

● Descripción del Programa

El Programa Comunidades Saludables se define como “el conjunto de acciones destinadas a generar y fortalecer los determinantes que favorezcan la salud a través de la acción coordinada de los sectores público, social y privado y específicamente el municipal” (ROP 2012). Su objetivo está centrado el apoyo a proyectos elaborados por la comunidad organizada y los sectores sociales a nivel municipal, para el desarrollo de promoción de la salud. Se enfoca a municipios del país con localidades de 500 a 2,500 habitantes y apoya el desarrollo de proyectos que propongan modificaciones de los determinantes de la salud y que incluyan la participación comunitaria a nivel de localidades y sectores. Los proyectos seleccionados reciben apoyo monetario para su realización, se capacita al personal de salud que participa y se establece un mecanismo de supervisión, asesoría y evaluación para determinar su alcance.

● Resultados (Cumplimiento de sus Objetivos)

Efectos Atribuibles

* El programa no cuenta con evaluaciones de impacto debido a cuestiones relacionadas con:

- La insuficiencia de información
- El presupuesto del programa

● Otros Efectos

La dificultad de medir el indicador de fin 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 (ECR 2012). (ECR2012)

● Otros Hallazgos

Desempeño regular, con fortaleza en la promoción de conductas saludables e impulso en la participación comunitaria. Se recomienda: 1) Rediseño del programa con focalización de acciones; 2) Actualizar valores de los indicadores de la MIR; 3) Destacar como objetivo central la acreditación de municipios saludables. (EED2010)
Se requiere: 1) Definir la pertinencia de concentrar recursos en intervenciones específicas; 2) Desarrollar conceptual y programáticamente la MIR; 3) Conceptualizar poblaciones para realizar su estimación. (EED2011)
Diseño destacado. Ambigüedad en la definición de la población objetivo. La Matriz de Indicadores para Resultados es una fortaleza y sus indicadores son medibles y relevantes. La cobertura es excelente y la operación es adecuada. Los resultados tienen bajo cumplimiento por no contar con evaluaciones de impacto. (ECR2012)

● Acciones que el programa realiza para mejorar derivado de las evaluaciones

Avance en las acciones de mejora comprometidas en años anteriores

En 2010 se avanzó con la revisión y redefinición de los indicadores de Fin y Propósito (avance 100%). Se programó la evaluación externa recomendada como una evaluación complementaria; no se tiene documentada su realización en 2010 pero se cuenta con la ECR 2011 (avance 100%). En el mismo año se integraron en las ROP las definiciones de sus poblaciones. Cabe mencionar que en las ROP 2012 solo se encuentra definida la Población Objetivo y en cuanto a los indicadores redefinidos aún son poco apropiados, por lo que a pesar de haberse cumplido las acciones aún se requiere mejora en los aspectos señalados.

Aspectos comprometidos en 2013

Identificar conjuntamente con los programas sustantivos las intervenciones del programa Comunidades Saludables que mayor impacto han tenido en la población, para la definición de indicadores de resultados.
Gestionar ante las autoridades competentes el recurso necesario para contar con una evaluación de Impacto a dos sexenios de iniciado el Programa.
Instrumentar una plantilla de captura para poder sistematizar las encuestas de satisfacción aplicadas a la población beneficiaria con las acciones de los proyectos del Programa.

● Avance de Indicadores y Análisis de Metas

Todos los indicadores del Programa tienen su línea de base en el año de 2010, lo que limita el análisis de los avances. El avance del indicador de Componente Municipios apoyados en el año depende del monto presupuestal del que se dispone en el año señalado, lo que puede explicar las variaciones en los 3 años analizados; el año 2012 muestra el mayor logro con incremento de 22% absoluto respecto al año previo, si bien no logró la meta programada. Este es un indicador de cobertura y el alcance de la meta debe interpretarse considerando que el denominador se ha ido reduciendo en el período por lo que a pesar de que el número de municipios apoyados ha disminuido, existe un incremento relativo respecto a la meta.

Para el indicador de Actividad Municipios asesorados en la elaboración de proyectos se cubre la meta de 100% desde la línea base, lo que puede considerarse un avance positivo debido a que el denominador (municipios asesorados) ha incrementado en aproximadamente 25% anual, que es significativo para el mantenimiento de la meta.

