTURA Y FOCALIZACIÓN

IV.3 1 ANÁLISIS DE COBERTURA

23. El programa cuenta con una estrategia de cobertura documentada para atender a su población objetivo con las siguientes características:

- a) Incluye la definición de la población objetivo.**
- b) Especifica metas de cobertura anual.**
- c) Abarca un horizonte de mediano y largo plazo.**
- d) Es congruente con el diseño del programa.**

Respuesta: Sí, nivel 4.

El Programa de Acción Específico 2007-2012 cuenta con metas anuales y de mediano y largo plazo. Como metas sexenales tiene: 2,000 entornos certificados, 5,000 izamientos de bandera blanca, 250 redes formadas, 1,600 municipios acreditados, 500 proyectos municipales apoyados, 32 redes estatales y 100,000 promotores voluntarios formados.

La población objetivo es, de acuerdo a las ROP 2012, “aquella que cada municipio determina a través del proyecto que presenta”, definiendo cuáles y cuántas comunidades beneficiará y el total de habitantes que cubrirá con su proyecto. Es decir, que los municipios definen a la población objetivo año con año en su ejercicio de participación en las estrategias de salud preventiva a nivel local. Esto es congruente con el Programa, ya que contempla combatir los problemas que amenazan la salud humana como fenómeno integral, a partir de fortalecer el poder de las comunidades sobre los determinantes de su salud, involucrando a los gobiernos municipales y a su población en acciones de promoción.

En el ejercicio del desarrollo de proyectos se alcanzan las metas anuales y sexenales.

Fuente: ROP 2012, MIR 2011 y PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO 2007-2012.

24. ¿El programa cuenta con mecanismos para identificar su población objetivo? En caso de contar con estos, especifique cuáles y qué información utiliza para hacerlo.

Respuesta: Sí.

Para identificar a su población objetivo el Programa utiliza los diagnósticos participativos municipales anuales. En cada uno se establece el nombre y el número de localidades a beneficiar, el total de habitantes que cubrirá (desglosado por sexo y grupo de edad) y la temática de intervención.

Estos diagnósticos son realizados por el comité municipal de salud y la participación de las comunidades que se busca beneficiar. A través de un taller intersectorial (en donde convergen los diferentes sectores de la comunidad: educativo, productivo, de servicios, etc.) los actores sociales priorizan las necesidades de atención en materia de mejoras en el entorno y las determinantes de la salud local.

Las Jurisdicciones Sanitarias brindan asesoría técnica a los municipios ubicados en su área de responsabilidad para la planeación de los proyectos. Los avalados por ellos y posteriormente por los Comités Estatales de Comunidades Saludables son los que conformarán a la población objetivo de ese año.

Fuentes: ROP 2012 y Expediente Técnico de Proyectos 2011.

25. A partir de las definiciones de la población potencial, la población objetivo y la población atendida, ¿cuál ha sido la cobertura del programa?

Según los objetivos del programa, establecidos en las ROP 2012, se busca alcanzar una cobertura total de la población potencial. Se entiende como población potencial del Programa a los 2,476 municipios del país; como objetivo a los municipios participantes, y como atendida a los municipios apoyados en el año. Un mismo municipio puede participar y ser apoyado en más de una ocasión, siempre y cuándo oriente sus acciones a un tema diferente del ya apoyado. La meta es la acreditación de todos los municipios del país como saludables.

Específicamente, en el Dictamen 2011 se aprobaron 100 de las 755 solicitudes, con lo que 13.2% de los municipios participantes (población objetivo) fueron apoyados (población atendida) y un muy positivo 30.5% de los municipios del país participaron. Esta alta participación es relevante ya que refleja que la misma convocatoria fomenta la planeación y capacitación de las áreas de salud municipales para la solicitud de recursos para proyectos, independientemente de que sean económicamente apoyados.

Como es evidente, el porcentaje de aprobación de proyectos puede disminuir (como ha sucedido) por dos motivos: cuando el número de solicitudes se incrementa (lo cual es positivo) y cuando el presupuesto asignado para proyectos es reducido (lo cual no contribuye a que se realicen acciones y a la participación de municipios en futuros años).

Como se aprecia en el Anexo 11, el porcentaje de municipios participantes apoyados se ha ido reduciendo año con año por ambos motivos, una mayor y positiva participación y activación de municipios saludables, y una reducción presupuestal (aunada a un positivo aumento en los montos otorgados por municipio). El apoyo de un municipio no excluye que pueda volver a ser apoyado en el camino hacia la acreditación, por lo que la suma de los porcentajes de apoyo anuales no es igual a la cobertura general del programa (municipios apoyados del total de municipios). El proceso de acreditación es constante, cambiante y busca fomentar de manera continua la participación municipal en las actividades de prevención de enfermedades.

(Ver Anexo 11).

Fuentes: Dictamen 2011, ROP 2011, ROP 2012 y PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO 2007-2012, Evaluaciones externas 2001-2006, 2007, 2008, 2009 y 2010.

IV.4 OPERACIÓN

IV.4.1 ANÁLISIS DE LOS PROCESOS ESTABLECIDOS EN LAS ROP O NORMATIVIDAD APLICABLE

26. Describa mediante Diagramas de Flujo el proceso general del programa para cumplir con los bienes y los servicios (Componentes), así como los procesos clave en la operación del programa.

El Diagrama de Flujo está ya incluido en el Anexo 2 de las ROP 2011, es claro y describe gráficamente las actividades que debe realizar cada parte participante para el logro de los Componentes.

(Ver anexo 13).

Fuente: ROP 2011.

27. ¿El programa cuenta con información sistematizada que permite conocer la demanda total de apoyos y las características de los solicitantes? (socioeconómicas en el caso de personas físicas y específicas en el caso de personas morales)

Respuesta: Sí, nivel 4.

