

INFORME FINAL DE LA EVALUACIÓN EN MATERIA DE DISEÑO PARA EL PROGRAMA DE OBESIDAD



Evaluadoras:

Mtra. Guadalupe Espinosa González

Lic. Patricia Sánchez Sánchez

Lic. Karla Martínez Hernández

Resumen ejecutivo

Este documento atiende la solicitud del Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE) señalada específicamente en la **Partida 6 “Servicios Integrales para la evaluación en materia de diseño para el Programa de Obesidad”** de la licitación LPN-12002001-009-10 “SERVICIOS INTEGRALES”.

La evaluación corresponde al diseño del ejercicio del Programa para el 2010 y se hizo dentro del siguiente esquema de trabajo:

Mediante investigación de gabinete y con información proporcionada por el CENAPRECE, se tuvo acceso a documentación pertinente para realizar dicha evaluación. Asimismo, se contó con información proporcionada por el personal del CENAPRECE encargado del Programa de Obesidad (identificado presupuestalmente con la clave P019), en tres reuniones.

Para efecto de esta evaluación de diseño, se considero la normatividad definida en la metodología establecida por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) para las evaluaciones vinculadas al diseño de programas. De manera que los resultados se presentan acorde a los lineamientos establecidos por este Consejo.

Los aspectos valorados fueron los siguientes:

1. Características del programa
2. Contribución a los objetivos estratégicos
3. Matriz de indicadores
4. Población potencial y objetivo
5. Vinculación con la normatividad que sustenta su operación.
6. Coincidencias, complementariedades y duplicidades que el programa tenga, en su caso, con otros programas de la Administración Pública Federal.

Una vez hecha la valoración de estos aspectos, se identificaron las principales fortalezas, retos y recomendaciones que permitirán en su momento, retroalimentar el diseño y la gestión del programa.

Entre sus fortalezas se puede observar, que las acciones programadas están respaldadas por un amplio diagnóstico muy bien documentado que se ha hecho, tanto para el Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria (ANSA): Estrategia contra el Sobrepeso y la Obesidad,

promovido por la Secretaría de Salud en el 2009 -- el cual ha sido el generador de las acciones contra la obesidad -- así como para fundamentar las acciones que el CENAPRECE lleva a cabo con relación a sus programas de Diabetes Mellitus y Riesgo Cardiovascular.

Otra de sus fortalezas, es la relación que en términos amplios se hace entre fin, propósito, componentes y actividades de la matriz de marco lógico (MML) que respalda las acciones que se realizan y el potencial que ello conlleva para incidir en los objetivos del ANSA mencionado. Sin embargo, cuando se analiza al nivel de los indicadores con los que se medirán los avances y los resultados, no hay una correspondencia clara, entre éstos, con la línea de base, pero principalmente entre los recursos que se invertirán, con lo planteado en el primer nivel de la matriz, y por consecuencia entre las fuentes de las que deberían surtirse tales indicadores.

No obstante, la debilidad más importante detectada, es que en realidad no cumple con los requisitos de un programa formalmente constituido, tal como está establecido por la autoridad correspondiente¹. No existen reglas de operación ni manuales de operación que permitan conocer si los niveles de toma de decisiones y responsabilidades, están bien diseñados para alcanzar los objetivos propuestos. Las acciones que se incluyen como parte de esta evaluación, de hecho están consideradas dentro de los programas de Diabetes Mellitus y Riesgo Cardiovascular.

La recomendación más relevante es que si se pretende dar continuidad a las acciones contra la obesidad, se definan claramente las reglas para su operación, ya que sólo de esta manera se podrá considerar como programa y hacer una valoración ponderada y objetiva de sus resultados.

¹ Ley General de Desarrollo Social

Índice

1. Introducción.....	5
Capítulo 1. Evaluación de Diseño.....	6
1.1. Características del Programa.....	6
1.2. Análisis de la contribución del programa a los objetivos estratégicos de la dependencia y/o entidad.....	8
1.3. Evaluación y análisis de la matriz de indicadores	15
1.4. Población potencial y objetivo	30
1.5. Análisis de la vinculación de las Reglas de Operación o normatividad aplicable con los objetivos del programa.	36
1.6. Posibles coincidencias, complementariedades o duplicidades de acciones con otros programas federales	38
Capítulo 2. Principales Fortalezas, retos y recomendaciones	42
Capítulo 3. Conclusiones de la evaluación	45
2. Bibliografía	47
3. Anexos	49
Anexo I. Características Generales del Programa.....	50
Anexo II. CENAPRECE	58
Anexo III. Perfil y equipo clave de la institución evaluadora	64
Anexo IV. Entrevistas y/o talleres realizados	65
Anexo V. Bases de datos de gabinete utilizadas para el análisis	66

1. Introducción

La estrategia de Prevención contra la Obesidad, surge en respuesta al crecimiento de la epidemia de enfermedades crónicas en México, especialmente de las enfermedades asociadas a la obesidad, como la diabetes y la hipertensión arterial, que anticipan un desarrollo explosivo. Los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 indican que siete de cada diez personas adultas presentan sobrepeso y obesidad. Estas cifras obligaron al desarrollo de estrategias de control de los riesgos asociados a este síndrome y a la capacitación del personal de salud para la atención de las personas afectadas, cuyo número crecerá de manera importante en las décadas por venir.

Las acciones de Prevención contra la Obesidad son de cobertura nacional que están a cargo del Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades, CENAPRECE. Es de nueva creación y su primer año de operación es el del 2010 y es parte de la estrategia del gobierno para fortalecer las acciones de detección y prevención del sobrepeso y la obesidad. Está dentro del marco de la estrategia del CENAPRECE para normar, evaluar y regular la operación de los programas de prevención y control de enfermedades para disminuir riesgos y brindar a la población atención con calidad y equidad.

Con el presente documento se entrega la evaluación de diseño, la cual se hizo en el contexto de los requerimientos que el Consejo Nacional de Evaluación de Política de Desarrollo Social, CONEVAL, solicita a los programas federales.

Estas acciones se inician como parte de los convenios pactados mediante la firma del Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria (ANSA): Estrategia contra el Sobrepeso y la Obesidad, promovido por la Secretaría de Salud en el 2009; la evaluación del diseño tomó como punto de partida los objetivos y los diagnósticos que se hicieron para este Acuerdo. Además, como el fin y el propósito que se plantea esta estrategia, son complementarios con otros programas del CENAPRECE, se hizo una detallada revisión de sus atribuciones y los programas bajo su responsabilidad, específicamente los vinculados a la detección de la obesidad y el sobrepeso y las enfermedades relacionadas con éstos.

Capítulo 1. Evaluación de Diseño

1.1. Características del Programa.

A partir de la firma del ANSA que fue promovido por la Secretaría de Salud y firmado en el 2009, en el que participan diversas secretarías gubernamentales², se le asignó al Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades, CENAPRECE un presupuesto para el **fortalecimiento de las acciones de detección y prevención del sobrepeso y la obesidad** denominado, para fines presupuestales, el '**Programa de Prevención contra la Obesidad**' (PPO), cuyo diseño se evalúa en este ejercicio.

Dentro de la estructura del CENAPRECE, éste se asignó a la Dirección del Programa de Salud en el Adulto y el Anciano, --la cual tiene entre sus atribuciones la de atender dos programas que se complementan con las acciones del PPO; estos son el Programa Específico 2007-2012 Diabetes Mellitus y el Programa de Acción Específico 2007-2012 Riesgo Cardiovascular, para los que la detección de sobrepeso y obesidad resulta una acción prioritaria, a fin de prevenir las consecuencias de estas dos afecciones.

Las acciones del PPO se dirigen a contribuir a mejorar la salud de la población mediante la prevención del sobrepeso y la obesidad. Su cobertura es nacional y a nivel de municipio y localidad en donde se ubiquen unidades de la Secretaría de Salud que atiendan población no derechohabiente.

El eje de las acciones del PPO, es la capacitación del personal de salud para que detecte entre esta población no derechohabiente, a las personas con obesidad y/o sobrepeso, las oriente e informe sobre la necesidad y la forma de hacer cambios en el estilo de vida y la

² Las acciones dirigidas al cumplimiento de los objetivos de la Secretaría de Salud en este Acuerdo (impulsar los programas sectoriales, actualizar normas y regulaciones sobre alimentos y publicidad, apoyar la lactancia materna y el alfabetismo nutricional, promover la incorporación de agua simple potable en desayunos escolares y despensas, capacitar a los DIF estatales y municipales sobre opciones saludables de alimentos escolares, impulsar la actividad física en todos los ámbitos, y capacitar a profesionales de la salud en consejería sobre una alimentación correcta) se asignaron a la Dirección General de Promoción a la Salud y no se hace mención de las que se asignan al CENAPRECE. Fue en entrevista con personal del CENAPRECE, que se nos informó que las acciones del programa sujeto de la evaluación, se asignaron a este Centro a partir del mencionado acuerdo y como parte de la conjunción de esfuerzos y organización de los servicios en los distintos órdenes de gobierno para una respuesta más organizada ante el crecimiento de la obesidad.

alimentación para que pueda llevar una vida más saludable. En este sentido, el PPO coadyuva a los principales objetivos del programa de diabetes mellitus y de riesgo cardiovascular; estos programas, abordan de manera integral el control de las enfermedades que atienden y reconocen a la obesidad y el sobrepeso como factores de riesgo sobre los que se interviene para retrasar o prevenir estas enfermedades en la población no derechohabiente que solicita atención en las unidades de salud del sistema.

La relevancia que actualmente se le asigna a la prevención contra la obesidad y el sobrepeso, está ampliamente justificada y documentada, tanto en el ANSA, como en la documentación referente a los dos programas mencionados, ya que se presenta un exhaustivo y sustentado diagnóstico sobre la evolución y la problemática actual relacionada con el sobrepeso y la obesidad de la población mexicana en las distintas etapas de su vida.