● Avances del Programa en el Ejercicio Fiscal 2013

1. Se cuenta con el dictamen de 137 proyectos para aprobar en el ejercicio fiscal 2013, con un monto que en la mayoría de ellos cumple o rebasa lo solicitado.
2. Se mejoró la redacción y claridad de las Reglas de Operación (ROP) para 2013, que representan la mayoría de las modificaciones respecto a las ROP 2012; sin embargo, algunos cambios se refieren a mejoras del Programa, por ejemplo, se establece mayor precisión en el proceso de selección de beneficiarios, en la evaluación de los proyectos por el Comité Nacional de Comunidades Saludables y en algunos términos normativos.

● Población

Definición de Población Objetivo

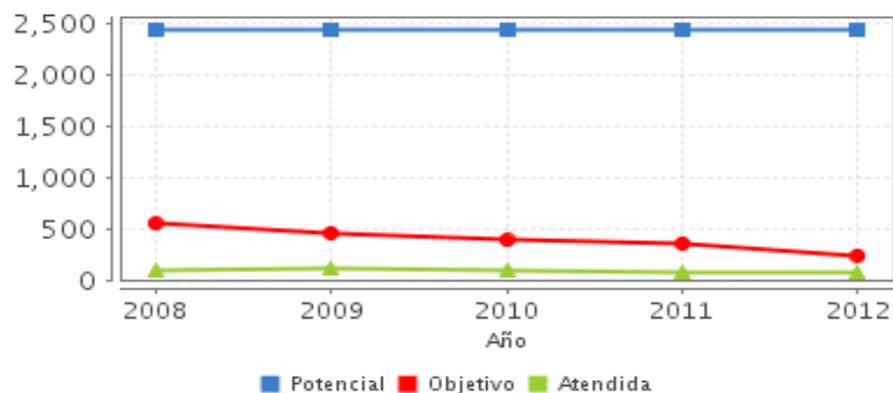
Todos aquellos municipios con localidades de 500 a 2500 habitantes que participan en la convocatoria con proyectos de promoción de la salud y que cumplan con las especificaciones emitidas en las Reglas de Operación e Indicadores de Gestión y Evaluación del Programa Comunidades Saludables.

| | Unidad de Medida | 2012 | Incremento en cobertura respecto de 2011 |
|------------------------|------------------|-------|--|
| Población Potencial | Municipios | 2,456 | 0% |
| Población Objetivo | Municipios | 242 | -32.02% |
| Población Atendida | Municipios | 76 | -5% |
| Pob. Aten. / Pob. Obj. | Porcentaje | 31.4% | 8.93% |

● Cobertura



● Evolución de la Cobertura



● Análisis de Cobertura

Si bien existe cuantificación de poblaciones, su validez para establecer de manera real los municipios que conforman la población objetivo es cuestionable en tanto no se cuente con definiciones precisas que permitan delimitar esta población. Se requiere congruencia con la definición de la población potencial, para lo que es indispensable la definición de criterios para identificar a la población objetivo y no a partir de "la suficiencia presupuestaria con la que cuenta el programa para el ejercicio fiscal y del monto solicitado por cada municipio aprobado". Por lo anterior, la interpretación de los datos para el análisis de la evolución de la cobertura es poco confiable. De acuerdo a esta información, desde el año 2008 el número de municipios que conforman la población potencial no se ha modificado. La población objetivo ha ido disminuyendo progresivamente lo que puede reflejar la disminución de la participación en convocatorias y por otro lado, aunque la población atendida permanece baja, la reducción en la población objetivo ocasiona que al estimar la cobertura se encuentre un aumento de 15% en 2008 a 31.5% en 2012. Esto no refleja mejor desempeño del Programa.

Alineación de la Matriz de Indicadores con el PND 2007-2012

Objetivo del PND 2007-2012

Reducir la pobreza extrema y asegurar la igualdad de oportunidades y la ampliación de capacidades para que todos los mexicanos mejoren significativamente su calidad de vida y tengan garantizados alimentación, salud, educación, vivienda digna y un medio ambiente adecuado para su desarrollo tal y como lo establece la Constitución.

Objetivo Sectorial 2007-2012

Mejorar las condiciones de salud de la población.