El programa cuenta con información sistematizada y verificable sobre el total de los apoyos solicitados (755 en 2011) y las características de los municipios, las localidades y la población específica (desglosada por edad y sexo) que los proyectos participantes buscan atender. En los expedientes técnicos se detallan los municipios comprendidos y las comunidades que beneficiará cada uno, así como la temática del proyecto, ambas determinadas por los diagnósticos participativos efectuados en cada caso. Estos datos son sistematizados en Bases de Datos y utilizados para la dictaminación de proyectos.

Finalmente, el programa expone en su página electrónica los proyectos seleccionados y sus características.

Fuentes: Bases de proyectos apoyados 2011, Formato del Expediente Técnico de los Proyectos y ROP 2011.

28. Los procedimientos para recibir, registrar y dar trámite a las solicitudes de apoyo cuentan con las siguientes características:

- a) Corresponden a las características de la población objetivo.**
- b) Existen formatos definidos.**
- c) Están disponibles para la población objetivo.**
- d) Están apegados al documento normativo del programa.**

Respuesta: Sí, nivel 4.

Los procedimientos para solicitar apoyo son públicos, claros y están disponibles para la población objetivo a través de la página de la DGPS y de los materiales de difusión de la convocatoria. Existe concordancia entre las ROP, la convocatoria y los Formatos para solicitar los apoyos del programa (Expediente Técnico).

Los requisitos y la solicitud de información del Formato son útiles y utilizadas de manera sistematizada para dar trámite a las solicitudes (por las Jurisdicciones Sanitarias, los Comités Estatales y el Nacional de Comunidades Saludables, y corresponden a la población objetivo identificada por el Programa: todos los municipios que participen con un diagnóstico de salud.

Fuentes: ROP 2011 y 2012, Formato del Expediente Técnico de Proyectos y PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO 2007-2012

29. El programa cuenta con mecanismos documentados para verificar el procedimiento para recibir, registrar y dar trámite a las solicitudes de apoyo con las siguientes características:

- a) Son consistentes con las características de la población objetivo.
- b) Están estandarizados, es decir, son utilizados por todas las instancias ejecutoras
- c) Están sistematizados.
- d) Están difundidos públicamente.

Respuesta: Sí, nivel 4.

Los mecanismos son consistentes con la población objetivo, que son las comunidades con las características requeridas por el programa. Están estandarizados, porque en las ROP se obliga a los proyectos a utilizar el proceso establecido y un formato único, son sistematizados en bases de datos y publicados a través de la página de la DGPS.

Los proyectos presentados cuentan con el aval de la Jurisdicción Sanitaria (Anexo 11 ROP), y son aprobados por el Comité Estatal de Comunidades Saludables (CECS) en su entidad federativa, el cuál emite su análisis de acuerdo a la cédula de evaluación de proyectos, la sistematiza y remite los que considere adecuados al Comité Nacional de Comunidades Saludables (CNCS) para su revisión, evaluación y dictamen final.

Fuentes: ROP 2011 y 2012, y Página electrónica del PCS: Proyectos Aprobados.

30. Los procedimientos del programa para la selección de beneficiarios y/o proyectos tienen las siguientes características:

- a) Incluyen criterios de elegibilidad claramente especificados, es decir, no existe ambigüedad en su redacción.**
- b) Están estandarizados, es decir, son utilizados por todas las instancias ejecutoras.**
- c) Están sistematizados.**
- d) Están difundidos públicamente.**

Respuesta: Sí, nivel 4.

Los criterios de elegibilidad están especificados en las ROP 2011, y están redactados sin ambigüedades con clara redacción; se establece en ellas su uso obligatorio para todos los proyectos concursantes y su difusión pública. Las causales de exclusión de los proyectos están también explícitas en las ROP.

Son elegibles los proyectos que presenten la información exigida en el Expediente Técnico, el Aval de la Jurisdicción Sanitaria, la Carta compromiso del coordinador del proyecto avalado por el Presidente Municipal, el Acta de Cabildo y los recursos que el municipio se compromete a aportar.

Los Criterios de Selección están estandarizados en un formato de evaluación para los dictaminadores (personal de salud experto en las temáticas a evaluar) y son sistematizados en bases de datos para su revisión y dictamen final publicado en la página de la DGPS. Los criterios contemplan lo siguiente: la propuesta emanada del diagnóstico participativo, que la priorización se dirija a población de alta y muy alta marginación, (barrios, colonias, etc.); la integralidad de las acciones de promoción de la salud, que señalen los determinantes que serán modificados en la elaboración del proyecto, que incluyan estrategias innovadoras de promoción de la salud, y que cuenten con un comité municipal de salud

Fuentes: ROP 2011 2012.

31. El programa cuenta con mecanismos documentados para verificar el procedimiento de selección de beneficiarios y/o proyectos y tienen las siguientes características:

- a) Permiten identificar si la selección se realiza con base en los criterios de elegibilidad y requisitos establecidos en los documentos normativos.**
- b) Están estandarizados, es decir son utilizados por todas las instancias ejecutoras.**
- c) Están sistematizados.**
- d) Son conocidos por operadores del programa responsables del proceso de selección de beneficiarios y/o proyectos.**

Respuesta: Sí, nivel 4.

La selección se realiza con base en los criterios de elegibilidad y requisitos establecidos (justificación, objetivos, presupuesto, cronograma, etc.) desde la normatividad, pues cada proyecto cuenta con una cédula de evaluación, que es conocida por los operadores de selección, es estandarizada. Se trata de una misma cédula tanto para el CNCS como para los Comités Estatales

Los mecanismos de verificación del proceso de selección son explícitos en el sentido de que el grado de adecuación necesario para ser aprobado está correctamente reflejado en la cédula de evaluación del proyecto, la cual es trazable desde la primera instancia de evaluación hasta el CNCS en cuanto a su revisión, evaluación y dictamen final.

Estos criterios de elegibilidad establecidos en las ROP 2011 generan una calificación que el CNCS se encarga de registrar en la base de datos año con año, lo que permite tener conocimiento de las calificaciones que tiene cada municipio en cada convocatoria anual.

Fuentes: ROP 2012 y PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO 2007-2012.