Asimismo, de manera particular en el diagnóstico de ambos programas -- Diabetes Mellitus y de Riesgo Cardiovascular -- se hace una detallada relación de la obesidad y el sobrepeso como uno de los factores de riesgo, su incidencia y la necesidad de detectarla y prevenirla. Es decir, este conjunto de diagnósticos aporta análisis y cifras contundentes sobre la importancia para el sector salud, de estas acciones.

En resumidas cuentas, el fin y el propósito que se plantea el PPO son complementarios con los programas de Diabetes Mellitus y de Riesgo Cardiovascular, en la tarea de la detección y la atención de la obesidad y el sobrepeso, así como las enfermedades derivadas de éstos.

En este contexto, es en el que a partir de la normatividad del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, CONEVAL, se hace la evaluación de diseño del PPO.

1.2. Análisis de la contribución del programa a los objetivos estratégicos de la dependencia y/o entidad

1. *¿El problema o necesidad prioritaria al que va dirigido el programa está correctamente identificado y claramente definido?*

SI

En el ANSA, así como el CENAPRECE en sus dos programas en que se sustentan las acciones de prevención contra la obesidad, de acuerdo con lo dispuesto en el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, han hecho un profundo diagnóstico de la problemática relacionada tanto con la diabetes mellitus, como con el riesgo cardiovascular, la dinámica de su morbilidad en los últimos años³, su prevalencia y los avances del sector salud en este terreno, así como los retos que se le presentan. En estos diagnósticos se establece claramente la relación de estas enfermedades crónicas con la obesidad y el sobrepeso y el papel central que juega la detección temprana de este padecimiento en los diferentes grupos de edad de la población.

Los diagnósticos están avalados por una amplísima bibliografía del propio sector salud y de otras instituciones, particularmente las Encuestas Nacionales de Salud: ENSA 2000, ENSANUT 2006; así como de análisis y recomendaciones de los organismos internacionales de la salud.

³ Norma Oficial Mexicana NOM-174-SSA1-1998, para el manejo integral de la obesidad, publicada el 12 de abril de 2000; Encuesta Nacional de Salud ENSA 2000; Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006; Plan Nacional de Desarrollo: Eje 3: igualdad de oportunidades; 3.2 Salud: Objetivo 4: Prevención de enfermedades. Programa de Acción Específico 2007-2012 Diabetes Mellitus. SS, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud pp. 15-23. Programa de Acción Específico 2007-2012 Riesgo Cardiovascular. SS. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud pp. 17-25

2. ¿Existe un diagnóstico actualizado y adecuado, elaborado por el programa, la dependencia o la entidad, sobre la problemática detectada que sustente la razón de ser del programa?

NO

No existe diagnóstico específico elaborado por y para el PPO. Aunque como se mencionó, los diagnósticos tanto del ANSA, como de los dos programas del CENAPRECE, son exhaustivos y actualizados con relación a la problemática a la que se dirige el PPO. Con las condiciones que se detectan en los mencionados diagnósticos, se justificaría perfectamente la razón de ser de su serie de acciones. Es recomendable, que si sigue operando en nuevo periodo, se elabore un diagnóstico específico que de sentido a las acciones programadas en el diseño⁴.

4 En las entrevistas con las responsables del Programa se señaló que para el inicio del ejercicio del 2010 no se había formalizado el PPO, por lo que los recursos asignados a las acciones para la prevención de la obesidad, se integraron como un componente de los programas de Diabetes y Riesgo Cardiovascular; de manera que el seguimiento de las acciones, se hace dentro de la estructura de esos programas y no de acuerdo a la matriz del marco lógico que se diseñó para su ejercicio de 2010.

3. ¿El fin y el propósito del programa están claramente definidos?

SI

El fin es el de “contribuir a mejorar la salud de la población mediante la detección y prevención del sobrepeso y la obesidad”⁵, para lograrlo se propone promover acciones de capacitación al personal médico, así como de información y prácticas dirigidas a la población atendida, para disminuir el sobrepeso, la obesidad y el riesgo de padecer enfermedades relacionadas.

Con sus intervenciones se propone también fomentar una cultura por la salud entre la población atendida, la cual propicie cambios de actitudes saludables que reduzcan el sobrepeso y la obesidad, a fin de prevenir la aparición de otras enfermedades crónicas y de esta manera mejorar la calidad de vida de dicha población⁶.

Para ello, se definen indicadores que les permiten detectar la proporción de casos de enfermedades atribuibles al sobrepeso y la obesidad que se podrán monitorear a partir de que se registren en el Informe Mensual de Actividades realizadas en la Unidad Médica y se integren al Sistema de Información en Salud. También se definen indicadores relacionados con la formación de personal del sector salud, que incidirá en los cambios de hábitos y estilos de vida de la población necesarios para la prevención de estas enfermedades.

⁵ Programa de Obesidad P019 del Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades. Datos de Identificación del Programa. Matriz de Marco Lógico

⁶ www.cenavece.salud.gob.mx

4. ¿El fin y el propósito corresponden a la solución del problema?

SI

Corresponden, ya que el fin es contribuir a mejorar la salud de la población mediante la prevención del sobrepeso y la obesidad y su propósito es que el sobrepeso y la obesidad en la población en general, así como el riesgo de padecer enfermedades relacionadas se disminuya.

Uno de los mecanismos con el que se busca lograr el propósito, es el de la capacitación del personal de salud, que depende del CENAPRECE, para que pueda facilitar a la población atendida, la información necesaria para que adopte hábitos saludables, tanto de alimentación como relacionados con el ejercicio, con los cuales se prevé que disminuya el riesgo de enfermedades crónicas.

5. ¿El programa cuenta con evidencia de estudios o investigaciones nacionales y/o internacionales que muestren que el tipo de servicios o productos que brinda el programa es adecuado para la consecución del propósito y fin que persigue el programa? De no ser así el evaluador deberá investigar y, de existir, presentar dicha evidencia.

SI

Las acciones que se han diseñado para conseguir su fin y sus propósitos objetivos, explícitas en la MML, están enmarcadas tanto en el ANSA, como en los programas de Diabetes Mellitus y Riesgo Cardiovascular, en los que se muestra suficiente testimonio nacional e internacional sobre prevalencia de la obesidad, así como los diferentes modelos para su detección y prevención y las estrategias para abordarlas, en donde la capacitación de personal médico como de la población afectada, es una herramienta muy importante. Asimismo, el material didáctico y de difusión que produce la propia Dirección de Promoción de la Salud y que se basa en estos diagnósticos, son los ejes de las acciones del PPO.⁷

-
- ⁷ Textos en los diagnósticos para el problema de obesidad : Rivera JA, Shamah T, Villalpando S, Cuevas L, Mundo V, Morales Ruan C. (2008): El estado nutricional de la población en México: cambios en la magnitud, distribución y tendencias de la mala nutrición de 1988 a 2006. Capítulo 1. En: Nutrición y Pobreza: Política pública basada en evidencia, pp. 1-22. Banco Mundial-SEDESOL, México.
 - Fernald LC, Neufeld LM. (2006): Overweight with concurrent stunting in very young children from rural Mexico. Prevalence and Associated Factors. Eur J Clin Nutr 58, pp. 532-540.
 - González-Castell D, González-Cossío T, Barquera S, Rivera JA. (2007): Alimentos Industrializados en la dieta de los preescolares mexicanos. Salud Pública de México 49, pp.345-356.
 - Bingen J. (2004): A review of multi-stakeholder arrangements for representing farmers in agricultural development programmes and policy. FAO, Geneva.
 - Olaiz-Fernández G, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Rojas R, Villalpando-Hernández S, Hernández-Avila M, Sepúlveda-Amor J. (2006): Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, México.
 - Código de Autorregulación de Publicidad de Alimentos y Bebidas No Alcohólicas dirigida al Público Infantil, CONAR. Óptima Impresión. México.
 - Hernández B, Gortmaker SL, Colditz GA, Peterson KE, Laird NM, Parra-Cabrera S. (1999): Association of obesity with physical activity, television programs and other forms of video viewing among children in Mexico city. Int J Obes Relat Metab Disord 23, pp. 845-54.
 - Jennings-Aburto N, Nava F, Bonvecchio A, Safdie MS, Gonzalez-Casanova I, Gust T, Rivera-Dommarco J. (2007): "Physical Activity During the School Day in Public Primary Schools in Mexico City. Abstract 2nd International Congress on Physical Activity and Public Health.
 - Promoción de la Salud (sede web). México: Dirección General de Promoción de la Salud: 2009(Nov.,2009). Matrices de Acciones por Dependencia para la Prevención del Sobrepeso y la Obesidad.
 - World Health Organization. Non communicable diseases prevention and control. World Health Organization. Genova, Suiza. 2006.
 - Olaiz-Fernandez G, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Rojas R, Villalpando-Hernández S, Hernández-Avila M, Sepulveda-Amor J. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Cuernavaca, México. Instituto Nacional de Salud Pública, 2006.
 - Diabetes Prevention Program Research Group: Reduction in incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. N Engl J Med 2002; 346:393-403.
 - Teresita González de Cossío. Políticas públicas para la promoción de una dieta saludable. Problemas Globales Soluciones Compartidas. Libro de Resúmenes de Investigaciones para el Desarrollo de Políticas del XII Congreso de Investigación en Salud Pública.2007.

Este documento es propiedad del Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de

Enfermedades
Derechos Reservados DR © 2010

12

6. Con base en los objetivos estratégicos de la dependencia y/o entidad que coordina el programa ¿a qué objetivo u objetivos estratégicos está vinculado el programa?

En el Plan Nacional de Salud, 2007-2012 se establecen 5 objetivos con relación a la atención de los retos que enfrenta la salud del país. Las acciones del PPO se ubican dentro del **Objetivo número 1** que se refiere a *“Mejorar las condiciones de la salud de la población”*⁸. Una de las estrategias para lograr este objetivo es: ii) *“fortalecer e integrar las acciones de promoción de la salud, prevención y control de enfermedades”*⁹. Se incluyen dentro de sus líneas de acción la de impulsar una política integral para la prevención y control del sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus y riesgo cardiovascular. Este objetivo responde al nuevo enfoque de la salud que se orienta hacia *“las intervenciones costo-efectivas en el fortalecimiento de las acciones de prevención y promoción, como la alternativas más viables para enfrentar padecimientos que requieren de tratamientos más costosos y prolongados”*¹⁰.