Indicador Sectorial 2007-2012

Nombre:

Avance:

Meta:

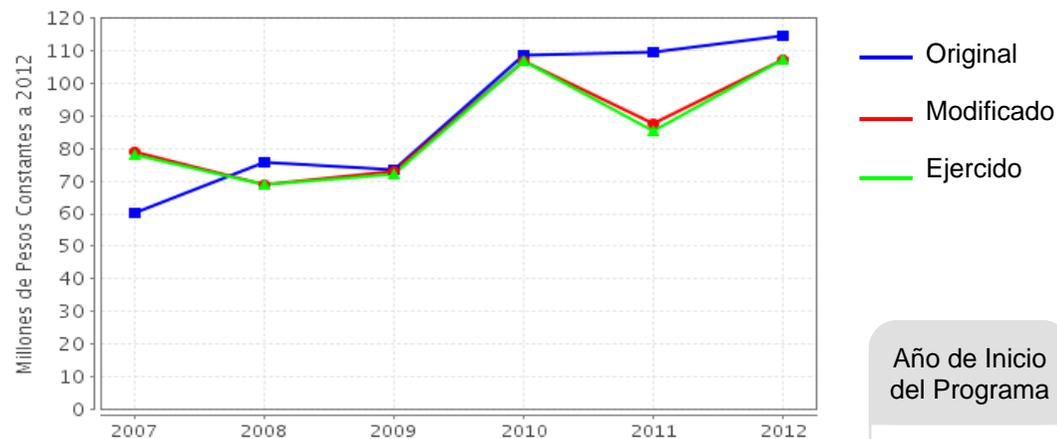
Fin

Contribuir a que la población de los municipios con localidades de 500 a 2500 habitantes, mejoren la calidad de su salud a través del control de los determinantes que inciden en las enfermedades prevenibles.

Propósito

Los municipios con localidades de 500 a 2500 habitantes cuentan con población capacitada y asesorada para el control de los determinantes en salud que inciden en las enfermedades prevenibles.

Evolución del Presupuesto (Millones de Pesos Constantes a 2012)



Fuente: Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP).

Valores a precios constantes promedio de 2012, actualizados con el Índice Nacional de Precios al Consumidor (INPC).

Presupuesto 2012 (MDP)

Original

114.69

Modificado

107.28

Ejercido

107.28

Consideraciones sobre la Evolución del Presupuesto

Desde el año 2007 hasta el 2012, el presupuesto ejercido ha sido prácticamente el total del presupuesto modificado. Los primeros 3 años del período estos dos rubros se mantuvieron con pocas variaciones; en el año de 2010 se incrementó en aproximadamente 30%, con un nuevo descenso en 2011 y elevándose nuevamente en 2012 llegando a cifras similares a 2010. A pesar de ello, la población objetivo (municipios con proyectos de promoción a la salud elegibles) se ha ido reduciendo paulatinamente y en 2012 son menos de la mitad de municipios que al inicio del período (2007). Hasta 2011, la misma tendencia se observa en el número de proyectos apoyados, excepto en 2012, en que se registró un aumento de más de 30% (132 proyectos apoyados, la mayor cantidad desde 2007). Dado el ejercicio total del presupuesto, es factible que los proyectos apoyados hayan recibido un monto mayor a los años previos, lo que obligaría a resultados de mayor relevancia; sin embargo, no se cuenta información al respecto para evaluar la eficiencia en la asignación de los recursos.

● Conclusiones del Evaluador Externo

El Programa Comunidades Saludables se fundamenta en un marco conceptual relevante que es el de la promoción de la salud a través de "la participación social y la organización comunitaria a favor de una mejor calidad de vida, mediante la modificación favorable de los determinantes de la salud" (ROP 2012). Con esta base, tiene un enorme potencial para fortalecer el paradigma de la provisión de servicios en respuesta a las necesidades de la población. Sin embargo, y a pesar de que ha cumplido con los compromisos establecidos como aspectos de mejora derivado de las evaluaciones que se han efectuado, a la fecha no existe evidencia de su consolidación, por el contrario, se ha reducido su población objetivo y a pesar del incremento en el presupuesto, el número de proyectos apoyados ha ido en descenso. Asimismo, carece de indicadores específicos que permitan una medición precisa del logro de su Fin y Propósito. Se requerirá un rediseño que permita apoyar proyectos prioritarios bajo los criterios de los determinantes en salud claramente establecidos, que mantengan un continuo en la temática para evitar dispersión de acciones, hacer más eficiente el uso de los recursos y tener mayor posibilidad de impacto en salud.

● Fortalezas

1. El diseño conceptual tiene alcance a la población más vulnerable y favorece las prioridades locales en salud.
2. El diseño metodológico es incluyente de las autoridades municipales y de la población, lo que permite la participación conjunta para la identificación de las necesidades de salud a ser resueltas.
3. Los proyectos promueven la capacitación al personal comunitario en salud y a la población local, lo que fortalece las capacidades para la cultura de la promoción de la salud.
4. Los aspectos susceptibles de mejora han sido atendidos de manera continua, lo que apoya al fortalecimiento del Programa.
5. Se cuenta con mecanismos para la transparencia en el uso de los recursos asignados al Programa, que son públicos en cada ejercicio fiscal.

● Retos y Recomendaciones

1. Rediseño del programa en el mecanismo de selección de proyectos para establecer criterios claros de prioridades de apoyo a los proyectos municipales.
2. Incorporación de indicadores pertinentes y confiables de Fin y Propósito.
3. Redefinición de la Población Objetivo, para establecer claramente la unidad de medida y su alcance.
4. Formulación de un plan estratégico para el uso eficiente de los recursos disponibles para el apoyo a proyectos seleccionados, con el fin de lograr una continuidad en las intervenciones dirigidas a los problemas de salud locales.
5. Establecimiento de mecanismos para el seguimiento de los proyectos apoyados y evaluar los resultados en términos del cumplimiento de sus objetivos.

● Observaciones del CONEVAL

La carencia por acceso a los servicios de salud disminuyó 7.7 puntos porcentuales en 2012 respecto a 2010, esto representó una reducción de 8.2 millones de personas a nivel nacional que no tenían derecho a recibir servicios médicos de alguna institución pública que los presta o los servicios médicos privados. Las entidades federativas con el porcentaje de población más alto de carencia por acceso a los servicios de salud en 2012 eran Puebla (29.6), Michoacán (28.6), Veracruz (25.7), Guerrero (25.4) y Estado de México (25.3). A pesar de haber disminuido el nivel de esta carencia en 10.8 y 13.5 puntos porcentuales en 2012 respecto a 2010, respectivamente, Puebla y Guerrero siguen siendo estados con los niveles más alto de población sin acceso a los servicios de salud por lo que se sugiere considerar la posibilidad de efectuar acciones específicas en dichas entidades. El contexto en el que Comunidades Saludables busca modificar diferentes factores de riesgo para la salud se caracteriza por una situación compleja. Por una parte, hay una tendencia descendente de la prevalencia en cuanto a problemas propios del rezago socioeconómico; por otra parte, los cambios demográficos, en los estilos de vida y la exposición a factores de riesgo se han manifestado en el progresivo envejecimiento poblacional y en un aumento de las enfermedades no transmisibles. De esta manera, el perfil de mortalidad de la población se transformó de uno en el que las enfermedades transmisibles tenían un lugar importante como causa de muerte a uno en el cual éstas son menos relevantes en comparación con las defunciones asociadas con patologías no transmisibles. En este sentido, los esfuerzos del Programa por integrar a diversos actores sociales a nivel de comunidad, a través de los municipios, en acciones de promoción de la salud pueden generar un resultado positivo; sin embargo, es fundamental que avance hacia su consolidación afinando su marco normativo, en particular definición de criterios de inclusión y selección.

● Opinión de la Dependencia (Resumen)

La Dirección General de Promoción de la Salud considera muy importantes los comentarios y observaciones emitidas por CONEVAL respecto a la evaluación específica de desempeño del Programa de Comunidades Saludables.

Se considera que se deberá de establecer una relación más estrecha con los evaluadores para poder discutir las recomendaciones y las propuestas de soluciones para mejora del programa, ya que en este año se tendrán que proponer modificaciones al Programa y las Reglas de Operaciones.

● Indicadores de Resultados

Fin

Contribuir a que la población de los municipios con localidades de 500 a 2500 habitantes, mejoren la calidad de su salud a través del control de los determinantes que inciden en las enfermedades prevenibles.

Propósito

Los municipios con localidades de 500 a 2500 habitantes cuentan con población capacitada y asesorada para el control de los determinantes en salud que inciden en las enfermedades prevenibles.

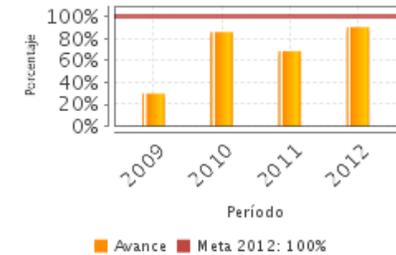
● Indicadores de Servicios y Gestión

Componentes

1. Asesoría técnica y capacitación entregada a personal de promoción de la salud local para procurar el acercamiento de la comunidad a los servicios de salud
2. 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.
3. Apoyo financiero otorgado a través de concurso, a Municipios con Proyectos Municipales de Promoción de la Salud que contribuyan al control de los determinantes de salud que inciden en enfermedades prevenibles.

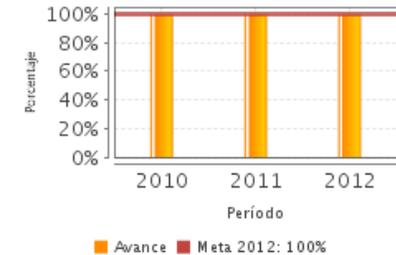
1. Municipios apoyados en el año

| Unidad de Medida | Año Base | Frecuencia | Meta 2012 | Valor 2012 | Valor 2012 |
|------------------|----------|------------|-----------|------------|------------|
| Porcentaje | 2011 | Semestral | 100.00 | 90.41 | 68.50 |



2. Municipios asesorados en la elaboración de proyectos

| Unidad de Medida | Año Base | Frecuencia | Meta 2012 | Valor 2012 | Valor 2012 |
|------------------|----------|------------|-----------|------------|------------|
| Porcentaje | 2011 | Otra | 100.00 | 100.00 | 100.00 |



SD: Sin Dato ND: No Disponible

Fuente: Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP).

Fuentes de Información

Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) 2012, 2011 y 2010, Reglas de Operación (ROP) 2012 y 2013, Cambios relevantes en las ROP 2013, Informes trimestrales 2012, FT de los indicadores, PPA y PPA en los Municipios de la Cruzada contra el Hambre, Documento de Trabajo del Programa período 2012-2013, Programa de Trabajo 2013, Evaluaciones Específicas de Desempeño 2008, 2009-2010 y 2010-2011, Evaluación de Consistencia y Resultados 2011-2012, Posición Institucional evaluación 2011-2012, Definición y justificación de la Población Potencial, Objetivo y Atendida 2012, Indicadores y Metas 2012 y Justificación, Aspectos Susceptibles de Mejora 2012, AAM 2008, 2009, 2010, 2011, Consideraciones sobre la evolución del presupuesto 2008, 2009, 2010, 2011, 2012.

* En el Informe Completo se puede consultar el Glosario de Siglas y Acrónimos

Calidad y Suficiencia de la Información disponible para la Evaluación

En la mayor parte de los apartados se contó con información suficiente para realizar la evaluación. Sin embargo, no se tuvo acceso a todas las evaluaciones realizadas al Programa previas a 2008 y que se consideraban importantes para identificar la evolución del mismo en un período más largo. Asimismo, los avances del Programa en el ejercicio fiscal 2013, fueron escasamente documentados y no se explicitaron, si bien se contó con el dictamen de los proyectos y las ROP 2013, lo que se asumió como avance. Es importante resaltar la inconsistencia de la información en los datos de la población atendida, que en el documento de evolución de cobertura indica 76 municipios para 2012, lo que no coincide con la Plantilla de Población Atendida que se proporcionó que incluye 125 municipios, ni con el número de proyectos apoyados que son 132 (ésto último podría justificarse por contar con más de un proyecto aprobado por municipio).

Información de la Coordinación y Contratación

Contratación:

- Forma de contratación del evaluador externo: Convenio
- Costo de la Evaluación: \$ 98,060.213
- Fuente de Financiamiento: Recursos Fiscales

Datos generales del evaluador:

1. Instancia Evaluadora: Instituto Nacional de Salud Pública
2. Coordinador de la Evaluación: Hortensia Reyes Morales
3. Correo Electrónico: hortensia.reyes@insp.mx
4. Teléfono: 7771012954

Datos de Contacto CONEVAL:

Thania de la Garza Navarrete tgarza@coneval.gob.mx (55) 54817245
Manuel Triano Enríquez mtriano@coneval.gob.mx (55) 54817239
Camilo Vicente Ovalle cvicente@coneval.gob.mx (55) 54817294
Alejandra Cervantes Zavala mcervantes@coneval.gob.mx (55) 54817284

Unidad Administrativa Responsable del Programa:

Dirección General de Promoción de la Salud

Datos del Titular:

Nombre: Arturo Cervantes Trejo
Teléfono: 52115205
Correo Electrónico: arturo.cervantes@salud.gob.mx