32. Los procedimientos para otorgar los apoyos a los beneficiarios tienen las siguientes características:

- a) Están estandarizados, es decir, son utilizados por todas las instancias ejecutoras.**
- b) Están sistematizados.**
- c) Están difundidos públicamente.**
- d) Están apegados al documento normativo del programa.**

Respuesta: Sí, nivel 4.

Los procedimientos para otorgar los apoyos están estandarizados desde las ROP del programa, involucra a la Secretaría de Salud, al Comité Nacional de Comunidades Saludables, a los Comités Estatales de Comunidades Saludables y Servicios Estatales de Comunidades Saludables a través de la Tesorería de Gobierno del Estado.

Después de la publicación de los resultados de la evaluación de los proyectos, los que son aprobados solicitan, el CNCS transfiere la suma de los montos de los proyectos beneficiarios a los CECS respectivos, a través de la Tesorería del Gobierno del Estado y de los Servicios Estatales de Salud (SESA), a más tardar cuatro semanas posteriores a la publicación de los resultados, siempre que los SESA's entreguen su cuenta bancaria establecida, el recibo con las firmas autógrafas establecidas, y los convenios estipulados en el Anexo 3 de las ROP 2012, las cuales se encuentran difundidas públicamente.

El listado de proyectos apoyados es público y asentado en una base de datos sistematizada. El área contable del CNCS cuenta con un registro electrónico de las transferencias realizadas a las cuentas estatales.

Fuentes: ROP 2011 y 2012, padrón de beneficiarios 2006-2011 y registros de transferencias

33. El programa cuenta con mecanismos documentados para verificar el procedimiento de entrega de apoyos a beneficiarios y tienen las siguientes características:

- a) Permiten identificar si los apoyos a entregar son acordes a lo establecido en los documentos normativos del programa.**
- b) Están estandarizados, es decir, son utilizados por todas las instancias ejecutoras.**
- c) Están sistematizados.**
- d) Son conocidos por operadores del programa.**

Respuesta: Sí, nivel 4.

En el Expediente Técnico del Proyecto se presupuestan las acciones que se instrumentarán durante el desarrollo del proyecto a partir del el monto solicitado, el cual se basa en el diagnóstico participativo realizado en la comunidad. La adecuación de los apoyos es evaluado por la Dirección General de Planeación y Operación del Presupuesto (DGPOP) y su entrega puede ser verificada en los Formatos de Certificación del Gasto requeridas y sistematizadas por la Dirección General de Planeación de Desarrollo en Salud. Estos formatos contienen las firmas autógrafas del titular de la Dirección Administrativa y por el Director General de los Servicios de Salud en el Estado.

Los SESA's comprueban el 100% de los recursos presupuestales del Programa Comunidades Saludables transferidos, según lo dispuesto en el Mecanismo de Comprobación previsto en las ROP. Estos mecanismos están estandarizadas en las ROP del programa, de tal modo que involucra a los operadores del Programa en la Secretaría de Salud y al Comité Nacional de Comunidades.

Fuentes: ROP 2012 (Anexo 4), Formatos de Certificación del Gasto 2011

34. Los procedimientos de ejecución de obras y/o acciones tienen las siguientes características:

- a) Están estandarizados, es decir, son utilizados por todas las instancias ejecutoras.**
- b) Están sistematizados.**
- c) Están difundidos públicamente.**
- d) Están apegados al documento normativo del programa.**

Respuesta: Sí, nivel 4.

Los procedimientos para llevar a cabo las acciones (actividades) del Programa Comunidades Saludables se encuentran estandarizados en las ROP y Programa de Acción 2002 que están difundidos públicamente, de tal forma que todas las instancias puedan conducirse de acuerdo a su normativa.

Las acciones (actividades) que articulan al Programa además de concentrarse en el apoyo a proyectos municipales vinculados a la salud pública también versan sobre: Brindar Asesoría técnica y capacitación en promoción de la salud a personal de Promoción de Salud (a nivel estatal, municipal y local) y específicamente a nivel local para procurar el acercamiento de la comunidad a los servicios de salud.

La ejecución de estas acciones se han visto reflejadas en los Informes del Sistema de Información en Salud, bases sistematizadas que dan cuenta de un ritmo constante y creciente en el número de personas capacitadas; municipios acreditados como promotores de la salud y; comunidades certificadas. Estos indicadores pueden ser monitoreados en dichas bases.

Fuentes: ROP 2012, Programa de Acción 2002, MIR 2011

35. El programa cuenta con mecanismos documentados para dar seguimiento a la ejecución de obras y acciones y tienen las siguientes características:

- a) Permiten identificar si las obras y/o acciones se realizan acorde a lo establecido en los documentos normativos del programa.**
- b) Están estandarizados, es decir, son utilizados por todas las instancias ejecutoras.**
- c) Están sistematizados.**
- d) Son conocidos por operadores del programa.**

Respuesta: Sí, nivel 3.

El programa cuenta con mecanismos que permiten dar seguimiento a sus acciones, las cuales además, a través de la DGPS, son evaluadas mediante un agente externo, quien debe cotejar los resultados alcanzados con las metas establecidas en el Expediente Técnico del Proyecto. LA DGPS supervisa y verifica los documentos comprobatorios de la marcha del proyecto, mediante la realización de visitas de asesoría, seguimiento y supervisión trimestrales coordinándose con los Comités Estatales para apoyar el desarrollo y ejecución de los proyectos; comprobar su grado de avance, y el cumplimiento de sus metas. En esas visitas se aplica la Cédula de Supervisión donde se plasman las observaciones hechas y que se incluye en el Expediente Técnico.

Dichos mecanismos son conocidos por todos los operadores del programa pues son documentos estandarizados y de cumplimiento obligatorio. Sin embargo, no se sistematizan los resultados en una base de datos digitalizada.

Fuentes: ROP 2012, MIR 2011, Cédulas de supervisión.

IV.4 2 MEJORA Y SIMPLIFICACIÓN REGULATORIA

36. ¿Cuáles cambios sustantivos en el documento normativo se han hecho en los últimos tres años que han permitido agilizar el proceso de apoyo a los solicitantes?