Las acciones del PPO, se dan dentro de las atribuciones que le asigna el Reglamento de la Secretaría de Salud, al Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades, CENAPRECE -- que es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud -- entre las que se señalan, las de **supervisar y evaluar el desarrollo, la aplicación y el impacto de las medidas de prevención de enfermedades**, así como instrumentar directamente o en coordinación con las autoridades sanitarias de las entidades federativas, las medidas específicas para prevenir y combatir los daños a la salud, particularmente en situaciones de emergencia. Entre sus atribuciones está también la de promover mecanismos para fomentar e integrar la participación de la sociedad civil y en general de la comunidad, así como de los sectores público y privado en las acciones en materia de su competencia y coordinar la instrumentación de las acciones en materia de seguridad en salud, en colaboración con las unidades administrativas competentes.

⁸ Plan Nacional de Salud 2007-2012 Pág. 8, 81-93

⁹ Ibidem

¹⁰ Ibidem

7. De lo anterior, analizar y evaluar si existe una relación lógica del programa con los objetivos nacionales del Plan Nacional de Desarrollo

SI. En el Eje 3 del PND “Igualdad de Oportunidades”, en el punto relativo a la salud (3.2) se establece que aunque ha habido un descenso significativo de la mortalidad en todos los grupos de edad, también se ha dado un cambio igualmente significativo en las causas de discapacidad y muerte y que en la actualidad las predominantes son las enfermedades no transmisibles y las lesiones. Hace énfasis en la dificultad y los altos costos del tratamiento de estas enfermedades a diferencia de las infecciones comunes, los problemas reproductivos y las enfermedades relacionadas con la nutrición que fueron las principales causas de muerte de la primera mitad del siglo XX.

Actualmente, entre las causas de muerte por enfermedades no transmisibles, están la obesidad, los malos hábitos en la alimentación y la falta de ejercicio, lo que se relaciona con las enfermedades del corazón y la diabetes, las cuales según el propio PND, son responsables del 32% de las muertes de mujeres y del 20% de los hombres. En este sentido, se reconoce que el Estado mexicano se enfrenta a un doble desafío de atender las llamadas enfermedades del subdesarrollo, como la desnutrición y las infecciones, así como también los padecimientos de sociedades más desarrolladas como el cáncer, la obesidad, las cardiopatías y la diabetes. El Plan también manifiesta que ante la complejidad de esta circunstancia, se requiere que para su atención adecuada, haya una unión de recursos humanos, técnicos y financieros, así como de compromisos entre la sociedad y los tres órdenes de gobierno¹¹. Todo lo cual resulta indispensable para hacerle frente a estas costosas enfermedades. De esta manera, la participación del CENAPRECE, responde con sus acciones, a este requerimiento, ya que se han programado recursos financieros, recursos humanos calificados y capacitados, así como la difusión de información para detectar y prevenir la obesidad y el sobrepeso¹² que se estima como una de las principales causas del aumento de las mencionadas enfermedades: cardiopatías y diabetes mellitus.

¹¹ Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012.

¹² Matriz de Orden Lógico 2010.

1.3. Evaluación y análisis de la matriz de indicadores

De la lógica vertical de la matriz de indicadores

8. ¿Las actividades del programa son suficientes y necesarias para producir cada uno de los componentes?

SI

En términos del diseño si son suficientes, ya que una de ellas se refiere a la *capacitación, tanto de personal de salud para que pueda a su vez, brindar la información relevante a la población no derechohabiente que acude a las unidades de salud* y la segunda, se refiere a *la realización de convenios con la industria alimentaria*, y por consiguiente, ambas son absolutamente necesarias para producir cada uno de los componentes.

9. ¿Los componentes son necesarios y suficientes para el logro del propósito?

SI

Porque su planteamiento requiere desatar una serie de procesos de información, de impulso a programas, de cambios de normas y regulaciones, de capacitación a diferentes niveles, y de promoción de cambios de estilos de vida y alimentación en el ámbito del trabajo, y la familia en general.

10. ¿Es claro y lógico que el logro del propósito contribuye al logro del fin?

SI

En términos generales, si se instrumentan las acciones planteadas, se detecta, previene y disminuye el sobrepeso y la obesidad y las enfermedades que éstas causan; se contribuye a mejorar la salud de la población, que es el fin que persigue.

11. Considerados el análisis y la evaluación realizados en este punto. ¿La lógica vertical de la matriz de indicadores del programa es clara y válida en su totalidad. Es decir, ¿la lógica interna del programa?

SI

Se ha previsto capacitar personal calificado para promover acuerdos con las empresas alimentarias y cambios en el estilo de vida y en los entornos de trabajo y comunitarios de la población objetivo, con ello, se pueden disminuir el sobrepeso y la obesidad así como el riesgo de padecer enfermedades relacionadas, lo cual contribuiría al logro del fin que es la prevención del sobrepeso y la obesidad y el mejoramiento de la salud.

12. Si no es así, proponer los cambios que deberían hacerse en el diseño del programa y su lógica interna. Estos cambios deberían reflejarse en la matriz de indicadores definitiva del programa.

NO SE APLICA

De la lógica horizontal de la matriz de indicadores

13. En términos de diseño ¿Existen indicadores para medir el desempeño del programa a nivel del fin, propósito, componentes y actividades e insumos?

SI

Se tienen previstos indicadores para medir la prevalencia de enfermedades atribuibles al sobrepeso y la obesidad, así como el de los casos de obesidad y sobrepeso entre la población no derechohabiente que asiste a las Unidades de Salud. También hay indicadores relacionados con el consumo de alimentos con alta densidad calórica entre población de 15 a 19 años, así como indicadores sobre el número de cursos para la población no derechohabiente a la que se le da información sobre hábitos alimenticios y sobre las rutinas de ejercicio necesarias para mantener una vida saludable.

Por otra parte, se cuenta con indicadores sobre los cursos de capacitación y profesionales capacitados y asignados en las distintas Unidades de Salud, tanto para detectar obesidad y sobrepeso y para difundir la información necesaria relacionada con cambios de hábitos para prevenir estas enfermedades. Asimismo, se tiene programado un indicador para contabilizar el número de convenios realizados con la industria alimenticia a fin de que se disminuyan grasas trans, azúcares libres y sodio.

14. ¿Todos los indicadores son claros, relevantes, económicos, adecuados y monitoreables?

NO

Hay dos indicadores que son monitoreables a partir de informes estadísticos del sector salud: El de **Fin**: *% de casos de enfermedades atribuibles al sobrepeso y obesidad prevenidos* y el del **Propósito**: *% de sobrepeso y obesidad en la población adulta; % de sobrepeso y obesidad en la población de 5 a 19 años*. En este último se acota el grupo de edad y, se especifica la cobertura, frecuencia de la medición y su año base.

En los indicadores para los **Componentes**: *consumo de alimentos con alta densidad calórica en la población de 5 a 19 años; % de personas que realizan 150 min. de actividad física a la semana en la población que acude a las unidades de especialidades médica de enfermedades crónicas y a los grupos de ayuda mutua*, se especifica que el medio de verificación será un registro estadístico y la variable definida es el “total de encuestados”. Esta variable podría ser registrada cuando se brinden los servicios de información y verificada posteriormente con la encuesta. En el indicador “*proyectos 5 pasos por tu salud para vivir mejor*”, no se especifica en qué tipo de registro podrá monitorearse la aprobación y el resultado de estos proyectos. En el indicador para la **Actividad**: *% de cursos de capacitación de prevención y control de obesidad impartidos en los servicios estatales de salud para los profesionales de la salud*; se puede saber a cuántos profesionales se da esta capacitación, y cuántos cursos se imparten, pero no existe un registro *per se* para su seguimiento. Para el indicador *% de convenios realizados con la industria alimentaria para la reducción de grasas trans, azúcares libres y sodio*, no existe normatividad y no está definido el tipo de “registro estadístico” donde podrá verificarse.

Este monitoreo sólo será efectivo en la medida en que se asignen recursos, responsables y se definan los medios más adecuados a los propósitos del PPO. La encuesta puede ser un excelente mecanismo efectivo de monitoreo, si se incluyen los reactivos relacionados con las acciones previstas en la matriz¹³.

¹³ Las responsables del PPO, señalaron que debido a que las acciones previstas en la MML del 2010 están fuera de sus posibilidades, para el 2011 se programaron objetivos acordes a los recursos disponibles, que son monitoreables a partir de las fuentes de información disponibles.

15. De no ser el caso, la institución evaluadora, en coordinación con el programa, deberá proponer los indicadores faltantes y necesarios para cada ámbito de acción o las modificaciones a los indicadores existentes que sean necesarias.

No es precisamente que falten indicadores en la MML para las acciones que se realizarán durante el 2010, sino que no hay manera de hacer un seguimiento de los propuestos por diversas razones; la más importante, que los responsables no cuentan con una normatividad mediante la cual se asignen claramente las responsabilidades con relación a las acciones propuestas en la MML. ¿Quién tiene la responsabilidad y los recursos para vincularse con la industria alimentaria y firmar los convenios? ¿Cómo se hace el seguimiento de ello? ¿Quién lleva el registro de las personas que reciben la capacitación para los 150 minutos de ejercicio a la semana? ¿Cómo se registra el consumo con alta densidad calórica entre la población de 5 a 19 años? Aun si solamente se utilizara una encuesta para la verificación, se necesita un punto de partida para diseñar los reactivos adecuados.

