

EVALUACIÓN DE DISEÑO

PROGRAMAS BIENESTAR DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE OAXACA



Consultoría, Estrategia y Gestión Pública, S.C



Programa Integral Bienestar de Prevención al Cáncer Cérvico Uterino

INFORME FINAL

MARZO, 2013

1

Resumen Ejecutivo

En el año 2011, el Gobierno del Estado de Oaxaca “diseñó la Estrategia Bienestar¹, con el fin de disminuir el rezago educativo, el acceso de salud en zonas marginadas y la atención de los grupos en condición de vulnerabilidad”²; dicha Estrategia se integró por siete programas específicos, entre ellos, el Programa Integral Bienestar de Prevención al Cáncer Cérvico Uterino (CaCu), cuyo propósito es “Disminuir la morbilidad y mortalidad por CaCu en mujeres mayores de 25 años en los 64 municipios de mayor riesgo epidemiológico del estado de Oaxaca.”

Este informe presenta los resultados de la evaluación del diseño del Programa, misma que se realizó mediante el análisis y valoración de la información proporcionada por la instancia normativa responsable del Programa, la Secretaría de Desarrollo Social y Humano del Estado (SEDESOH) y la instancia ejecutora. La evaluación se realizó sobre la base de la documentación proporcionada por las autoridades del Estado, las Reglas de Operación vigente e inmediata anterior, así como aquella obtenida de la investigación propia y de las entrevistas sostenidas con los responsables del Programa. Se empleó la Metodología de Marco Lógico y los criterios establecidos por CONEVAL en los Términos de Referencia para la Evaluación en Materia de Diseño.

El informe resultante de la valoración general del Programa se integra por una introducción, cinco apartados que agrupan las respuestas a las preguntas, las conclusiones y trece anexos que sustentan las respuestas. A continuación, se resumen los principales resultados derivados de cada uno de los apartados.

Justificación de la creación y del diseño del Programa.

El problema que atiende el Programa está claramente identificado en su documentación normativa, pero especialmente en los Lineamientos Generales del año anterior a las Reglas de Operación vigentes, publicadas en febrero del presente año. El cáncer cérvico uterino es la primera causa de muerte por cáncer en Oaxaca, de modo que la población que tiene el problema o necesidad refiere necesariamente a las mujeres del Estado, en general; sin embargo, al no establecerse explícitamente de esta manera, se vuelve ambigua en el conjunto documental por la localización territorial y principalmente los rangos de edad que derivan de los

¹ En la página oficial del Gobierno del Estado de Oaxaca se le denomina “Programa Bienestar”; <http://www.bienestar.gob.mx/>

² Plan Estatal de Desarrollo de Oaxaca 2011-2016; p. 228

diferentes servicios brindados, contrariedad que persiste al querer identificar las poblaciones potencial y objetivo del Programa.

Independientemente de ello, la cuantificación e información para la actualización de las medidas de cobertura y de defunciones por esta patología se disponen por aparato articulado de bases de datos, que si bien aún están consolidándose, ya constituyen una fuente robusta de información (SEED, SUIVE y SICAM³³).

Finalmente, con relación a la justificación teórico-empírica de la intervención gubernamental en esta materia, se encontró evidencia suficiente para afirmar que los métodos de detección oportuna que utiliza el Programa, actualmente son mejores que cualquier otra alternativa.

Contribución del Programa a los objetivos nacionales, sectoriales y estatales.

Específicamente en el tema de la prevención, durante los últimos años se han fortalecido la lucha contra el cáncer de cuello de útero, potencializando el desarrollo científico y tecnológico alrededor del mundo. Organismos como la OMS han concentrado importantes recursos en este sentido, priorizando la búsqueda del método más costo-efectivo de control epidemiológico.

En este contexto, conjuntamente con los sistemas de salud nacionales y de organismos de cooperación, el Programa está alineado a dichos esfuerzos, enmarcado por la estrategia programática nacional, estatal y sectorial, y en sintonía con los consensos técnicos normativos como con la Norma Oficial Mexicana.

Población potencial y objetivo.

La Población objetivo, no se identifica con toda claridad dada la especificidad de los rangos de edad para las diferentes intervenciones previstas y la falta de homologación entre los diferentes documentos del Programa. Especialmente se considera grave que las Reglas de Operación omitan esta precisión, dado que es el documento normativo que consultan las propias beneficiarias.

Derivado del análisis propio sobre la intervención, se identifican tres “**Sub poblaciones Objetivo (SPO)**” diferenciadas por edades, según el componente o tipo de servicio que se otorga.

Matriz de Indicadores para Resultados (MIR).

La MIR no corresponde a las Reglas de Operación vigentes, dicho documento suprime los elementos esenciales del resumen narrativo que dan sentido al Programa, la recomendación al

³³ Sistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones (SEED), Sistema Único de Información de Vigilancia Epidemiológica (SUIVE) y Sistema de Información en Cáncer de la Mujer (SICAM).

respecto es apearse a la Norma Oficial Mexicana sobre Cáncer Cérvico Uterino en la cual se establecen con detalle las acciones necesarias para cumplir el propósito y a las Reglas de Operación de ejercicios pasados.

Las Actividades presentan deficiencias para satisfacer a cabalidad los Componentes, éstos por su parte contienen desaciertos en su diseño para cumplir con el propósito. Si bien el Propósito es adecuado, presenta dificultades de definición con respecto los documentos normativos. Los problemas encontrados fueron subsanados en una matriz de indicadores de elaboración propia.

Complementariedades y coincidencias con otros programas.

El Programa presenta complementariedades con dos programas federales de importante alcance. El primero de ellos, “Caravanas de la salud” podrían ser una oportunidad para ampliar la cobertura, al realizar el tamizaje en zonas que no cuentan con clínicas adecuadas.

El segundo, Programa IMSS-Oportunidades; complementa al Programa estatal, tanto en la difusión y la educación en salud como con el seguimiento atención de las mujeres canalizadas.

Es conveniente mencionar que la mayor preocupación en la evaluación de este Programa está en la falta de correspondencia entre las Reglas de Operación 2013 y el conjunto de documentos normativos y de sustento sobre la prevención del cáncer cérvico uterino. Si bien los documentos de diagnóstico y justificación son coherentes con la Norma, las Reglas de Operación 2013 presentan cambios considerables que sugieren que el Programa cambie su naturaleza, priorizando ahora actividades informativas y de difusión. Esto puede ir más allá que la mejora en la construcción de la MIR y las ROP mismas.

Lo necesario es definir primero si lo que en realidad se quiere no es un cambio en la naturaleza misma del Programa. Si bien es cierto que las actividades de difusión e información pueden contribuir a la prevención del cáncer cérvico uterino, también lo es que no cuentan con el sustento que respalda al tamizaje. Si el tamizaje que sirvió como eje para la creación del Programa ya no habrá de hacerse, entonces éste requerirá de un nuevo diagnóstico, justificación y alcance. El inminente cambio que ello supondría en su naturaleza llevaría a la necesidad de su rediseño, como si fuese un programa nuevo, distinto al planteado en los documentos que sirvieron como base principal de esta evaluación.

Principales fortalezas, retos y recomendaciones.

Si bien es cierto que existe una adecuada justificación de la intervención con la que se planea enfrentar el problema (f), no existe una clara alineación del Programa con el plan sectorial (d). No se encontró evidencia de la actualización de datos respecto de la población potencial y objetivo (D). Resulta particularmente grave el que en las ROP se hayan eliminado las acciones de detección de la patología, objeto de atención del Programa (A)

Valoración final del diseño del programa.

El Programa está robustamente sustentado en cuanto a definición y justificación del problema; sin embargo, el diseño y correspondencia de la MIR presenta deficiencias.

Se ha formulado una valoración numérica correspondiente a 6.5 en la escala de 0 a 10, resultado de la ponderación temática de los apartados de la evaluación que sirve como referencia para determinar que el Programa cumple regularmente con los criterios establecidos por el Modelo de Evaluación en materia de Diseño emitido por el Consejo Nacional de Evaluación

2

Índice

1	Resumen Ejecutivo	
2	Índice	
3	Introducción.	1
4	Análisis de la justificación de la creación y del diseño del Programa	5
5	Análisis de la contribución a los objetivos nacionales y a los sectoriales	11
6	Análisis de la población potencial y objetivo	15
7	Evaluación y análisis de la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR)	21
8	Análisis de posibles complementariedades y coincidencias con otros programas	39
9	Valoración del diseño del Programa	41
10	Conclusiones y recomendaciones	45
11	Bibliografía	49
12	Anexos	53
	Anexo 1 Descripción General del Programa	55
	Anexo 2 Metodología para la cuantificación de las poblaciones potencial y objetivo	62
	Anexo 3 Procedimiento para la actualización de la base de datos de beneficiarios	63
	Anexo 4 Indicadores	64
	Anexo 5 Metas del Programa	66
	Anexo 6 Propuesta de mejora de la Matriz de Indicadores para Resultados	68
	Anexo 7 Complementariedad y coincidencias entre programas	72
	Anexo 8 Principales fortalezas, retos y recomendaciones	73
	Anexo 9 Matriz de Indicadores para Resultados del Programa	74
	Anexo 10 Fuentes de Información	78
	Anexo 11 Ficha técnica con los datos generales de la instancia evaluadora y el costo de la evaluación	81
	Anexo 12 Metodología para la valoración final del diseño	82

Anexo 13	del Programa Especificaciones de forma del reporte	84
----------	---	----

3

Introducción

1. Antecedentes.

- **Política social federal.**

Desde hace varias décadas el gobierno mexicano tomó la decisión de intervenir con acciones para la detección oportuna del CaCu, esto auspiciado, en primer lugar, por el descubrimiento de la prueba de Papanicolaou como una medida eficaz para detectar lesiones en el cuello del útero que permitirían evitar el contagio del CaCu y, en segundo lugar, auspiciado por el surgimiento de programas basados en el tamizaje, principalmente para mujeres mayores de 25 años, en países como los nórdicos, que han destacado en su desempeño en la prevención. En México el Programa para la detección oportuna opera desde 1974 y se ha descentralizado y perfeccionado. Recientemente se ha descubierto que el VPH, sobre todo en tipos como el 16 y 18 que resultan oncológicos, tiene severas repercusiones en el desarrollo del cáncer cérvico uterino.

En el pasado reciente, luego de confirmar que la vacuna contra el VPH es un método eficaz para el cometido de estos programas, se dictaminó necesario integrarla a la Cartilla Nacional de Vacunación.

- **Política social estatal.**

El Gobierno del Estado de Oaxaca dictó la política social para su población a fin de contribuir a la disminución del rezago educativo, el acceso a la salud en zonas marginadas y la atención de los grupos en condición de vulnerabilidad, para lo cual implementó la Estrategia Bienestar.

La estrategia “Bienestar” hace posible el fin último de la política social, es decir, buscar el desarrollo de la población en su conjunto y, en general, el desarrollo social de la Entidad.

Bajo la Estrategia Bienestar se han diseñado siete programas específicos, uno de los cuales es el Programa Integral Bienestar de Prevención al Cáncer Cérvico Uterino, que es objeto de la evaluación contenida en el presente documento.

- **Red Estatal de Protección Social.**

Con el propósito de articular las acciones derivadas de apoyo a los programas sustantivos de la Estrategia Bienestar el 22 de enero de 2011, el Gobierno de Oaxaca publicó en el *Periódico Oficial* del Estado, el decreto de creación del órgano administrativo desconcentrado denominado “Red Oaxaca de Todos”, cuyo objeto es articular, coadyuvar, promover, difundir e integrar todos los programas sociales que existen o surjan en la Entidad.

- **Delimitación del objeto de estudio**

La materia, objeto de estudio, es el Programa Integral Bienestar de Prevención al Cáncer Cérvico Uterino, instaurado en el año 2011.

El Programa, objeto de esta evaluación, forma parte de la denominada Estrategia Bienestar Aparentemente, por la naturaleza y características, y, en especial, finalidades de los nueve programas se busca que esta estrategia se comporte como un sistema abierto, cuya sinergia propicie mejores condiciones para el logro de sus fines.

Conviene señalar que la Estrategia no ha sido objeto de la evaluación, sino sólo siete de los programas que la conforman, por lo que no se tuvo al alcance los estudios y documentación que especifican la estructura, entradas, procesos, salidas, fines y cibernética de ese sistema, o de la Estrategia aún no definida como sistema. Consecuentemente, en el caso de que no exista el estudio de referencia, se recomienda su formulación para hacer viable el objetivo sinérgico de la Estrategia

2. Objetivos

- **General**

El Programa Integral Bienestar de Prevención al Cáncer Cérvico uterino tiene como objetivo general *“Contribuir a disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad por cáncer cérvico uterino en mujeres de los 64 municipios identificados como de mayor riesgo epidemiológico en los últimos cuatro años, en el estado de Oaxaca”* establecido en el punto 2.1 “Objetivo General” de las Reglas de Operación para 2013.

- **Específico**

Siguiendo la lógica el objetivo específico del Programa según las ROP 2013 es *“Fortalecer la prevención del Cáncer Cérvico Uterino en las niñas y mujeres de los 64 municipios en los que el programa tiene cobertura, a través de acciones de difusión y sensibilización, así como por medio de talleres de salud reproductiva y capacitación comunitaria, además de realizar el seguimiento de aquellas mujeres que no han acudido a su cita a clínica de colposcopia a través de la búsqueda intencionada”*.

3. Características generales del Programa

- Nombre: Programa Integral Bienestar de Prevención al Cáncer Cérvico Uterino.
- Dependencia: Instancia Normativa, Secretaría de Desarrollo Social y Humano (SEDESOH)/ Instancia ejecutora, Servicios de Salud de Oaxaca.
- Año de inicio: 2011.
- Problema que atiende: *Alta morbilidad y mortalidad por cáncer cérvico uterino en mujeres mayores de 25 años que residen en los 64 municipios con mayor riesgo epidemiológico en el Estado de Oaxaca.*
- Objetivos nacionales y sectoriales a los que puede vincularse: El Programa está vinculado a los objetivos del PND 2007-2012; del ProSeSa 2007-2012, y el PED de Oaxaca 2011-2016 en los cuales tiene coincidencias para la mejora de la salud de la población femenina, enfocado sobre todo a las mujeres que para el caso de Oaxaca residen en los 64 municipios de mayor riesgo epidemiológico.
- Población: Mujeres mayores de 25 años que residen en los 64 municipios de mayor riesgo epidemiológico.
- Presupuesto aprobado. Para 2012 de \$12, 000,000.00 (Doce millones de pesos M.N.) y para 2013 de \$2, 000,000.00 (Dos millones de pesos M.N.)

4. Objeto de estudio y su alcance

El estudio consiste en una evaluación de diseño del Programa Integral Bienestar de Prevención al Cáncer Cérvico Uterino, instaurado en el año 2011.

La evaluación se ha realizado con base en el Modelo de Términos de Referencia para la Evaluación en Materia de Diseño (MEMD), emitido por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, así como por las Metodologías del Marco Lógico (MML) y las de análisis FODA. La evaluación de diseño del Programa tiene como finalidad proveer de información que retroalimente su diseño, gestión y resultados.

La evaluación se ha realizado a través del análisis de la información proporcionada por los responsables del Programa, tanto mediante una entrevista como por envíos electrónicos y además complementada con información pública. Ésta comprendió la organización y valoración de la información, para dar respuesta fundada a las 21 preguntas agrupadas en cinco apartados, siguiendo los criterios establecidos por el ya referido modelo y metodología expedidos por el CONEVAL. Por último, se llevó a cabo una valoración general del Programa y se obtuvieron las conclusiones que se juzgaron pertinentes en las circunstancias.