Respuesta: Sí.

Como resultado de las distintas evaluaciones realizadas, tanto externas como internas, el documento normativo ha incorporado en su totalidad aspectos para mejorar los señalamientos realizados en los últimos 3 años. Ninguno de ellos era referente a los mecanismos de solicitud, selección y apoyo de proyectos solicitantes, pues estos cuentan con formatos sencillos, apoyo técnico para su desarrollo y un proceso de selección ágil y puntual. La transferencia de los recursos es la etapa que mayores deficiencias tiene pero ésta no depende directamente de la normatividad ni de la dirección del PCS.

Cambios que benefician de manera indirecta el proceso de apoyo a los solicitantes son las mejoras en las Reglas de Operación pues facilitan la participación a los municipios. Incorporó a sus ROP definiciones más efectivas de Población Potencial, Objetivo y Atendida. Además incluyó, en 2011, un mecanismo para mejorar la participación e incorporación del personal de salud en el Programa: la entrega de un Kit de Promoción de la Salud, con vistas a fortalecer la infraestructura de comunicación, transferencia y recepción de datos.

Fuentes: ROP 2009, 2010, 2011, 2012, Comentarios de la Comisión Federal de mejora regulatoria 2010.

IV.4.3 ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN

37. ¿Cuáles son los problemas que enfrenta la unidad administrativa que opera el programa para la transferencia de recursos a las instancias ejecutoras y/o a los beneficiarios y, en su caso, qué estrategias ha implementado?

El programa cuenta con un procedimiento claro, público y detallado para la supervisión de la transparencia en la asignación de recursos. Los montos asignados en apoyos y medios pueden ser monitoreados desde la propia Convocatoria del programa, así como su ejecución en los respectivos Expedientes Técnicos. En general, la estrategia de transparencia explicitada en las ROP para todas las entidades participantes es correcta y efectiva.

No obstante, en la práctica se habían encontrado problemas en el proceso de transferencia de recursos, ya que a partir de que el CNCS envía el aviso a las dependencias estatales sobre la aprobación de los proyectos y municipios, los Servicios Estatales de Salud deben devolver convenios firmados y documentación establecida en las ROP en un tiempo no mayor a un mes después de que éstas son publicadas. Con esto, los estados suelen retrasarse en reunir la documentación necesaria o bien, se mandan incompletos. La instancia que se encarga de revisar los documentos es la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto, que siendo el caso en que los documentos no estén completos, se genera una demora mientras que el proceso se completa. Otro problema que se encuentra se sitúa en el canal de transferencia desde los estados a los municipios, en donde los estados tardan en liberar los recursos para sus municipios.

Ante esto, las ROP se han ido modificando para garantizar que las transacciones se lleven a cabo de forma eficaz y en tiempo. Desde el 2009 en las ROP se anexa un Convenio de transferencia Federación-Estado para garantizar el aprovechamiento de los recursos en el tiempo establecido. En 2011 se **elimina** el artículo 82 de este Convenio, con el fin de simplificar el esquema de requisitos que se les piden a los Servicios Estatales de Salud, con lo cual se espera un manejo más sencillo de documentos y transferencia del recurso.

Fuente: ROP 2011 y 2012, Oficios de aviso para los estados sobre proyectos/municipios, convenios estatales y recibos provisionales en los estados ganadores 2010 y 2011, MIR 2011, Convenios de transferencia (Anexo de las ROP).

IV. 4.4 EFICIENCIA Y ECONOMÍA OPERATIVA DEL PROGRAMA

Eficacia y eficiencia

38. El programa identifica y cuantifica los gastos en los que incurre para generar los bienes y los servicios (Componentes) que ofrece y los desglosa en los siguientes conceptos:

a) Gastos en operación: Directos e Indirectos.

b) Gastos en mantenimiento: Requeridos para mantener el estándar de calidad de los activos necesarios para entregar los bienes o servicios a la población objetivo (unidades móviles, edificios, etc.). Considere recursos de los capítulos 2000 y/o 3000.

c) Gastos en capital: Son los que se deben afrontar para adquirir bienes cuya duración en el programa es superior a un año. Considere recursos de los capítulos 5000 y/o 6000 (Ej: terrenos, construcción, equipamiento, inversiones complementarias).

d) Gasto unitario: Gastos Totales/población atendida (Gastos totales=Gastos en operación + gastos en mantenimiento). Para programas en sus primeros dos años de operación se deben de considerar adicionalmente en el numerador los Gastos en capital.

Respuesta: Si, nivel 1.

El Programa cuantifica los gastos que realiza y los desglosa en un solo concepto: Gastos de Operación (directos e indirectos) ya que no ha tenido gastos de mantenimiento, en capital ni unitarios. Esta información es generada y fue brindada por el área de Control del Ejercicio del Presupuesto de la DGPS.

De acuerdo con la cuantificación de sus gastos, el programa invirtió \$37,302,174.59 pesos en Gasto Operativo Directo, que fueron los 100 apoyos monetarios otorgados a los municipios apoyados en 2011. El Gasto Operativo Indirecto fue de \$659,731.18 pesos, invertido en la supervisión, capacitación y evaluación de los municipios participantes.

(Ver Anexo 14).

Fuentes: ROP 2012, Informe del área de Control del Ejercicio del Presupuesto de la DGPS 2011.

Economía

39. ¿Cuáles son las fuentes de financiamiento para la operación del programa y qué proporción del presupuesto total del programa representa cada una de las fuentes?

Respuesta: Sí.

La única fuente de financiamiento del Programa para su operación es el Presupuesto de Egresos de la Federación. En específico, para la realización de proyectos (uno de los componentes del PCS), se cuenta con una coinversión municipal para el desarrollo de los mismos.

En 2011, el PCS contó con un presupuesto inicial asignado de 56 millones de pesos, de los cuales 50 millones estarían destinados al apoyo a proyectos municipales, y 6 millones a gastos operativos indirectos y directos invertidos en personal para su ejecución.