Por otra parte, hay una desproporción entre los recursos asignados y la cobertura que tienen las actividades: nacional, estatal, municipal y local. Con los recursos asignados para el ejercicio del 2010 apenas se podría hacer un balance del porcentaje de personas con sobrepeso y obesidad en la población adulta y por grupos de edad; número de cursos impartidos a los profesionales de la salud; número de profesionales de la salud capacitados para detectar y prevenir el sobrepeso de la población no afiliada; número de personas a las que atendieron los profesionales de la salud capacitados, así como el seguimiento de los indicadores relativos al Fin y Propósito.

Por ello, se recomienda que si el PPO continúa bajo el Fin y el Propósito definidos en la MML del 2010, se adecuen tanto la normatividad como los recursos necesarios¹⁴.

¹⁴ La responsables señalaron que en la Matriz de Marco Lógico del 2011 se adecuaron los indicadores para alcanzar una serie de objetivos acordes a los recursos asignados --*Porcentaje de la población de 20 a 49 años responsabilidad de la Secretaría de Salud con sobrepeso, Porcentaje de sobrepeso y obesidad en la población de 5 a 19 años, Detección de obesidad en población de 20 años y más y Capacitación al personal de salud*-- a los cuales se puede dar seguimiento a partir de las fuentes de información con las que cuentan actualmente.

16. ¿Los indicadores incluidos en la matriz de indicadores tienen identificada su línea de base y temporalidad en la medición?

Todos los indicadores señalan su línea de base, algunos se medirán anualmente y otros de manera semestral. El problema es que no se especifica porqué se han fijado estas líneas de base, ni las unidades en las que se expresan¹⁵.

¹⁵ Como ya se señaló con anterioridad, como no se hizo un desarrollo formal del programa con base en lo propuesto en la matriz de marco lógico de 2010 evaluada, todo lo relacionado con los indicadores, su línea de base y las metas, no corresponde a las acciones realizadas. Para lo cual, la Matriz de Marco Lógico del 2011 se adecuó para permitir que los indicadores, línea base, temporalidad de la medición y las metas permitan dar un seguimiento adecuado para conseguir el fin propuesto.

17. ¿El programa ha identificado los medios de verificación para obtener cada uno de los indicadores?

NO

Sólo para los del Fin y el Propósito, con respecto a los demás, se mencionan de manera genérica como “registro estadístico” y sería aconsejable y práctico señalar específicamente los sistemas de registro estadístico o de otro tipo, como visitas de verificación, que se utilizarán¹⁶.

¹⁶ Vid nota 15

18. Para aquellos medios de verificación que corresponda (por ejemplo, encuestas), ¿el programa ha identificado el tamaño de muestra óptimo necesario para la medición del indicador, especificando sus características estadísticas como el nivel de significancia y el error máximo de estimación?

NO

No se señalan detalles y sólo a partir de la descripción del indicador, se intuye que las encuestas se harán entre los Grupos de Ayuda Mutua, Unidades de Especialidades Médicas de Enfermedades Crónicas y entre población de 15 años y más, pero no se dan detalles técnicos¹⁷.

¹⁷ Debido a que esta encuesta estará alineada a los criterios y conceptos de la ENSANUT, la institución se encuentra en proceso de definición del marco en el que se trabajarán todas las características requeridas.

19. ¿De qué manera el programa valida la veracidad de la información obtenida a través de los medios de verificación?

El registro de indicadores sobre el sobrepeso, la obesidad, la diabetes mellitus y riesgo cardiovascular, se validan a partir de su registro en el Sistema Nacional de Salud, que en su artículo 24 fracción II, establece: *elaborar, vigilar y difundir la normatividad tecnológica y los procesos de elaboración y actualización de la información estadística, referida ésta a estadísticas de natalidad, mortalidad, morbilidad, e invalidez, factores demográficos, económicos, sociales y ambientales vinculados a la salud, recursos físicos, humanos y financieros disponibles para la protección de la salud de la población y su utilización*¹⁸.

Asimismo, se apoya en el Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE), que es un sistema donde se concentra información sobre la prevalencia de enfermedades que les permite analizar y apoyar la toma de decisiones en aspectos relacionados con la prevención.

Con respecto a la manera como se validará la información que se obtenga mediante encuestas y de otros “registros estadísticos”, no hay indicaciones¹⁹.

¹⁸ Sistema Nacional de Salud (SIS)

¹⁹ Las responsables del Programa validan la información de todos sus programas a partir tanto del SIS, el SUIVE para la prevalencia y el SINAIS que incluye información sobre natalidad, mortalidad, morbilidad e invalidez, así como de factores económicos, sociales y ambientales vinculados a la salud y también en relación a los recursos físicos, humanos y financieros disponibles para la protección de la salud de la población.

20. ¿Se consideran válidos los supuestos del programa tal y como figuran en la matriz de indicadores?

NO

Están incompletos, pues está ausente el supuesto de que haya una buena difusión de las acciones y la población no derechohabiente acuda a los centros de atención de la salud, a las Unidades de Especialidades Médicas, a los Grupos de Ayuda Mutua y quiera participar en los proyectos de 5 pasos. Así como qué tanto las entidades federativas y locales, apoyen estas acciones²⁰.

²⁰ Se nos informó en entrevista que estos aspectos no considerados en el diseño del programa del 2010, se han considerado para la matriz de marco lógico del 2011.

21. Considerando el análisis y evaluación realizado en este punto, la lógica horizontal de la matriz de indicadores se valida en su totalidad?

NO

Consideradas las observaciones a las preguntas precedentes, la matriz es incompleta pues no todos los indicadores son monitoreables y no están claros cuáles son los medios de control para verificar los indicadores.

22. Si no es así, proponer los cambios que deberían hacerse a la lógica horizontal de la matriz de indicadores (indicadores, medios de verificación y supuestos).

Es necesario que se definan más específicamente los indicadores. Si se va a focalizar en ciertos grupos de edad, como parece en alguno de los indicadores, habría que modificar de alguna manera el propósito y el fin que tiene señalados, pues en la definición de éstos, sólo se refiere a la población en general.

Definir también las líneas de base de los indicadores, pues con la información disponible no es posible relacionarlas con el indicador correspondiente.

En términos generales, se recomienda que se especifiquen los medios de verificación de las variables, puesto que algo tan general como “registros” estadísticos puede tener un impacto negativo en el seguimiento de las actividades. Algo similar tendría que hacerse con relación a los convenios firmados con las empresas, para que el indicador no sea solamente el total de acuerdos firmados, sino que se pueda garantizar el seguimiento de su cumplimiento.

1.4. Población potencial y objetivo

23. ¿La población que presenta el problema y/o necesidad (población potencial), así como la población objetivo están claramente definidas?

SI

Las acciones del PPO, se dirigen a toda la población no derechohabiente que solicita los servicios de las Unidades de Especialidades Médicas, Grupos de Ayuda Mutua u otra instancia de la Secretaría de Salud, y a la que se le detecta sobrepeso u obesidad, así como diabetes mellitus o riesgo cardiovascular. Sin embargo, es necesario apuntar que hay una desproporción entre el presupuesto asignado para el año 2010 y la población potencial que puede tener acceso a las acciones de prevención contra la obesidad en este periodo.

24. ¿El programa ha cuantificado y caracterizado ambas poblaciones, según los atributos que considere pertinentes? (En el caso de individuos, en términos de edad, sexo, nivel socioeconómico, señalar quintil de ingreso si corresponde, principales características de la actividad económica que desempeña – rama de actividad, condición de empleo, etc., -- condición indígena u otros atributos que sean pertinentes)

NO

Las acciones atienden en general a la población adulta no derechohabiente (20 a 49 años) y en la matriz distingue, en el rubro del propósito, al grupo de 5 a 19 años (no aclara porqué). No se distingue a la población según sexo, nivel de ingreso, población indígena u otra variable que pudiera estar incidiendo en las diferentes tasas de prevalencia de sobrepeso y obesidad.

Por otra parte, en su página web se señala que su objetivo son las poblaciones, adulta y adulta mayor, por lo que no hay coherencia con la distinción de este grupo de edad de 5 a 19 años señalado como indicador.

Se tiene previsto atender una población no derechohabiente pero no está cuantificada, tampoco cuantifica aquella que estaría entre los rangos de edad para ser sujeta de atención del PPO²¹.

²¹ Se nos informó que actualmente no existen fuentes de información para identificar ciertas características sobre la actividad económica o la pertenencia indígena, por ejemplo, y que esto solamente se podría obtener a partir de la encuesta que se está planeando. Aunque las variables de sexo y edad si están disponibles en los sistemas existentes.

25. ¿Cuál es la justificación que sustenta que los beneficios que otorga el programa se dirijan específicamente a dicha población potencial y objetivo?

Las altas tasas de prevalencia de obesidad entre la población de todas las edades y de diferentes grupos sociales, tal como queda demostrado en los diagnósticos en que se fundamentan las acciones. Sin embargo, los diagnósticos también muestran que el sobrepeso y la obesidad presentan diferenciales por sexo, así como por grupos sociales. Características que no están incorporadas en los indicadores relativos a sus acciones.

26. ¿La justificación es la adecuada?

No lo consideramos así, ya que las evidencias de los diagnósticos son contundentes, las cuales ponen de relieve inclusive las diferencias de la prevalencia de estas enfermedades entre el sector urbano y el rural, así como las cuestiones vinculadas a la pobreza, que debían estar consideradas en el diseño²².

²² Fernald L.C, Neufeld LM. (2006): Overweight with concurrent Stuning in very young children from rural Mexico. Prevalence and Associated factors. Eur J Clin Nutr 58, pp532-540.
Textos en los diagnósticos para el problema de obesidad : Rivera JA, Shamah T, Villalpando S, Cuevas L, Mundo V, Morales Ruan C. (2008): El estado nutricional de la población en México: cambios en la magnitud, distribución y tendencias de la mala nutrición de 1988 a 2006. Capítulo 1. En: Nutrición y Pobreza: Política pública basada en evidencia, pp. 1-22. Banco Mundial-SEDESOL, México.