5. Estructura del informe

El presente informe consta de un resumen ejecutivo e introducción, que contiene antecedentes, objetivos, características generales del Programa y esta estructura. Su cuerpo principal está integrado por seis apartados, el primero de ellos contiene la respuesta a los cuestionamientos

en torno a la justificación de la creación y diseño del Programa; el segundo consta de tres preguntas relacionadas con la contribución del Programa a los objetivos nacionales y sectoriales; el tercero refiere a las poblaciones, potencial y objetivo; el cuarto apartado presenta el análisis de la Matriz de Indicadores para Resultados; el quinto apartado refiere a las complementariedades y coincidencias del Programa con otros programas de naturaleza análoga, tanto federales como estatales, y en el sexto apartado se desarrolla la valoración final del conjunto del diseño del Programa.

Al final, se presenta un apartado de conclusiones, la bibliografía empleada y trece anexos que soportan las valoraciones realizadas.

En particular, las especificaciones del presente reporte, relacionadas con su formato editorial y demás características secundarias establecidas por el modelo de evaluación utilizado se señalan en el anexo 13: “Especificaciones de forma del reporte”.

4

Análisis de la justificación de la creación y diseño del Programa

Pregunta 1

El problema o necesidad prioritaria que busca resolver el programa está identificado en un documento que cuenta con la siguiente información:

- a) El problema o necesidad se formula como un hecho negativo o como una situación que puede ser revertida.
- b) Se define la población que tiene el problema o necesidad.

Respuesta	Sí
Nivel	4
Criterios	<p>El Programa tiene identificado el problema o necesidad que busca resolver, El problema cumple con todas las características establecidas en la pregunta.</p> <p>El Programa actualiza periódicamente la información para conocer la evolución del problema</p>

El problema o necesidad prioritaria que se busca resolver está claramente identificado en el documento *Lineamientos Generales del Programa 2012*⁴, en los documentos de Análisis del Problema elaborados por los responsables del Programa (*Árboles de Problema y de Objetivos*), así como en el Considerando de las Reglas de Operación vigentes (ROP 2013).

En el primero de dichos documentos, el análisis introductorio identifica que **La tasa de mortalidad en Oaxaca por esta patología no ha disminuido al ritmo de la media nacional a través de la detección oportuna**, siendo consistente con los documentos normativos ROP y de análisis (Árboles) que refieren el problema de la siguiente manera: **“El cáncer cérvico uterino es la primera causa de muerte por cáncer en mujeres mayores de 25 años de edad, causando anualmente el fallecimiento de 175 mujeres en este grupo, en un promedio aproximado de un deceso cada dos días”** (ROP) y los Árboles de Problema y de Objetivos, la **“Alta morbi-mortalidad por cáncer cérvico uterino en mujeres de 40 a 60 años de edad en los municipios con alto riesgo epidemiológico en el Estado de Oaxaca”**.

⁴ El nombre completo del documento es “Programa Integral Bienestar de Prevención al Cáncer Cérvico Uterino. 30 Municipios del Estado de Oaxaca con el Mayor Riesgo Epidemiológico; Ampliación de la Atención a 34 Municipios. Lineamientos Generales. 2012”

De acuerdo con lo anterior, es factible asumir que el problema está formulado como un hecho negativo (además de que muchas defunciones pudieron ser evitadas), toda vez que indica un foco de atención para el Gobierno del Estado, cuya prioridad es asegurar el bienestar y la salud de las y los oaxaqueños.

Con respecto a la definición de la población que tiene el problema o necesidad, es razonable asumir que esta es: **las mujeres de Oaxaca en general**, tomando también en cuenta que la estimación de la tasa de mortalidad a disminuir considera a la población femenina estatal. No obstante, se percibe una latente confusión al respecto, dado que no se establece explícitamente así, y en cambio se adicionan los factores “delimitación territorial” y “edad”. Como se puede apreciar, la necesidad a revertir que plantean las definiciones del problema en las ROP, los Lineamientos Generales y el Árbol de Problemas, acotan la necesidad a las mujeres de los municipios con más alto riesgo epidemiológico y a la edad: “mayores de 25 años” (ROP y Lineamientos), “35 a 64 años” (MIR) o bien, “de 40 a 60 años” (Árboles).

En lo que toca al tercer criterio de la valoración, se identificó (en entrevista con los responsables del Programa) que la información para la actualización del diagnóstico se obtiene a partir de los sistemas de monitoreo del Sistema Nacional de Salud: Sistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones (SEED), Sistema Único de Información de Vigilancia Epidemiológica (SUIVE) y Sistema de Información en Cáncer de la Mujer (SICAM)⁵, además de tabulados censales del INEGI sobre defunciones por tipo de muerte y las tasas de mortalidad en proyecciones de población del CONAPO.

⁵ Esta deducción se hace a partir de la observación de la MIR, en los medios de verificación se menciona la frecuencia de medición en el supuesto de que se tomara como base para tomar decisiones en el rediseño del programa.

Pregunta 2

¿Existe un diagnóstico del problema que atiende el programa que describa de manera específica...?

- a) Causas, efectos y características del problema.
- b) Cuantificación y características de la población que presenta el problema.
- c) Ubicación territorial de la población que presenta el problema.

Respuesta	SÍ
Nivel	4
Criterios	El Programa cuenta con documentos, información y/o evidencias que le permiten conocer la situación del problema que pretende atender, y El diagnóstico cumple con dos de las características establecidas en la pregunta. El Programa actualiza periódicamente el diagnóstico.

En particular, el documento Lineamientos Generales del Programa cuenta con un diagnóstico integrado para el estado de Oaxaca, el cual analiza las causas de mayor riesgo para desarrollar Cáncer Cérvico Uterino (CaCu) y el peso que tienen en éste la falta de difusión y sensibilización sobre el cuidado de la salud; reconoce los factores principales que limitan la eficacia del Programa, como la cobertura insuficiente, la baja calidad de los insumos de tamizaje y el poco dominio técnico del personal médico (detección oportuna del CaCu: “citologías exfoliativas” y “captura de híbridos”).

El mismo documento refiere las características de la población que presenta mayor riesgo y brinda una cuantificación general promedio de las muertes por esta patología en los últimos años: 4,100 mujeres en el Estado (2010). Asimismo, señala que la concentración del problema es más importante en municipios con mayor rezago socioeconómico, menor recurrencia a los servicios de salud y por tanto más alto grado de positividad del Virus de Papiloma Humano (VPH)⁶. Aunado a esto, la pauta para conocer la evolución del problema se incluye en la “ficha de población” elaborada por los responsables del Programa, con la cuantificación periódica de la población que presenta el problema (véase pregunta 1); sin embargo, la ficha proporcionada para esta valoración corresponde al ejercicio 2012, por lo que no fue posible constatar la vigencia para el presente ejercicio.

Adicionalmente, la ubicación de la población está señalada en las Reglas de Operación vigentes, en la Sección 3.1. “Cobertura” como aquellas mujeres que residen en los 64 municipios con mayor riesgo epidemiológico en las seis jurisdicciones sanitarias del Estado.

De acuerdo con lo anterior, se asume que el diagnóstico cumple con las características establecidas en la pregunta ya que se encuentra integrado en un documento específico del

⁶ El documento de diagnóstico refiere “...actualmente sabemos que el agente etiológico (del CaCu) es el VPH”

Programa, plantea las causas, efectos y características del problema, y dispone de la cuantificación y ubicación territorial de la población.

Pregunta 3

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

Respuesta	SÍ
Nivel	4
Criterios	<p>El Programa cuenta con una justificación teórica o empírica documentada que sustenta el tipo de intervención que el mismo lleva a cabo en la población objetivo;</p> <p>La justificación teórica o empírica documentada es consistente con el diagnóstico del problema;</p> <p>Existen evidencia(s) (nacional o internacional) de los efectos positivos atribuibles a los beneficios o apoyos otorgados a la población objetivo, y</p> <p>Existe(n) evidencia(s) (nacional o internacional) de que la intervención es más eficaz para atender la problemática que otras alternativas.</p>

La preocupación de disminuir la mortalidad por cáncer cérvico uterino (CaCu) ha estado en la agenda de gobierno de múltiples países desde hace varios años. En particular, el tema de la prevención ha dado pie al desarrollo de múltiples estudios y la creación de centros de investigación alrededor del mundo. Organismos como la OMS han concentrado importantes esfuerzos en este sentido, priorizando la búsqueda del método más costo-efectivo de control epidemiológico.

Uno de los hallazgos más trascendentes en esta búsqueda ha sido que el agente etiológico de la patología es el Virus del Papiloma Humano (VPH), presente en el 98.8% de los casos del CaCu⁷. En virtud de ello, se han desarrollado y estudiado métodos de inmunización y tamizaje para detectar oportunamente ya no sólo las lesiones citológicas sino el contagio por este virus. Se han realizado múltiples investigaciones para determinar las condiciones en las cuales se logra una mayor efectividad del tamizaje, como los rangos de edad y el intervalo de frecuencia de aplicación de las pruebas, en función del menor costo y riesgo. Como resultado, hoy se conoce por ejemplo que el tamizaje es más efectivo en mujeres de 25 años de edad y más, y se ha sustentado que la periodicidad de la prueba es mejor a los 4 años.

Producto de tales esfuerzos y dado lo sensible del tema para los Estados, numerosos gobiernos han ido incorporando la tecnología y los métodos disponibles. Sus experiencias se han ido documentando y han hecho posible ir ajustando cada vez más las mejores condiciones para implementación en función de sus resultados. Actualmente existen un sinnúmero de evidencias empíricas de las ventajas del tamizaje para la detección oportuna, más efectivo y menos costoso, respecto de su impacto en la tasa de mortalidad; por ejemplo *“En Islandia, donde la*

⁷ Presentación PPT del Programa a cargo de los Servicios de Salud de Oaxaca.

cobertura tiene una población blanco con el mayor rango de edad, la mortalidad registró un descenso de 80%; en Finlandia, este descenso fue de 50%, y en Suecia de 34%”⁸.

En la documentación proporcionada por los responsables del Programa, así como en bibliografía consultada por cuenta propia se encontró evidencia suficiente para afirmar que los métodos de detección oportuna que utiliza el Programa, actualmente son mejores que cualquier otra alternativa

⁸ “Cáncer Cérvico Uterino: Diagnóstico, prevención y control. Capítulo14. Programa de detección oportuna de cáncer de cuello uterino en países en vías de desarrollo. El caso de México.” Ed. Panamericana. Año 2000.

5

Análisis de la contribución del Programa a los objetivos nacionales y sectoriales

Pregunta 4

El Propósito del programa está vinculado con los objetivos del programa sectorial, especial o institucional considerando que:

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

Respuesta	SÍ
Nivel	4
Criterios	<p>El Programa cuenta con un documento en el que se establece la relación con objetivos del programa sectorial, especial o institucional;</p> <p>Es posible determinar la vinculación con todos los aspectos establecidos en la pregunta, y</p> <p>El logro del propósito es suficiente para el cumplimiento de alguna de las metas de algunos de los objetivos del programa sectorial, especial o institucional.</p>

El documento “Programa de Actividades 2012”⁹ define el marco programático, tanto local y nacional como del sector donde se fundamenta la implementación del Programa. De acuerdo con este, el Programa se alinea con el Programa Sectorial de Salud (ProSeSa) 2007-2012, lo cual permite afirmar que el propósito del programa “Disminuir la morbilidad y mortalidad por cáncer cérvico uterino” está vinculado con el **Objetivo 1 del ProSeSa 2007-2012 “Mejorar las condiciones de salud de la población”** y específicamente la meta 1.6 “Disminuir 27% la tasa de mortalidad por cáncer cérvico uterino por 100,000 mujeres de 25 años y más”.

Asimismo, se observa que existen conceptos comunes entre el propósito y los objetivos, por ejemplo, la disminución de la tasa de mortalidad por CaCu, la edad de la población objetivo que refiere mujeres de “25 años y más”, en cuyo rango se ubica la edad contemplada en el propósito de la MIR “35 a 64 años”, así como la contemplada en el Árbol de Problema “40 a 60 años”.

⁹ Documento de referencia operativa proporcionado por los responsables de la implementación.

Como se señaló, el logro del Propósito aporta al cumplimiento de la meta 1.6, siendo suficiente para la disminución de las tasas de mortalidad y la morbilidad por esta patología.

El **ProSeSa 2007-2012**, únicamente se menciona en el Programa de Actividades 2012 para referir la alineación y justificación. Es importante señalar que esta alineación programática no se encuentra referida explícitamente en la sección correspondiente, dentro de los documentos normativos del Programa, como son la MIR y las ROP.

Finalmente, es oportuno mencionar que las diferencias entre los rangos de edad que se manejan en los documentos revisados del Programa, provocan que la lectura del conjunto sea confusa aunque quepan dentro del establecido por el Plan Sectorial. Resolver esta ambigüedad es un área de mejora que vale la pena considerar en beneficio de la claridad de todo el planteamiento lógico del Programa. (Véase pregunta 7).

Pregunta 5

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

El Objetivo Sectorial “**Mejorar las condiciones de salud de la población**” (véase pregunta 4) está vinculado con el **Eje 3 “Igualdad de Oportunidades”** del Plan Nacional de Desarrollo y con el **Eje VI “Desarrollo Social y Humano”** del Plan Estatal de Desarrollo de Oaxaca.

Del Plan Nacional de Desarrollo, en el **Eje 3 “Igualdad de Oportunidades”** y el objetivo 3.2 “Salud” se especifica que el Virus del Papiloma Humano es uno de los causantes del cáncer de cuello de útero y en ese sentido, en la estrategia 4.3 “Integrar sectorialmente las acciones de prevención de enfermedades”, se señala que la prevención debe ser un objetivo sectorial:

*“Para incrementar la efectividad de las políticas de **prevención** en salud, es necesario ordenar las acciones de prevención de enfermedades de todas las instituciones públicas de salud bajo una estrategia coordinada por la Secretaría de Salud y con prioridades claramente establecidas. **Esta estrategia debe incluir a las instituciones de los distintos órdenes de gobierno y no sólo a las correspondientes al orden federal**”¹⁰.*

Además de la vinculación con el marco programático nacional, por ser un programa estatal, también es posible identificar la alineación del objetivo sectorial (pregunta 4) con el Plan Estatal de Desarrollo de Oaxaca¹¹. De hecho, el Programa en sus documentos normativos establece en primer término, la alineación con este; en particular con el **Eje VI “Desarrollo Social y Humano”** y punto 6.5.1.3 “Cáncer Cérvico Uterino” que establece “*Cuando una mujer se infecta con ciertos tipos de virus del papiloma humano (VPH) y no elimina la infección, pueden desarrollarse células anormales en el revestimiento del cuello de la matriz; si no se descubren y tratan en una etapa temprana, estas células anormales pueden convertirse en células cervicales precancerosas que a su vez se convierten en cáncer.*” Para los efectos del Programa, este Eje se concreta en el **Objetivo 1 “Mejorar las condiciones de salud de la población oaxaqueña, disminuyendo la morbilidad y mortalidad a través de la sistematización de la información, acciones oportunas de los programas preventivos de salud y la revisión médico-curativa de calidad en las unidades aplicativas, con la finalidad de obtener un incremento en la esperanza de vida al nacer en el estado de Oaxaca”**.

Dentro del objetivo se encierra la “*Estrategia 1.3 Disminución de la incidencia y mortalidad por el Virus de Papiloma Humano (VPH) en mujeres mayores de 25 años*”, “*Líneas de acción 3: 2.- Atención médica oportuna realizada, para la detección del VPH y cáncer cérvico uterino*”.