El apoyo asignado por el Programa a cada proyecto aprobado puede ser de hasta el 50% del costo total del mismo, con un máximo de \$500,000.00 (quinientos mil pesos 00/100 M.N.) por proyecto. El municipio beneficiario tiene la obligación de financiar la cantidad complementaria para la ejecución del proyecto, la cual no puede ser menor a la asignada por el PCS.

Tras la evaluación de proyectos y de una reducción presupuestal por parte de la SHCP, la DGPS destinó \$37,302,174.59 de pesos a proyectos municipales mientras que los 100 municipios apoyados aportaron \$38,856,544.84. De esta forma, la DGPS aportó un 49% de los recursos invertidos en subsidios a los proyectos municipales y, los municipios, el 51% restante.

Esta pequeña diferencia del 2% del total se debe a que 40 de los 100 municipios beneficiados aportaron más de la mitad del costo total del proyecto, en promedio, poco más de \$108,000 pesos cada uno (oscilando entre \$214 y \$800,000 pesos), lo cual es positivo pues refleja el compromiso de las autoridades municipales, componente importante del plan de acción.

Fuentes: ROP 2012, BASE DE PROYECTOS APOYADOS 2011.

IV.4.5 SISTEMATIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN

40. Las aplicaciones informáticas o sistemas institucionales con que cuenta el programa tienen las siguientes características:

- a) Cuentan con fuentes de información confiables y permiten verificar o validar la información capturada.
- b) Tienen establecida la periodicidad y las fechas límites para la actualización de los valores de las variables.
- c) Proporcionan información al personal involucrado en el proceso correspondiente.
- d) Están integradas, es decir, no existe discrepancia entre la información de las aplicaciones o sistemas.

Respuesta: Sí, nivel 3.

El Programa cuenta con el Sistema de Información en Salud, que administra y monitorea la información de los procesos y metas de todos los programas de la Secretaría de Salud. Éste es alimentado mensualmente por todas las Jurisdicciones Sanitarias del país e integra variables de los procesos del PCS.

Así mismo, el programa consulta información del Sistema de Información en Salud para Población Abierta del IMSS Oportunidades (SISPA) para el seguimiento de indicadores.

Las fuentes de información son confiables pero la verificación y validación de la información no es aún posible. Esto se debe a la multiplicidad de actores que registran información, que están dispersos geográficamente y a insuficiencia de recursos humanos y mecanismos para verificar la total veracidad de las cifras actualizadas. El resultado es un sobregistro que con los recursos existentes es difícil de evitar pero que no impide el seguimiento de acciones e indicadores.

Fuente: ROP 2012, MIR 2011 y SIS 2011.

IV.4.6. CUMPLIMIENTO Y AVANCE EN LOS INDICADORES DE GESTIÓN Y PRODUCTOS

41. ¿Cuál es el avance de los indicadores de servicios y de gestión (Actividades y Componentes) y de resultados (Fin y Propósito) de la MIR del programa respecto de sus metas?

El indicador a nivel de fin es el único que está planteado como estratégico-sexenal. Actualmente los datos están siendo cotejados para poder reportar una comparación y observar el comportamiento de los índices en enfermedades prevenibles.

A nivel de propósito se ha logrado un avance satisfactorio, acercándose el programa a 2,456 municipios que han recibido asesoría y capacitación técnica para estimular su participación

La cobertura que se ha planteado a nivel de áreas responsables de Promoción de la salud es satisfactoria, alcanzando cerca de un 93%

En cuanto a municipios apoyados, el indicador ha logrado un avance constante, aunque no ha alcanzado el 92.47% propuesto para el sexenio, esto debido a un recorte presupuestal por parte de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP).

En lo que se refiere a Actividades, dos indicadores llegaron a su meta en un 100%, estos son: Municipios asesorados en la elaboración de proyectos y Paquetes técnicos normativos distribuidos entre los estados. El indicador de Supervisión de Proyectos ganadores sólo ha alcanzado un 58%, lo cual es atribuible al recorte presupuestal mencionado.

Fuentes: MIR 2011 y reporte del PASH sobre cierre de indicadores en Diciembre de 2011

IV.4.7 RENDICIÓN DE CUENTAS Y TRANSPARENCIA

42. El programa cuenta con mecanismos de transparencia y rendición de cuentas con las siguientes características:

- a) Las ROP o documento normativo están disponibles en la página electrónica de manera accesible, a menos de tres clicks.**
- b) Los resultados principales del programa son difundidos en la página electrónica de manera accesible, a menos de tres clicks.**
- c) Cuenta con un teléfono o correo electrónico para informar y orientar tanto al beneficiario como al ciudadano en general, disponible en la página electrónica, accesible a menos de tres clicks.**
- d) La dependencia o entidad que opera el Programa no cuenta con modificación de respuesta a partir de recursos de revisión presentados ante el Instituto Federal de Acceso a la Información Pública (IFAI).**

Respuesta: Si, nivel 4.

La ROP del programa está definida en la página electrónica del programa a menos de tres clicks, lo mismo que sus principales resultados, los cuales son difundidos en dicha página según las fechas de entrega previstas en las ROP. Los datos de contacto, teléfono y correo electrónico están de igual manera disponibles a menos de tres clicks, y los operadores del programa no cuentan con modificación de respuesta a partir de recursos presentados ante el IFAI.

Fuente: Página electrónica del PCS, Informe de la Evaluación Específica de Desempeño 2010-2011, MIR 2011, Posición Institucional 2011, página electrónica IFAI 2011 (Recursos de revisión).

IV.5 PERCEPCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA

43. El programa cuenta con instrumentos para medir el grado de satisfacción de su población atendida con las siguientes características:

- a) Su aplicación se realiza de manera que no se induzcan las respuestas.**
- b) Corresponden a las características de sus beneficiarios.**
- c) Los resultados que arrojan son representativos.**

Respuesta: Sí, nivel 3.