27. ¿Los criterios y mecanismos que utiliza el programa para determinar las unidades de atención (regiones, municipios, localidades, hogares) son lo adecuados? (Señalar principales mecanismos).

NO existe documentación relativa a la forma en que se determinan los criterios utilizados para su operación.

28. ¿Existe información sistematizada y actualizada que permita conocer quiénes reciben los apoyos del programa, cuáles son las características socioeconómicas de la población incluida en el padrón de beneficiarios y con qué frecuencia se levanta la información?

NO hay un padrón de beneficiarios, porque son personas no derechohabientes que se acercan a recibir los servicios de salud en diferentes unidades de la SS.

1.5. Análisis de la vinculación de las Reglas de Operación o normatividad aplicable con los objetivos del programa.

29. ¿El diseño del programa se encuentra correctamente expresado en sus ROP o normatividad correspondiente?

Una de las ausencias centrales en el diseño es la falta de normatividad, no existen reglas de operación, ni una normatividad básica que señale las responsabilidades en sus distintos niveles de operación, por ello, no es posible hacer un seguimiento adecuado, ni será posible tener un balance de resultados congruente con lo que apropiadamente se propone en el Fin y Propósito del esquema de Matriz de Marco Lógico.

Debe resultar muy complicado para su personal, llevar acabo las acciones, sin un marco normativo adecuado.

30. ¿Existe congruencia entre las ROP o normatividad aplicable del programa y su lógica interna?

No se aplica

1.6. Posibles coincidencias, complementariedades o duplicidades de acciones con otros programas federales

31. Como resultado de la evaluación de diseño del programa ¿el diseño del programa es el adecuado para alcanzar el propósito antes definido y para atender a la población objetivo?

El diseño es incompleto, pues el hecho de que exista una MML bien desarrollada con algunos indicadores que servirían para mostrar los avances y resultados, no es suficiente para demostrar cuál es la estructura que estará habilitando su implementación. Con la información disponible, no es posible establecer una relación directa entre el presupuesto asignado y las acciones dirigidas a su población objetivo.

32. ¿Con cuáles programas nacionales federales podría existir complementariedad (o sinergia)?

Los primeros y más complementarios son: el Programa Específico 2007-2012 Diabetes Mellitus y el Programa de Acción Específico 2007-2012 Riesgo Cardiovascular. Por otra parte, también en otras instituciones del sector salud con los programas de PREVENIMSS y PREVENISSSTE y con las actividades que un grupo de dependencias desarrollaron a partir del ANSA.

33. ¿Con cuáles programas federales podría existir duplicidad?

No hay duplicidad porque el PPO se enfoca en población no derechohabiente y sus acciones son complementarias de los existentes.

34. ¿El programa cuenta con información en la que se hayan detectado dichas complementariedades y o posibles duplicidades?

No existe información

Capítulo 2. Principales Fortalezas, retos y recomendaciones

Tema de evaluación	Fortaleza y Oportunidades/Debilidad o Amenaza	Referencia	Recomendación Referencia de la recomendación
FORTALEZAS			
Diagnóstico	Se cuenta con un diagnóstico a profundidad y con actualidad nacional e internacional sobre la prevalencia de la diabetes y la hipertensión y del impacto del sobrepeso y la obesidad en estas enfermedades, lo que ha permitido que se identifiquen adecuadamente los fines, propósitos, componentes y actividades.	Pág.6	
Planeación estratégica	Las acciones están enmarcadas dentro del ANSA , en el que se conjugan los esfuerzos de diversos organismos del sector salud y de otras instancias del gobierno federal y, contribuye a potenciar las acciones que coadyuvan al mejoramiento de la salud mediante la prevención del sobrepeso y la obesidad.	Pág.1	
Coincidencias y complementariedades con otros programas	El énfasis en acciones dirigidas a promover cambios de vida y actitudes de la población con respecto al control de sobrepeso y la obesidad para evitar enfermedades como la diabetes y la hipertensión	Pág. 17	

Tema de evaluación	Fortaleza y Oportunidades/Debilidad o Amenaza	Referencia	Recomendación Referencia de la recomendación
DEBILIDADES			
Matriz de indicadores	Aunque se señalan medios de verificación para su seguimiento, hay necesidad de mayor especificación; habría que aclarar que fuentes de información estadística y tener mayor precisión con relación a la cobertura y las características generales de las encuestas que se tienen programadas.	Pág. 11-13	Los indicadores referidos a los componentes y las actividades, no son monitoreables con las fuentes estadísticas señaladas. Esto requeriría de una encuesta específica, de la cual no se dan características. Consideramos que una mejor definición de las fuentes de verificación, orientaría y potenciaría el seguimiento de las actividades y por consiguiente mejoraría los resultados
Matriz de Indicadores	La documentación oficial señala que contribuye a los objetivos estratégicos del PND, especificando que en el área de salud el objetivo es reducir las desigualdades en los servicios de salud mediante intervenciones focalizadas en comunidades marginadas y grupos vulnerables. Sin embargo no hay indicadores que permitan identificar de qué manera se atiende a personas de distintos grupos sociales como por ejemplo los pueblos indígenas que tienen necesidades específicas diferentes a las de la población no indígena; y por consiguiente la prevalencia de las enfermedades que atiende se manifiesta de manera diferente.	Pág. 11	Las posibles diferencias en la prevalencia de las enfermedades a las que se enfoca el PPO, así como las dificultades para acceder a los servicios de salud de la población indígena, tanto geográficas como lingüísticas, pueden tener un impacto en el resultado de las acciones del programa; por ello es importante que se diseñen indicadores para poblaciones indígenas y no indígenas y otros grupos vulnerables.

Matriz de indicadores	Aunque en el apartado de la matriz relacionado con el Propósito se señala que el <i>enfoque de transversalidad</i> tiene perspectiva de género, no hay ningún indicador que así lo pueda mostrar. No se diferencia de qué manera se da la prevalencia entre hombres y mujeres.	Pág. 11-13	La evidencia señala que la prevalencia, por ejemplo de diabetes, es distinta entre hombres y mujeres, sugerimos que se haga esta distinción en los indicadores, pues esto orientaría las acciones de política de salud que necesita cada grupo
Normatividad	<p>Una de las ausencias más importantes es la falta de normatividad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • No hay reglas de operación, ni documentación donde se identifiquen los niveles responsables de la implementación, ni del seguimiento. • Tampoco un plan de publicación de resultados o de difusión y promoción. 	Pág. 16	En vista de que el PPO seguirá operando en el 2011, sugerimos que a la brevedad posible se elabore la normatividad para los diferentes niveles: centrales, implementadores, seguimiento y monitoreo, reportes de resultados, etc. De lo contrario no será posible hacer una evaluación del desempeño.

Capítulo 3. Conclusiones de la evaluación

- **Características del programa**

Empieza a operar en el 2010, como parte del marco del ANSA, que la Secretaría de Salud promovió en el 2009, en el que se fijaron entre otros aspectos la actualización de normas y regulaciones sobre alimentos y publicidad; apoyar la lactancia materna y el alfabetismo nutricional; promover la incorporación de agua simple potable en desayunos escolares y despensas; impulsar la actividad física en todos los ámbitos; y capacitar a profesionales de la salud en consejería sobre una alimentación correcta.

Como parte de las instancias que fortalecerían las acciones para alcanzar estas metas, el CENAPRECE con estas acciones busca contribuir a mejorar la salud de la población mediante la prevención del sobrepeso y la obesidad y a capacitar a profesionales de la salud en consejería sobre una alimentación correcta y actividad física.

- **Contribución a los objetivos estratégicos**

Está alineado con el Plan Nacional de Desarrollo en su Objetivo 1 que se refiere a “Mejorar las condiciones de salud de la población”, cuyas estrategias se orientan a fortalecer los programas de protección contra riesgos sanitarios, promover la participación activa de la sociedad organizada y la industria en el mejoramiento de la salud de los mexicanos, e integrar sectorialmente las acciones de prevención de enfermedades.

Este objetivo se interpreta en el Plan Nacional de la Salud 2007-2012 como la responsabilidad para desarrollar y fortalecer una nueva cultura de la salud que enfatiza la importancia de la adopción de estilos de vida saludables, que fomente el autocuidado de la salud e impulse la prevención de la enfermedad y las discapacidades. Esto se traduce, en la identificación de ejes rectores que guían los esfuerzos sectoriales para dar respuesta a demandas de la población entre los que se da énfasis a la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

- **Población potencial y objetivo**

La población potencial objetivo a la que se dirige, es en primer lugar la no derechohabiente que asiste a los servicios de salud de la Secretaría de Salud y que padece obesidad y

sobrepeso, y por consiguiente, está en riesgo de adquirir enfermedades como la diabetes y la hipertensión. El PPO no establece un número determinado de población, ni determinados grupos de edad, sino que se refiere a toda aquella persona que requiera los servicios mencionados, en el ámbito nacional, a partir de que los solicite.

En segundo lugar se enfoca a capacitar a más de 200 nutriólogos y a más de 200 activadores físicos y médicos del deporte para que detecten el sobrepeso y la obesidad en la población objetivo y promuevan cambios en sus hábitos de alimentación y en estilos de vida no sedentarios. Al detectar a población con obesidad o con sobrepeso y lograr que se adopten estos cambios de hábitos se logrará el objetivo de mejoramiento de la salud. En este punto es necesario insistir sobre la necesidad de acotar la población que se espera atender, con los recursos humanos, técnicos y financieros con los que cuenta el PPO.

- **Vinculación con las ROP y coincidencias complementariedad y duplicidades**

No hay reglas de operación, pero sus acciones están intrínsecamente relacionadas con los programas de DM y RCV del propio CENAPRECE; así como con otras instituciones del sector salud, con sus programas de PREVENIMSS y PREVENISSSTE.