¹⁰ Plan Nacional de Desarrollo. Eje 3 “Igualdad de Oportunidades” Objetivo 3.2 “Salud”

¹¹ Plan Estatal de Desarrollo de Oaxaca 2011-2016, Eje VI “Desarrollo Social y Humano”. Objetivo 1. Estrategia 1.3

Pregunta 6

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

Con base en la revisión de los Objetivos de Desarrollo del Milenio¹² no se encontró una vinculación directa entre el Programa y aquéllos.

Se requiere del conocimiento técnico, tal vez médico, para determinar si es posible que el Programa contribuye a algunas de las metas de los ODM; por ejemplo, con la Meta del Milenio 5.B “*Lograr para el 2015, el acceso universal a la **salud reproductiva***”, considerando que el Programa establece en sus Reglas de Operación llevar a cabo acciones de difusión de la salud sexual como prevención del CaCu. De ser así, se establecería una vinculación de tipo “indirecto”.

¹² Objetivos de Desarrollo del Milenio, Informe 2010. Naciones Unidas. Nueva York. 2010.

6

Análisis de la población potencial y objetivo

Pregunta 7

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

- a) Unidad de medida.
- b) Están cuantificadas.
- c) Metodología para su cuantificación.
- d) Fuentes de información.

Respuesta	SÍ
Nivel	2
Criterios	El programa tiene definidas las poblaciones (potencial y objetivo), y Las definiciones cumplen con, al menos, una de las características establecidas.

De acuerdo con la definición del problema (véase pregunta 1), se entiende que la población potencial son todas las mujeres del estado de Oaxaca; sin embargo, ninguno de los documentos del Programa revisados lo establece explícitamente.

En relación con la Población Objetivo, se identificó que si bien ésta se establece en cada uno de los distintos documentos del Programa, en conjunto no se observa la misma especificidad respecto a los rangos de edad. Es recomendable homologar la referencia a la delimitación de la población afectada en los Árboles de Problema y de Objetivos con respecto a la documentación normativa y aclarar que existen diferentes rangos de edad, por ejemplo, en función de los servicios que otorga el Programa. Especialmente se considera grave que las Reglas de Operación omitan esta precisión, dado que es el documento normativo que consultan las propias beneficiarias.

En este sentido, derivado del análisis propio sobre la intervención y el propósito, se propone la siguiente solución. Se identifican “**Sub poblaciones Objetivo (SPO)**” diferenciadas por edades, según el componente o tipo de servicio que se otorga, éstas son:

- **SPO Difusión y sensibilización:** Todas las niñas y mujeres de los 64 municipios definidos.
- **SPO Detección de lesiones:** Todas las mujeres de 25 a 34 años de edad de los 64 municipios.

- **SPO Detección de VPH:** Todas las mujeres de 35 a 64 años de edad de los 64 municipios.

Considerando lo anterior, se identifica que tanto la población potencial, como el conjunto de la Población Objetivo son cuantificables y su unidad de medida son las mujeres. Respecto a las demás características de la pregunta, no se proporcionó la cuantificación de la Población Potencial y de todas las SPO para esta valoración.

No obstante, cabe mencionar que se conoce que la información censal y su disponibilidad pública permiten deducir las fuentes de información (INEGI) y metodología (tabulados básicos).

Pregunta 8

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

- a) Incluya las características de los beneficiarios establecidas en su documento normativo.
- b) Incluya el tipo de apoyo otorgado.
- c) Esté sistematizada.
- d) Cuento con mecanismos documentados para su depuración y actualización.

Respuesta	SÍ
Nivel	2
Criterios	La información de los beneficiarios cumple con dos de las características establecidas.

Por la naturaleza del Programa es admisible cuestionar si éste requiere y puede contar con una base de datos conformada por información de identificación y características de sus beneficiarias; a diferencia, por ejemplo, de programas que transfieren apoyos en efectivo y resulta obligatorio contar con un control de requirentes que demuestren cumplir con los requisitos de ingreso y permanencia.

En este sentido es factible suponer que no se trata de una omisión accidental que las Reglas de Operación 2013 no establezcan requisitos comprobables a la beneficiaria y que no refieran en ningún momento la integración de un padrón.

Lo anterior no quiere decir que el Programa no deba llevar bitácoras de actividad para contabilizar las personas atendidas y material ocupado, reconocer a la población tamizada y en general disponer de información para el seguimiento de casos; lo que quiere decir en realidad sólo es que no todo registro de datos personales constituye per-se un Padrón de Beneficiarios. En rigor un Padrón de Beneficiarios de este Programa debería contar con cédulas de cada mujer mayor de 25 años que sea residente de uno de los 64 municipios de intervención, haya o no sido atendida e independientemente de haberlo sido dentro de la Entidad o por servicios privados. Para la presente valoración no se dispuso de ningún registro con dichas características.

No obstante, con la documentación revisada y a partir de la entrevista con los responsables del Programa se encontró en la página oficial del “Programa Bienestar Oaxaca de Todos” una relación que presuntamente es de mujeres atendidas por el Programa denominada “Padrón de Beneficiarios”. Esta cuenta con 2,392 registros que despliegan “clave de identificación”, “origen” y “*status*” por persona. El “*status*” de cada persona indica “Prueba realizada”. Es importante señalar que no se dispuso de evidencia acerca del origen de dichos registros, no fue posible determinar qué es lo que informan, el tipo de prueba realizada, a qué actividad del Programa

corresponden, rangos de edad, la sub población objetivo, y no se encontró referencia alguna del medio por el que se obtuvieron los datos.

Pasando por alto estas observaciones expuestas y concediendo que dicho “Padrón” publicado en el sitio oficial de Internet constituya en realidad un padrón del Programa, se concluye lo siguiente: Existe información en un padrón que permite conocer quiénes reciben los apoyos del Programa, y ésta cumple con “estar sistematizada” toda vez que está disponible en un medio electrónico. No existe evidencia de que incluya las características de los beneficiarios establecidas en su documento normativo; que incluya el tipo de apoyo otorgado, ni de que cuente con mecanismos documentados para su depuración y actualización

Pregunta 9

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

No aplica.

No se dispuso de ninguna evidencia que documente si el Programa recolecta información socioeconómica de sus beneficiarias. De hecho, salvo la opinión informada de los responsables de gobierno, no se visualizó la necesidad de una recolección así, pues al ser sujetas de atención todas las niñas y mujeres que residen en los 64 municipios de mayor riesgo epidemiológico (véase pregunta 7), es operativamente innecesario distinguir por condición socioeconómica para la atención que brinda el Programa, más allá de la que puede estar implícita en los criterios de selección de los 64 municipios.

7

Evaluación y análisis de la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR)

De la lógica vertical de la Matriz de Indicadores para Resultados

Pregunta 10

Para cada uno de los Componentes de la MIR del programa existe una o un grupo de Actividades que:

- a) Están claramente especificadas, es decir, no existe ambigüedad en su redacción.
- b) Están ordenadas de manera cronológica.
- c) Son necesarias, es decir, ninguna de las Actividades es prescindible para producir los Componentes.
- d) Su realización genera junto con los supuestos en ese nivel de objetivos los Componentes.

Respuesta	SÍ
Nivel	1
Criterios	Del 0 al 49% de las Actividades cumplen con todas las características establecidas en la pregunta.

De la revisión a la evidencia documental del Programa se encontró que las Reglas de Operación vigentes, difundidas oficialmente en el Periódico Oficial de Gobierno en febrero de 2013, sobre las cuales se pretendió apuntalar el referente normativo para la valoración del diseño, no son suficientes, consistentes, ni claras para soportar el entramado concreto de acciones y objetivos que el Programa viene operando desde antes de 2011, año en que se le denomina oficialmente Programa y tiene como eje central la prevención del cáncer de cuello de útero.

En contraparte, se identificó que tanto el resumen narrativo de la Matriz de Indicadores de Resultados (Fin, Propósito, Componentes y Actividades) como los indicadores para cada nivel de objetivos, y en general el planteamiento central del problema y la intervención que se lleva a cabo con el Programa, se encuentran suficientemente desarrollados y sustentados en el documento Lineamientos Generales 2012, mostrando consistencia con el conocimiento empírico y científico internacional relativo a la intervención más costo-efectiva para la

disminución de la mortalidad por esta patología, así como con el marco normativo y programático nacional.

Es especialmente importante mencionar lo anterior para responder a ésta y las siguientes preguntas, pues si bien la valoración con respecto al referente reglamentario vigente resulta desierta, no es preciso ni cierto en tal caso, declarar como inexistente la evidencia documental antecedente, que incluye los Lineamientos Generales y las Reglas de Operación 2012, sobre las cuales, en la práctica, opera y se sustenta suficientemente el Programa y su MIR.

De tal modo, para esta valoración se optó por señalar las carencias de las ROP 2013 y considerar las características de la pregunta para determinar el nivel de cumplimiento sobre la documentación antecedente.

En este sentido, se tiene que la MIR contiene tres Componentes y que para cada uno especifica una actividad:

Componente	Actividad
Prevención primaria: aplicación de la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH) a niñas de 9 a 12 años de edad de municipios prioritarios.	Adquisición de vacuna contra el VPH ¹³
Prevención secundaria: detección de cáncer cérvico uterino por citología exfoliativa en mujeres de 25 a 34 años de edad de municipios prioritarios.	Realizar tomas de citologías exfoliativas a mujeres de 25 a 34 años.
Prevención secundaria: detección de VPH por captura de híbridos en mujeres de 35 a 64 años de edad de municipios prioritarios.	Realizar detecciones de VPH mujeres de 35 a 64 años.

De las características que presentan las Actividades, se encuentra que sólo la que remite al Componente de vacunación está claramente especificada, con la salvedad de que en el presente ejercicio ya no forma parte del Programa. Las dos Actividades relativas a las pruebas de detección refieren a procesos administrativos involucrados en la movilización de insumos que no alcanzan el nivel de objetivos que implican las Actividades en la lógica vertical de la MIR, y en cambio revelan una ambigüedad de origen al tratar de conceptualizar y distinguir entre Actividades y Componentes.

Ciertamente la realización de una prueba es la condición necesaria para una detección, pero este hecho no quiere decir que la prueba moviliza insumos y genera bienes que permiten al Programa otorgar el “beneficio de la detección”. En este sentido pensar la Actividad y el

¹³ El Componente de vacunación contra el VPH pasó a formar parte de la Cartilla Nacional de Vacunación para el presente ejercicio, por lo que en 2013 ya no forma parte del Programa. Este hecho sí se manifiesta en las ROP 2013.

Componente como una relación “causa-efecto” es impreciso y genera dos problemas para la operación de los conceptos en la MIR:

1. El Componente es el producto o servicio que el Programa otorga al beneficiario; de este modo resultaría que el Programa ofrece o brinda detecciones al beneficiario, cuando lo que ofrece en realidad son las pruebas y en todo caso el seguimiento y la canalización de casos detectados.
2. El planteamiento de metas e indicadores requeriría entonces medir el desempeño en el “otorgamiento de detecciones” y no de pruebas. Ello implicaría desarrollar mediciones como “Porcentaje de casos detectados sobre el total de detecciones esperadas en el año” a partir, por ejemplo, de estimaciones de desempeño histórico promedio, lo cual en todo caso mediría el desempeño de las acciones de sensibilización sobre el cuidado de la salud, más que sobre la calidad y cobertura del tamizaje.

Por lo anterior, se puede afirmar que las Actividades definidas en la MIR no distinguen con claridad si son condición necesaria para que suceda el Componente o si son el componente mismo. De ello se desprende que no hay elementos para requerir un ordenamiento cronológico, y que los supuestos planteados carecen de sentido toda vez que no caben como se señaló, en la relación causa-efecto “Prueba-Detección”.

En la pregunta 11 se plantean las observaciones sobre la pertinencia de los componentes definidos en la MIR.

Pregunta 11

Los Componentes señalados en la MIR cumplen con las siguientes características:

- a) Son los bienes o servicios que produce el programa.
- b) Están redactados como resultados logrados, por ejemplo becas entregadas.
- c) Son necesarios, es decir, ninguno de los Componentes es prescindible para producir el Propósito.
- d) Su realización genera junto con los supuestos en ese nivel de objetivos el Propósito

Respuesta	NO
Nivel	NA
Criterios	NA

En congruencia con la valoración de las Actividades (véase pregunta 10), a partir de la documentación proporcionada¹⁴ se observa lo siguiente.

La MIR define tres Componentes y los plantea en forma de temas, no como logros realizados: “Prevención primaria: aplicación de la vacuna...”; “Prevención secundaria: detección de cáncer...” y “Prevención secundaria: detección de VPH...”.

Se aprecia que dichos “temas” son planteados de esta forma y **no como logros alcanzados**, principalmente porque hay una imprecisión conceptual sobre este nivel de objetivos. Se puede inferir que quienes definieron la MIR del Programa confirieron al resultado positivo de las actividades de tamizaje el carácter de beneficio único que se otorga, lo cual constituye un despropósito en sí mismo.

Para aclarar esta observación, se puede decir que conceptualizaron los beneficios de la siguiente manera: **“sólo los resultados positivos obtenidos en las pruebas de citología y de ADN realizadas en el presente ejercicio, son el producto o servicio que otorga el Programa y a través de los cuales se reducirá la morbi-mortalidad por esta patología”**.

Tal conceptualización es un despropósito porque implica suponer primero que no son beneficiarias del Programa las mujeres tamizadas que no tengan lesiones citológicas ni VPH positivo. Y más aún, que todas aquellas mujeres que no acudan a tamizarse aunque estén en los rangos de edad y residan en los municipios de alto riesgo, así como las que ya fueron diagnosticadas con lesiones o VPH en el ejercicio anterior, o las niñas que hayan recibido talleres de sensibilización y capacitación sobre salud sexual, tampoco podrían ser consideradas beneficiarias, lo cual contradice todo el sustento teórico, empírico y normativo del Programa, así como la lógica horizontal y vertical de la MIR.

¹⁴ Especialmente los “Lineamientos Generales del Programa”, las Reglas de Operación 2012 y 2013 y la “NOM-014-SSA2-1994”

De esta manera, se puede considerar que los “temas” planteados son en realidad una variable de las Actividades que llevan a lo que se sugiere podría ser sólo un Componente del Programa, “Población Tamizada” (véanse pregunta 20 y anexo 6), por lo que sintéticamente, la valoración es que los Componentes definidos en la MIR no cumplen con ninguna característica establecida en la pregunta.

Pregunta 12

El Propósito de la MIR cuenta con las siguientes características:

- a) **Es consecuencia directa que se espera ocurrirá como resultado de los Componentes y los supuestos a ese nivel de objetivos.**
- b) **Su logro no está controlado por los responsables del programa.**
- c) **Es único, es decir, incluye un solo objetivo.**
- d) **Está redactado como una situación alcanzada, por ejemplo: morbilidad en la localidad reducida.**
- e) **Incluye la población objetivo.**

Respuesta	SÍ
Nivel	2
Criterios	El propósito cumple con tres de las características establecidas en la pregunta.

A partir de la documentación revisada, se encontró que el Propósito definido en la MIR *“Disminuir la morbilidad y mortalidad por cáncer cérvico uterino en mujeres de 35 a 64 años de edad que residen en los municipios de mayor riesgo epidemiológico del Estado de Oaxaca”*¹⁵ cumple con tres de las características establecidas en la pregunta, siendo las siguientes: los responsables del programa no controlan el logro del objetivo, pues el alcance de la intervención está condicionado por factores externos; el objetivo es único pues no incluye ningún otro y establece, aunque sólo sea parcialmente, la población objetivo, pues ésta es todas las niñas y mujeres de Oaxaca.