El Programa cuenta con un cuestionario de opinión de la comunidad que se ha aplicado hasta el año pasado de manera aleatoria a la población beneficiada. Hasta 2010 todavía había encuestas de satisfacción diversas y no sistematizadas, cuestionarios que cada proyecto diseñaba y aplicaba de manera interna únicamente; era un requisito no utilizado, un instrumento que sin sistematización no aportaba nada para modificaciones y aprendizajes.

En 2011 se unificó la encuesta de salida y será en 2012 que se sistematizarán sus resultados. Se solicitará a los municipios apoyados que capturen y envíen las respuestas a la DGPS, lo que permitirá por primera vez (y a consecuencia de la atención a Aspectos Susceptibles de Mejora (ASM) identificados por evaluadores externos) conocer la satisfacción de la población a nivel nacional.

Éste cuestionario no induce las respuestas y permitirá conocer características relevantes del programa, como la participación municipal y comunitaria y el grado de involucramiento y conocimiento de la población atendida en el desarrollo de las actividades. Se tienen establecidos rangos de satisfacción que corresponden a las características de los beneficiarios. Dado que aún no han sido sistematizadas las respuestas, la representatividad de los resultados no es todavía probada.

Otra fuente de conocimiento de la satisfacción de la población beneficiada son los Comités de Contraloría Social que representan a la comunidad y son los interlocutores con los municipios. Desde 2008, Comunidades Saludables cuenta y fomenta su formación (validados por la Secretaría de la Función Pública) para reportar quejas y denuncias sobre los usos irregulares de los recursos y el desarrollo de las acciones comprometidas por los municipios.

(Ver Anexo 16).

Fuente: Cuestionario de opinión de la comunidad 2011 y ROP 2012.

IV.6 MEDICIÓN DE RESULTADOS

44. ¿Cómo documenta el programa sus resultados a nivel de Fin y de Propósito?

- a) Con indicadores de la MIR.
- b) Con hallazgos de estudios o evaluaciones que no son de impacto.
- c) Con información de estudios o evaluaciones rigurosas nacionales o internacionales que muestran el impacto de programas similares.
- d) Con hallazgos de evaluaciones de impacto.

Respuesta: Sí, nivel 2.

El programa documenta sus resultados a nivel de Fin y de Propósito con indicadores de la MIR y con hallazgos y evaluaciones que no son de impacto. Aunque incluye en su Programa de Acción Específico referencias internacionales referentes a la pertinencia de su diseño e indicadores, no se cuenta aún con una evaluación de programas similares realizados en otros países. Como hemos señalado, el programa no cuenta con los recursos y la información suficientes para producir una evaluación de impacto.

Esto, más que ser un problema, es una condición inherente al diseño del programa y a la esencia de la prevención. Con la amplia gama de temas que abarca el Programa en materia preventiva, la diversidad de las comunidades en las que trabaja y la multiplicidad de factores que influyen en la salud, es un verdadero reto tener indicadores a gran escala del impacto que tienen las numerosas y diversificadas acciones de promoción de salud (que además no son exclusivas del PCS). A largo plazo se podrán observar los cambios en la morbi-mortalidad en México, en la que sin duda -con base en los resultado particulares observados en las evaluaciones de proyectos- el Programa contribuye.

Fuentes: ROP 2012, Programa de Acción Específico 2007-2012, MIR 2011, Evaluaciones Específicas del Desempeño 2010, Evaluación 2009.

45. En caso de que el programa cuente con indicadores para medir su Fin y Propósito, inciso a) de la pregunta anterior, ¿cuáles han sido sus resultados?

Respuesta: Sí, nivel 2.

Existe evidencia de que los resultados a nivel Propósito son positivos, sin embargo no existe información suficiente para determinar los cambios producidos por el Programa a nivel Fin.

La MIR tiene como indicador de Propósito el porcentaje de municipios con localidades de 500 a 2500 habitantes con población capacitada y asesorada. De 2009 a 2010, hubo un aumento muy importante en este indicador, pasando de 33% a 70%. La meta sexenal es alcanzar el 100% y cada año se ha logrado el 100% de la meta anual, lo que permite prever que el acumulado sexenal (que termina este año) se logrará en su totalidad.

El indicador para medir su Fin es el porcentaje de municipios con localidades de 500 a 2500 habitantes que mejoren la calidad de su salud a través del control de los determinantes que inciden en las enfermedades prevenibles. La dificultad de medir este indicador radica en que los cambios en la salud de la población no sólo se deben a las acciones de promoción impulsadas por el Programa sino que se ven también beneficiados por programas de infraestructura, servicios públicos, educación, producción y otros programas de salud que influyen de manera positiva en los determinantes de la salud relacionados con el entorno de las comunidades.

Se puede medir el cambio en la tasa de morbilidad de las enfermedades prevenibles registrado por la Dirección General de Epidemiología del inicio del programa (2001) a la fecha, sin embargo sólo se puede afirmar que el Programa contribuyó al cambio sin poder distinguirlo del impacto de los otros programas que suman esfuerzos en esta misma dirección. Este análisis de impacto aún no ha sido realizado y sería de gran valor para la planeación estratégica y reorientación de acciones de los próximos años.

Fuentes: MIR 2011, Evaluaciones externas 2009 y 2010.

46. En caso de que el programa cuente con evaluación(es) externa(s) que no sea(n) de impacto y que permite(n) identificar hallazgo(s) relacionado(s) con el Fin y el Propósito del programa, inciso b) de la pregunta 44, dichas evaluaciones cuentan con las siguientes características:

I. Se compara la situación de los beneficiarios en al menos dos puntos en el tiempo, antes y después de otorgado el apoyo.

II. La metodología utilizada permite identificar algún tipo de relación entre la situación actual de los beneficiarios y la intervención del Programa.

III. Dados los objetivos del Programa, la elección de los indicadores utilizados para medir los resultados se refieren al Fin y Propósito y/o características directamente relacionadas con ellos.

IV. La selección de la muestra utilizada garantiza la representatividad de los resultados entre los beneficiarios del Programa.