Conclusión global: El diseño sigue la normatividad para la construcción de su MML, según lo establecido por el CONEVAL. Los indicadores se encuentran en lo general, bien descritos; sin embargo falta precisión con relación a su línea de base y con el tipo de fuentes que se utilizarán para verificarlos. El problema más notable del diseño, es que no existe documentación de su normatividad, por consiguiente **no es posible hacer un balance objetivo del impacto que pudieran tener en el diseño**, las normas para su difusión, la instrumentación y el seguimiento de las actividades del programa.

Sin embargo, la cuestión más relevante de la evaluación es que el PPO no está estructurado como programa y lo que la unidad responsable ha hecho en el 2010, corresponde a un conjunto de acciones relacionadas con la detección y prevención de la obesidad, que se han canalizado a través de sus programas de DM y RCV. Por ello, no es posible que se valore objetivamente el fin, el propósito, los componentes y las actividades definidas en la MML del 2010.

2. Bibliografía

- ✓ Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria. Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad. Acciones del Gobierno Federal. Secretaría de Salud
- ✓ Bases técnicas del Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria. Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad. Acciones del Gobierno Federal. Secretaría de Salud.
- ✓ Evaluación del programa SICALIDAD. Gustavo Nigenda
- ✓ Evaluación del Programa Adultos Mayores (70 y +) Chapingo. SEDESOL
- ✓ Informe Mensual de Actividades realizadas en la Unidad Médica SIS-SS-CE-H
- ✓ Ley General de Desarrollo Social. Gobierno de México.
- ✓ Matriz de Marco Lógico del PPO. Documento interno del Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades. 2010 y 2011
- ✓ Programa Nacional de Salud (2007-2012)
- ✓ Plan Nacional de Desarrollo (2007-2008)
- ✓ Proyecto de lineamientos generales para el expendio o distribución de alimentos y bebidas en los establecimientos de consumo de los planteles de educación básica. SEP/ Salud
- ✓ Programa de Acción Específico 2007-2012 Diabetes Mellitus. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud.
- ✓ Programa de Acción Específico 2007-2012. Riesgo Cardiovascular. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud.
- ✓ World Health Organization. Non communicable diseases prevention and control. World Health Organization. Genova, Suiza. 2006.
- ✓ World Health Organization. Global Recommendations of Physical activity for Health. Genova, Suiza. 2010

- ✓ World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report on a WHO Consultation. Geneva, Suiza, 2004

3. Anexos

Anexo I. Características Generales del Programa

Formato INV01-07

Identificador del Programa

--	--	--	--	--	--

I. DATOS DEL RESPONSABLE DEL LLENADO (EL EVALUADOR)

1.1 Nombre: Mtra. Guadalupe Espinosa González

1.2 Cargo: _____

1.3 Institución a la que pertenece: Analítica Consultores Asociados, S.C

1.4 Último grado de estudios: Maestría

1.5 Correo electrónico: guadaespi@prodigy.net.mx

1.6 Teléfono (con lada): (55) 53736395

1.7 Fecha de llenado (dd.mm.aaaa):

1	5
---	---

 - -

1	0
---	---

 - -

2	0	1	0
---	---	---	---

II. IDENTIFICACION DEL PROGRAMA

2.1 Nombre del programa: Prevención contra la obesidad (Programa de Prevención de la Obesidad P019)

2.2 Siglas: NA

2.3 Dependencia coordinadora del programa: Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades

2.3.1 En su caso, entidad coordinadora del programa: _____

2.4 Dependencia(s) y/o entidad(es) participante(s) de manera directa: _____

2.5 Unidad administrativa responsable de contratar la evaluación: Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades

2.6 Dirección de la página de Internet del programa: www.cenavece.salud.gob.mx

2.7 Nombre del titular del programa en la dependencia: Dr. Miguel Angel Lezana Fernández

2.8 ¿En que año comenzó a operar el programa? (aaaa)

2	0	1	0
---	---	---	---

III. NORMATIVIDAD

Este documento es propiedad del Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de
Enfermedades

Derechos Reservados DR © 2010

3.1 ¿Con qué tipo de normatividad vigente se regula el programa y cuál es su fecha de publicación más reciente? (puede escoger varios)

	fecha									
	d	d	-	m	m	-	a	a	a	a
<input type="checkbox"/> Reglas de operación -----										
<input type="checkbox"/> Ley -----										
<input type="checkbox"/> Reglamento/norma -----										
<input type="checkbox"/> Decreto -----										
<input type="checkbox"/> Lineamientos -----										
<input type="checkbox"/> Manual de operación -----										
<input type="checkbox"/> Memorias o Informes -----										
<input type="checkbox"/> Descripciones en la página de Internet										
<input type="checkbox"/> Otra: (especifique)										
<input checked="" type="checkbox"/> Ninguna										

4.1 Describa el Fin del programa (en un espacio máximo de 900 caracteres):

DESACELERAR LA TENDENCIA DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS DE MAYOR PREVALENCIA Y DE ESTA MANERA CONTRIBUIR A MEJORAR LA SALUD DE LA POBLACION MEDIANTE LA PREVENCION DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD

4.2 Describa el Propósito del programa (en un espacio máximo de 900 caracteres):

EL PROGRAMA DE PREVENCIÓN CONTRA LA OBESIDAD ES UNO DE LOS RECURSOS DEL MODELO DEL SECTOR SALUD, DONDE SE ATIENDE ENTRE OTRAS A PERSONAS CON PADECIMIENTOS DE SOBREPESO, RIESGO CARDIOVASCULAR Y DIABETES MELLITUS Y EL PROPOSITO ES DE DISMINUIR ESTOS PADECIMIENTOS ENTRE LA POBLACION EN GENERAL Y EN PARTICULAR, A LA POBLACIÓN ADULTA Y ADULTA MAYOR .

V. ARÉA DE ATENCIÓN

5.1 ¿Cuál es la principal área de atención del programa? (puede escoger varios)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Agricultura, ganadería y pesca | <input type="checkbox"/> Empleo |
| <input type="checkbox"/> Alimentación | <input type="checkbox"/> Comunicaciones y transportes |
| <input type="checkbox"/> Ciencia y tecnología | <input type="checkbox"/> Equipamiento urbano: drenaje, alcantarillado, alumbrado, pavimentación, etc. |
| <input type="checkbox"/> Cultura y recreación | <input type="checkbox"/> Medio ambiente y recursos naturales |
| <input type="checkbox"/> Deporte | <input type="checkbox"/> Migración |
| <input type="checkbox"/> Derechos y justicia | <input type="checkbox"/> Provisión / equipamiento de vivienda |
| <input type="checkbox"/> Desarrollo empresarial, industrial y comercial | <input checked="" type="checkbox"/> Salud |
| <input type="checkbox"/> Sociedad civil organizada | <input type="checkbox"/> Seguridad social |
| <input type="checkbox"/> Desastres naturales | <input type="checkbox"/> Otros (especifique): _____ |
| <input type="checkbox"/> Educación | |

VI. COBERTURA Y FOCALIZACIÓN

6.1 ¿En qué entidades federativas el programa ofrece sus apoyos? (sólo marque una opción)

- En las 31 entidades federativas y en el D.F; →
- En las 31 entidades federativas, con excepción del D.F; → pase a la pregunta 6.2
- Sólo en algunas entidades federativas. Seleccione las entidades:

- | | | | |
|--|---|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aguascalientes | <input type="checkbox"/> Distrito Federal | <input type="checkbox"/> Morelos | <input type="checkbox"/> Sinaloa |
| <input type="checkbox"/> Baja California | <input type="checkbox"/> Durango | <input type="checkbox"/> Nayarit | <input type="checkbox"/> Sonora |
| <input type="checkbox"/> Baja California Sur | <input type="checkbox"/> Guanajuato | <input type="checkbox"/> Nuevo León | <input type="checkbox"/> Tabasco |
| <input type="checkbox"/> Campeche | <input type="checkbox"/> Guerrero | <input type="checkbox"/> Oaxaca | <input type="checkbox"/> Tamaulipas |
| <input type="checkbox"/> Chiapas | <input type="checkbox"/> Hidalgo | <input type="checkbox"/> Puebla | <input type="checkbox"/> Tlaxcala |
| <input type="checkbox"/> Chihuahua | <input type="checkbox"/> Jalisco | <input type="checkbox"/> Querétaro | <input type="checkbox"/> Veracruz |
| <input type="checkbox"/> Coahuila | <input type="checkbox"/> México | <input type="checkbox"/> Quintana Roo | <input type="checkbox"/> Yucatán |
| <input type="checkbox"/> Colima | <input type="checkbox"/> Michoacán | <input type="checkbox"/> San Luis Potosí | <input type="checkbox"/> Zacatecas |

No especifica

6.2 ¿En qué entidades federativas el programa entregó sus apoyos en el ejercicio fiscal anterior? (sólo marque una opción)

En las 31 entidades federativas y en el D.F; →

pase a la pregunta 6.3

En las 31 entidades federativas, con excepción del D.F; →

Sólo en algunas entidades federativas. Seleccione las entidades:

Aguascalientes

Distrito Federal

Morelos

Sinaloa

Baja California

Durango

Nayarit

Sonora

Baja California Sur

Guanajuato

Nuevo León

Tabasco

Campeche

Guerrero

Oaxaca

Tamaulipas

Chiapas

Hidalgo

Puebla

Tlaxcala

Chihuahua

Jalisco

Querétaro

Veracruz

Coahuila

México

Quintana Roo

Yucatán

Colima

Michoacán

San Luis Potosí

Zacatecas

No especifica

No aplica porque el programa es nuevo

6.3 ¿El programa focaliza a nivel municipal?

Sí

No / No especifica

6.4 ¿El programa focaliza a nivel localidad?

Sí

No / No especifica

6.5 ¿El programa focaliza con algún otro criterio espacial?

Sí

especifique **Jurisdicción**

No

6.6 El programa tiene focalización: (marque sólo una opción)

Rural

Urbana

Ambas

No especificada

6.7 El programa focaliza sus apoyos en zonas de marginación: (puede seleccionar varias)

Muy alta

Alta

Media

Baja

Muy baja

No especificada

6.8 ¿Existen otros criterios de focalización?