Se considera que no cumple con la característica de ser consecuencia directa de los Componentes definidos en la MIR (véase pregunta 11) y no está redactado como una situación alcanzada, por ejemplo: *“Morbilidad y mortalidad por cáncer cérvico uterino en mujeres de 25 años de edad en adelante que residen en los 64 municipios de mayor riesgo epidemiológico del Estado de Oaxaca, reducidas”* (véanse pregunta 20 y Anexo 6).

¹⁵ Es conveniente definir con claridad las poblaciones potencial y objetivo (véase pregunta 7) para despejar toda ambigüedad de la definición del Problema, y con ello consolidar el Propósito que es reducir la morbi-mortalidad por esta patología en la Entidad, en general. La razón de la focalización en los municipios de mayor riesgo epidemiológico estriba en la necesidad de evitar el mayor número de muertes posible con los recursos disponibles, lo cual es más probable de lograr si se canalizan los esfuerzos donde más se concentran los índices de positividad a las pruebas, lo cual no quiere decir que sólo en estos municipios haya defunciones por cáncer de cuello de útero.

Pregunta 13

El Fin de la MIR cuenta con las siguientes características:

- a) Está claramente especificado, es decir, no existe ambigüedad en su redacción.
- b) Es un objetivo superior al que el programa contribuye, es decir, no se espera que la ejecución del programa sea suficiente para alcanzar el Fin.
- c) Su logro no está controlado por los responsables del programa.
- d) Es único, es decir, incluye un solo objetivo.
- e) Está vinculado con objetivos estratégicos de la dependencia o del programa sectorial.

Respuesta	SÍ
Nivel	4
Criterios	El fin cumple con todas las características establecidas en la pregunta.

El Fin de la MIR “*Contribuir a la disminución de la mortalidad femenina en el Estado de Oaxaca*” está especificado de manera clara e inequívoca, y refiere a un objetivo superior al que contribuye únicamente en parte, siempre y cuando consiga reducir la mortalidad por cáncer cérvico uterino, pues la mortalidad femenina en el Estado tiene más causas que sólo la que atiende el Programa.

Asimismo, en la medida que el logro del Fin está correctamente fuera del alcance de la intervención que se realiza con el Programa, no está controlado por los responsables de éste.

Finalmente, es verificable que el Fin involucra un solo objetivo y que éste se vincula explícitamente con los objetivos del marco programático sectorial, estatal y nacional; PSS 2007-2012, PED Oaxaca 2011-2016 y PND 2007-2012 (véanse preguntas 4 y 5)¹⁶

¹⁶ PED Oaxaca 2011-2016

Pregunta 14

¿En el documento normativo del programa es posible identificar el resumen narrativo de la MIR (Fin, Propósito, Componentes y Actividades)?

Respuesta	NO
Nivel	NA
Criterios	NA

De la revisión a la evidencia documental del Programa, se encontró que tanto el resumen narrativo de la MIR (Fin, Propósito, Componentes y Actividades) como los indicadores para cada nivel de objetivos, no se encuentran en las Reglas de Operación vigentes, difundidas oficialmente en el “Periódico Extra Oficial” de Gobierno en enero de 2013; sin embargo, están suficientemente desarrollados y sustentados en el documento *“Programa Integral Bienestar de Prevención al Cáncer Cérvico Uterino. Lineamientos Generales 2012”* y son consistentes con las Reglas de Operación 2012. (véase pregunta 10). De acuerdo con esto, la valoración para 2012 fue buena pero perdió valor en el presente ejercicio, por ello se precisan los siguientes criterios y salvedades.

Criterios: 1) Si bien las Reglas de Operación 2013, difundidas en el Periódico Oficial de Gobierno son en lo formal el referente normativo público del Programa, a partir de la evidencia proporcionada por los responsables y la entrevista, se observó que en la práctica se opera en los términos de la documentación que antecede a la redacción de las ROP vigentes¹⁷. 2) El documento *“Programa Integral Bienestar de Prevención al Cáncer Cérvico Uterino. 30 Municipios del Estado de Oaxaca con el Mayor Riesgo Epidemiológico; Ampliación de la Atención a 34 Municipios. Lineamientos Generales 2012”* es un documento normativo.

Salvedades: Las Actividades y los Componentes definidos en la MIR (véanse preguntas 10 y 11) hacen referencia, respectivamente, a procedimientos y temas que es posible verificar en el documento Lineamientos Generales; no obstante, de la manera que se definen en la MIR son conceptualmente insostenibles en cada uno de los niveles de objetivos a los que pretenden corresponder.

En virtud de lo estudiado, se considera que la respuesta a esta pregunta alcanza en rigor el nivel 0 de cumplimiento, debido a que no hay correspondencia entre la MIR y ROP 2013.

Finalmente, vale la pena reiterar las carencias de las Reglas de Operación 2013, dada la importancia normativa que debe darse a este documento. Se observó que ni siquiera se incluyen los temas de tamizaje que en la MIR pretenden plantearse como Componentes, y por

¹⁷ Sobre todo se opera en función de la inercia de los procesos burocrático administrativos de la implementación. Los factores operativos son ajenos al ámbito del diseño, sin embargo, en este caso mostraron injerir en la dificultad para localizar, conocer y generar el registro documental de uso interno y de la normatividad.

ende las Actividades no existen y así no son mencionadas. Sólo el Propósito corresponde con el objetivo general y el Fin se identifica de manera indirecta y ambigua en la sección “Considerando”.

Lo más destacable sobre las ROP 2013 es, en síntesis, que el documento establece como única intervención las acciones de promoción y difusión, además del seguimiento a las mujeres detectadas en 2012, siendo estas insuficientes como único medio para lograr el objetivo de reducción de la morbi-mortalidad por este cáncer. En estos términos, es insostenible para el diseño obviar las actividades de detección oportuna, porque éstas son la forma más costo-efectiva para reducir la mortalidad en el corto y mediano plazos, tal como está fundamentado y establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, el Plan Estatal de Desarrollo de Oaxaca, el Programa Sectorial de Salud y el Programa Nacional de Cáncer Cérvico Uterino.

De la lógica horizontal de la Matriz de Indicadores para resultados

Pregunta 15

En cada uno de los niveles de objetivos de la MIR del programa (Fin, Propósito, Componentes y Actividades) existen indicadores para medir el desempeño del programa con las siguientes características:

Claros, Relevantes, Económicos, Monitoreables, Adecuados.

Respuesta	SÍ
Nivel	1
Criterios	Del 0% al 49% de los indicadores del Programa tienen las características establecidas.

De la revisión de la MIR y las fichas técnicas de los indicadores, se tiene que las medidas de Fin y Propósito cumplen con las características establecidas en la pregunta, son claros acerca de lo que pretenden medir y son relevantes pues refieren una dimensión importante del logro del objetivo. Asimismo, son económicos debido a la disponibilidad pública de la información que es registrada por instituciones ajenas al mismo, de modo que son también monitoreables.

Por último, los indicadores son adecuados, toda vez que son la base para evaluar el comportamiento de las defunciones, y específicamente para el caso del Propósito, las tasas miden la mortalidad y morbilidad por el CaCu.

Respecto a los indicadores para la evaluación de los Componentes y las Actividades, en congruencia con las preguntas 10 y 11, vale la pena señalar que no cumplen las características establecidas y debido a esto se obtiene el nivel de valoración señalado. (Véanse preguntas 10 y 11 y el anexo 6).

Pregunta 16

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

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

Respuesta	SÍ
Nivel	1
Criterios	Del 0 a 49% de las fichas técnicas del Programa tienen las características establecidas.

Los responsables del Programa proporcionaron como fichas de indicadores dos documentos, el primero es donde se establecen las Metas del Programa con el cuadro denominado “Indicadores del Programa”; el segundo son las tablas “Cualitativo” y “Cuantitativo” que soportan los aspectos técnicos de los indicadores de la MIR, desarrolladas junto con ésta en el taller realizado por los responsables para su construcción.

Del análisis a dicha documentación se observó que ambos documentos son fundamentales para esta valoración y que su correspondencia obligada en cuanto a los indicadores que contienen prácticamente no se cumple.

El cuadro de metas del Programa contiene cuatro indicadores¹⁸, dos que miden la cobertura de las pruebas de citología y positividad del VPH, respectivamente; otro más que trata de medir el cumplimiento con la meta de segundas dosis de la vacunación contra el VPH, y el último que refiere al porcentaje de mujeres detectadas que acuden a la clínica de colposcopia. Con ello, y a partir de la revisión de la MIR, se tienen tres observaciones considerables:

1. El Programa no contempla todas las Actividades y Componentes referidos en la MIR y viceversa, la MIR incluye como “Las Actividades” y “Los Componentes” (estructurales para la lógica del diseño del Programa) diligencias y servicios que no están considerados para seguimiento y monitoreo del desempeño del Programa.
2. Ninguna de las cuatro medidas establecidas como indicadores del Programa coincide en su definición ni método de cálculo con sus contrapartes definidos en la MIR. Por ejemplo, el

¹⁸ La MIR en cambio define 1 indicador de Fin, 2 de Propósito, 3 de Componentes y 3 de Actividades. En total 9 indicadores.

indicador de cobertura de citologías del cuadro de metas se define en síntesis como **Porcentaje de mujeres tamizadas respecto del total de mujeres en el rango de edad en los municipios establecidos**, mientras que en la MIR, el indicador del Componente respectivo estima el **Porcentaje de mujeres detectadas por citología respecto del total de mujeres en el rango de edad en los municipios establecidos**.

3. Independientemente de lo anterior, sobre los indicadores del cuadro se pudo verificar que cumplen sólo con dos de ocho características establecidas en la pregunta (definición y método de cálculo); es decir, no tienen nombre o toman por nombre su propia definición y no especifican metas, unidad de medida, frecuencia, etcétera.

En contraparte, en el caso de las tablas técnicas de indicadores de la MIR, sí es posible valorar su cumplimiento con las características establecidas en la pregunta. No obstante, la evaluación de la información con que cuentan dichas tablas, que es la finalidad de esta pregunta, también considera la valoración de los Componentes y las Actividades con respecto a su validez y pertinencia. (Ver preguntas 10 y 11).

Los nombres de los indicadores deben ser únicos y cortos, máximo 10 palabras¹⁹, el nombre además no debe reflejar una acción, como en el caso de las fichas de indicadores presentadas que afirman “Detección de Cáncer...” “realizar tomas de citologías...”.

Las fichas sí cuentan con definición. La definición debe precisar lo que se pretende medir, es decir, debe ayudar a entender la finalidad del indicador, éstas cuentan con método de cálculo.

Los indicadores cuentan con unidad de medida; sin embargo, es recomendable que las unidades de medida determinen la forma en que se quiere expresar el resultado, debe corresponder al método de cálculo, por ejemplo, tasa o porcentaje; cuentan con frecuencia de medición; sin embargo, esta frecuencia no corresponde entre las fichas de indicadores y la MIR, por ejemplo para las actividades en la MIR se establece que son trimestrales y en las fichas que son anuales.

La línea base no está bien planteada, ésta debe indicar el punto de partida del indicador para evaluarlo y darle seguimiento, la línea base de las fichas es confusa y no representa los requerimientos. La metas indicadas en la fichas deben establecer límites de logro, niveles a los cuales se espera llegar, en las fichas no son explícitos, sólo cuentan con un número que requiere un análisis para llegar a su significado.

No cuentan con el comportamiento del indicador, el cual debe ser ascendente cuando la meta esperada sea superior a la línea base, descendente cuando ésta sea menor y regular es cuando la meta permanece constante y nominal cuando sólo es o existe de nombre y carece de existencia efectiva. Además de lo señalado las fichas técnicas de indicadores deben contar con parámetros de semaforización para determinar si el cumplimiento del indicador es o no el adecuado. A continuación, se da un ejemplo del formato de ficha por indicador:

¹⁹ Guía para la construcción de la MIR. SHCP y SFP, 2011.

Pregunta 17

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

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

Respuesta	Sí
Nivel	1
Criterios	Del 0 al 49% de las metas de los indicadores del Programa tienen las características establecidas

Es importante mencionar que derivado de las entrevistas con los responsables del Programa se conoce que no existen metas oficiales para 2013. Sin embargo, esta valoración se hace tomando en consideración la matriz de metas del Programa para 2012 enviado por los responsables.

Con respecto a la información proporcionada sobre los indicadores se establece la siguiente evaluación:

- Cuenta con unidad de medida porcentaje aunque es ambiguo por contener dos porcentajes con el mismo valor, sin especificar a qué se refiere cada uno.
- Están orientadas a impulsar el desempeño, establecen un número concreto de pruebas a realizar.
- No se establece su factibilidad de alcance con respecto a su capacidad en cuanto a plazos, recursos humanos y financieros.

Se recomienda anexar las metas faltantes considerando la cobertura del Programa ya que las metas consideradas sólo corresponden a los Componentes y éstos no toman en cuenta al total de la población objetivo del Programa, a pesar de las incongruencias ya mencionadas sobre los rangos de edad (véase pregunta 7).

En el anexo 5 “Metas del Programa” las características de cada meta se analizan de manera específica según la matriz enviada, allí se hacen las propuestas de mejora adecuadas para las metas existentes (Componentes).

Pregunta 18

Cuántos de los indicadores incluidos en la MIR tienen especificados medios de verificación con las siguientes características:

- a) **Oficiales o institucionales.**
- b) **Con un nombre que permita identificarlos.**
- c) **Permiten reproducir el cálculo del indicador.**
- d) **Públicos, accesibles a cualquier persona.**

Respuesta	SÍ
Nivel	3
Criterios	Del 70 al 84% de los medios de verificación cumplen con las características establecidas en la pregunta.

De acuerdo con la evidencia documental revisada y la entrevista con los responsables del Programa, se determinó que los medios de verificación sobre los resultados logrados en materia de detección y atención oportuna del cáncer de cuello de útero, así como morbi-mortalidad por tipo de padecimiento, cumplen con ser oficiales o institucionales, estos son el Sistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones (SEED), el Sistema Único de Información de Vigilancia Epidemiológica (SUIVE), el Sistema de Información en Cáncer de la Mujer (SICAM), y algunas de la propia Secretaría de Salud estatal cuyo nombre no se especificó.

Asimismo, se verificó que dichos sistemas cuentan con un nombre que los identifica a nivel nacional, y que la disposición de datos permite reproducir el cálculo de los indicadores de cobertura especificados, tanto en la MIR como en la “ficha de indicadores del Programa”²⁰.

En lo que toca a lo observado en la pregunta 10 sobre las Actividades definidas en la MIR, se puede adicionar que no se encontró especificación alguna acerca de dónde se encuentran los datos.

²⁰ No obstante, para esta revisión no se dispuso de los datos que permitan reproducir los indicadores.

Pregunta 19

Considerando el conjunto **Objetivo-Indicadores-Medios de verificación**, es decir, cada renglón de la MIR del programa es posible identificar lo siguiente:

- a) Los medios de verificación son los necesarios para calcular los indicadores, es decir, ninguno es prescindible.
- b) Los medios de verificación son suficientes para calcular los indicadores.
- c) Los indicadores permiten medir, directa o indirectamente, el objetivo a ese nivel.

Respuesta	SÍ
Nivel	2
Criterios	Dos de los conjuntos Objetivo-Indicadores-Medios de verificación del Programa tienen las características establecidas.

De acuerdo con lo observado en la pregunta 18 y los datos proporcionados, se concluyó que para los conjuntos Objetivo-Indicadores-Medios de verificación relativos a los niveles de Fin y Propósito, la información disponible es la necesaria para calcular los indicadores, los medios de verificación son suficientes para calcularlos, y éstos llevan a medir directamente el objetivo de su nivel. Igualmente, aunque no se puede decir lo mismo del nivel de objetivos de los Componentes en términos de la pregunta 11, se puede afirmar que los indicadores de cobertura de los medios de detección del Programa también presentan las características señaladas en esta pregunta.