Respuesta: Sí, nivel 2.

Desde el inicio del programa (en 2001) se han realizado evaluaciones del programa, la primera fue sexenal y a partir del gobierno actual se realizan anualmente. Estas evaluaciones han sido una de diseño y el resto de desempeño y resultados, y fueron realizadas por entidades externas (Funsalud 2007, LEXIA 2008 y 2009, y CONEVAL en 2010).

No se han realizado evaluaciones pre-post proyectos de manera rigurosa dado que son los mismos municipios los que evalúan sus resultados en el nivel local, sin embargo, el trabajo de campo (2008 y 2009) y el análisis documental de indicadores generales (2008 y 2010), permiten observar los cambios producidos por el Programa a nivel nacional y arrojan información relevante relacionada con el Fin y el Propósito. Las muestras para el trabajo de campo no han sido representativas pero sí bien seleccionadas por lo que la información cualitativa generada a través de las visitas a municipios beneficiados enriquece las estadísticas de seguimiento de indicadores.

Fuentes: Evaluaciones 2008, 2009 y 2010, y MIR 2011.

47. En caso de que el programa cuente con evaluación(es) externa(s), diferente(s) a evaluaciones de impacto, que permite(n) identificar uno o varios hallazgos relacionados con el Fin y/o el Propósito del programa, ¿cuáles son los resultados reportados en esas evaluaciones?

Los hallazgos más relevantes de las evaluaciones externas 2008, 2009 y 2010 referentes al Fin y al Propósito se pueden resumir en los siguientes puntos:

- El Programa propone una forma diferente de concebir la salud en las comunidades, como una construcción, y no como un servicio; es ahí donde se está logrando la prevención a través de acciones educativas.
- La participación de municipios se incrementa cada año, lo cual responde al objetivo de involucrar a los Municipios en proyectos de promoción de la salud.
- Se ha generado un creciente empoderamiento y apropiación de la población atendida en todo el proceso de los proyectos, lo que ha conducido a un importante logro, que las comunidades den continuidad a los proyectos.
- Los beneficiarios de los proyectos visitados en las evaluaciones 2008 y 2009 observan cambios evidentes en sus comunidades. La muestra refleja un 100% de satisfacción.
- Se logró capacitar al total de las áreas de promoción de la salud del país tanto al nivel estatal como de las jurisdicciones sanitarias.
- Estas capacitaciones son eficientes pues se traducen en un trabajo constante para mejorar las condiciones ambientales y sociales que inciden en la salud de la población, y en una concientización y participación local en torno a la salud que no depende de un apoyo económico, lo cual es positivo.

Fuentes: Evaluaciones externas 2008, 2009 y 2010, y MIR 2011.

48. En caso de que el programa cuente con información de estudios o evaluaciones nacionales e internacionales que muestren impacto de programas similares, inciso c) de la pregunta 44, dichas evaluaciones cuentan con las siguientes características: (...)

Respuesta: No.

El Programa no cuenta con ninguna evaluación de impacto de programas similares en otros países.

49. En caso de que el programa cuente con información de estudios o evaluaciones nacionales e internacionales que muestran impacto de programas similares ¿qué resultados se han demostrado?

Respuesta: No.

El Programa no cuenta con ninguna evaluación de impacto de programas similares en otros países.

50. En caso de que el programa cuente con evaluaciones de impacto, inciso d) de la pregunta 44, con qué características de las siguientes cuentan dichas evaluaciones: (...)

Respuesta: No.

El Programa no cuenta con una evaluación de impacto.

51. En caso de que hayan realizado evaluaciones de impacto que cumplan con al menos las características señaladas en los incisos a) y b) de la pregunta anterior, ¿cuáles son los resultados reportados en esas evaluaciones?

Respuesta: No.

El Programa no cuenta con una evaluación de impacto.

V. ANÁLISIS DE FORTALEZAS, OPORTUNIDADES, DEBILIDADES, AMENAZAS Y RECOMENDACIONES

(Ver Anexo 17).

VI. COMPARACIÓN CON LOS RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE CONSISTENCIA Y RESULTADOS

El diseño, la gestión y la evaluación del Programa tuvieron avances significativos de 2010 a 2011 aunque algunos temas se mantienen pendientes. Así mismo se observa que las fortalezas siguen fuertes y constantes. Los aspectos susceptibles de mejora identificados por las evaluaciones externas han sido atendidos en su totalidad (100%) a través de un procedimiento institucionalizado de seguimiento.

Los avances más importantes se aprecian en los temas de Planeación y orientación a resultados, Operación, y Percepción de la población atendida, específicamente:

- A partir del 2012 se definen, en las ROP (Anexo 8) los lineamientos para las evaluaciones externas de proyectos municipales. Esto responde a una debilidad identificada en la evaluación externa 2010, que resaltaba que la actividad de evaluación de proyectos no era efectiva y recomendaba que debería de contar con lineamientos específicos para favorecer la participación de evaluadores experimentados.
- En 2011 se implementó una estrategia de incentivos para la participación de los promotores de salud (Kits de Promoción de la Salud que fortalecieron la infraestructura tecnológica y de comunicación local, aunque en 2012 no se pudo continuar con esta estrategia por motivos presupuestarios). Esta estrategia se planeó y realizó a partir de una oportunidad identificada en la evaluación externa 2010. Esta observaba que los agentes que tienen como plataforma un amplio/intenso trabajo de promoción de la salud, también necesitan reconocimientos significativos.
- También es positivo que en 2011 el Programa haya creado una encuesta de salida única y estandarizada para conocer la opinión de la población beneficiada sobre las acciones realizadas, pues permitirá sistematizar los resultados a nivel nacional. La participación de los Comités de Contraloría Social garantizan también que los recursos del Programa sean usados para los fines planteados y evitan desvíos u opacidad en su aplicación. Este cambio se origina en una debilidad identificada en la evaluación 2010, cuando para conocer la calidad del apoyo a municipios, cada uno diseñaba sus propias herramientas de evaluación, lo cual era un paso muy importante para el seguimiento de proyectos pero no permitía su medición a nivel nacional.