No



pase a la pregunta VII

Sí

6.9 Especificar las características adicionales para focalizar (en un espacio máximo de 900 caracteres).

LAS ACCIONES DE ESTE 'PROGRAMA' SE LLEVAN A CABO COMO PARTE DEL DESARROLLO DEL PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO 2007-2012 DE **DIABETES MELLITUS** Y DEL PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO 2007-2012 DE **RIESGO CARDIOVASCULAR** CUYOS BENEFICIOS SE PRESTAN A TODA LA POBLACIÓN QUE DEMANDA ATENCIÓN MÉDICA EN TODAS LAS UNIDADES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN EL PAÍS.

VII. POBLACION OBJETIVO
7.1 Describe la población objetivo del programa (en un espacio máximo de 400 caracteres):
LA POBLACIÓN QUE DEMANDA ATENCIÓN MÉDICA EN TODAS LAS UNIDADES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN EL PAÍS

VIII. PRESUPUESTO (PESOS CORRIENTES)
8.1 Indique el presupuesto aprobado para el ejercicio fiscal del año en curso (\$):6

2	5	0	1	4	3	7	8	9			
---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--

8.2 Indique el presupuesto modificado del año en curso (\$):7

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

IX. BENEFICIARIOS DIRECTOS
9.1 El programa beneficia exclusivamente a: (marque sólo una opción)

<input type="checkbox"/> Adultos y adultos mayores <input type="checkbox"/> Jóvenes <input type="checkbox"/> Niños <input type="checkbox"/> Discapacitados <input type="checkbox"/> Indígenas	<input type="checkbox"/> Mujeres <input type="checkbox"/> Migrantes <input checked="" type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> No aplica
---	---

Especifique: **Beneficia a población abierta**

En el siguiente cuadro deberá responder las preguntas para cada uno de los tipos de beneficiarios identificados por el programa. En consecuencia, podrá tener hasta cinco tipos de beneficiarios identificados en la pregunta 9.2 y en el resto de las preguntas que ahondan sobre las características de cada uno de ellos (preguntas 9.3 a 9.10). Un mismo tipo de beneficiario no podrá ocupar más de un renglón. Para mayor claridad sobre el llenado de este cuadro puede consultar el ejemplo que se encuentra en la página de internet del Coneval.

| Código |
|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 01 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 04 | 02 | 02 |
| 04 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

En el siguiente cuadro deberá identificar el o (los) tipos de apoyos que ofrece el programa para cada tipo de beneficiario señalado en la pregunta 9.2 de la selección anterior. Cabe señalar que en un mismo beneficiario puede recibir más de un tipo de apoyo y por tanto, ocupar tantos renglones como apoyos entreguen a cada tipo de beneficiario. Para mayor claridad sobre el llenado de este cuadro puede consultar el ejemplo que se encuentra en la página de Internet del CONEVAL.

X. APOYOS												
Código Pregunta 9.2	Tipo de beneficiario (se deben utilizar los códigos identificados en la pregunta 9.1)		10.1 De qué manera se entrega(n) el (los) apoyos? En: Especie:..01 Monetario..02 Ambos.....03		10.2 ¿Qué apoyos reciben los beneficiarios directos? Albergue01 Alimentos02 Asesoría Jurídica03 Beca 04 Campañas o Promoción.....05 Capacitación06 Compensación garantizada al ingreso 07 Deducción de Impuesto..... 08 Fianza..... 09 Financiamiento de investigación.....10 Guarderías.....11 Libros y Material didáctico.....12 Microcrédito.....13 Obra Pública.....14 Recursos Materiales.....15 Seguro de Vida y/o gastos médicos.....16 Seguro de cobertura de patrimonio, bienes y servicios.....17 Pensión.....18 Terapia o consulta médica.....19 Tierra, lote, predio o parcela.....20 Vivienda21 Otro.....22 Especifique		10.3 ¿El beneficiario debe pagar monetariamente el (los) apoyo(s)? No.....01 Sí, debe pagar el costo total del apoyo02 Sí, debe pagar una parte del costo total de l apoyo03		10.4 ¿El beneficiario debe pagar en especie el (los) apoyo(s)? No.....01 Sí, debe pagar el costo total del apoyo02 Sí, debe pagar una parte del costo total de l apoyo03		10.5 ¿El beneficiario adquiere alguna corresponsabilidad al adquirir el (los) apoyo(s)? No.....01 Sí.....02 (especifique)	
	Código	Código	Código	Especifique	Código	Código	Código	Especifique				
	01	06		01	01	01						
		19										

Anexo II. CENAPRECE

Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades

El Programa de Prevención contra la obesidad fue diseñado con el fin de contribuir al cumplimiento de la Legislación Mexicana, en los siguientes artículos:

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS. Última reforma publicada DOF 29-07-2010

Artículo 4º.-, párrafo 3º. “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución....”,

LEY GENERAL DE SALUD. Última reforma publicada en el DOF el 19 de septiembre de 2006

TITULO SEPTIMO. Promoción de la Salud. CAPITULO Disposiciones Comunes

ARTICULO 110. La promoción de la salud tiene por objeto crear, conservar y mejorar las condiciones deseables de salud para toda la población y propiciar en el individuo las actitudes, valores y conductas adecuadas para motivar su participación en beneficio de la salud individual y colectiva.

CAPITULO III. Nutrición.

ARTICULO 114. Para la atención y mejoramiento de la nutrición de la población, la Secretaría de Salud participará, de manera permanente, en los programas de alimentación del Gobierno Federal.

La Secretaría de Salud, las entidades del sector salud y los gobiernos de las entidades federativas, en sus respectivos ámbitos de competencia, formularán y desarrollarán programas de nutrición, promoviendo la participación en los mismos de los organismos nacionales e internacionales cuyas actividades se relacionen con la nutrición, alimentos, y su disponibilidad, así como de los sectores sociales y privado.

ARTICULO 115. La Secretaría de Salud tendrá a su cargo:

- I. Establecer un sistema permanente de vigilancia epidemiológica de la nutrición;

II. Normar el desarrollo de los programas y actividades de educación en materia de nutrición, prevención, tratamiento y control de la desnutrición y obesidad, encaminados a promover hábitos alimentarios adecuados, preferentemente en los grupos sociales más vulnerables;

III. Normar el establecimiento, operación y evaluación de servicios de nutrición en las zonas que se determinen, en función de las mayores carencias y problemas de salud;

¹⁵ IV. Normar el valor nutritivo y características de la alimentación en establecimientos de servicios colectivos y en alimentos y bebidas no alcohólicas.

V. Promover investigaciones químicas, biológicas, sociales y económicas, encaminadas a conocer las condiciones de nutrición que prevalecen en la población y establecer las necesidades mínimas de nutrimentos, para el mantenimiento de las buenas condiciones de salud de la población;

VI. Recomendar las dietas y los procedimientos que conduzcan al consumo efectivo de los mínimos de nutrimentos por la población en general, y proveer en la esfera de su competencia a dicho consumo;

VII.- Establecer las necesidades nutritivas que deban satisfacer los cuadros básicos de alimentos. Tratándose de las harinas industrializadas de trigo y de maíz, se exigirá la fortificación obligatoria de éstas, indicándose los nutrientes y las cantidades que deberán incluirse.

VIII. Proporcionar a la Secretaría de Comercio y Fomento Industrial los elementos técnicos en materia nutricional, para los efectos de la expedición de las normas oficiales mexicanas.

REGLAMENTO INTERIOR DE LA SECRETARÍA DE SALUD. Última reforma publicada DOF 02 de febrero de 2010

DEL SUBSECRETARIO DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

ARTÍCULO 10. Corresponde al Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud:

I. Proponer al Secretario de Salud, establecer, coordinar, dirigir, supervisar y evaluar las políticas y estrategias en materia de prevención y promoción de la salud, de control de enfermedades, así como en materia de salud mental, discapacidad, accidentes y de las adicciones;

II. Coordinar el desarrollo de los centros nacionales de Programas Preventivos y Control de Enfermedades, para la Salud de la Infancia y la Adolescencia, de Equidad de Género y Salud Reproductiva, y para la Prevención y Control del VIH/SIDA;

II Bis. Coordinar el desarrollo de los secretariados técnicos de los consejos nacionales contra las Adicciones, de Salud Mental, para las Personas con Discapacidad y para la Prevención de Accidentes;

- III.** Elaborar, conducir, coordinar y promover la integración de los programas de prevención, promoción de la salud y control de enfermedades, así como de los relativos a la salud mental, a la discapacidad y los accidentes y los vinculados con las adicciones;
- IV.** Establecer, con la aprobación del Secretario, las políticas y estrategias en materia de seguridad en salud y dirigir su ejecución;
- V.** Dirigir la operación del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, así como establecer las normas y lineamientos para tales efectos y vigilar su cumplimiento;
- VI.** Definir y emitir las políticas y normas sobre información epidemiológica que deban reportar los servicios de salud;
- VII.** Emitir y coordinar la expedición de normas oficiales mexicanas, así como proponer las reformas a las disposiciones jurídicas en las materias de su competencia, con la participación que corresponda a la Coordinación General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos, en términos del artículo 11 Bis de este Reglamento;
- VIII.** Proponer las políticas, estrategias, sistemas y programas que permitan optimizar la asignación de recursos financieros para los programas de prevención, promoción de la salud y de control de enfermedades, así como en materia de salud mental, discapacidad, accidentes y adicciones, sin perjuicio de las atribuciones que en estas materias tengan otras unidades administrativas o dependencias;
- IX.** Colaborar, en el ámbito de su competencia, en la definición y desarrollo del Sistema de Protección Social en Salud, en coordinación con las unidades administrativas competentes;
- X.** Derogada.
- XI.** Normar y conducir el proceso de evaluación del desempeño de los sistemas nacional y estatales de salud en lo referente a prevención, promoción de la salud, control de enfermedades, así como en materia de salud mental, discapacidad, accidentes y adicciones y, en su caso, analizar y proponer alternativas, en el ámbito de su competencia;
- XII.** Coordinar, con la participación que corresponda a otras unidades administrativas, la política normativa en materia de prevención y promoción de la salud, de control de enfermedades, así como la relativa a la salud mental, la discapacidad, los accidentes y las adicciones;
- XIII.** Apoyar y proponer las políticas y acciones de salud pública de carácter internacional, en coordinación con las unidades administrativas competentes;
- XIV.** Promover mecanismos para fomentar la participación de la sociedad civil y, en general, de la comunidad, así como de los sectores público, privado y social y de las dependencias y entidades federales y de las entidades federativas en las acciones de prevención, promoción de la salud y

control de enfermedades, así como en materia de salud mental, discapacidad, accidentes y adicciones;