No obstante, es importante destacar que no se encontró ningún documento que explique y desarrolle las metodologías o posibilidades de explotación de las fuentes. Si bien la administración de los sistemas no es una atribución de la oficina responsable del Programa, sería de utilidad para su operación la redacción de guías o manuales para el aprovechamiento de los medios de verificación en su ámbito de competencia.

A partir de la revisión de la MIR se pueden adicionar las siguientes observaciones:

1. Fin-Indicadores. El SEED es necesario para calcular los indicadores, según la metodología establecida por el Sistema Nacional de Salud es necesario especificar de qué forma los medios de verificación pueden ser consultados para acceder a los datos actuales.
2. Propósito-Indicadores. Con los datos que proporciona el SEED es posible calcular el indicador; por otra parte, el SUIVE cuenta con los datos para la medición de la morbilidad por VPH; sin embargo, una desventaja suya estriba en que los datos disponibles al público comprenden hasta el año 2011. Especialmente con esta información es más evidente la falta de documentación sobre la manera en que los medios de verificación permiten actualizar el panorama sobre la evolución del problema.

3. Indicadores de cobertura de la detección. Si bien el SICAM dispone los datos de atención de las mujeres tamizadas y detectadas, la documentación de su operación y alcances aún está en desarrollo.

En el Anexo 6 “Propuesta de Mejora de la Matriz de Indicadores para Resultados” se especifican los cambios recomendados con respecto a lo considerado en las preguntas 10 a la 18.

Valoración final de la MIR

Pregunta 20

Sugiera modificaciones en la MIR del programa o incorpore los cambios que resuelvan las deficiencias encontradas en cada uno de sus elementos a partir de sus respuestas a las preguntas de este apartado.

En el Anexo 6 se propone una MIR de elaboración propia que tiene la expectativa de proponer una solución viable a las deficiencias sustantivas encontradas y señaladas en las preguntas 10 a 19, tomando como base los elementos que el Programa está obligado a contener en cumplimiento de lo dispuesto en la NOM-014-SSA2-1994 y la propia evidencia de diseño contenida en las ROP anteriores.

Con el objetivo de coadyuvar a que la MIR pueda ser un instrumento de referencia objetivo se sugiere:

- Agregar los datos de identificación del Programa: nombre, siglas, dependencia (normativa y ejecutora en el caso de este Programa).
- Hacer algunos cambios con respecto a la alineación y agregar la estrategia 1.3 y su línea de acción 3 del Programa Estatal de Desarrollo.
- Agregar los Componentes y Actividades que aparecen en la Norma Oficial Mexicana que versa sobre Prevención al cáncer cérvico uterino. Así como ser redactados como resultados logrados de igual forma que el Propósito.
- Sobre los indicadores hay que replantear los nombres de los mismos, así como sus fichas técnicas de indicadores para resultados, mejorar los medios de verificación especificando los sistemas estadísticos de las instituciones normativa o ejecutora para determinar la verificación del indicador con respecto al objetivo.
- Los supuestos son parte importante de la MIR ya que, en conjunto con el objetivo al cual pertenecen, determinan el objetivo del nivel superior, se recomienda la mejora de varios de ellos en el nivel de Componentes y Actividades, asimismo se realiza un cambio en el supuesto del propósito.

8

Análisis de posibles complementariedades y coincidencias con otros programas

Pregunta 21

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

El Programa presenta complementariedades operativas con dos programas federales. El primero de ellos es “Caravanas de la Salud”, el cual brinda atención por medio de las unidades móviles y es un programa que atiende a la población con riesgo epidemiológico más alto, además de que atiende población marginada y con difícil acceso a su ubicación. Las unidades móviles de este Programa presumiblemente podrían ser una oportunidad para ampliar la cobertura al realizar el tamizaje en zonas que no cuentan con clínicas adecuadas.

El segundo es el Programa IMSS-Oportunidades, éste tiene entre sus objetivos específicos fomentar la cultura de la salud ginecológica, brinda tratamiento oportuno a mujeres con CaCu, y les da seguimiento, por tanto complementa al Programa estatal, tanto en la difusión y la educación en salud como con el seguimiento atención de las mujeres canalizadas.

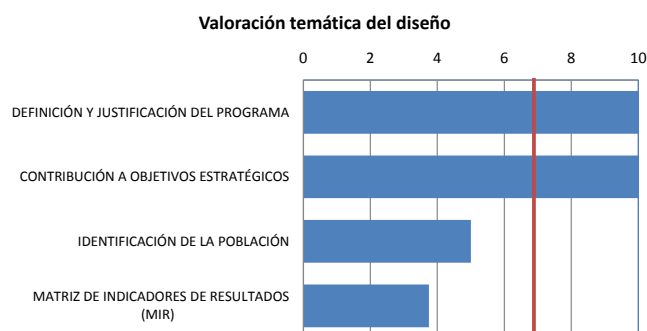
El tipo de apoyo para los tres programas son servicios de salud (véase anexo 7 “Complementariedad y coincidencias entre programas Federales”).

Sin embargo, la convergencia más importante de este Programa se da con la vacuna contra el VPH, también medida preventiva contra el cáncer cérvico uterino, recientemente incorporada a la Cartilla Nacional de Vacunación. Ambos concurren a prevenir la misma enfermedad en la misma población, pero con horizontes temporales distintos, lo que las hace complementarias.

9

Valoración final del Diseño del Programa

La tabla muestra los niveles obtenidos en las preguntas de la metodología de la evaluación de diseño. Con base en éstos, se obtuvieron los puntajes promedio de cada uno de los cuatro temas que comprende dicha evaluación (expresados en una escala de 0 a 10 para su mejor comprensión), según lo ilustra el gráfico contiguo. Finalmente, **la valoración final resultó en un puntaje de 6.5 (de 10 puntos posibles)** para el conjunto del Programa, **lo cual que cumple parcialmente los parámetros de diseño requeridos** por la metodología, sin que sean suficientes para considerar que cuenta con un diseño adecuado.



VALORACIÓN TEMÁTICA DEL DISEÑO

	Nivel (0 a 4)	Puntaje (0 a 10)	Ponderación	Valoración final
DEFINICIÓN Y JUSTIFICACIÓN DEL PROGRAMA	4.0	10.0	30%	6.5
1 Identificación de problema	4			
2 Diagnóstico del problema	4			
3 Justificación sustentada de la intervención	4			
CONTRIBUCIÓN A OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	4.0	10.0	10%	
4 Vinculación con marco de planeación	4			
IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN	2.0	5.0	20%	
7 Definición de poblaciones potencial y objetivo	2			
8 Padrón de beneficiarios	2			
MATRIZ DE INDICADORES DE RESULTADOS (MIR)	1.5	3.8	40%	
10 Actividad(es) suficientes para Componente(s)	1			
11 Componentes adecuados para el Propósito	0			
12 Propósito adecuado para el Fin	2			
13 Características del Fin	4			
14 Resumen narrativo de la MIR	0			
15 Indicadores de resultados (MIR)	1			
16 Fichas Técnicas de los indicadores	1			
17 Metas medibles, factibles y de desempeño	1			
18 Medios de verificación	3			
19 Objetivo-Indicadores-Medios de verificación	2			

El Programa Integral Bienestar de Prevención al Cáncer Cérvico Uterino es un programa perteneciente a la Estrategia Bienestar que ha integrado el Gobierno del Estado de Oaxaca, por

medio de la Secretaría de Desarrollo Social y Humano y Servicios de Salud de Oaxaca, que inició su operación en el año 2011 con el objetivo de disminuir las muertes por cáncer cérvico uterino en mujeres de 25 años y más.

El Programa está vinculado a los objetivos del PND 2007-2012, del ProSeSa 2007-2012 y el PED de Oaxaca 2011-2016, en los cuales tiene coincidencias para la mejora de la salud de la población femenina, enfocado sobre todo a las mujeres que, para el caso de Oaxaca, residen en los 64 municipios de mayor riesgo epidemiológico, con un presupuesto aprobado para 2012 de \$12, 000,000.00 y para 2013 de \$2, 000,000.00.

La valoración final positiva se debe principalmente a que el Programa está robustamente sustentado en cuanto a la definición del problema y el tipo de intervención requerida para contribuir a prevenir la incidencia de cáncer cérvico uterino. En la evaluación se contó con evidencia sobre la idoneidad de la intervención.

El Programa en efecto contribuye a los objetivos de la planeación nacional, sectorial y estatal. Está enmarcada por un conjunto de esfuerzos encaminados a reducir el contagio del Virus del Papiloma Humano y, a través de éste, de prevenir el surgimiento de cáncer.

No obstante lo anterior, el Programa tiene algunas debilidades con respecto a la focalización e identificación de la población. Si bien el Programa cuenta con múltiples fuentes de información sobre las mujeres en su ubicación geográfica, sus rangos de edad, falta precisión en la definición de la población. En particular, distintos documentos normativos y soporte del Programa difieren en los rangos de edad en la mujer, requerido para que sea objeto de intervenciones preventivas. Esto compromete sus alcances, cobertura y capacidad para establecer metas significativas que permitan medir sus resultados.

Aunado a lo anterior, la evaluación de la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) constituye el área más deficiente en el diseño de este Programa. En general, se identificaron incongruencias relevantes entre documentos base del Programa, que afectan su estructura interna, en sus lógicas vertical y horizontal, llegando incluso a cuestionar su naturaleza misma. Por un lado, las Actividades y Componentes se confunden entre sí, están pobremente definidos y, en general, parecen haber sido desarrollados con independencia de la construcción del Programa. Esto derivando en actividades insuficientes, componentes que pudieran ser actividades e indicadores deficientes para los niveles. Si bien los documentos acusan un intento por emplear la Metodología de Marco Lógico, el árbol de problemas no está correctamente construido y las relaciones de causalidad no están debidamente especificadas, lo que demerita el resto de los elementos que conforman la matriz.

Por otro lado, existe una fuerte discrepancia entre los documentos normativos del Programa y las Reglas de Operación 2013. Los elementos básicos de justificación que son la fortaleza difieren de las nuevas reglas que parecen cambiar la vocación esencial del Programa hacia la sensibilización y la difusión del problema, cancelando las acciones de detección. Esto se relaciona con el nuevo marco en que se desenvuelve el Programa, que parece en las nuevas

Reglas de Operación poder prescindir de las acciones base que le dieron origen y que se sustentan, como ya dijimos, en estudios nacionales e internacionales, para conservar meramente sus acciones informativas. Lo anterior sugiere la necesidad de repensar el Programa en su naturaleza y funciones esenciales.

Con respecto a las complementariedades y coincidencias del Programa es posible, de acuerdo con el *anexo 7*, observar que existen programas federales que son esenciales para el cabal funcionamiento del Programa como IMSS-Oportunidades que recibe aquellas mujeres afectadas por lesiones intra epiteliales y que son detectadas por el Programa. Asimismo, el Programa necesita de caravanas de la salud para poder llegar a dar atención a regiones tan alejadas como inaccesibles, o que no cuentan con establecimientos para la atención de la salud.

Así entonces, el diseño del Programa en su conjunto no puede calificarse de adecuado. Si bien sustentado robustamente en estudios en la materia y un conocimiento razonable de su población, el Programa es deficiente en la definición de sus acciones, componentes, propósitos y fines, condición que se dificulta por el cambio en las nuevas Reglas de Operación y su discrepancia con los documentos que le sustentaron en su construcción original.

10

Conclusiones y recomendaciones

Conclusiones

El análisis de la justificación de la creación y del diseño del Programa, conoce con claridad el problema que busca resolver, mismo que se formula como un hecho negativo e identifica, en general, a la población que presenta la necesidad.

Existen documentos que soportan el diagnóstico (enviados por los responsables del Programa) de manera suficiente, sin embargo, no hay un diagnóstico específico completo para el Estado, lo cual es necesario para fortalecer su condición de eficacia.

La justificación de la intervención que realiza el Programa con respecto al tamizaje es adecuada y está debidamente sustentada.

También resultó claro que el Programa, en su fin, propósitos e intervención está alineado a objetivos nacionales y sectoriales. Se puede señalar que el Programa está vinculado a los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, al Plan Sectorial de Salud 2007-2012 y que se relaciona, aunque indirectamente, con los objetivos del milenio. Sin embargo, cambios recientes en sus Reglas de Operación sugieren la posible reorientación del Programa, lo que supondría reconsiderar también el papel que juegan en el marco general de planeación. Por su parte, el análisis de posibles complementariedades y coincidencias con otros Programas arrojó que el Programa tiene complementariedades, en su operación, con los Programas “Caravanas de la Salud” e “IMSS-Oportunidades” en el aspecto operativo para lograr brindar el servicio médico. Destaca la convergencia de este Programa con la vacuna contra el VPH, también medida preventiva contra el cáncer cérvico uterino, recientemente incorporada a la Cartilla Nacional de Vacunación.

La población objetivo, por su parte, si está definida en las Reglas de Operación. Sin embargo, su cuantificación no es clara y no se contó con una metodología que justificara su conocimiento. Las intervenciones en materia de detección temprana, como la citología exfoliativa y la captura de híbridos, se efectúan con base en un padrón que no está actualizado ni es específico. Las acciones se aplican con base en estadísticas generales sobre población femenina por rangos de edad e índices de riesgo epidemiológico aproximados, mediante información de positividad a nivel municipal. Sin embargo, la intervención es pasiva, pues depende de que la población objetivo acuda y la solicite, lo cual le resta eficacia. Así, el Programa no integra mecanismo para contar con un padrón confiable, descansando en referencias de información indirectas.

Recomendaciones

Los componentes de la MIR presentada, tienen Actividades que los generan, sin embargo, éstas no son suficientes. De acuerdo con la disposición en la Norma Oficial Mexicana y las Reglas de Operación 2013 es necesario adecuar los documentos de soporte con el fin de darles coherencia, en su caso modificar las ROP para ajustarlas al diagnóstico y justificación sobre la intervención del Programa. Estos componentes, en su diseño original, son correctos. Sin embargo, es necesario considerar adecuarlos a las nuevas condiciones del entorno en que el Programa se realiza.

El propósito de la MIR es adecuado, sólo es necesario redactarlo como un logro alcanzado. Por su parte el Fin es adecuado y está vinculado a los objetivos de los planes superiores.

No obstante lo anterior, la MIR no corresponde a las Reglas de Operación de 2013. Su única coincidencia es en el propósito y aún en este aspecto es necesario precisar los rangos de edad.

Existen indicadores para cada nivel de objetivos, éstos son adecuados en los niveles de objetivo de Fin y Propósito. Sin embargo, no son adecuados a nivel Actividad y Componente. Las fichas técnicas de los Indicadores contienen los elementos necesarios, sin embargo, es prudente modificar algunos aspectos del contenido de dichos elementos.

Las metas de indicadores del Programa no son adecuadas en cuanto a la inocuidad del desempeño y eficacia del mismo. Los medios de verificación para medir el avance a estas metas requieren también precisarse, particularmente con respecto de los Componentes y Actividades, además de señalar explícitamente el funcionamiento y corroboración de los medios de verificación para Fin y Propósito.

Con la finalidad de fortalecer la MIR se propusieron mejoras que incorporan los Componentes y Actividades establecidas en la NOM-014-SSA2-1994 (modificación de mayo de 2007). Nuestra perspectiva es que, a pesar de los cambios en las Reglas de Operación 2013, el servicio de tamizaje del Programa resulta aún necesario en virtud de que el efecto de la vacuna contra el VPH tendrá resultados a largo plazo. Mientras tanto, la detección oportuna mediante las acciones establecidas en la NOM seguirá potencialmente impactando de manera positiva en prevención de muertes por cáncer cérvico uterino entre las mujeres residentes en la Entidad.

Como conclusión general cabe decir que la mayor preocupación es la correspondencia entre las Reglas de Operación, documentos de soporte y Norma Oficial Mexicana sobre la prevención del cáncer cérvico uterino. Si bien los documentos de diagnóstico y justificación son coherentes con la Norma, las Reglas de Operación 2013 presentan cambios considerables que sugieren que el Programa cambia su naturaleza, priorizando ahora actividades informativas y de difusión. Esto hace pensar que, antes de entrar en la problematización y mejora de la matriz, es necesario definir si lo procedente no es un cambio en la naturaleza misma del Programa. Si bien es cierto que las actividades de difusión e información pueden contribuir a la prevención del cáncer

cérvico uterino, también lo es que no cuentan con el sustento que respalda al tamizaje. Si el tamizaje que sirvió como eje para la creación del Programa ya no habrá de hacerse, el Programa requerirá de un nuevo diagnóstico, justificación y alcance. El inminente cambio que ello supondría en su naturaleza llevaría a la necesidad de su rediseño, como si fuese un programa nuevo, distinto al planteado en los documentos que sirvieron como base principal de esta evaluación.

11

Bibliografía

Las fuentes de información básicas para la evaluación comprenden las que se describen a continuación:

Documentación.

Servicios de Salud de Oaxaca. Presentación Power Point del Programa para la Prevención de CaCu. Oaxaca. 2012.

Alonso, Lazcano, Hernández. Cáncer Cérvico Uterino: Diagnóstico prevención y control. 2002. Edit. Panamericana.

Diario Oficial de La Federación. Norma Oficial Mexicana, NOM-014-SSA2-1994. México 2007.

Periódico Extra Oficial. Reglas de Operación para el Programa de Prevención al Cáncer Cérvico Uterino. Oaxaca. 2012

Periódico Extra Oficial. Reglas de Operación para el Programa de Prevención al Cáncer Cérvico Uterino. Oaxaca. 2012

Servicios de Salud de Oaxaca. Programa de Prevención al Cáncer Cérvico Uterino. Árbol de Problema. Oaxaca. 2011.

Servicios de Salud de Oaxaca. Programa de Prevención al Cáncer Cérvico Uterino. Árbol de Problema. Oaxaca. 2012.

Servicios de Salud de Oaxaca. Programa de Prevención al Cáncer Cérvico Uterino. Árbol de Objetivos. Oaxaca. 2011.

Gobierno Constitucional del Estado de Oaxaca. Plan Estatal de Desarrollo de Oaxaca 2011-2016. Oaxaca. 2011

Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos. Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012.

Plan Sectorial de Salud 2007-2012. México. 2007

Secretaría de Salud. Programa de Acción específico: Cáncer Cérvico Uterino. México. 2007

Servicios de Salud de Oaxaca. Programa de Prevención al Cáncer Cérvico Uterino. Matriz de Indicadores Para Resultados 2012. Oaxaca. 2012

Servicios de Salud de Oaxaca. Programa de Prevención al Cáncer Cérvico Uterino. Indicadores, aspecto cualitativo. Oaxaca. 2012

Servicios de Salud de Oaxaca. Programa de Prevención al Cáncer Cérvico Uterino. Indicadores, aspecto cuantitativo. Oaxaca. 2012

Servicios de Salud de Oaxaca. Programa de Prevención al Cáncer Cérvico Uterino. Metas de Indicadores del Programa. Oaxaca. 2012

Servicios de Salud de Oaxaca. Programa de Prevención al Cáncer Cérvico Uterino. Fichas técnicas de Población. Oaxaca. 2012

Servicios de Salud de Oaxaca. Programa de Prevención al Cáncer Cérvico Uterino. Programa de Actividades 2012 del Programa. Oaxaca. 2012

Servicios de Salud de Oaxaca. Programa de Prevención al Cáncer Cérvico Uterino. Lineamientos Generales 2011 y 2012 del Programa. Oaxaca. 2012

Programa Bienestar. Programa de Prevención al Cáncer Cérvico Uterino. Padrón de Beneficiarios. Oaxaca. 2012

Red Oaxaca de Todos. Guía de Proceso de Servicio de la Red Oaxaca de Todos. Oaxaca 2012

Instituto Nacional de Mujeres. Informe 2010. México. 2010.

Consejo Nacional de Población. Proyecciones CONAPO 2005-2050. México, 2005.

Burden of Human Papillomavirus (HPV) Infection and HPV Related Disease in Latin America and the Caribbean, and Health and Economic Outcomes of HPV Vaccination in Selected Countries in Latin America. OMS. 2008

Sitios Web consultados

Centro de Información Estadística y Documental para el Desarrollo, Oaxaca (CIEDD-Oaxaca):
<http://www.ciedd.oaxaca.gob.mx/sp/>

INEGI. Tasas de Mortalidad 2010. www.inegi.org.mx

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL):
<http://web.coneval.gob.mx>.

Red Oaxaca de Todos: <http://www.redoaxaca.gob.mx/>

Secretaría de Finanzas del Gobierno del Estado de Oaxaca: <http://www.finanzasoaxaca.gob.mx/>

Servicios de Salud de Oaxaca. (SSO) www.salud-oaxaca.gob.mx

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI): www.inegi.org.mx

Transparencia Mexicana: <http://www.programassociales.org.mx>

Gobierno del Estado de Oaxaca: www.oaxaca.gob.mx

12 Anexos

ANEXO 1

Descripción General del Programa

- Nombre y siglas: Programa Bienestar Integral de Prevención al Cáncer Cérvico Uterino
- Dependencia: Instancia Normativa, Secretaría de Desarrollo Social y Humano (SEDESOH)/ Instancia Ejecutora, Servicios de Salud de Oaxaca.
- Año de inicio: 2011.
- Problema que atiende: Alta morbilidad y mortalidad por cáncer cérvico uterino en mujeres mayores de 25 años que residen en los 64 municipios con mayor riesgo epidemiológico en el Estado de Oaxaca.
- Objetivos nacionales y sectoriales a los que puede vincularse: El Programa está vinculado a los objetivos del PND 2007-2012, Del ProSeSa 2007-2012 y el PED de Oaxaca 2011-2016, en los cuales tiene coincidencias para la mejora de la salud de la población femenina, enfocado sobre todo a las mujeres que para el caso de Oaxaca residen en los 64 municipios de mayor riesgo epidemiológico.
- Población: Mujeres mayores de 25 años que residen en los 64 municipios de mayor riesgo epidemiológico.
- Presupuesto aprobado. Para 2012 de \$12, 000,000.00 (Doce millones de pesos M.N.) y para 2013 de \$2, 000,000.00. (Dos millones de pesos M.N.)

I. DATOS DEL RESPONSABLE DEL LLENADO (EL EVALUADOR)								
1.1 Nombre	Ricardo Corral Luna							
1.2 Cargo	Director General del Proyecto							
1.3 Institución a la que pertenece	ConEstrategia (Consultoría, Estrategia y Gestión Pública, S.C.)							
1.4 Último grado de estudios	Doctorado (PhD)							
1.5 Correo electrónico	ricorral@hotmail.com							
1.6 Teléfono (con lada)	01(55) 5658-5600; 045(55)2203-7544							
1.7 Fecha de llenado (dd. mm. aaaa)	1	5	0	3	2	0	1	3

II. IDENTIFICACIÓN DEL PROGRAMA								
2.1 Nombre del programa	Programa Integral Bienestar de Prevención al Cáncer Cérvico Uterino							
2.2 Siglas								
2.3 Dependencia coordinadora del Programa	SEDESOH							
2.3.1 En su caso, entidad coordinadora del Programa	SSO							
2.4 Dependencia(s) y/o entidad(es) participante(s) de manera directa:	Red Oaxaca							
2.5 Unidad administrativa responsable de contratar la evaluación	Jefatura de la Gubernatura							
2.6 Dirección de la página de Internet del Programa	http://www.bienestar.gob.mx/							
2.7 Nombre del titular del Programa en la dependencia	Dr. Víctor Ordaz Vasconcelos							
2.8 ¿En qué año comenzó a operar el Programa? (aaaa)	2	0	1	1				

III. NORMATIVIDAD							
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							
Reglas de operación	31	Enero	2013				
Ley							
Reglamento / norma	31	Mayo	2007				
Decreto							
Lineamientos							
Manuel de operación							
Memorias o informes							
Descripción en la página de Internet							
Otra (especifique)							
Ninguna							

IV. FIN Y PROPÓSITO	
4.1 Describa el Fin del Programa (en un espacio máximo de 900 caracteres):	
Contribuir a la disminución de la mortalidad femenina en el Estado de Oaxaca	
4.2 Describa el Propósito del Programa (en un espacio máximo de 900 caracteres)	
Reducir la morbilidad y mortalidad por cáncer cérvico uterino en mujeres de los 64 municipios con mayor riesgo epidemiológico en los últimos cuatro años en el estado de Oaxaca.	

V. ÁREA 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"/>	Ciencia y tecnología	<input type="checkbox"/>	Comunicaciones y transportes
<input type="checkbox"/>	Alimentación	<input type="checkbox"/>	Equipamiento urbano: drenaje, alcantarillado, alumbrado, pavimentación, etc.
<input type="checkbox"/>	Cultura		
<input type="checkbox"/>	Recreación y deporte	<input type="checkbox"/>	Medio ambiente y recursos naturales
<input type="checkbox"/>	Derechos y justicia	<input type="checkbox"/>	Migración
<input type="checkbox"/>	Desarrollo empresarial, industrial y comercial	<input type="checkbox"/>	Provisión / equipamiento de vivienda
		<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
<input type="checkbox"/>	Educación	<input type="checkbox"/>	

VI. Cobertura y focalización	
6.1 ¿El Programa focaliza a nivel municipal?	<input checked="" type="checkbox"/> Sí
	<input type="checkbox"/> No/ no especifica
6.2 ¿El Programa focaliza a nivel localidad?	<input type="checkbox"/> Sí
	<input checked="" type="checkbox"/> No/ no especifica
6.3 ¿El Programa focaliza con algún otro criterio espacial?	<input type="checkbox"/> Sí / especifique
	<input checked="" type="checkbox"/> No
6.4 El Programa tiene focalización: (marque sólo una opción)	<input type="checkbox"/> Rural
	<input type="checkbox"/> Urbana
	<input type="checkbox"/> Ambas
	<input checked="" type="checkbox"/> No especifica
6.5 El Programa focaliza sus apoyos en zonas de marginación: (puede seleccionar varias)	<input type="checkbox"/> Muy alta
	<input type="checkbox"/> Alta
	<input type="checkbox"/> Media
	<input type="checkbox"/> Baja
	<input type="checkbox"/> Muy baja
<input checked="" type="checkbox"/> No especifica	
6.6 ¿Existen otros criterios de focalización?	<input type="checkbox"/> No (pase a la sección VII)
	<input type="checkbox"/> Sí
6.7 Especificar las características adicionales para focalizar (en un espacio máximo de 900 caracteres).	
<p>Los criterios de focalización del Programa están basados en los estudios de positividad del VPH, lo cual determina el riesgo epidemiológico de contraer cáncer cérvico uterino, de esta manera en la primera fase del Programa (2011) se atendieron 30 municipios con el mayor riesgo epidemiológico y en la fase ampliada (2012) se extendió la atención a 34 municipios más, generando un total de 64 municipios.</p>	

VII. Población Objetivo	
7.1 Describe la población objetivo del Programa (en un máximo de 400 caracteres)	
<p>La población objetivo (según ROP 2013) son las mujeres mayores de 25 años residentes en los municipios de mayor riesgo epidemiológico del estado de Oaxaca.</p>	

VIII. PRESUPUESTO (PESOS CORRIENTES)	
8.1 Indique el presupuesto aprobado para el ejercicio fiscal del año en curso ²¹	2,000,000.00 (2013)
8.1 Indique el presupuesto modificado del año en curso ²²	

IX. BENEFICIARIOS DIRECTOS			
9.1 El Programa beneficia exclusivamente a (marque sólo una opción)			
<input type="checkbox"/>	Adultos y adultos mayores	<input checked="" type="checkbox"/>	Mujeres
<input type="checkbox"/>	Jóvenes	<input type="checkbox"/>	Migrantes
<input type="checkbox"/>	Niños	<input type="checkbox"/>	Otros, especifique
<input type="checkbox"/>	Discapacitados	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Indígenas	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	No aplica
	Especificaciones		Código válido
9.2 ¿A quiénes o a qué beneficia directamente el Programa (puede escoger varias)?	Individuo y/u Hogar	01	01
	Empresa u organización	02	
	Escuela	03	
	Unidad de salud	04	
	Territorio	05	
Los beneficiarios directos son:	Sí01		
9.3 ¿Indígenas?	No....02		01
9.4 ¿Personas con discapacidad?			01
9.5 ¿Madres solteras?			01
9.6 ¿Analfabetas?			01
9.7 ¿Migrantes?			01
9.8 Los beneficiarios directos ¿se encuentran en condiciones de pobreza?			No
9.8.1 En qué tipo de pobreza	Alimentaria	01	
	Capacidades	02	
	Patrimonial	03	

²¹ El formato señalará el presupuesto 2012

²² Ibíd.

	No especifica	04	04
9.9 Los beneficiarios directos ¿tienen un nivel de ingreso similar?	Sí01 No....02		02
9.10 Los beneficiarios directos ¿forman parte de algún grupo vulnerable?	Sí01 (Especifique) No....02		01

X. APOYOS			
10.1 ¿De qué manera se entrega(n) el(los) apoyo(s)?	En especie	01	01
	Monetario	02	
	Ambos	03	
10.2 ¿Qué apoyo(s) recibe(n) los beneficiarios directos?	Albergue	01	
	Alimentos	02	
	Asesoría jurídica	03	
	Beca	04	
	Campañas o promoción	05	05
	Capacitación	06	06
	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	16
	Seguro de cobertura de patrimonio bienes y servicios	17	
	Pensión	18	
	Terapia o consulta médica	19	
	Tierra, lote, predio o parcela	20	
	Vivienda	21	
		22	
Otro, especifique			

10.3 ¿El beneficiario debe pagar monetariamente el (los) apoyo(s)?	No	01	01
	Sí, debe pagar el costo total del apoyo	02	
	Sí, debe pagar una parte del costo total del apoyo	03	
10.4 ¿El beneficiario debe pagar en especie el (los) apoyo(s)?	No	01	
	Sí, debe pagar el costo total del apoyo	02	
	Sí, debe pagar una parte del costo total del apoyo	03	
10.5 ¿El beneficiario adquiere alguna corresponsabilidad al recibir el (los) apoyo(s)?	Si, especifique: En caso de obtener resultados positivos la beneficiaria debe dar seguimiento al proceso de su atención médica	01	01
	No	02	

ANEXO 2

Metodología para la cuantificación de las poblaciones potencial y objetivo

Durante las entrevistas, los responsables del Programa han señalado que la cuantificación de la población potencial y objetivo se hace conforme datos extraídos del INEGI, SICAM y CONAPO; sin embargo, no existe una documentación que corrobore la metodología para la cuantificación de las poblaciones.

Sobre los rangos de edad es necesario especificar cómo se calcularon. Está documentado que ya se ha establecido en muchos países el mismo rango pero sería conveniente indagar el porqué. Para ello se recomienda el texto:

- *“Burden of Human Papillomavirus (HPV) Infection and HPV Related Disease in Latin America and the Caribbean, and Health and Economic Outcomes of HPV Vaccination in Selected Countries in Latin America”.*

Es recomendable especificar la población potencial, ya la tienen en la tabla de indicadores en las reglas de operación.

Se requiere especificar la metodología para la obtención de datos.

ANEXO 3

Procedimiento para la actualización de la base de datos de beneficiarios

Flujo de Actividades



ANEXO 4
Indicadores.

Nivel de objetivo	Nombre de indicador	Método de cálculo	Claro	Relevante	Económico	Monitoreables	Adecuado	Definición	Unidad de Medida	Frecuencia de medición	Línea Base	Metas	Comportamiento del indicador
Fin	Contribuir a la disminución de la mortalidad femenina en el estado de Oaxaca.	(Número de muertes femeninas/ Total de población femenina) X 10,000	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	No
Propósito	Disminuir la morbilidad y mortalidad por cáncer cérvico uterino en mujeres de 35 a 64 años de edad que residen en los municipios de mayor riesgo epidemiológico del estado de Oaxaca	(Número de muertes por cáncer cérvico uterino en mujeres de 35 a 64 años de edad / total de población femenina de 35 a 64 años de edad) X 10,000 (Número de casos de cáncer cérvico uterino en mujeres de 35 a 64 años de edad / total de población femenina de 35 a 64 años de edad) X 10,000	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	No
Componentes	C.1 Prevención primaria: aplicación de la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH) a niñas de 9 a 12 años de edad de municipios prioritarios C.2 Prevención secundaria:	Niñas de 9 a 12 años vacunadas con segundas dosis de vacuna contra el VPH / Total de niñas de 9 a 12 años de edad	No	Si	Si	No	No	Si	No	Si	No	Si	No

	<p>detección de cáncer cérvico uterino por citología exfoliativa en mujeres de 25 a 34 años de edad de municipios prioritarios</p> <p>C.3 Prevención secundaria: detección de VPH por captura de híbridos en mujeres de 35 a 64 años de edad de municipios prioritarios</p>	<p>(Detecciones del Ca-Cu en mujeres de 25 a 34 años de edad realizadas / Mujeres de 25 a 34 años de edad de los municipios prioritarios) X 100</p> <p>(Detecciones de VPH en mujeres de 35 a 64 años de edad realizadas / Mujeres de 35 a 64 años de edad de los municipios prioritarios) X 100</p>											
Actividades	<p>C.1.1. Adquisición de vacuna contra el VPH</p> <p>C. 2.1 Realizar tomas de citologías exfoliativas a mujeres de 25 a 34 años.</p> <p>C.3.1 Realizar detecciones de VPH mujeres de 35 a 64 años.</p>	<p>(Dosis de vacuna contra el VPH adquirida / Dosis de vacuna contra el VPH programada) X 100</p> <p>(Equipos para detección de Ca-Cu adquiridos / Equipos de detección del Ca-Cu programados) X 100</p> <p>(Equipos para detección de VPH adquiridos / Equipos de detección de VPH programados) X 100</p>	No	No	Si	No	No	Sí	No	Sí	No	No	No

ANEXO 5

Metas del Programa

Nombre del programa:	Programa Integral Bienestar de Prevención al Cáncer Cérvico Uterino
Modalidad:	Sujeto a Reglas de Operación
Dependencia/Entidad:	SEDESOH
Unidad responsable:	SSO
Tipo de evaluación:	Diseño
Año de la evaluación:	2013

Nivel de objetivo	Nombre de indicador	Meta	Unidad de medida	Justificación	Orientada a impulsar el desempeño	Justificación	Factible	Justificación	Propuesta de mejora de la meta
Fin	Tasa de mortalidad femenina	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	No
Propósito	Tasa de mortalidad femenina por CaCu	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	No
	Tasa de morbilidad femenina por CaCu	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	No
Componentes	Aplicación de la Vacuna contra VPH	Sí	No	5381 vacunas	Sí	No	Sí	No	Tomar en consideración para 2013 que la vacuna fue

										universalizada.
	Citologías	Si	No	10984 citologías	Sí	No	Sí	No		Tomar en consideración los componentes recomendados en el anexo 6, para establecer las metas encaminadas a la cobertura.
	Captura de híbridos	Sí	No	10997 pruebas	Sí	No	Sí	No		Tomar en consideración los componentes recomendados en el anexo 6 para establecer las metas encaminadas a la cobertura.
Actividades	Adquisición de vacuna	No	No	No	No	No	No	No	No	No
	Citologías exfoliativas	No	No	No	No	No	No	No	No	No
	Detecciones de VPH	No	No	No	No	No	No	No	No	No

ANEXO 6

Propuesta de Matriz de Indicadores para Resultados

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PROGRAMA
Nombre: Programa Integral Bienestar de Prevención al Cáncer Cérvico Uterino.
Siglas:
Dependencia: SSO
Inicio de Operación: 2011
Objetivo del Eje de Política Pública del PND 2007-2012
Eje 3.
Igualdad de oportunidades.
Objetivo 3.2
Salud.
Objetivo Regional
Eje VI. Desarrollo social y humano sustentable.
Tema 6.5: Oaxaca Saludable
Objetivo: Mejorar las condiciones de salud de la población oaxaqueña, disminuyendo la morbilidad y mortalidad a través de la sistematización de la información, acciones oportunas de los programas preventivos de salud y la revisión médico-curativa de calidad en las unidades aplicativas, con la finalidad de obtener un incremento en la esperanza de vida al nacer en el estado de Oaxaca.
Estrategia 1.3: Disminución de la incidencia y mortalidad por el Virus de Papiloma Humano (VPH) en mujeres mayores de 25 años.
Línea de acción 3: Atención médica oportuna realizada, para la detección del VPH y cáncer cérvico uterino.
Programa Integral de Prevención al Cáncer Cérvico Uterino
MATRIZ DE INDICADORES PARA RESULTADOS

	Resumen narrativo	Indicadores de desempeño			Medios de verificación	Supuestos
		Nombre	Fórmula	Frecuencia de medición		
Fin	Contribuir a la disminución de la mortalidad femenina en el estado de Oaxaca	Tasa de mortalidad femenina	(Número de muertes femeninas/ Total de población femenina) X 10,000	Anual	Sistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones (SEED)	Se logran efectuar los programas de prevención del CaCu
Propósito	Morbilidad y mortalidad por cáncer cérvico uterino en mujeres de 25 años de edad en adelante que residen en los 64 municipios de mayor riesgo epidemiológico del estado de Oaxaca, reducidas.	Tasa de mortalidad femenina por cáncer cérvico uterino (Ca-Cu) en mujeres de 35 a 64 años de edad de los municipios de mayor riesgo epidemiológico	(Número de muertes por cáncer cérvico uterino en mujeres de 35 a 64 años de edad / total de población femenina de 35 a 64 años de edad) X 10,000	Anual	Sistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones (SEED)	La mortalidad femenina por cáncer cérvico uterino en el estado de Oaxaca disminuye.
		Tasa morbilidad por cáncer cérvico uterino en mujeres de 35 a 64 años de edad en municipios de mayor riesgo epidemiológico	(Número de casos de cáncer cérvico uterino en mujeres de 35 a 64 años de edad / total de población femenina de 35 a 64 años de edad) X 10,000	Anual	Sistema Único de Información de Vigilancia Epidemiológica (SUIVE)	La morbilidad femenina por cáncer cérvico uterino en el estado de Oaxaca disminuye.

	C.1 Población sensibilizada. (Educación para la Salud)	Porcentaje de población sensibilizada	(Número de personas que recibieron la sensibilización/población total de los 64 municipios) X 100	Trimestral	Información estadística. SSO	Los ciudadanos optan por tomar medidas de prevención aprendidas en los talleres.
Componentes	C.2 Población tamizada	Porcentaje de población tamizada	(Población atendida/población objetivo)	Trimestral	Información estadística. SSO	Aceptabilidad de la población objetivo
	C.3 Casos seguidos	Porcentaje de mujeres que recibieron seguimiento	(Mujeres que recibieron seguimiento/ mujeres con resultados de pruebas positivas en el periodo correspondiente) x 100	Trimestral	Información estadística. SSO	El interés por parte de la mujeres atendidas en su seguimiento
Actividades	C.1.1 Impartir talleres de salud reproductiva y de capacitación	Porcentaje de talleres impartidos	(Porcentaje de talleres impartidos/porcentaje de talleres programados) X 100	Trimestral	Información estadística. SSO	Se realizan los talleres necesarios para cubrir la población que los requiere.
	C.2.1 Realización de citologías exfoliativas	Porcentaje de citologías exfoliativas realizadas	(Citologías realizadas/población total los rangos de edad correspondientes) x 100	Trimestral	Información estadística. SSO	Las mujeres aceptan el procedimiento y reúnen las condiciones necesarias.
	C.2.2 Captura de híbridos para los casos requeridos	Porcentaje de capturas de híbrido realizadas	(Capturas de híbridos realizadas/población total en los rangos de edad correspondientes) x 100	Trimestral	Información estadística. SSO	Las mujeres aceptan el procedimiento y reúnen las condiciones necesarias.

C.2.3 Entrega oportuna de resultados	Porcentaje de mujeres atendidas que recibieron resultados	(Número de resultados entregados/mujeres atendidas) x 100	Trimestral	Información estadística. SSO	Se cuenta con las condiciones mínimas para la entrega de resultados
C.2.4 Repetición de pruebas fallidas	Porcentaje de repeticiones realizadas	(Número de pruebas repetidas/ número de pruebas fallidas) x 100	Trimestral	Información estadística. SSO	Existencia de material suficiente
C.3.1 Canalización a clínicas de colposcopia	Porcentaje de mujeres canalizadas	(Número de mujeres canalizadas a clínicas de colposcopia/número de mujeres con resultados de las pruebas positivos) x 100	Trimestral	Información estadística. SSO	La aceptación de mujeres para ser canalizadas
C.3.2 Continuación de control de mujeres dadas de alta de las clínicas de colposcopia	Porcentaje de mujeres dadas de alta, que continuaron el control citológico	(Número de mujeres dadas de alta que continuaron el control/número de mujeres canalizadas en el periodo correspondiente)	Trimestral	Información estadística. SSO	Interés de la mujer en seguir las recomendaciones de control.

ANEXO 7 Complementariedad y coincidencias entre programas

Nombre del Programa: **Programa Integral Bienestar de Prevención al Cáncer Cérvico Uterino.**

Modalidad: Sujeto a Reglas de Operación

Dependencia/Instancia normativa: SEDESOH

Unidad responsable/ Instancia ejecutora: SSO

Tipo de Evaluación: evaluación de diseño

Año de la evaluación: 2013

Nombre del Programa	Modalidad	Dependencia/entidad	Propósito	Población objetivo	Tipo de apoyo	Cobertura Geográfica	Fuentes de información	¿Programas federales con que coincide?	Programas federales con que se complementa	Justificación
Caravanas de la Salud (Federal)	Sujeto a Reglas de Operación	Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud	La población de localidades geográficamente dispersas y de difícil acceso cuenta con servicios regulares de promoción, prevención y atención médica, mediante equipos de salud itinerantes y unidades médicas	Residentes de Municipios con menor IDH, alta marginación, municipios con alta morbi-mortalidad por causas infecciosas asociadas a la pobreza	Servicios de Salud	Municipios con menor IDH, alta marginación, municipios con alta morbi-mortalidad por causas infecciosas asociadas a la pobreza del país.	Reglas de Operación	IMSS-Oportunidades	Programa de acción Específico 2007-2012 de Cáncer Cérvico Uterino	En su propósito el Programa se justifica llevando servicios de salud itinerantes para la prevención de enfermedades, en la cobertura habla de municipios con riesgo epidemiológico. De esta forma complementa el programa de prevención al CaCu.
Programa IMSS-Oportunidades	Sujeto a Reglas de Operación	IMSS	Contribuir a garantizar el derecho a la salud de los mexicanos que carecen de seguridad social y que habitan en condiciones de marginación en las entidades donde tiene cobertura. Lo anterior, de acuerdo con el Fin descrito en la MIR del Programa	Es la que radica en las localidades universo de trabajo, carece de acceso a servicios de salud y está considerada en la planeación de las acciones del MAIS	Servicios médicos	El Programa cubre localidades rurales en 19 estados del país, así como localidades urbanas en 26 entidades federativas	Reglas de Operación	Caravanas de la Salud	Programa de Acción Específico 2007-2012 de Cáncer Cérvico Uterino	Es donde son enviadas las mujeres con lesiones precancerosas detectadas por el Programa de Prevención de CaCu. IMSS-Oportunidades trabaja sobre la cultura de salud ginecológica, tratamiento oportuno por el CaCu, citologías exfoliativas, continuidad a mujeres con CaCu.
Cartilla Nacional de Vacunación	Sujeto a Reglas de Operación[1]	Secretaría de Salud	Niños y Niñas de hasta 5 años de edad	El Programa de Vacunación Universal tiene como prioridad la protección de la población menor de 5 años, a través de la aplicación de diversos biológicos.	Servicios médicos	Territorio nacional	Norma Oficial Mexicana NOM-036-SSA2-2012, Prevención y Control de Enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, fáboterápicos (sueros) e inmunoglobulinas en el humano.		Programa de acción Específico 2007-2012 de Cáncer Cérvico Uterino	La vacunación contra VPH contribuye a evitar el contagio del CaCu

[1] Según el Manual de Programación y de Presupuesto 2012 de la SHCP, son programas sujetos a las ROP aquellos definidos en el Decreto del PEF.

ANEXO 8

Principales fortalezas, retos y recomendaciones

Tema de evaluación: Diseño	Fortaleza y oportunidad/Debilidad o amenaza	Referencia (Pregunta)	Recomendación
Fortaleza y oportunidad			
Justificación de evaluación y diseño	Justificación adecuada de la intervención del problema	2	Fortalecer el diagnóstico, incluyendo elementos locales
Debilidad o amenaza			
Análisis de la contribución del Programa a los objetivos nacionales y los sectoriales	No existe una explicación clara en la alineación con el plan sectorial, el cual menciona en el programa de actividades, sólo se menciona la alineación con el PED y PND	4,5	Redactar una justificación o incluir la alineación con el Plan Sectorial de Salud 2007-2012.
Población potencial y objetivo	No hay evidencia de actualización de datos.	7	Se deben establecer poblaciones claras, sobre todo en el tema de la actualización de datos.
MIR	Las reglas de 2012 a 2013 amputan el programa de acciones básicas sobre prevención, relacionada a la captura de híbridos y citologías exfoliativas, dejando únicamente el aspecto de difusión.	14	Modificar las ROP 2013 para justificar el cambio radical o bien actualizar los documentos de soporte que los llevaron a la conclusión de este cambio, o, en su caso, justificar la supresión de los componentes de detección.

ANEXO 9

Matriz de Indicadores para Resultados del Programa

Objetivo del Eje de Política Pública del PND 2007-2012				
Eje 3. Igualdad de oportunidades.				
Objetivo 3.2 Salud.				
Objetivo sectorial				
Eje VI. Desarrollo social y humano sustentable.				
Tema 44. Salud y nutrición.				
Objetivo Desarrollar un proyecto social que mejore la cobertura universal de salud y garantice el acceso a la asistencia social.				
Estrategia Ejecutar un programa enfocado a la aplicación de vacunas contra el Virus del Papiloma Humano.				
Objetivo estratégico de la dependencia				
Asistencia social.				
Programa presupuestario				
Programa Estatal de Prevención al Virus del Papiloma Humano (VPH)				
	Matriz de Indicadores para Resultados			
	Resumen narrativo	Indicadores de desempeño	Medios de	Supuestos

		Nombre	Fórmula	Frecuencia de medición	verificación	
1. Fin	Contribuir a la disminución de la mortalidad femenina en el estado de Oaxaca.	Tasa de mortalidad femenina	(Número de muertes femeninas/ Total de población femenina) X 10,000	Anual	Sistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones (SEED)	La mortalidad femenina en el estado de Oaxaca disminuye.
2. Propósito	Disminuir la morbilidad y mortalidad por cáncer cérvico uterino en mujeres de 35 a 64 años de edad que residen en los municipios de mayor riesgo epidemiológico del estado de Oaxaca.	Tasa de mortalidad femenina por cáncer cérvico uterino (Ca-Cu) en mujeres de 35 a 64 años de edad de los municipios de mayor riesgo epidemiológico	(Número de muertes por cáncer cérvico uterino en mujeres de 35 a 64 años de edad / total de población femenina de 35 a 64 años de edad) X 10,000	Anual	Sistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones (SEED)	La mortalidad femenina por cáncer cérvico uterino en el estado de Oaxaca disminuye.
		Tasa morbilidad por cáncer cérvico uterino en mujeres de 35 a 64 años de edad en municipios de mayor riesgo epidemiológico	(Número de casos de cáncer cérvico uterino en mujeres de 35 a 64 años de edad / total de población femenina de 35 a 64 años de edad) X 10,000	Anual	Sistema Único de Información de Vigilancia Epidemiológica (SUIVE)	La morbilidad femenina por cáncer cérvico uterino en el estado de Oaxaca disminuye.

3. Componentes	C.1 Prevención primaria: aplicación de la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) a niñas de 9 a 12 años de edad de municipios prioritarios	Cobertura de vacunación con segundas dosis de vacuna contra el VPH	Niñas de 9 a 12 años vacunadas con segundas dosis de vacuna contra el VPH / Total de niñas de 9 a 12 años de edad	Trimestral	Sistema de Información en Cáncer de la Mujer (SICAM)	La aceptabilidad por parte de los padres de familia, para la aplicación de la vacuna de VPH a sus hijas
	C.2 Prevención secundaria: detección de cáncer cérvico uterino por citología exfoliativa en mujeres de 25 a 34 años de edad de municipios prioritarios	Cobertura de detección por de cáncer cérvico uterino por citología exfoliativa	(Detecciones del Ca-Cu en mujeres de 25 a 34 años de edad realizadas / Mujeres de 25 a 34 años de edad de los municipios prioritarios) X 100	Trimestral	Sistema de Información en Cáncer de la Mujer (SICAM)	La aceptabilidad del programa por parte de la población blanco, para la toma de citología exfoliativa
	C.3 Prevención secundaria: detección de VPH por captura de híbridos en mujeres de 35 a 64 años de edad de municipios prioritarios	Cobertura de detección de VPH por captura de híbridos	(Detecciones de VPH en mujeres de 35 a 64 años de edad realizadas / Mujeres de 35 a 64 años de edad de los municipios prioritarios) X 100	Anual	Sistema de Información en Cáncer de la Mujer (SICAM)	La aceptabilidad del Programa por parte de la población blanco, para la toma de captura de híbridos de VPH

4. Actividades	C.1.1. Adquisición de vacuna contra el VPH	Dosis de vacuna adquirida	(Dosis de vacuna contra el VPH adquirida / Dosis de vacuna contra el VPH programada) X 100	Trimestral	SSO***	Que los laboratorios que distribuyen el biológico tengan la disponibilidad.
	C. 2.1 Realizar tomas de citologías exfoliativas a mujeres de 25 a 34 años.	Equipos para detección del Ca-Cu adquiridos	(Equipos para detección de Ca-Cu adquiridos / Equipos de detección de Ca-Cu programados) X 100	Trimestral		Que exista el recurso oportuno para la compra de equipo y material para la toma de citología exfoliativa
	C.3.1 Realizar detecciones de VPH mujeres de 35 a 64 años.	Equipos para detección de VPH adquiridos	(Equipos para detección de VPH adquiridos / Equipos de detección de VPH programados) X 100	Trimestral		Que exista el recurso oportuno para la compra de equipo y material para la toma de VPH

ANEXO 10

Fuentes de información

Servicios de Salud de Oaxaca. Presentación Power Point del Programa para la Prevención de CaCu. Oaxaca. 2012.

Alonso, Lazcano, Hernández. Cáncer Cérvico Uterino: Diagnóstico, prevención y control. 2002. Edit. Panamericana.

Diario Oficial de La Federación. Norma Oficial Mexicana, NOM-014-SSA2-1994. México 2007.

Periódico Extra Oficial. Reglas de Operación para el Programa de Prevención al Cáncer Cérvico Uterino. Oaxaca. 2012.

Periódico Extra Oficial. Reglas de Operación para el Programa de Prevención al Cáncer Cérvico Uterino. Oaxaca. 2012.

Servicios de Salud de Oaxaca. Programa de Prevención al Cáncer Cérvico Uterino. Árbol de Problema. Oaxaca. 2011.

Servicios de Salud de Oaxaca. Programa de Prevención al Cáncer Cérvico Uterino. Árbol de Problema. Oaxaca. 2012.

Servicios de Salud de Oaxaca. Programa de Prevención al Cáncer Cérvico Uterino. Árbol de Objetivos. Oaxaca. 2011.

Gobierno Constitucional del Estado de Oaxaca. Plan Estatal de Desarrollo de Oaxaca 2011-2016. Oaxaca. 2011.

Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos. Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012.

Plan Sectorial de Salud 2007-2012. México. 2007.

Secretaría de Salud. Programa de Acción específico: Cáncer Cérvico Uterino. México. 2007.

Servicios de Salud de Oaxaca. Programa de Prevención al Cáncer Cérvico Uterino. Matriz de Indicadores Para Resultados 2012. Oaxaca. 2012.

Servicios de Salud de Oaxaca. Programa de Prevención al Cáncer Cérvico Uterino. Indicadores, aspecto cualitativo. Oaxaca. 2012.

Servicios de Salud de Oaxaca. Programa de Prevención al Cáncer Cérvico Uterino. Indicadores, aspecto cuantitativo. Oaxaca. 2012.

Servicios de Salud de Oaxaca. Programa de Prevención al Cáncer Cérvico Uterino. Metas de Indicadores del Programa. Oaxaca. 2012.

Servicios de Salud de Oaxaca. Programa de Prevención al Cáncer Cérvico Uterino. Fichas técnicas de Población. Oaxaca. 2012.

Servicios de Salud de Oaxaca. Programa de Prevención al Cáncer Cérvico Uterino. Programa de Actividades 2012 del Programa. Oaxaca. 2012.

Servicios de Salud de Oaxaca. Programa de Prevención al Cáncer Cérvico Uterino. Lineamientos Generales 2011 y 2012 del Programa. Oaxaca. 2012.

Programa Bienestar. Programa de Prevención al Cáncer Cérvico Uterino. Padrón de Beneficiarios. Oaxaca. 2012.

Red Oaxaca de Todos. Guía de Proceso de Servicio de la Red Oaxaca de Todos. Oaxaca 2012.

Instituto Nacional de Mujeres. Informe 2010. México. 2010.

Consejo Nacional de Población. Proyecciones CONAPO 2005-2050. México, 2005.

Burden of Human Papillomavirus (HPV) Infection and HPV Related Disease in Latin America and the Caribbean, and Health and Economic Outcomes of HPV Vaccination in Selected Countries in Latin America. OMS. 2008

Sitios Web consultados

Centro de Información Estadística y Documental para el Desarrollo, Oaxaca (CIEDD-Oaxaca): <http://www.ciedd.oaxaca.gob.mx/sp/>

INEGI. Tasas de Mortalidad 2010. www.inegi.org.mx

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL): <http://web.coneval.gob.mx>.

Red Oaxaca de Todos: <http://www.redoaxaca.gob.mx/>

Secretaría de Finanzas del Gobierno del Estado de Oaxaca: <http://www.finanzasoxaca.gob.mx/>

Servicios de Salud de Oaxaca. (SSO) www.salud-oaxaca.gob.mx

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI): www.inegi.org.mx

Transparencia Mexicana: <http://www.programassociales.org.mx>

Gobierno del Estado de Oaxaca: www.oaxaca.gob.mx

ANEXO 11**Ficha técnica con los datos generales de la instancia evaluadora y el costo de la evaluación**

Nombre de la instancia evaluadora	Consultoría, Estrategia y Gestión Pública, S.C.
Nombre del coordinador de la evaluación	Ricardo Corral Luna
Nombres de los principales colaboradores	Salvador Francisco Corral Luna Ivonne Anayely Morales Guerrero Luis Ángel Jácome García
Nombre de la unidad administrativa responsable de dar seguimiento a la evaluación	Jefatura de la Gubernatura Gobierno del Estado de Oaxaca
Nombre del titular de la unidad administrativa responsable de dar seguimiento a la evaluación	Jaime Bolaños Cacho Guzmán Jefe de la Gubernatura Lic. Saúl Fuentes Olivares Coordinador de Planeación de la Jefatura de la Gubernatura
Forma de contratación de la instancia evaluadora	Contrato de prestación de servicios profesionales
Costo total de la evaluación	
Fuente de financiamiento	Presupuesto del Gobierno del Estado

Perfil y equipo clave de la instancia evaluadora

Cargo en el equipo clave	Requisitos académicos	Experiencia general	Experiencia específica
Director General	Doctorado o maestría	10 años	SI
Evaluador Titular	Maestría o licenciatura	5 años	SI
Investigador	Licenciatura	2 años	SI

ANEXO 12

Metodología para la valoración final del diseño del Programa

Con el propósito de generar un resultado cuantificado de la evaluación global del Programa, que oriente la valoración, se diseñó un método que combina los niveles alcanzados en cada una de las respuestas a las preguntas en que procede una valoración cuantitativa con la ponderación de los diferentes apartados que se evalúan.

La combinación permite arribar a una calificación promedio ponderada, que se obtiene con los siguientes pasos:

- 1º. Se calculan los promedios simples, para cada uno de los apartados, a partir de los niveles obtenidos en las preguntas correspondientes.
- 2º. Se transforman los puntajes promedio obtenidos a una escala de 1 a 10, para facilitar su comprensión. Para ello se multiplican por 10 y se dividen entre 4.
- 3º. Se establecen ponderadores, para cada uno de los apartados, en que se agrupan las preguntas de la metodología de evaluación, como sigue:

APARTADO	PESO ESPECÍFICO
• Justificación de la creación y del diseño del Programa.	30%
• Contribución a los objetivos nacionales, sectoriales y estatales.	10%
• Población potencial y objetivo.	20%
• Matriz de Indicadores para Resultados (MIR).	40%

El peso específico de los apartados da una idea de la importancia relativa que cada uno tiene. La suma de esos pesos es de 100%. Más adelante se proporcionan las razones de cada ponderador.

- 4º. Los promedios simples, por apartado, obtenidos en el paso uno, se multiplican por los ponderadores.
- 5º. Se obtiene la calificación ponderada total sumando los productos de las multiplicaciones de cada promedio por su ponderador, según lo describe el punto anterior. La valoración final queda, por tanto, expresada en una escala del 0 a 10, donde 0 indicaría ausencia de diseño del Programa y 10 apuntaría un cumplimiento perfecto de los criterios de diseño establecidos por la metodología de evaluación desarrollada por el CONEVAL.

Justificación de los ponderadores asignados

1. La justificación del ponderador asignado a la creación y diseño del Programa obedece a que se considera de una gran importancia, toda vez que es la esencia y fundamento del que depende el diseño del Programa. Un diagnóstico y planteamiento del problema adecuados son indispensables para el diseño del Programa, y determinan la construcción del resto de los apartados.
2. La contribución a los objetivos nacionales, sectoriales y estatales tiene una importancia relativamente menor, pues resultan extrínsecos al diseño de los programas, sin demeritar la importancia de la congruencia del Programa con el marco general de planeación, se trata de instrumentos de carácter general elaborados por terceros, por lo que su correspondencia no puede tener un peso similar al de otros apartados.
3. La población potencial y objetivo. Su definición y cálculo tiene una enorme importancia ya que, aun cuando el Programa esté bien diseñado, un error considerable en este rubro impacta directamente en la magnitud, focalización y presupuestación del mismo.
4. La Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) tiene una considerable importancia, en virtud de que sus deficiencias evidentemente impactarían la medición del avance, eficacia y eficiencia del Programa.
5. Las respuestas a las preguntas, para las que no procede la valoración cuantitativa, sólo permiten informar mejor la valoración de cada apartado.

Esta ponderación supone que una identificación y diagnóstico adecuado del problema, aunados al conocimiento y correcta focalización de la población, constituyen la mitad de los puntos posibles para la valoración final del diseño. Esto previene que pudieran tenerse valoraciones muy altas como consecuencia de matrices razonablemente bien construidas pero sobre bases deficientes. También supone, a *contrario sensu*, que programas sin matrices adecuadas obtengan una valoración alta.

ANEXO 13

Especificaciones de forma del reporte

1. Las fuentes de información, base de la evaluación, se clasifican en tres grupos, a saber: “oficial”, la contenida en las Reglas de Operación (señaladas con ROP o su nombre íntegro); “pública”, la contenida en documentos, planes, programas, índices, informes y estudios de todo tipo, elaborados por instituciones gubernamentales federales y estatales u organismos internacionales (en este caso se indica la fuente), e “interna”, la elaborada por las entidades responsables de los programas y entregada para los fines de la evaluación, contenidos, básicamente, en los documentos “Información Básica del Programa” y “Operación general del Programa”, así como en lineamientos, procedimientos y otros (no se señalan específicamente).
2. Las conclusiones en que se funda la asignación de nivel a las respuestas del Modelo de Términos de Referencia para la Evaluación en Materia de Diseño (MEMD) son el resultado del análisis de conjunto de documentos y evidencias obtenidas por el evaluador, incluyendo aquellos obtenidos de su investigación, por cuenta propia. Ello supone que existe información relevante para la evaluación que no se encuentra en documentos formales u oficiales. Es necesario que la información contenida en documentos internos y complementarios se oficialicen a fin de que toda la información y evidencia relevante sobre la que se sustenta el diseño del Programa queden plasmadas en documentos normativos o formales.
3. En la evaluación de los programas se consideró como ficha técnica de los indicadores (cuando se presentaron) al documento que, independientemente de su formato, contiene para cada uno de los indicadores la información establecida por el MEMD, a saber:
 - Nombre
 - Definición
 - Método de cálculo
 - Unidad de medida
 - Frecuencia de medición
 - Línea base
 - Metas
 - Comportamiento del indicadorLo anterior se consideró indistintamente de que dicha información se presente en hoja separada por indicador o como una tabla en un solo documento para varios indicadores.
4. El análisis evaluativo de las metas de los indicadores tomó como base la información que los responsables de los programas proporcionaron, sin que

necesariamente estuviesen oficializadas mediante su publicación en el Extra Periódico Oficial del Estado de Oaxaca. Se tuvo conocimiento, sin embargo, de que dicha publicación era inminente.

5. Los distintos apartados relacionados en el índice se han escrito con altas y bajas y en forma compactada, como lo indica el Modelo de Términos de Referencia para la Evaluación en Materia de Diseño (MEMD), en su capítulo VIII: Productos y Plazos de Entrega, Tabla A, en tanto que al inicio de cada apartado se presenta el nombre completo de éste, señalado, también, por el MEMD, en altas y bajas.
6. El término programa, cuando se refiere al objeto de estudio, se anota siempre con inicial mayúscula, dado que sustituye al nombre propio del Programa.