Los temas que mantienen constantes tanto sus fortalezas como sus oportunidades son el Diseño, la Cobertura y focalización, y la Medición de resultados. Sus fortalezas son que:

- Cuenta con un marco teórico fuerte y con una metodología que da voz no sólo a las autoridades, sino también a la población objetivo, lo que lo hace un pionero entre los programas de la misma naturaleza en América Latina.
- Para identificar a su población objetivo, de acuerdo con las ROP 2012, se utilizan los diagnósticos de salud municipales, lo que permite conocer las prioridades de atención desde una óptica local y participativa para la focalización de los apoyos.
- Cuenta con evaluaciones externas anuales que se han realizado desde el inicio del programa (2002) y éstas permiten identificar hallazgos relacionados con su Fin y el Propósito, los cuales son muy positivos.

Siguen como oportunidades pendientes y relevantes:

- Unificar la definición de población objetivo, entendida como los "municipios" participantes, en todos los documentos normativos. Es necesario distinguir en las ROP la población objetivo del Programa (municipios participantes) de la población objetivo de los proyectos (localidades de 500 a 2500 habitantes elegidas por los municipios) para facilitar el seguimiento de la cobertura.
- Realizar una evaluación de impacto, a dos sexenios de iniciado el Programa, para evaluar la estabilidad y consistencia de sus resultados, tener aprendizajes y realizar modificaciones de ser necesario para aumentar su impacto social.

VII. CONCLUSIONES

Los 12 años de operación del Programa Entornos y Comunidades Saludables han permitido que el diseño y la operación maduren, integrando recomendaciones de las evaluaciones externas de manera evidente. La valoración final de esta evaluación de consistencia y resultados resulta muy positiva, principalmente por las características de su diseño, planeación y orientación a resultados, y la cobertura y focalización que tiene gracias a los mecanismos que utiliza. Las áreas de mayor oportunidad para la mejora del programa se encuentran en los mecanismos para conocer la percepción de los beneficiarios y en las evaluaciones de resultados.

Sobre el **Diseño**, los hallazgos son muy positivos. El Programa está teóricamente muy bien fundamentado, cuenta con aliados para el intercambio de experiencias y el aprendizaje y está alineado con los objetivos del PROSESA, el PND y las Metas del Milenio. Cabe resaltar que, comparado con otros programas de comunidades saludables promovidos en América Latina, el ejemplo mexicano es pionero, pues llega a un nivel de acción local y comunitario vía el apoyo de proyectos, mientras que los otros se quedan en el nivel municipal a través de capacitación.

Sin embargo, persiste una ambigüedad en la definición de la población objetivo. En las ROP 2011 y 2012 es entendida como “aquella que cada municipio determina a través del proyecto que presenta” por lo que su unidad de medida es la “localidad”, mientras que en otros documentos (MIR, Programa de Acción 2007-2012) y tomando en cuenta todos los componentes del Programa, la población objetivo es el “municipio” mismo al estar participando en la planeación de proyectos y capacitándose. Se recomienda unificar la definición y ubicar a los "municipios" participantes como la población objetivo del programa en todos los documentos normativos.

Respecto a la **Planeación y orientación a resultados**, es evidente el uso de herramientas de planeación estratégica, lo cual se refleja en una MIR bien diseñada con indicadores medibles y relevantes. No se encontraron debilidades significativas en este tema por lo que no hay recomendaciones.

Alcanza la calificación máxima en **Cobertura y focalización** pues ésta última está basada en diagnósticos municipales que toman en cuenta la visión y participación local. Además, el programa tiene definidas metas de Cobertura claras y alcanzables para todos sus componentes y actividades.

La generación de los diagnósticos es un mecanismo que fomenta la participación municipal y la organización comunitaria en la prevención de enfermedades. Sin embargo, no deben confundirse ni sustituir el diagnóstico nacional en el que se basa la planeación general del Programa. Es importante distinguir estos dos niveles: Programa/proyectos. El diagnóstico nacional tiene por población objetivo del Programa a los municipios, mientras que los diagnósticos municipales tienen

por población objetivo de los proyectos a las localidades. Estos últimos sirven para la focalización, y el primero para la planeación de la cobertura anual y sexenal.

En el tema de **Operación**, sus procesos están estandarizados, sistematizados y son públicos. El único proceso susceptible de mejora es el de la transferencia de los recursos, que no siempre ocurre en los tiempos planeados. Para ello, se sugiere seguir simplificando, en la medida de lo posible (como se hizo con la eliminación del artículo 82 del Convenio Federación-Estado), el esquema de requisitos y documentación para la transferencia de los recursos solicitados a los Servicios Estatales de Salud.

Los mecanismos para el conocimiento de la **Percepción de la población atendida** dieron un paso importante hacia la sistematización en 2011. A partir de ese año, se cuenta con una encuesta estandarizada que será, por primera vez, aplicada de forma estandarizada, sistematizada y analizada en 2012. Anteriormente, las encuestas eran diseñadas y aplicadas sin ser sistematizadas por los estados, y esto impedía un análisis homogéneo a nivel nacional que sirviera de insumo para la toma de decisiones del Programa. Para que esta herramienta cumpla con sus objetivos, la DGPS debe asegurarse de que los resultados de las encuestas de satisfacción en curso sean sistematizados y enviados por los Estados al nivel federal para su análisis.

Finalmente, en materia de **Resultados**, este ámbito es el que obtuvo el nivel más bajo de cumplimiento y esto se debe a que el programa no ha podido realizar, a causa de una insuficiencia presupuestaria, una evaluación de impacto. A dos sexenios de iniciado el Programa, resulta pertinente y necesario realizar una evaluación que permita conocer los cambios que ha generado, identificar las mejores prácticas, sistematizar aprendizajes y reorientar sus acciones. Si se realizara esta evaluación sería la primera en América Latina y aportaría información relevante para México y la región.