XV. Coordinar la Comisión de Salud Pública del Consejo Nacional de Salud;

XVI. Presidir el Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades;

XVII. Representar al Secretario del Ramo ante Organismos Internacionales vinculados con su ámbito de competencia;

XVIII. Proponer, en su ámbito de competencia, instrumentos y mecanismos para la reforma y la modernización de la Secretaría, así como definir y proponer la aplicación de estrategias de vanguardia en los programas de prevención, promoción de la salud y control de enfermedades, así como en materia de salud mental, discapacidad, accidentes y adicciones;

XIX. Planear, organizar, programar y administrar las actividades de las unidades administrativas que le estén adscritas, y

XX. Las demás que le señalen otras disposiciones legales o le confiera el Secretario, así como las que competen a las unidades administrativas que se le adscriban.

CAPÍTULO XI DE LA DESCONCENTRACIÓN ADMINISTRATIVA DE LA SECRETARÍA

Artículo 45. Corresponde al Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades:

I. Proponer al Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud las políticas y estrategias nacionales en materia de programas preventivos a la salud, de urgencias y desastres en salud y de enfermedades crónico degenerativas, y evaluar su impacto;

II. Coordinar y efectuar, en el ámbito de su competencia, la supervisión y evaluación de los programas de acción encomendados a la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, en coordinación con las unidades administrativas competentes;

III. Participar, en el ámbito de su competencia, en la instrumentación del Sistema de Protección Social en Salud, en coordinación con las unidades administrativas competentes;

IV. Fomentar y coordinar la prevención y control de enfermedades, así como llevar a cabo directamente o participar en la realización de los estudios e investigación operativa o de desarrollo tecnológico que permitan mejorar y actualizar los métodos y técnicas en la materia, en coordinación con las unidades administrativas competentes;

- V.** Participar, en el ámbito de su competencia, en la definición, instrumentación, supervisión y evaluación de las estrategias y contenidos técnicos de los materiales de comunicación social, así como en la elaboración de los materiales didácticos y metodologías que se utilicen en la capacitación y actualización dirigida al personal institucional y comunitario que desarrolla los programas a su cargo, en coordinación con las unidades administrativas competentes;
- VI.** Elaborar y proponer normas oficiales mexicanas, así como vigilar su cumplimiento;
- VII.** Supervisar y evaluar el desarrollo, la aplicación y el impacto de las medidas de prevención de enfermedades, así como instrumentar directamente o en coordinación con las autoridades sanitarias de las entidades federativas, las medidas específicas para prevenir y combatir los daños a la salud, particularmente en situaciones de emergencia, desastres o urgencias en salud;
- VIII.** Promover mecanismos para fomentar e integrar la participación de la sociedad civil y, en general de la comunidad, así como de los sectores público y privado en las acciones materia de su competencia;
- IX.** Coordinar la instrumentación de las acciones en materia de seguridad en salud, en colaboración con las unidades administrativas competentes;
- X.** Fungir, por conducto de su Titular, como Secretario Técnico del Consejo Nacional de Enfermedades Crónico-Degenerativas; del Comité Nacional de Salud Bucal; del Comité Nacional de Atención al Envejecimiento; del Comité Nacional para la Seguridad en Salud y del Comité Nacional del Programa de Acción: Tuberculosis;
- XI.** Difundir, en forma oportuna los resultados e información generada por las acciones de prevención y control de enfermedades, de atención de urgencias y desastres y demás que lleve a cabo;
- XII.** Coordinar, supervisar y evaluar la administración y operación de las unidades administrativas que le estén adscritas;
- XIII.** Establecer las especificaciones técnicas del equipo e insumos que se utilizan en los programas a su cargo;
- XIV.** Proponer o definir, según sea el caso, los mecanismos que permitan el control en el suministro y distribución oportuna, suficiente y de calidad de los insumos utilizados en los programas a su cargo, en coordinación con las unidades administrativas competentes;
- XV.** Coordinar, supervisar y evaluar la calidad de la prestación de los servicios de salud en materia de su competencia, así como proporcionar asistencia técnica al personal encargado de operar los programas a su cargo en las entidades federativas;
- XVI.** Definir criterios para la evaluación operativa de las entidades federativas de los programas materia de su competencia, en especial en enfermedades transmitidas por vector, enfermedades por

micobacteriosis, enfermedades por zoonosis transmitidas al ser humano, y en enfermedades crónico-degenerativas;

XVII. Propiciar la celebración de convenios y acuerdos de coordinación con los gobiernos de las entidades federativas y de los municipios, para impulsar su apoyo y participación en el desarrollo de las acciones de los programas a su cargo;

XVIII. Promover la cooperación y coordinación técnica de las instituciones y organizaciones nacionales con agencias e instituciones regionales e internacionales en relación con las actividades en el ámbito de su competencia, con la colaboración de las demás unidades administrativas;

XIX. Coadyuvar en la operación del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica en relación con la información vinculada con la materia de su competencia;

XX. Certificar el desempeño de las localidades, jurisdicciones sanitarias, entidades federativas, regiones, comunidades o establecimientos, según sea el caso, en relación con los programas en el ámbito de su competencia;

XXI. Administrar y proponer el uso y destino de los bienes, derechos y recursos que obtenga el Centro por cualquier título legal, en función del desarrollo de los programas a su cargo, e

XXII. Imponer sanciones y aplicar medidas de seguridad en la esfera de su competencia, así como remitir a las autoridades fiscales correspondientes, en su caso, las resoluciones que impongan sanciones económicas para que se hagan efectivas a través del procedimiento administrativo de ejecución.

Las direcciones generales adjuntas de Programas Preventivos, de Urgencias en Salud y de Enfermedades Crónico-Degenerativas forman parte del Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades, y podrán ejercer las facultades que se establecen en el presente artículo, así como las que se señalan en las fracciones VII, VIII, XVI y XVII del artículo 38 del presente Reglamento.

Anexo III. Perfil y equipo clave de la institución evaluadora

La evaluación del Programa de Prevención contra la obesidad la realizó un equipo de consultoras de la empresa Analítica Consultores Asociados, S.C.

En el siguiente cuadro se especifica brevemente el perfil del equipo evaluador.

FUNCIONES DE LOS EVALUADORES			
Cargo	Calificaciones Académicas	Experiencia General	Experiencia General
Coordinadora Evaluación	Maestría	Evaluadora de Programas Nacionales e Internacionales	Coordinación
Consultora	Licenciatura	Experta en diseño y evaluación de programas sociales	Amplia experiencia en el diseño y evaluación de programas, específicamente en los aspectos metodológicos.
Consultora	Licenciatura	Experta en el diseño de indicadores y revisión de consistencia de los mismos	Experiencia en la revisión detallada de matrices de indicadores, con base en la metodología de la matriz del marco lógico.

Anexo IV. Entrevistas y/o talleres realizados

Fuentes primarias de información:

Entrevistas realizadas para conocer el programa Prevención contra la obesidad:

Dr. Gabriela Raquel Ortiz Solís. Subdirectora de Enfermedades Crónicas Degenerativas
Dra. Diana Lucy López Garibay. Médica Adscrita a la Subdirección de Enfermedades Crónicas
19 de octubre a las 10 hrs en las instalaciones del CENAPRECE, México, D.F.

Dr. Gabriela Raquel Ortiz Solís. Subdirectora de Enfermedades Crónicas Degenerativas
Dra. Diana Lucy López Garibay. Médica Adscrita a la Subdirección de Enfermedades Crónicas
27 de octubre a las 12 hrs en las instalaciones del CENAPRECE, México, D.F.

Dr. Gabriela Raquel Ortiz Solís. Subdirectora de Enfermedades Crónicas
Dra. Diana Lucy López Garibay, Médica Adscrita a la Subdirección de Enfermedades Crónicas
Programa de Salud del Adulto y del Anciano
4 de noviembre a las 17 hrs en las instalaciones del CENAPRECE, México, D.F.

Anexo V. Bases de datos de gabinete utilizadas para el análisis

- ✓ Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria. Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad. Acciones del Gobierno Federal. Secretaría de Salud
- ✓ Bases técnicas del Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria. Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad. Acciones del Gobierno Federal. Secretaría de Salud.
- ✓ Evaluación del programa SICALIDAD. Gustavo Nigenda
- ✓ Evaluación del Programa Adultos Mayores (70 y +) Chapingo. SEDESOL
- ✓ Informe Mensual de Actividades realizadas en la Unidad Médica SIS-SS-CE-H
- ✓ Ley General de Desarrollo Social. Gobierno de México.
- ✓ Matriz de Marco Lógico del PPO. Documento interno del Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades. 2010 y 2011
- ✓ Programa Nacional de Salud (2007-2012)
- ✓ Plan Nacional de Desarrollo (2007-2008)
- ✓ Proyecto de lineamientos generales para el expendio o distribución de alimentos y bebidas en los establecimientos de consumo de los planteles de educación básica. SEP/ Salud
- ✓ Programa de Acción Específico 2007-2012 Diabetes Mellitus. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud.
- ✓ Programa de Acción Específico 2007-2012. Riesgo Cardiovascular. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud.