



*Evaluación externa a los
resultados del programa
IMSS-Oportunidades para el
2007.*

Capítulo de Diseño

Agosto 2007

CONTENIDO

| Tema | Pág. |
|---|-------------|
| Presentación. | 3 |
| Características Generales del Programa IMSS-Oportunidades. | 4 |
| Análisis de la contribución del programa a los objetivos estratégicos de la dependencia y/o entidad, así como los objetivos nacionales. | 7 |
| De la lógica vertical de la Matriz de Indicadores. | 14 |
| De la lógica horizontal de la Matriz de Indicadores. | 19 |
| Población potencial y objetivo. | 29 |
| Análisis de la vinculación de las Reglas de Operación (ROP) o normatividad aplicable con los objetivos del programa. | 35 |
| Posibles coincidencias, complementariedades o duplicidades de acciones con otros programas federales. | 37 |
| Principales Fortalezas, Retos y Recomendaciones. | 41 |
| Conclusiones. | 45 |
| Anexos. | 46 |
| <i>Anexo I</i> Características Generales del Programa. | 47 |
| <i>Anexo II</i> Objetivos estratégicos del IMSS. | 53 |
| <i>Anexo III</i> Normatividad del programa IMSS-Oportunidades. | 55 |
| <i>Anexo IV</i> Lista de verificación para la valoración de los supuestos de la Matriz de Indicadores. | 59 |
| <i>Anexo V</i> Comparativo de las reglas de operación 2005 del Programa IMSS-Oportunidades (ROP) y su Matriz de Indicadores. | 64 |
| <i>Anexo VI</i> Definiciones para el abordaje de las preguntas 32 y 33. | 66 |
| <i>Anexo VII</i> Matriz de complementariedad entre programas sociales de salud. | 67 |

Presentación

En cumplimiento de los compromisos establecidos en la propuesta técnica presentada por ésta consultora para la Evaluación Externa a los Resultados del Programa IMSS-Oportunidades para el año fiscal 2007, se presenta el **informe de la evaluación del capítulo de Diseño** correspondiente a la metodología establecida por el CONEVAL.

Para este capítulo, el objeto central de la evaluación fue la Versión Preliminar 3 de la Matriz de Indicadores del Programa IMSS-Oportunidades con el Fin de determinar la consistencia interna y externa del Programa a través de su caracterización, de la lógica vertical y horizontal en la Matriz de Indicadores, de la lógica interna en sus Reglas de Operación, así como de su complementariedad y duplicidad con otros Programas; lo que permitió elaborar un análisis estratégico sobre el Diseño del Programa. Tomando en cuenta esta perspectiva de evaluación, fue posible establecer la forma en que el Programa IMSS-Oportunidades contribuye a los objetivos del PND 2007-2012 y por ende al desarrollo humano y bienestar de un importante sector de la población en nuestro país.

El método para evaluar consistió en responder de manera afirmativa o negativa 26 preguntas que exploran diferentes aspectos del diseño así como otras ocho de respuesta abierta. Para dar las respuestas se analizaron diversos documentos, entre los que fueron fundamentales las Versiones Preliminares de la Matriz de Indicadores del Programa IMSS- Oportunidades y las Reglas de Operación vigentes. Es conveniente mencionar que la gran mayoría de las preguntas con respuesta binaria expresan una conjunción de cuando menos dos variables que deben cumplirse para poder responder de manera afirmativa.

En INNOVA-CONSUL S.C. quedamos a sus órdenes para las aclaraciones que consideren pertinentes y para el trabajo conjunto con la gerencia del programa.

Características Generales del Programa IMSS-Oportunidades

IMSS-Oportunidades es un Programa del Gobierno Federal, administrado por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y desconcentrado de la Secretaría de Salud. Articula sus acciones con el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (PDHO) de la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL). Actualmente la titular de la unidad es la Lic. Carolina Gómez Vinales.

El origen del Programa IMSS-Oportunidades se remonta a 1973 cuando se modificó la Ley del Seguro Social. En 1979 el Gobierno Federal se planteó el objetivo de otorgar servicios de salud a población abierta en las zonas rurales más marginadas con lo que surgió el Programa IMSS-COPLAMAR que cubrió todas las entidades federativas con servicios de salud para población marginada.

Entre 1985 y 1987 se concretó la descentralización de los servicios de salud a población abierta decretada por el Ejecutivo Federal en 1984. En 14 Estados de la República, el Seguro Social transfirió a los Gobiernos Estatales la infraestructura local de servicios del Programa IMSS-COPLAMAR, cuya operación quedó circunscrita a los 17 Estados restantes.

A partir de 1989 cambió el nombre de Programa por el de IMSS-Solidaridad, hasta el 10 de julio de 2002 en que mediante acuerdo del H. Consejo Técnico del IMSS, se aprobó el cambio de denominación para que en lo sucesivo se identificara como Programa IMSS-Oportunidades.

Actualmente financia su operación mediante recursos otorgados por el Gobierno Federal. El IMSS es el responsable del ejercicio de los recursos por lo que administra y contabiliza separada y pormenorizadamente los fondos para su operación.

El Instituto Mexicano del Seguro Social a través de su estructura institucional dispone de normatividad específica en aspectos de administración de recursos humanos, financieros y materiales. Los lineamientos específicos con que opera el Programa IMSS-Oportunidades, se muestran en el anexo III de este informe.

El **Fin** del Programa es: “Contribuir al desarrollo integral de los mexicanos y la reducción de la pobreza en el país impulsando la igualdad de oportunidades y el derecho constitucional a la salud de la población, especialmente en zonas rurales y urbano-marginadas”. Su **Propósito** es: “La población que carece de seguridad social, adscrita al Programa IMSS-Oportunidades, y que habita prioritariamente en zonas rurales y urbano-marginadas del país,

mejora su estado de salud a través del “Modelo de Atención Integral a la Salud”, el cual se fundamenta en la participación conjunta de la comunidad”.

El área de atención del Programa IMSS-Oportunidades es la salud y en la actualidad opera en 17 entidades federativas en el ámbito de operación rural, a saber: Baja California, Campeche, Coahuila, Chiapas, Chihuahua, Durango, Hidalgo, Michoacán, Nayarit, Oaxaca, Puebla, San Luís Potosí, Sinaloa, Tamaulipas, Veracruz, Yucatán y Zacatecas, más una clínica rural en el oriente de la Ciudad de México. Tiene presencia en 17,430 localidades, de las que 96.6% por ciento tienen menos de 2,500 habitantes y se ubican en zonas geográficas de difícil acceso. Cuenta con 3,548 Unidades Médicas Rurales (UMR) y 69 Hospitales Rurales (HR). En el ámbito urbano actúa en 25 Estados de la República.

El Programa IMSS-Oportunidades focaliza sus acciones en poblaciones sin acceso regular a los servicios de salud de zonas rurales y urbanas de alta y muy alta marginación. El Programa focaliza a nivel municipal, a nivel localidad y en microrregiones definidas por SEDESOL.

Utiliza criterios adicionales de focalización como son:

- Aplicación de estrategias para el abatimiento de indicadores negativos en salud como el “Modelo de rescate oportuno en municipios de alta marginación”, también llamado “Modelo de Atención en Salud a los Municipios con Menor Índice de Desarrollo Humano”.
- Selección epidemiológica de áreas de alto riesgo (regiones, municipios, localidades, etc.) para la atención de las prioridades establecidas por el Programa (desnutrición, muerte materna y perinatal, brotes epidemiológicos, etc.)

Así, su población objetivo es la que carece de seguridad social y de servicios de salud, que habita prioritariamente en zonas rurales y urbano-marginadas del país. (CONAPO “Índice de marginación a nivel localidad 2005”).

El Programa beneficia directamente a la población abierta (sin seguridad social) que habita dentro de su área de influencia. Su población se compone principalmente de campesinos e indígenas que radican en zonas rurales marginadas, así como la población de escasos recursos de la zona urbana en condiciones de pobreza alimentaria, de capacidades y patrimonial según la medición de la pobreza a nivel estatal y municipal desarrollada por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL).

El apoyo del IMSS-Oportunidades en las comunidades es básicamente en especie por medios de servicios integrales de salud de naturaleza preventiva y curativa, así como de tipo comunitario para impulsar el desarrollo familiar y de la población, y en general en beneficio de su salud. Entre los apoyos se tienen los de consulta médica, hospitalización, capacitación y albergues. La Atención Médica que sustenta el Programa, es una actividad continua e integral fundamentalmente preventiva, basada en la educación y promoción de la salud, además de la realización de acciones específicas de protección y curación dirigido no sólo al individuo, sino muy especialmente al grupo familiar y a la comunidad, se exime totalmente a la población usuaria del cobro de cuotas de recuperación y asume únicamente el compromiso de participar en la realización de acciones que contribuyan a mejorar su estado de salud, para disminuir las enfermedades, así como el control y detección médico-preventivo.

El presupuesto que se asigna al Programa IMSS-Oportunidades constituye un subsidio federal a través de los ramos 12 de salud y 19 de aportaciones a seguridad social. El presupuesto aprobado (en pesos corrientes) para el ejercicio fiscal del año en curso es de \$6,226,344,325 que se modificó como resultado de la adición del gasto corriente del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (PDHO), correspondiendo a \$6,264,841,833.

DISEÑO

Análisis de la contribución del programa a los objetivos estratégicos de la dependencia y/o entidad, así como a los objetivos nacionales

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

Respuesta: Si.

En la Matriz de Indicadores del Programa IMSS-Oportunidades, Versión Preliminar 3, identifica y define el problema que aborda el Programa.

Con base al análisis del Árbol del Problema, en la Matriz de Indicadores del Programa IMSS-Oportunidades Versión Preliminar 3, se aprecia que el problema se encuentra identificado explícitamente por el Programa como: “la población rural y urbano-marginada del país enfrenta mayores riesgos en su salud, lo cual se refleja en tasas más elevadas de morbi-mortalidad ocasionadas por enfermedades generadas por la pobreza”; y de acuerdo al análisis documental, se aprecia que a partir de los años 70, el modelo económico del país generaba brechas de inequidad social entre los grupos poblacionales, lo que justifica el desarrollo de políticas sociales que posibiliten el acceso a la Seguridad Social y a otros beneficios del desarrollo. De ésta manera, el problema planteado identifica el origen del Programa nombrado en aquella época IMSS-COPLAMAR¹, denominado así a raíz de la creación de la Coordinación General del Plan Nacional para Zonas Deprimidas y Grupos Marginados, que mediante un convenio con el IMSS extendió la infraestructura de servicio de salud y amplió su cobertura a 10 millones de beneficiarios. A partir de 1990, el Programa IMSS-COPLAMAR cambió su denominación a IMSS-Solidaridad y actualmente y IMSS-Oportunidades, el cual continua atendiendo la problemática que le dio origen.

¹ IMSS-Solidaridad. Modelo de Atención Integral a la Salud. Bases jurídicas y conceptuales. Diciembre de 1990. México.

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

Respuesta: Sí.

Desde su creación, el Programa IMSS-Oportunidades ha elaborado cuatro diagnósticos de salud sobre la población objetivo de sus actividades. El más reciente reporta la situación de la población rural marginada durante el periodo de 1991 a 1999. En éste se encuentran claramente caracterizadas las condiciones de vida de la población que atiende el Programa. Por ejemplo, se reconoce que "...la indigencia se presenta con mayor intensidad en el campo que en las ciudades, por lo que cabe concluir que en el medio rural, es donde (viven) los habitantes más pobres del país, siendo éstos mayoritariamente indígenas que sobreviven en las peores condiciones. Precisamente, a este segmento considerable de población en la república, es al que atiende el Programa IMSS-Solidaridad..."². La caracterización de la pobreza que se utilizó fue la que en esa época estableció el CONAPO por medio del índice de marginación en cinco categorías.

El diagnóstico refiere evidencia que justifica la intervención del Programa con actividades diseñadas para la población campesina e indígena, ya que las condiciones de producción los hace vulnerables al empobrecimiento, lo que en su momento se reflejó en que, para 1996, el 41.5% y el 26.7% de la población ocupada en el sector agropecuario ganaban menos de un salario mínimo y de uno a dos salarios mínimos, respectivamente.³

Además de ese documento, el IMSS realizó una actualización del diagnóstico en salud denominado memoria de gestión 2000-2006, editado por la Dirección de Prestaciones Médicas y recientemente la unidad del Programa por conducto de su Coordinación de Supervisión Operativa, elaboró el documento: Situación del Programa IMSS oportunidades al cierre del 2006 y Retos de la Gestión 2007-2012. De esta manera se dispone de información, actualizada por el propio Programa, en torno a la situación que guarda el problema.

² Diagnóstico de salud de las zonas marginadas rurales de México. Prioridades y resultados 1991 – 1999. Programa IMSS-Solidaridad. Instituto Mexicano del Seguro Social. México, 2001. Pp. 42-43

³ Ibidem. Pg.47

3. ¿El Fin y el Propósito del Programa están claramente definidos?

Respuesta: Si.

En la Versión Preliminar 3 de la Matriz de Indicadores del Programa IMSS-Oportunidades⁴ se identifican el Fin y el Propósito del Programa como sigue: **FIN:** “Contribuir al desarrollo integral de los mexicanos y la reducción de la pobreza en el país impulsando la igualdad de oportunidades y el derecho constitucional a la salud de la población, especialmente en zonas rurales y urbano-marginadas.” **PROPÓSITO:** “La población que carece de seguridad social, adscrita al Programa IMSS-Oportunidades, y que habita prioritariamente en zonas rurales y urbano-marginadas del país, mejora su estado de salud a través del “Modelo de Atención Integral a la Salud”, el cual se fundamenta en la participación conjunta con la comunidad.”

Para evaluar estos elementos, utilizamos las definiciones establecidas en la “Nota técnica con los principales conceptos de la Matriz de Indicadores” publicada en el Anexo Número Cuatro de las bases de licitación.⁵ Ahí se define que el **Fin del Programa** es la descripción de cómo el Programa contribuye, en el mediano o largo plazo, a la solución de un problema de desarrollo o a la consecución de objetivos estratégicos de la Institución, por su parte, el **Propósito del Programa** es el resultado directo que se espera alcanzar en la población objetivo como consecuencia de la utilización de los Componentes (obras, estudios, servicios y capacitación) producidos o entregados por el Programa.

Sobre esta base, se considera que el Fin y el Propósito están claramente definidos por el Programa IMSS-Oportunidades, ya que sus definiciones describen los efectos esperados sobre la población objetivo.

⁴ Matriz de indicadores del Programa IMSS-Oportunidades (Versión Preliminar 3). División de Evaluación e Información. Unidad IMSS-Oportunidades. México, agosto de 2007.

⁵ Instituto Mexicano del Seguro Social. Bases para la Licitación Pública Nacional No. 00641259013-07 para la contratación del servicio de evaluación externa a los resultados del Programa IMSS-Oportunidades para el 2007.

4. ¿El Fin y el Propósito corresponden a la solución del problema?

Respuesta: Si.

Bajo la Metodología del Marco Lógico, el Fin describe la solución a un asunto de nivel superior e importancia nacional, lo que representa un objetivo de desarrollo que generalmente obedece a un nivel estratégico, cuyo enfoque considera una contribución significativa en el largo plazo.

Como se mencionó anteriormente, el problema que atiende el Programa es que “la población rural y urbano-marginada del país enfrenta mayores riesgos en su salud, lo cual se refleja en tasas más elevadas de morbi-mortalidad ocasionadas por enfermedades generadas por la pobreza. Por su parte el Fin busca que por medio del impulso a la igualdad de oportunidades y del derecho constitucional a la salud se contribuya al desarrollo integral de la población, lo que en última instancia se traduce en la disminución de los riesgos y daños a la salud, lo que, por ende, contribuye a la solución del problema.

Así mismo, el Propósito contribuye a la solución del problema de una manera más pragmática mediante la aplicación del Modelo de Atención Integral a la Salud que aborda a la salud no sólo desde el enfoque biológico individual sino que integra la participación de la comunidad por medio del autocuidado de la salud, la reducción de riesgos ambientales y el mantenimiento de las condiciones saludables en la familia.

¿El programa cuenta con evidencia de estudios o investigaciones nacionales y/o internacionales que muestren que el tipo de servicios o productos que brinda el programa?*

Respuesta: Sí.

La evidencia internacional la constituye la recomendación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para que los países de las Américas participen en la estrategia “Salud para Todos” y en la definición de los modelos de servicios de salud bajo la óptica de la Atención Primaria a la Salud establecida en la Conferencia Internacional realizada el 12 de septiembre de 1978 en Alma Ata (Kazajistán), en la antigua URSS.

En la Conferencia, apadrinada por la OMS y la UNICEF, participaron ministros de salud de más de 100 países. Virtualmente todas las naciones representadas se comprometieron con el objetivo «Salud para Todos en el Año 2000». Además, ratificaron la amplia definición de la OMS de la Salud como *un estado de completo bienestar físico, mental y social*. Todo esto fue enunciado en la Declaración de Alma Ata.⁶

Para lograr el ambicioso objetivo de Salud para Todos, las naciones del mundo -junto a la OMS, la UNICEF y las principales agencias financieras- se comprometieron a trabajar por la cobertura de las necesidades básicas de la población con un planteamiento integral y progresista denominado *Atención Primaria a la Salud (APS)*.

Muchos de los principios de la Atención Primaria a la Salud fueron tomados de China y de diferentes experiencias de Programas de Salud, basados en la comunidad, no gubernamentales, pequeños y poco conocidos, de Filipinas, América Latina y otros países.

Las experiencias exitosas en APS han demostrado que se requiere una reorientación de los sistemas de salud basado en un enfoque amplio de la organización y operación de los mismos, que hacen que su principal objetivo sea el derecho a alcanzar el mayor nivel de salud posible, al tiempo que maximiza la equidad y la solidaridad del sistema dándole también mayor importancia a la calidad de los procesos de atención a la salud.⁷

⁶Organización Mundial de la Salud. Atención primaria de salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS, 6 – 12 de septiembre de 1978. Ginebra, Suiza.

⁷La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Montevideo, Uru. Julio 2007

5. Con base en los objetivos estratégicos de la dependencia y/o entidad que coordina el programa, ¿a que objetivo y objetivos estratégicos está vinculado o contribuye el programa?*

El objetivo general del Programa IMSS-Oportunidades está estrechamente vinculado con los siguientes objetivos estratégicos del IMSS:

| Objetivos estratégicos IMSS. ⁸ | Objetivo IMSS-Oportunidades. ⁹ |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Ampliar la cobertura de la seguridad social. • Reforzar las acciones de protección social. • Mejorar la calidad de los servicios de salud. | <p>Proporcionar servicios de salud integrales de primero y segundo nivel, oportunos y de calidad a la población abierta sin acceso regular a los servicios de salud de zonas rurales y urbanas marginadas. El Modelo de Atención Integral de Salud se sustenta, fundamentalmente, en la participación comunitaria para la realización de actividades tendientes a mejorar las condiciones de salud de los individuos y su entorno familiar y comunitario.</p> |

De esta manera, el Programa IMSS-Oportunidades se alinea con la solidaridad social que impulsa la igualdad de oportunidades a la población que no cuenta con seguridad social y habita en zonas rurales marginadas o urbanas en condiciones de pobreza extrema del país.

⁸ PEIMSS. 2005-2006. IMSS

⁹ Reglas de Operación del Programa IMSS-Oportunidades. Diario Oficial. mar.2005.

6. Con base en lo anterior, analizar y evaluar si existe una relación lógica del programa con los objetivos nacionales del Plan Nacional de Desarrollo.

Respuesta: Sí.

Existe una relación lógica del objetivo del Programa IMSS-Oportunidades con los objetivos nacionales que presenta el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012.

La relación lógica se encuentra en el quinto objetivo nacional, que a la letra dice: “Reducir la pobreza extrema y asegurar la igualdad de oportunidades y ampliación de capacidades para que todos los mexicanos mejoren significativamente su calidad de vida y tengan garantizados alimentación, salud, educación, vivienda digna y un medio ambiente adecuado para su desarrollo tal como lo establece la Constitución”¹⁰; así mismo, dentro del eje 3 en la estrategia “Desarrollo integral” en la que se ubica al componente “Salud”, el Programa se alinea con las siguientes estrategias y objetivos:

“Objetivo 4. Mejorar las condiciones de salud de la población. Estrategia 4.2, promover la participación activa de la sociedad organizada, la participación social y la acción comunitaria sin fundamentarlo en las acciones del sector salud...”

“Objetivo 6. Reducir las desigualdades en los servicios de salud, mediante intervenciones focalizadas en comunidades marginadas y grupos vulnerables. Estrategia 6.1. Promover la salud reproductiva y la salud materna y perinatal, así como la prevención contra las enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias agudas y otras enfermedades asociadas al rezago social que persiste en la sociedad....”

En respuesta al objetivo nacional, el Programa IMSS-Oportunidades en el ámbito de su competencia proporciona servicios de salud en las comunidades que habitan en zonas rurales marginadas y urbanas en condiciones de pobreza extrema, atendidas mediante el Modelo de Atención Integral a la salud (MAIS), el cual se basa en Atención Médica y acción comunitaria. De esta manera el Programa contribuye a mejorar la salud de las personas con mayor marginación en México para abatir los rezagos en la atención a la salud; presentándose como un componente estratégico de la política social de nuestro país.

¹⁰ Plan Nacional de Desarrollo 2007 – 2012.

De la lógica vertical de la matriz de indicadores

7. ¿Las Actividades planteadas para el programa son suficientes y necesarias para producir cada uno de los Componentes?

Respuesta: Si.

Después de revisar la Versión Preliminar 3 de la Matriz de Indicadores IMSS-Oportunidades se considera que las Actividades planteadas por el Programa permiten identificar la actividad concreta, siendo estas suficientes y necesarias para los Componentes de Atención Médica, Acción Comunitaria, Aspectos Administrativos y Transversales.

Las Actividades se plantean atendiendo la Metodología del Marco Lógico; que las define como acciones que el ejecutor tiene que llevar a cabo para producir cada componente e implican la utilización de recursos, principalmente monetarios¹¹.

^{16, 17} Metodología de Marco Lógico para la planificación, el seguimiento y la evaluación de proyectos y programas. Serie manuales. Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social (ILPES), Pág. 24. Área de Proyectos y programación de inversiones. Santiago de Chile, Julio 2005.

8. ¿Los Componentes son necesarios y suficientes para el logro del Propósito?

Respuesta: No.

En la Matriz de Indicadores del Programa IMSS-Oportunidades, Versión Preliminar 3, se señalan cuatro componentes: Atención Médica, Acción Comunitaria, Aspectos Administrativos y Aspectos Transversales del Programa.

La Metodología del Marco Lógico, define como Componentes a las obras, estudios, servicios y capacitación específicos que se requiere que produzca la gerencia del proyecto dentro del presupuesto que se le asigna.¹² En el ámbito del Programa se trata de producir servicios de salud en beneficio de su población objetivo.

Este ha sido un punto controversial en el diseño la Programa. La opinión de esta consultora es que los Productos (Componentes) Atención Médica y Acción Comunitaria son necesarios y suficientes para atender el propósito y lograr la mejora del estado de salud de la población atendida por el Programa, mientras que los productos Aspectos Administrativos y Aspectos Transversales no afectan directamente el logro del propósito, ya que las actividades establecidas para éstos son de apoyo y contribuyen a la adecuada realización de las actividades de Atención Medica y Acción Comunitaria.

Este enfoque de actividades de apoyo es sustentado por la teoría del conocimiento administrativo en el diseño y operación de intervenciones en el área de la Salud Pública. En este concepto las actividades que se relacionan con la gestión de recursos humanos, materiales y financieros, así como los mecanismos de control de los programas, no son considerados como importantes por sí mismos sino por la medida en que facilitan las actividades indispensables del programa en cuestión, a las que también se identifican como sustantivas porque son las que logran el impacto en la solución del problema que se esté abordando.

Dado que la Gerencia del Programa considera necesario mantener estos productos en el diseño, es necesario que se haga explícita la manera en que contribuyen a la consecución del Propósito del Programa.

¹² Metodología de Marco Lógico para la planificación, el seguimiento y la evaluación de proyectos y programas. Serie manuales. Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social (ILPES), Pág. 24. Área de Proyectos y programación de inversiones. Santiago de Chile, Julio 2005.

9. ¿Esta claro y lógico que el logro del Propósito contribuye al logro del fin?**Respuesta:** Si.

De acuerdo a la Metodología del Marco Lógico, para que el propósito contribuya al logro del fin éste debe solucionar en el mediano o largo plazo un problema de desarrollo o la consecución de objetivos estratégicos de la Institución.¹³ De acuerdo con la Versión Preliminar 3 de la Matriz de Indicadores del Programa IMSS-Oportunidades, es posible identificar que el Propósito contribuye al logro del Fin, ya que al obtener mejoras en las condiciones de salud de la población objetivo contribuye al desarrollo integral y reducción de la pobreza de los mexicanos.

¹³ Metodología de marco lógico para la planificación, el seguimiento y la evaluación de proyectos y programas. Serie manuales. Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social (ILPES), Págs. 23-24. Área de Proyectos y programación de inversiones. Santiago de Chile, Julio 2005.

10. Considerando el análisis y la evaluación realizados en este punto ¿la lógica vertical de la matriz de indicadores es clara y se valida en su totalidad? Es decir ¿la lógica interna del programa es clara?

Respuesta: Si.

El análisis de la Matriz de Indicadores del Programa IMSS-Oportunidades en las definiciones de Fin, Propósito, Producto (Componentes) y Actividades, permiten claridad en la lógica vertical y es posible validarla. Solamente, acotando que la incorporación de los aspectos administrativos y transversales como Componentes del Programa requiere de un replanteamiento en sus objetivos para su inclusión en las ROP.

La lógica vertical de la Matriz de Indicadores, se construye de forma tal que se puedan examinar los vínculos causales de Actividades hasta el Fin, de manera ascendente entre los diferentes niveles, es decir si el proyecto está bien diseñado, deberá ocurrir lo siguiente; las Actividades especificadas para cada Componente son necesarias para producir el Componente; cada Componente es necesario para lograr el Propósito del Programa; no falta ninguno de los Componentes necesarios para lograr el Propósito; si se logra el Propósito, contribuirá al logro del Fin; se indican claramente el Fin, el Propósito, los Componentes y las Actividades; el Fin es una respuesta al problema más importante en el Sector Salud. El problema principal en el diseño del Programa es la definición del Propósito que interfiere con la lógica vertical¹⁴.

¹⁴ Metodología de marco lógico para la planificación, el seguimiento y la evaluación de proyectos y programas. Serie manuales. Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social (ILPES), Págs. 24 - 25. Área de Proyectos y programación de inversiones. Santiago de Chile, Julio 2005.

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

Con base en lo anterior este punto se encuentra resuelto y se integra la matriz con los indicadores propuestos por el Programa.

De la lógica horizontal de la matriz de indicadores

12. En términos de diseño ¿existen indicadores para medir el desempeño del programa a nivel de fin, Propósito, Componentes y Actividades e Insumos?

Respuesta. Sí.

Con base en el análisis inicial de la Matriz de Indicadores Versión Preliminar 3 del Programa IMSS-Oportunidades a nivel de Fin, Propósito, Componentes y Actividades es posible determinar que en términos de diseño se cuenta con indicadores elaborados ex profeso para cada uno de los niveles.

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

Respuesta. Si.

Para la valoración de esta pregunta se utilizaron los siguientes criterios establecidos por el CONEVAL: **Claridad**, el indicador deberá ser preciso e inequívoco; **relevancia**, el indicador deberá reflejar una dimensión importante del logro del objetivo, **economía**, la información necesaria para generar el indicador deberá estar disponible a un costo razonable; **monitoreable**, el indicador debe poder sujetarse a una comprobación independiente; **adecuado**, el indicador deberá aportar una base suficiente para evaluar el desempeño.

Indicadores de Fin. Los definidos como de eficacia cumplen con los cinco atributos estudiados y consideramos que están alineados con el enunciado del Fin del Programa. Consideramos que los establecidos como de calidad, aunque pueden enunciarse en este nivel, corresponden principalmente al nivel de componente ya que son más fácilmente interpretables en ese contexto.

Indicadores de Propósito. Los indicadores denominados de economía cumplen con los atributos señalados en la MML.

Indicadores de Producto (Componente). Los establecidos para Atención Médica y Acción Comunitaria consideramos que son adecuados y que cumplen con el resto de los atributos estudiados. Con base en el planteamiento del programa, con respecto a los indicadores de los componentes de Aspectos Administrativos y Transversales se considera que estos también cumplen los criterios señalados en la MML.

Indicadores de Actividades. Los indicadores establecidos para este nivel son adecuados ya que atienden a la Metodología de la Matriz de Marco Lógico presentada por E. Aldunate.

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

Con base en lo anterior este punto se encuentra resuelto y se integra la matriz con los indicadores propuestos por el Programa.

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

Respuesta: Si.

En la formulación de indicadores, la línea de base es el estándar básico contra el cual se medirán todas las metas futuras del indicador. Es la base para medir el cambio y con ello se mejora el indicador. Otra fuente de ayuda es un punto de referencia, que es una meta de desempeño de otros, seleccionando como meta para el indicador que se ha escogido y por último para el diseño de indicadores inteligentes. El análisis de tendencia es muy importante al definir el efecto de un proyecto, ya que es un proceso para identificar tendencias derivadas estadísticamente y que se proyecta que continuarán en el futuro¹⁵.

Los indicadores de la matriz del Programa IMSS-Oportunidades tienen identificada su línea de base y temporalidad en la medición. Dicha información se encuentra detallada en las fichas técnicas de cada indicador.

¹⁵ Metodología de Marco Lógico para la planificación, el seguimiento y la evaluación de proyectos y programas. Serie manuales No. 42. Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social (ILPES), Págs. 35 - 37. Área de Proyectos y programación de inversiones. Santiago de Chile, Julio 2005.

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

Respuesta: Si.

La totalidad de los indicadores cuentan con medios de verificación.

En la Matriz de Marco Lógico los medios de verificación nos indican dónde el operador o el evaluador pueden obtener información fidedigna acerca de los indicadores, la columna de Medios de Verificación debe ser abordada con “notas al pie” y con indicación de fuentes exactas. Requiere que se considere la disponibilidad de la información y determinando si dicha información está disponible con la regularidad, actualización, desagregación y con la frecuencia requerida.¹⁶

¹⁶ Metodología de marco lógico para la planificación, el seguimiento y la evaluación de proyectos y programas. Serie manuales No. 42. Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social (ILPES), Págs. 38 - 41. Área de Proyectos y programación de inversiones. Santiago de Chile, Julio 2005.

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

Respuesta: No.

No se ha identificado ningún instrumento que requiera de algún medio de verificación como una encuesta que permita determinar el tamaño de la muestra óptimo necesario en la medición del indicador, especificando sus características estadísticas como el nivel de significancia y el error máximo de estimación.

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

Respuesta: El programa tiene diseñado un sistema de supervisión-capacitación por nivel jerárquico de su organización. La base de este sistema la constituyen los equipos zonales que tienen entre sus actividades, la responsabilidad de verificar el llenado correcto de los diferentes formatos primarios o intermedios que integran el sistema de información del programa. Después de este nivel la validación de la información se lleva a cabo de manera ascendente en las delegaciones y el nivel central nacional.

Otro elemento de la validación de la información lo constituye el sistema de evaluación del programa que se desarrolla en el ámbito interno (el propio programa), (H. Consejo Técnico del IMSS) y sectorial (SHCP, SSA, entre otros). El elemento central del sistema lo constituyen 17 indicadores de resultado, el seguimiento de presupuesto, la adquisición y suministro de bienes muebles y el abastecimiento de medicamentos. Existen otros 25 indicadores que miden los resultados en el ámbito de operación del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (PDHO). Además existe una evaluación externa desarrollada por un despacho ajeno a la Institución que auditan los resultados alcanzados, conforme al Programa de Evaluación externa establecido por el IMSS.

19. ¿Se consideran válidos los supuestos del Programa tal como figuran en la matriz de indicadores?

Respuesta: Si.

La Metodología del Marco Lógico define como supuesto a los factores externos, que están fuera del control de la institución responsable de un Programa, que inciden en el éxito o fracaso del mismo.¹⁷ Estos deben cumplir con ciertas características como: ser externos, importantes, con una probabilidad de ocurrencia media y ser expresado como un objetivo a alcanzar o mantener (ejemplo: “La población asiste a los cursos de capacitación en higiene”).¹⁸ Los supuestos, a su vez deben ser expresados en términos positivos y ser lo suficientemente precisos para poder ser monitoreados.¹⁹ El cumplimiento de los supuestos es fundamental para lograr los objetivos de cada nivel. Sin embargo, la intención no es consignar cada eventualidad que pueda concebirse, sino identificar aquellos supuestos que son claves para la consecución de los objetivos del proyecto.

Tomando en consideración estos lineamientos para la selección y redacción de supuestos, se elaboró una lista de verificación (Ver Anexo IV) para corroborar que cada uno de los supuestos identificados y expresados en la Matriz de Indicadores del Programa IMSS-Oportunidades (Versión Preliminar 3) cumple con lo enunciado en la Metodología del Marco Lógico. En dicho anexo se señalan aquellos supuestos que pueden ser redundantes y susceptibles a ser revalorados.

¹⁷ ILPES, Metodología del marco lógico para la planeación, el seguimiento y la evaluación de proyectos y programas, Santiago, Chile, 2005, pp 88 y 89.

¹⁸ Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social (ILPES), Boletín del instituto número 15, 2004, pp 27-32.

¹⁹ SHCP, Anexos al Oficio Circular 307-A.-1593, Anexo Dos, Metodología para la Elaboración de la Matriz de Indicadores de los Programas Presupuestarios de la APF, p 17.

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

Respuesta: Si.

Tomando en consideración la Metodología del Marco Lógico, la lógica horizontal de la Matriz de Indicadores del Programa IMSS-Oportunidades Versión Preliminar 3 se valida en su totalidad; ya que el conjunto Objetivo–Indicadores-Medios de Verificación así lo define. Es decir, los medios de verificación identificados son los necesarios y suficientes para obtener los datos requeridos para el cálculo de los indicadores y estos a su vez, permiten un buen seguimiento del proyecto y evaluar adecuadamente el logro de los objetivos²⁰.

²⁰ Metodología de marco lógico para la planificación, el seguimiento y la evaluación de proyectos y programas. Serie manuales. Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social (ILPES), Págs. 26. Área de Proyectos y programación de inversiones. Santiago de Chile, Julio 2005

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

Se recomienda únicamente hacer un replanteamiento de los objetivos de los componentes: Aspectos Administrativos y Aspectos Transversales para su inclusión en las ROP y hacer una revaloración de los supuestos que identifiquen con mayor claridad los riesgos clave que inciden en el logro de los distintos niveles de objetivos (Actividades, Componentes, Propósito y Fin). De esta manera, se hará un mejor seguimiento y utilización de los recursos, lo que permitirá que las acciones estén focalizadas y contribuyan a la sustentabilidad del Programa.

Población potencial y objetivo

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

Respuesta: Sí.

La población potencial y objetivo del Programa IMSS-Oportunidades está definida y acotada adecuadamente respecto a la problemática que le dio origen; priorizando sus acciones en la población que no cuenta con acceso regular a los servicios de salud, consideradas como estratégicamente factibles de apoyo.

De acuerdo a las Reglas de Operación del Programa (ROP)²¹, la población objetivo es la población beneficiaria adscrita conformada al mes de diciembre de cada año que no cuenta con acceso regular a servicios de salud, donde se incluye a campesinos e indígenas que radican en zonas rurales marginadas, así como, población de escasos recursos de zonas urbanas en condiciones de muy alta y alta marginación de acuerdo al índice de marginación 1995 del CONAPO. Específicamente, la población objetivo esta conformada por el total de habitantes en las Localidades Sede, de Acción Intensiva y Microrregiones que son responsabilidad directa del Programa (universo de trabajo), más la suma de los integrantes de las familias de otras localidades del área de influencia en la que algún miembro del núcleo familiar haya demandado atención en los últimos tres años calendario.

La población potencial esta representada por el total de la población abierta, que no cuenta con acceso regular a los sistemas de salud a lo largo y ancho de todo el país. Esta población se caracteriza por contar con los mismos criterios de inclusión del Programa IMSS-Oportunidades, pero que no son beneficiados directamente por el mismo, al no encontrarse en su ámbito de influencia.

²¹ Publicadas en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el 8 de Marzo de 2005, apartado 4.1.

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

RESPUESTA: No.

La población objetivo del Programa es la población beneficiaria adscrita conformada al mes de Diciembre de cada año, la cual está conformada por el total de habitantes de las Localidades Sede, de Acción Intensiva y Microrregiones que son responsabilidad directa del Programa (universo de trabajo).²² La población potencial no se encuentra cuantificada y sí caracterizada de acuerdo a las localidades rurales y urbanas con alta y muy alta marginación. Mientras que la población objetivo, en las Reglas de Operación del Programa (ROP), se cuantifica y se caracteriza. El Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA) muestra únicamente datos de la población objetivo, de acuerdo a: género, edad, estado civil, escolaridad, lengua (logrando determinar si la población es o no indígena), tipo de vivienda, servicios públicos (carreteras, alumbrado público, albergues, telefonía pública, drenaje público) servicios y/o satisfactores en vivienda (televisión, refrigerador, gas, electricidad), servicios de agua (agua intradomiciliaria, en el patio, hidrante público, de pozo, aljibe, agua de río) y disposición de excreta (excusado inglés, ecológico, fosa séptica, letrina, pozo negro, ras de suelo); no destaca su caracterización por quintiles de ingreso, situación que no afecta el desempeño del Programa, debido a que la focalización del mismo esta definida de acuerdo al índice de marginación por localidades con alta y muy alta marginación. Respecto a la actividad económica de la población objetivo, es importante hacer notar que en las Reglas de Operación del Programa (ROP) se refiere solamente que la actividad preponderante de la población son aquellas relacionadas con el campo.

²² Publicadas en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el 8 de Marzo de 2005, apartado 4.1.

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

En la Matriz de Indicadores del Programa IMSS-Oportunidades existe una justificación sobre el Programa que logra sustentar que los beneficios otorgados por el mismo se dirijan a dicha población potencial y objetivo.

La justificación es abordada mediante el planteamiento del Árbol del Problema el cual, se presenta en dos partes: en primer lugar, los factores que causan el problema y en segundo lugar, los efectos sobre la población. En ambos casos, el problema se muestra al centro de los diagramas. Cabe resaltar que la integralidad de la atención a la salud proporcionada por el Programa IMSS-Oportunidades se hace presente en este Árbol, ya que dirige sus acciones de forma multifactorial.

25. ¿La justificación es adecuada?

Respuesta: Si.

De esta manera la justificación puede establecer un vínculo lógico y formal sobre el Fin del Programa. Considerando que el Programa IMSS-Oportunidades otorga servicios de salud a una proporción de la población abierta que no cuenta con acceso regular a los servicios de salud de zonas rurales y urbanas con alta y muy alta marginación, su relevancia se encuentra en el cumplimiento de los ordenamientos de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que en su Artículo 2, apartado B fracción III y Artículo 4, garantizan el acceso efectivo a los servicios de salud de la población indígena e instituyen el derecho a la protección de la salud en beneficio de todos los mexicanos; respectivamente, así como también, la Ley General de Salud reglamenta el derecho constitucional a la protección de la salud.

El Programa IMSS-Oportunidades cumple adecuadamente con los objetivos para el cual fue creado, apegándose así a lo planteado en el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, del gobierno federal, que en sus objetivos de salud busca principalmente: mejorar las condiciones de salud de la población; brindar servicios de salud eficientes, con calidad, calidez y seguridad para el paciente; reducir las desigualdades en los servicios de salud mediante intervenciones focalizadas en comunidades marginadas y grupos vulnerables; evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud mediante el aseguramiento médico universal; garantizar que la salud contribuya a la superación de la pobreza y al desarrollo humano en el país.

26. ¿Los criterios y mecanismos que utiliza el programa para determinar las unidades de atención (regiones, municipios, localidades hogares y/o individuos, en su caso) son adecuados? (señalar principales mecanismos)

Respuesta: Si.

Los criterios para determinar las unidades de atención (localidades) del Programa IMSS-Oportunidades son adecuados en el sentido de que permiten focalizar a la población objetivo y abordar el problema identificado en el Fin del Programa. Para la consecución de los criterios, los mecanismos descritos en las Reglas de Operación del Programa (ROP) también son adecuados, aunque son generales, tienen una secuencia lógica y formal, lo que permite proveer de la información necesaria a los criterios empleados para la definición de las unidades de atención del Programa.

Los mecanismos para definir las unidades de atención (localidades sede y zona de influencia de las unidades médicas) que aparecen en las Reglas de Operación del Programa (ROP)²³ son: densidad poblacional caracterizada por nivel de marginación y carencia de servicios básicos (salud), disponibilidad de servicios públicos como son caminos pavimentados o de terracería, suministro de agua potable, energía eléctrica y drenaje, entre los más importantes.

Los criterios y mecanismos para determinar las unidades de atención representan una herramienta fundamental de la política pública para hacer más eficiente el gasto público y la atención a los grupos más vulnerables. Para esto, los programas sociales emplean mecanismos de cobertura y focalización. Entre los promovidos por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) se encuentran los mapas de pobreza y la priorización de los municipios, provincias y departamentos más pobres. En otros programas, la focalización efectiva recibe atención especial a través de la construcción y aplicación de indicadores específicos a ciertos grupos de la sociedad²⁴.

²³ Apartados 4.4.1.3. a 4.4.1.6. de las ROP.

²⁴ Atención a Grupos Vulnerables en América Central. Anne Deruyttere, Toms Engler, Beatriz Harretche, Andrés Medici e Isabel Nieves Stockholm, Sweden 25-28 May 1999.

27. ¿Existe información sistematizada y actualizada que permite conocer quienes reciben los apoyos del programa (padrón de beneficiarios), cuales son las características socio-económicas de la población incluida en el padrón de beneficiarios y con que frecuencia se levanta la información?

Respuesta: Sí.

El Programa establece en sus Reglas de Operación del Programa (ROP) la existencia de un marco normativo que describe los criterios para la adscripción de la población beneficiaria denominado “Criterios para la adscripción de la población beneficiaria”. Con base a estos criterios, se adscribe a la población universo de trabajo y población que radica en el resto del área de influencia, demanden o no Atención Médica, quedando registrados en la forma SISPA SS-14-I “Registro Diario de Población Adscrita a Unidad Médica”²⁵ que forma parte del Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA), la cual es actualizada en forma mensual y depurada anualmente.

Las tarjetas de adscripción a unidades médicas y el expediente clínico de los usuarios de los servicios de salud otorgados por el Programa no capturan información socioeconómica, debido a que no existen criterios de exclusión de aquellos individuos que habitan en el ámbito de influencia del Programa. No obstante, el SISPA muestra datos socioeconómicos relevantes sin llegar a la caracterización por quintil de ingreso.

²⁵ Sistema de Información en Salud para la Población Abierta (SISPA). Instructivo para el registro de información en unidades médicas de primero y segundo niveles del Programa IMSS-Oportunidades 2006. Pág. 183.

Análisis de la vinculación de las Reglas de Operación (ROP) o normatividad aplicable con los objetivos del programa

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

Respuesta: No.

Siguiendo la Metodología del Marco Lógico, el diseño de un Programa debe ser expresado en su Matriz de Indicadores. Si bien muchos programas no han sido diseñados con este método, el realizar un ejercicio de reconstrucción de los distintos niveles de objetivos (Fin, Propósito, Componentes y Actividades) e indicadores de resultado permiten medir el nivel de logro alcanzado.²⁶ Para efectos de evaluación, esta Matriz debe reflejar lo que el Programa es en la actualidad. Por tal motivo, el hacer un ejercicio comparativo entre la Matriz de Indicadores del Programa IMSS-Oportunidades (Versión Preliminar 3) y sus ROP 2005, que son el reflejo operativo del Programa y donde se expresa la manera en que se ofrecen y se garantizan los servicios, permiten identificar la congruencia y determinar así, si su diseño estará correctamente expresado. (Ver anexo V)

En este caso identificamos falta de congruencia entre el diseño del Programa y las ROP, el cual está determinado por la temporalidad con la que cada uno de ellos fue elaborado. Las ROP se establecieron el año 2004 para su publicación en el 2005 como una actualización de las publicadas en el año 2001 y reflejan lo que entonces era el Programa; en cambio, la elaboración de diseño se concluyó actualmente y representa el enfoque la la Dirección actual busca imprimirle al Programa.

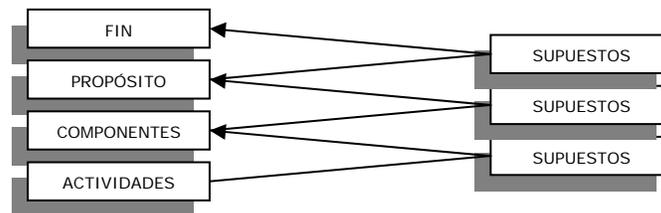
Por ello, es indispensable que se emitan nuevas ROP que correspondan al diseño actual del Programa, actividad que está iniciando la alta gerencia responsable del Programa.

²⁶ Dirección de Control de Gestión, DIPRES, Metodología para la Elaboración de Matriz de Marco Lógico, Santiago, Chile, p2.

29. ¿Existe congruencia entre las ROP o normatividad del Programa y su lógica interna?

Respuesta: No.

La Lógica Interna del Programa o Lógica Vertical por la Metodología del Marco Lógico, se define como la relación causa y efecto entre los distintos niveles de objetivos de la Matriz de Marco Lógico, como se ilustra a continuación:



FUENTE: *Dirección de Control de Gestión, DIPRES, Metodología para la Elaboración de Matriz de Marco Lógico, Santiago, Chile, p8*

Esta lógica nos dice que si se realizan las Actividades se producirán los Componentes, siempre y cuando los supuestos sean confirmados en la realidad y se ratifiquen. El confirmar los supuestos de este nivel permitirá lograr el Propósito y con ello se habrá contribuido de manera significativa a alcanzar el fin. Consecuentemente el romper esta lógica compromete el cumplimiento de los objetivos del Programa.

Al realizar el análisis de las ROP 2005 con respecto a la lógica interna de Programa se identificó su congruencia a nivel de Componentes, sin lograr determinar la lógica a nivel de Propósito y fin. Concluyendo que la lógica interna (lógica vertical) del Programa no posee congruencia en todos los elementos (Fin, Propósito, Componentes y Actividades) descritos en la Metodología del Marco Lógico, situación que, como se mencionó en la respuesta de la pregunta anterior, es producida por la ROP y la MML corresponden a diferentes momentos de desarrollo del Programa. Esta situación se resolverá con la publicación de las nuevas ROP.

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

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

Respuesta: Si.

Con base en la Matriz de Indicadores del Programa, el diseño del Programa IMSS-Oportunidades, es el adecuado para alcanzar el Propósito, ya que su definición se apega a la Metodología del Marco Lógico.

En relación a que si el Programa es adecuado para atender a la población objetivo; en apego a lo reflejado en la Matriz de Indicadores, se considera al Programa IMSS-Oportunidades es adecuado para atender a su población objetivo, puesto que el Programa orienta sus Actividades a dar respuesta a las necesidades de su población beneficiaria en apego a las estrategias de Atención Primaria a la Salud, basado en un modelo de atención cuyos servicios son gratuitos, destinados a:

- Enfrentar las causas de la pérdida de la salud así como sus consecuencias.
- Proporcionar Atención Médica integral, disponible, adecuada y continua, a un costo factible para el país y que sea aceptada por la comunidad.
- Promover la participación de la comunidad en el cuidado de la salud, individual, familiar y comunitaria.
- Propiciar el aprovechamiento de los recursos de salud disponibles, incluidos los de la medicina tradicional y fomentar el empleo de tecnologías apropiadas al medio rural y urbano.
- La participación consciente, voluntaria y organizada de la comunidad a través de grupos de voluntarios que promueven la salud individual, familiar y comunitaria.

Desde esta perspectiva, el diseño del Programa ofrece mayor oportunidad a la población abierta sin acceso regular a los Servicios de Salud de zonas rurales y urbanas marginadas para acceder a los servicios de salud integrales de 1er. y 2º nivel, oportunos y de calidad sin necesidad de generar un gasto que provoque la inestabilidad financiera en las familias que lo soliciten. Finalmente, mediante sus actividades propician la mejora en las condiciones de salud de los individuos, su entorno familiar y comunitario.

31. ¿Con cuáles programas federales podría existir complementariedad y/o sinergia?*

De acuerdo a la definición expuesta de complementariedad, se aprecia que los programas de Oportunidades y de Comunidades Saludables son complementarios al IMSS-Oportunidades (ver anexo VI) sus acciones y el origen de sus recursos no representan motivos de duplicidad, no obstante que presentan restricciones en la selección de sus beneficiarios. Como característica de estos programas en sus Reglas de Operación se establece el uso de un mecanismo de coordinación, actualización de padrón de beneficiarios y la vinculación con otros programas federales para evitar la duplicidad de apoyos. Ambos programas requieren de la coordinación con alguna institución de salud que disponga de la infraestructura física y los recursos humanos para facilitar y/o apoyar las acciones destinadas al mejoramiento de la salud de su población objetivo.

Particularmente, el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, coordinado por la SEDESOL, requiere para la operación del Programa la participación, a nivel federal y en el ámbito de su competencia, del IMSS. El logro de sus objetivos y en particular el componente de salud, es posible debido a la estrecha coordinación institucional. Así, el IMSS en coordinación con las autoridades estatales competentes, proporcionan los servicios de salud en el marco de los acuerdos establecidos entre los gobiernos Federal y Estatal.

32. ¿Con cuáles programas federales podría existir duplicidad?*

Respecto a la duplicidad, de acuerdo a nuestra definición y a los elementos analizados de cada programa, se identifican en el Seguro Popular características que pueden originar la duplicidad en los servicios. Dicha duplicidad tiene origen al momento de que una familia que vive dentro del ámbito de influencia de IMSS-Oportunidades es incorporada al padrón de beneficiarios del Seguro Popular, para luego entonces el Gobierno Federal, de acuerdo a sus Reglas de Operación, destinar un subsidio base por familia afiliada. Este escenario muestra una coincidencia con rubros del gasto del Seguro Popular, en virtud de que dichos recursos forman parte de los apoyos otorgados por el Programa IMSS-Oportunidades.

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

Respuesta: Sí.

El Programa establece en sus Reglas de Operación la existencia de convenios y acuerdos con Dependencias y Entidades Federales cuyos programas contribuyen a elevar la condición de salud de la población. Sin embargo, nunca se hacen explícitas las formas de esta interacción y la capacidad de las Dependencias y Entidades Federativas para responder a las acciones planteadas y sólo menciona que realizan acciones de promoción y referencia.

En las mismas Reglas de Operación, se señala que la participación comunitaria del Programa IMSS-Oportunidades exige la coordinación con Dependencias Federales y Estatales y con diversos organismos no gubernamentales, mediante los cuales se obtiene asesoría y apoyo técnico para potenciar recursos y realizar acciones de salud conjuntas de beneficio individual, familiar y comunitario.

También señalan que dicha coordinación cumple con el compromiso de evitar que se dupliquen los esfuerzos de IMSS-Oportunidades con otros apoyos Federales equivalentes, dirigidos a la misma población beneficiaria y que con ese Propósito se hayan establecido esquemas de coordinación con la Secretaría de Salud.

En las Reglas de Operación de los programas IMSS-Oportunidades y Desarrollo Humano Oportunidades se evidencia la coordinación entre ambas instituciones, en ellas se destaca la importancia de dicha cooperación y la manera en que se ejercen los recursos.

Asimismo, se señala la existencia de convenios y acuerdos establecidos con Dependencias y Entidades Federales cuyos programas contribuyen a elevar la condición de salud de la población. De tal manera que dentro del ámbito de competencia de cada Institución, se realizan acciones coordinadas con la Secretaría de Educación Pública (SEP), la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), las Organizaciones no Gubernamentales, la Secretaría de la Función Pública (SFP), Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS), el Instituto Nacional para la Educación de los Adultos (INEA), con la Secretaría del Medio Ambiente y Recursos Naturales (SEMARNAT), Instituto Nacional Indigenista (INI) y la Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación (SAGARPA).

Principales Fortalezas, Retos y Recomendaciones

**Principales Fortalezas, Retos y Recomendaciones
Formato FORR-07**

Nombre de la dependencia y/o entidad que coordina el programa: Coordinación del Programa IMSS-Oportunidades

Nombre del programa: Programa IMSS-Oportunidades, Diseño

| DISEÑO | | | |
|--|--|-------------|--|
| Tema de evaluación | Fortaleza y Oportunidades/Debilidad o Amenaza | Referencia | Recomendación Referencia de la recomendación |
| Fortaleza y Oportunidad | | | |
| 2.1.1 Características del Programa | | | |
| 2.1.2 Análisis de la contribución del Programa a los objetivos estratégicos de la dependencia y/o entidad, así como los objetivos nacionales. | ...el Fin y el Propósito están claramente definidos por el Programa IMSS-Oportunidades, ya que sus definiciones describen los efectos esperados sobre la población objetivo...(F) | Pregunta 3 | N. A. |
| | ...el Programa IMSS-Oportunidades se alinea con la solidaridad social que impulsa la igualdad de oportunidades a la población que no cuenta con seguridad social y habita en zonas rurales marginadas o urbanas en condiciones de pobreza extrema del país...(F) | Pregunta 6 | N. A. |
| 2.1.3 Evaluación y análisis de la Matriz de Indicadores. | | | |
| 2.1.4 Población potencial y objetivo | La población potencial y objetivo del Programa IMSS-Oportunidades está definida y acotada adecuadamente respecto a la problemática que le dio origen; priorizando sus acciones en la población que no cuenta con acceso regular a los servicios de salud, consideradas como estratégicamente factibles de apoyo... (F) | Pregunta 23 | N. A. |
| | El Programa IMSS-Oportunidades cumple adecuadamente con los objetivos para el cual fue creado, apegándose así a lo planteado en el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012...(F) | Pregunta 26 | N. A. |

| Tema de evaluación | Fortaleza y Oportunidades/Debilidad o Amenaza | Referencia | Recomendación Referencia de la recomendación |
|---|--|--------------------|---|
| Fortaleza y Oportunidad | | | |
| <p>2.1.5 Análisis de la vinculación de las Reglas de Operación (ROP) o normatividad aplicable con los objetivos del Programa.</p> | | | |
| <p>2.1.6 Posibles coincidencias, complementariedades o duplicidades de acciones con otros programas federales</p> | <p>...los Programas de Oportunidades y de Comunidades Saludables son complementarios al IMSS-Oportunidades...(O)</p> | <p>Pregunta 32</p> | <p>N. A.</p> |

| Tema de evaluación | Fortaleza y Oportunidades/Debilidad o amenaza | Referencia | Recomendación Referencia de la recomendación |
|--|---|--------------------------------------|--|
| Debilidad o Amenaza | | | |
| 2.1.1 Características del Programa | | | |
| 2.1.2 Análisis de la contribución del Programa a los objetivos estratégicos de la dependencia y/o entidad, así como los objetivos nacionales. | | | |
| 2.1.3 Evaluación y la Matriz de Indicadores. | <p>La incorporación de los aspectos administrativos y transversales como Componentes del Programa requiere de un replanteamiento en sus objetivos para su inclusión en las ROP...(D)</p> <p>...los supuestos de esta Matriz, aunque plasman los riesgos a los que incurre el Programa, estos en algunos casos son redundantes y por lo tanto son susceptible de ser revalorados...(D)</p> | <p>Pregunta 9</p> <p>Pregunta 20</p> | <p>Dado que las ROP fueron desarrolladas con fines distintos a los expresados en la MML y siendo ésta una herramienta para facilitar el proceso de ejecución y evaluación de programas sociales, su incorporación a las ROP facilitaría su conceptualización y diseño para obtener un mayor énfasis en la orientación por objetivos.</p> <p>Definir correctamente los riesgos del Programa (supuestos) y darles seguimiento, permite tomar medidas para adaptarse a las circunstancias y con ello asegurar el cumplimiento de los objetivos.</p> |
| 2.1.4 Población potencial y objetivo | <p>La población potencial no se encuentra cuantificada...(D)</p> | <p>Pregunta 24</p> | <p>Este parámetro se utiliza para determinar el alcance del Programa y determinar su potencial.</p> |
| 2.1.5 Análisis de la vinculación de las Reglas de Operación (ROP) o normatividad aplicable con los objetivos del Programa. | <p>...la lógica interna (lógica vertical) del Programa no posee congruencia en todos los elementos (Fin, Propósito, Componentes y Actividades) descritos en la Metodología del Marco Lógico en sus ROP... (D)</p> | <p>Pregunta 30</p> | <p>Realizar un ejercicio de reconstrucción de los distintos niveles de objetivos (fin, propósito, componentes y actividades), facilitará alinear las estrategias operativas y los recursos disponibles.</p> |
| 2.1.6 Posibles coincidencias, complementariedades o duplicidades de acciones con otros programas federales | <p>...se pueden apreciar en el Seguro Popular, características que pueden originar la duplicidad de los servicios...(A)</p> | <p>Pregunta 33</p> | <p>Fomentar el desarrollo de un padrón de beneficiarios único para evitar las duplicidades en el rubro de gastos y potenciar así el subsidio del Gobierno Federal.</p> |

CONCLUSIONES

La utilización de la Metodología del Marco Lógico como sistematización para planeación del Programa IMSS-Oportunidades es novedosa y de reciente aplicación en México, de igual manera resulta su utilización como instrumento de evaluación.

Del análisis de los árboles del problema se identifican con claridad las causas que generan el problema y que el Programa IMSS-Oportunidades busca resolver, así como sus efectos en la población. De acuerdo al análisis realizado se puede observar que la construcción de la matriz de indicadores elaborada por los responsables del Programa, en términos generales se apega a la Metodología del Marco Lógico establecida por el CONEVAL. En la lógica vertical se aprecia congruencia entre los diferentes elementos que la constituyen y contribuyen al cumplimiento del Propósito y Fin. Respecto a su Lógica Horizontal la matriz presenta consistencia en sus diferentes niveles, así como en el planteamiento de los indicadores.

Al ser ésta la primera vez que se utiliza esta Metodología, es susceptible que los productos generados presenten áreas de oportunidad que requieren ser revaloradas en su planteamiento. Tal es el caso de los componentes de Aspectos Administrativos y Aspectos Transversales del Programa que requieren incorporarse en los objetivos específicos de las Reglas de Operación, mismas que deberán ser actualizadas y hacerlas congruentes con la Metodología del Marco Lógico.

Con relación a la **contribución del Programa a los objetivos estratégicos y nacionales** se considera que el problema prioritario que el Programa atiende se encuentra debidamente alineado con todos los elementos que integran la Matriz de Indicadores. El Diseño del Programa facilita su accionar para conseguir el logro de dichos Objetivos.

El generar la Matriz de Indicadores definitiva y el esfuerzo realizado hasta el momento generó un rediseño y creó productos que fortalecen el desarrollo del Programa.

Al contar con un diseño adecuado del Programa facilitará la emisión de nuevas Reglas de Operación que impriman el sello que caracterice a la administración actual.

ANEXOS

ANEXO 01
Formato INV01-07 Características Generales del Programa

El presente formato deberá ser entregado en agosto 2007 y en marzo 2008 como anexo al informe de evaluación correspondiente. Cada entrega incorporará la información actualizada del programa, de tal manera que al comparar ambos formatos se evidencien las modificaciones del programa ocurridas en el periodo comprendido entre las dos fechas. La información vertida en estos formatos deberá basarse en la normatividad más reciente -de preferencia en las reglas de operación- así como en los datos y documentación proporcionados por el programa para realizar la evaluación de consistencia.

IDENTIFICADOR PROGRAMA
(DEJAR VACÍO)

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

I. DATOS DEL RESPONSABLE DEL LLENADO (EL EVALUADOR)

1.1 Nombre: Dr. Juan Genaro Flores del Campo Orozco

1.2 Cargo: Director Operativo

1.3 Institución a la que pertenece: Innova Consul S.C.

1.4 Último grado de estudios: Maestría en Salud Pública

1.5 Correo electrónico: innova_consul@prodigy.net.mx

1.6 Teléfono (con lada): (0155) 5535-6568

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

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2 | 7 | - | 0 | 7 | - | 2 | 0 | 0 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

II. IDENTIFICACIÓN DEL PROGRAMA

2.1 Nombre del programa: IMSS-OPORTUNIDADES

2.2 Siglas: IMSS-OPORTUNIDADES

2.3 Dependencia coordinadora del programa: INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

2.3.1 En su caso, entidad coordinadora del programa: _____

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

2.5 Unidad administrativa responsable de contratar la evaluación: UNIDAD DEL PROGRAMA IMSS-OPORTUNIDADES

2.6 Dirección de la página de internet del programa: www.imss.gob.mx

2.7 Nombre del titular del programa en la dependencia: Carolina Gómez Vinales

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | 9 | 7 | 9 |
|---|---|---|---|

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 | | | | | | | | | |
|--|-------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | d | d | - | m | m | - | a | a | a | a |
| <input checked="" type="checkbox"/> Reglas de operación | 0 | 8 | - | 0 | 3 | - | 2 | 0 | 0 | 5 |
| <input checked="" type="checkbox"/> Ley General de Salud (última reforma DOF) | 1 | 9 | - | 0 | 6 | - | 2 | 0 | 0 | 7 |
| <input checked="" type="checkbox"/> Reglamento/norma | | | - | | | - | | | | |
| <input type="checkbox"/> Decreto | | | - | | | - | | | | |
| <input type="checkbox"/> Lineamientos | | | - | | | - | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Manual de operación | | | - | | | - | | | | |
| <input type="checkbox"/> Memorias o Informes | | | - | | | - | | | | |
| <input type="checkbox"/> Descripciones en la página de internet | | | - | | | - | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Otra: (especifique) <u>Ley del Seguro Social</u> | 1 | 1 | - | 0 | 8 | - | 2 | 0 | | |
| <input type="checkbox"/> Ninguna | | | - | | | - | | | | |

IV. FIN Y PROPÓSITO

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

Contribuir al desarrollo integral de los mexicanos y la reducción de la pobreza en el país impulsando la igualdad de oportunidades y el derecho constitucional a la salud de la población, especialmente en zonas rurales y urbano-marginadas.

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

La población que carece de seguridad social, adscrita al Programa IMSS-Oportunidades, y que habita prioritariamente en zonas rurales y urbano-marginadas del país, mejora su estado de salud a través del "Modelo de Atención Integral a la Salud", el cual se fundamenta en la participación conjunta con la comunidad.

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

VI. COBERTURA Y FOCALIZACIÓN

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

- En las 31 entidades federativas y en el D.F; → **pase a la pregunta 6.2**
- En las 31 entidades federativas, con excepción del D.F; → **pase a la pregunta 6.2**
- Sólo en algunas entidades federativas. Seleccione las entidades:
- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Aguascalientes | <input type="checkbox"/> Distrito Federal | <input type="checkbox"/> Morelos | <input checked="" type="checkbox"/> Sinaloa |
| <input checked="" type="checkbox"/> Baja California | <input checked="" type="checkbox"/> Durango | <input checked="" type="checkbox"/> Nayarit | <input type="checkbox"/> Sonora |
| <input type="checkbox"/> Baja California Sur | <input type="checkbox"/> Guanajuato | <input type="checkbox"/> Nuevo León | <input type="checkbox"/> Tabasco |
| <input checked="" type="checkbox"/> Campeche | <input type="checkbox"/> Guerrero | <input checked="" type="checkbox"/> Oaxaca | <input checked="" type="checkbox"/> Tamaulipas |
| <input checked="" type="checkbox"/> Chiapas | <input checked="" type="checkbox"/> Hidalgo | <input checked="" type="checkbox"/> Puebla | <input type="checkbox"/> Tlaxcala |
| <input checked="" type="checkbox"/> Chihuahua | <input type="checkbox"/> Jalisco | <input type="checkbox"/> Querétaro | <input checked="" type="checkbox"/> Veracruz |
| <input checked="" type="checkbox"/> Coahuila | <input type="checkbox"/> México | <input type="checkbox"/> Quintana Roo | <input checked="" type="checkbox"/> Yucatán |
| <input type="checkbox"/> Colima | <input checked="" type="checkbox"/> Michoacán | <input checked="" type="checkbox"/> San Luis Potosí | <input checked="" type="checkbox"/> Zacatecas |
- No especifica

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

- En las 31 entidades federativas y en el D.F; → **pase a la pregunta 6.3**
- En las 31 entidades federativas, con excepción del D.F; → **pase a la pregunta 6.3**
- Sólo en algunas entidades federativas. Seleccione las entidades:
- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Aguascalientes | <input type="checkbox"/> Distrito Federal | <input type="checkbox"/> Morelos | <input checked="" type="checkbox"/> Sinaloa |
| <input checked="" type="checkbox"/> Baja California | <input checked="" type="checkbox"/> Durango | <input checked="" type="checkbox"/> Nayarit | <input type="checkbox"/> Sonora |
| <input type="checkbox"/> Baja California Sur | <input type="checkbox"/> Guanajuato | <input type="checkbox"/> Nuevo León | <input type="checkbox"/> Tabasco |
| <input checked="" type="checkbox"/> Campeche | <input type="checkbox"/> Guerrero | <input checked="" type="checkbox"/> Oaxaca | <input checked="" type="checkbox"/> Tamaulipas |
| <input checked="" type="checkbox"/> Chiapas | <input checked="" type="checkbox"/> Hidalgo | <input checked="" type="checkbox"/> Puebla | <input type="checkbox"/> Tlaxcala |
| <input checked="" type="checkbox"/> Chihuahua | <input type="checkbox"/> Jalisco | <input type="checkbox"/> Querétaro | <input checked="" type="checkbox"/> Veracruz |
| <input checked="" type="checkbox"/> Coahuila | <input type="checkbox"/> México | <input type="checkbox"/> Quintana Roo | <input checked="" type="checkbox"/> Yucatán |
| <input type="checkbox"/> Colima | <input checked="" type="checkbox"/> Michoacán | <input checked="" type="checkbox"/> San Luis Potosí | <input checked="" type="checkbox"/> Zacatecas |
- No especifica
- No aplica porque el programa es nuevo

6.3 ¿El programa focaliza a nivel municipal?

- Sí
 No / No especifica

6.4 ¿El programa focaliza a nivel localidad?

- Sí
 No / No especifica

6.5 ¿El programa focaliza con algún otro criterio espacial?

- Sí
 especifique Microrregiones definidas por SEDESOL
 No

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

- Rural
 Urbana
 Ambas
 No especificada

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

- Muy alta
 Alta
 Media
 Baja
 Muy baja
 No especificada

6.8 ¿Existen otros criterios de focalización?

- No → pase a la sección VII
 Sí

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

- Aplicación de estrategias para el abatimiento de indicadores negativos para la salud como el "Modelo de rescate oportuno en municipios de alta marginación"

- Selección epidemiológica de áreas de alto riesgo (regiones, municipios, localidades, etc.) para la atención de las prioridades establecidas por el programa (desnutrición, muerte materna y perinatal, brotes epidémicos, etc.)

| |
|--|
| VII. POBLACIÓN OBJETIVO |
| 7.1 Describe la población objetivo del programa (en un espacio máximo de 400 caracteres): Población que carece de seguridad social y de servicios de salud, que habita prioritariamente en zonas rurales y urabano-marginadas del país. (CONAPO "Índice de marginación a nivel localidad 2005") |

| | |
|--|-------------------------|
| VIII. PRESUPUESTO (PESOS CORRIENTES) | |
| 8.1 Indique el presupuesto aprobado para el ejercicio fiscal del año en curso (\$): ⁶ | 6 2 2 6 3 4 4 3 2 5 0 0 |
| 8.2 Indique el presupuesto modificado del año en curso (\$): ⁷ | 6 2 6 4 8 4 1 8 3 3 0 0 |

| |
|--|
| IX. BENEFICIARIOS DIRECTOS |
| 9.1 El programa beneficia exclusivamente a: (marque sólo una opción) |
| <input type="checkbox"/> Adultos y adultos mayores <input type="checkbox"/> Mujeres <input type="checkbox"/> Jóvenes <input type="checkbox"/> Migrantes <input type="checkbox"/> Niños <input checked="" type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Discapacitados <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Indígenas |
| Especifique: Población abierta (sin seguridad social) dentro del área de influencia del Programa. |

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

| 9.2 ¿A quiénes (o a qué) beneficia directamente el programa? (puede escoger varias) | 9.3 Los beneficiarios directos ¿son indígenas? | 9.4 Los beneficiarios directos ¿son personas con discapacidad? | 9.5 Los beneficiarios directos ¿son madres solteras? | 9.6 Los beneficiarios directos ¿son analfabetos? | 9.7 Los beneficiarios directos ¿son migrantes? | 9.8 Los beneficiarios directos ¿se encuentran en condiciones de pobreza? | 9.8.1 ¿en qué tipo de pobreza? | 9.9 Los beneficiarios directos ¿tienen un nivel de ingreso similar? | 9.10 Los beneficiarios directos ¿forman parte de algún otro grupo vulnerable? | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|---|---|-------------|
| Individuo y/u hogar.....01 Empresa u organización.....02 Escuela.....03 Unidad de salud.....04 Territorio...05 | Sí.... 01 No.... 02 | Sí.... 01 No.... 02 | Sí... 01 No... 02 | Sí ... 01 No ...02 | Sí.... 01 No.... 02 | Sí.... 01 No.... 02 ↓ Pase a la pregunta 9.9 | Alimentaria..... 01 Capacidades.....02 Patrimonial.....03 No es-pefica.....04 | Sí.... 01 No...02 | Sí.... 01 (especifique) No....02 | |
| Código | Código | Código | Código | Código | Código | Código | Código | Código | Código | Especifique |
| 01 | 01 | 02 | 02 | 02 | 02 | 01 | 01 | 01 | 02 | |
| 04 | | | | | | | 02 | | | |
| 05 | | | | | | | 03 | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

⁶ El formato que deberá ser entregado en agosto de 2007 indicará el presupuesto de 2007. En cambio, el formato que deberá ser entregado en marzo 2008 señalará el presupuesto de 2008.

⁷ Ibid.

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

X. APOYOS

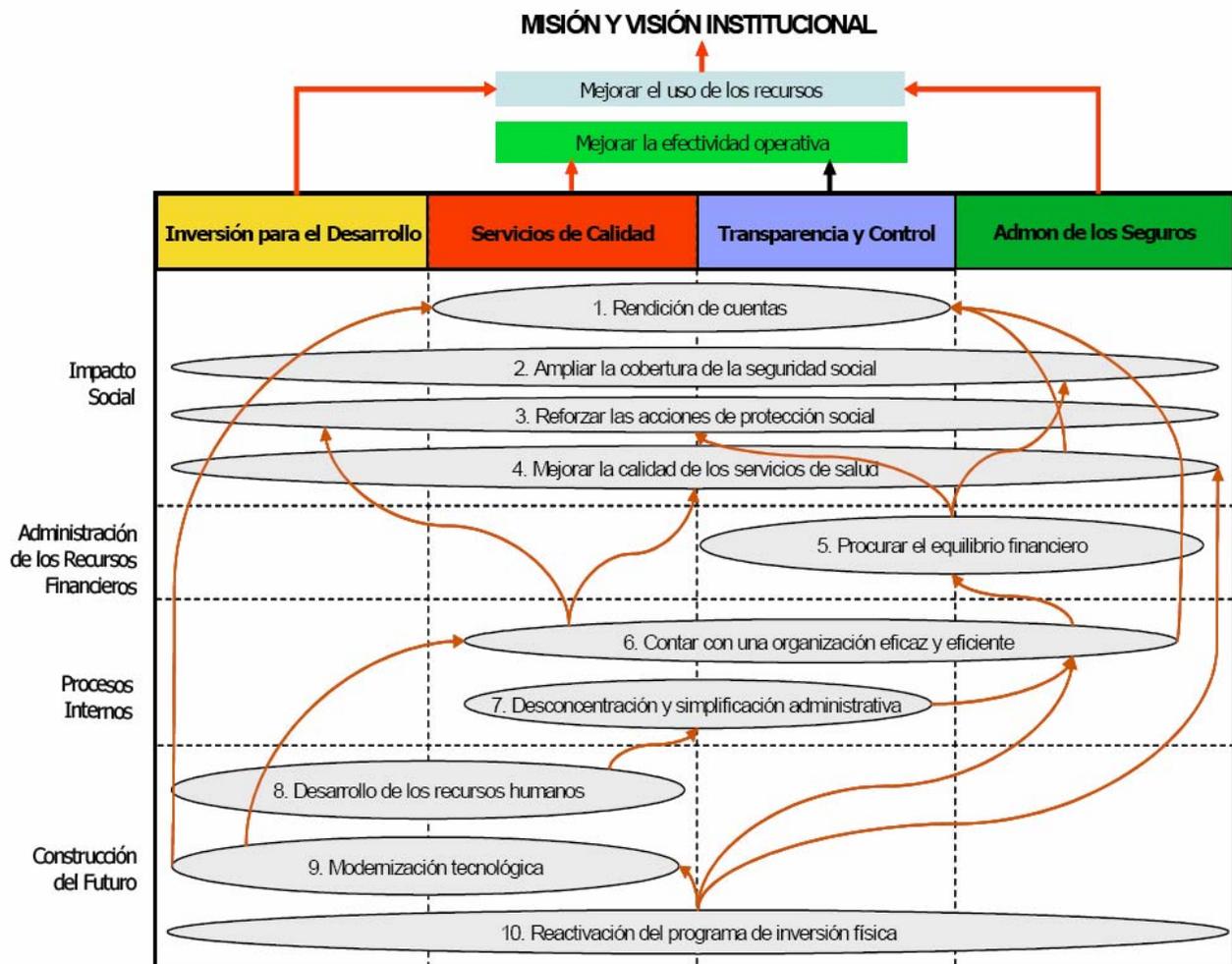
| Tipo de beneficiario (se deberán utilizar los códigos identificados en la pregunta 9.1) | 10.1 ¿De qué manera se entrega(n) el(los) apoyo(s)? | 10.2 ¿Qué apoyo(s) recibe(n) los beneficiarios directos? | 10.3 ¿El beneficiario debe pagar monetariamente el (los) apoyo(s)? | 10.4 ¿El beneficiario debe pagar en especie el (los) apoyo(s)? | 10.5 ¿El beneficiario adquiere alguna corresponsabilidad al recibir el (los) apoyo(s)? | | |
|--|---|---|---|--|--|---|---|
| | | En: Especie.....01 Monetario.....02 Ambos.....03 | Albergue..... 01 Alimentos..... 02 Asesoría jurídica..... 03 Beca..... 04 Campañas o promoción..... 05 Capacitación..... 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 Seguro de cobertura de patrimonio, bienes y servicios..... 17 Pensión..... 18 Terapia o consulta médica..... 19 Tierra, lote, predio o parcela..... 20 Vivienda..... 21 Otro:..... 22 Especifique | No.....01 Sí, debe pagar el costo total del apoyo.....02 Sí, debe pagar una parte del costo total del apoyo.....03 | No.....01 Sí, debe pagar el costo total del apoyo.....02 Sí, debe pagar una parte del costo total del apoyo.....03 | No.....01 Sí02 (especifique) | |
| Código pregunta 9.2 | Código | Código | Especifique | Código | Código | Código | Especifique |
| | 01 | 01 | | 01 | 01 | 02 | Participar en acciones corresponsables en el autocuidado de la salud, que contribuyan a mejorar su nivel de vida y salud. |
| | | 06 | | | | | |
| | | 19 | | | | | |
| | | 22 | Servicios de salud bajo el MAIS | | | | |

ANEXO II

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DEL IMSS²⁷

Se muestran en el mapa; los retos, objetivos e iniciativas jerarquizados de manera ascendente, así como los indicadores y metas a alcanzar en concordancia con las prioridades institucionales:

MAPA DE ESTRATEGIA



²⁷ Instituto Mexicano del Seguro Social. PEIMSS 2005-2006. Pp. 1 – 35.

Objetivos:

2. Ampliar la cobertura de la seguridad social. El Instituto buscará fortalecer los diversos mecanismos de aseguramiento y de prestación de servicios previstos en la Ley y sus reglamentos para extender la cobertura a un mayor segmento de la población. Aprovechará el marco jurídico actual para ampliar la cobertura sin necesidad de elevar los costos laborales.

3. Reforzar las acciones de protección social. El Instituto reforzará las acciones relacionadas con la protección ante riesgos de salud y de los medios de subsistencia, lo mismo que los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo.

4. Mejorar la calidad en los servicios de salud. Se han obtenido logros importantes en el servicio médico, es preciso elevar la calidad de todos los servicios que otorga el Instituto, y llevarla a niveles homogéneos de atención en todo el país.

La mejora y estandarización de la calidad en los servicios de salud se centrará en asegurar un trato digno a los pacientes y afinar los aspectos técnicos de la atención.

ANEXO III
NORMATIVIDAD DEL PROGRAMA IMSS-OPORTUNIDADES
Catalogo Normativo 2004

1. Instructivo para la operación de la coordinación de vigilancia epidemiológica medicina preventiva en hospital rural. Clave 0730-005-001
2. Instructivo de operación para el personal de dietología y nutrición en H.R. Clave 0730-005-002.
3. Reglas de Operación del Programa IMSS-Oportunidades publicadas en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el 8 de Marzo de 2005.
4. Reglamento interior del IMSS.
5. Manual de organización de la dirección de prestaciones médicas, 23 de Noviembre de 2006.
6. Ley del seguro social publicadas en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el 11 de Agosto de 2006.

Documentos Técnicos 2004

1. Instructivo técnico médico para unidad médica rural
2. Manual de procedimientos para la atención integral y vigilancia materno infantil para unidad médica rural
3. Instructivo de odontología para el primer nivel de atención
4. El Programa IMSS-Solidaridad y la interrelación con la medicina tradicional
5. Capacitación dialogada por experiencias para las parteras rurales
6. Instructivo técnico para la administración de la unidad médica rural
7. Cuadro básico de medicamentos, materiales de consumo, mobiliario y equipo en unidades médicas rurales
8. Guía para la participación del asistente rural de salud
9. Lineamientos generales para la vigilancia epidemiológica y operación de los comités de análisis de la mortalidad materna y perinatal
10. Cuadro básico de medicamentos, materiales de consumo e instrumental para H.R.
11. Instructivo de operación del servicio de trabajo social en H.R.
12. Instructivo de operación del servicio de estomatología en H.R.

13. Instructivo de operación para personal de enfermería de la central de equipos y esterilización en H.R. "S"
14. Instructivo de operación para el personal de enfermería en el servicio de tococirugía en H.R.
15. Instructivo de operación para personal de enfermería en hospitalización de H.R.
16. Instructivo para la presupuestación de metas
17. Lineamientos generales de trabajo del promotor de acción comunitaria de zona
18. Guía para la formación del comité de salud
19. Guía para la formación de los promotores voluntarios rurales del Programa IMSS-Solidaridad
20. Manual de operación del sistema de radiocomunicación del Programa IMSS-Solidaridad
21. Tecnología apropiada al medio rural. Catálogo de Actividades de acción comunitaria
22. El sanitario ecológico seco
23. Manual para el cultivo biointensivo del huerto familiar
24. Libreta de actividades del comité de salud
25. Reglamento de operación de los Consejos Estatales de Vigilancia del Programa IMSS-Solidaridad
26. Manual de funciones y actividades del equipo multidisciplinario delegacional
27. Sistema de información en salud para población abierta (SISPA). Instructivo para el registro de información en unidades médicas de primero y segundo niveles del Programa IMSS-Solidaridad 2005
28. Manual de procedimientos de enfermería en el servicio de neonatos patológicos
29. Instructivo de operación para enfermería en medicina preventiva y trabajo en comunidad
30. Guía de trabajo para auxiliar de área médica
31. Manual de funciones y actividades del equipo de asesoría y apoyo IMSS-Programa de Desarrollo Humano Oportunidades
32. Manual de tecnología apropiada al medio rural No. 7 (importancia de las zonas boscosas en el ambiente y en la salud de las comunidades rurales)
33. Manual de tecnología No. 8 (fauna nociva y transmisora)

34. Manual de operación del componente de salud del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades
35. Manual de operación del modelo de atención integral a la salud del adolescente en el medio rural
36. Manual de normas básicas de conservación de unidades médicas rurales del Programa IMSS-Solidaridad
37. Instructivo de operación del administrador de H.R.
38. Manual de procedimientos para el manejo y control de residuos biológicos infecciosos tóxico peligrosos
39. Manual de procedimientos para la atención integral y vigilancia materno infantil para H.R.
40. Lineamientos operativos del modelo de salud ginecológica
41. Lineamientos para realizar jornadas de salud reproductiva en U.M.R.
42. Lineamientos generales para la prevención y control de la tuberculosis
43. Lineamientos técnicos para la prevención y control de la diabetes mellitus e hipertensión arterial
44. Lineamientos del nuevo enfoque para la atención integral del estado nutricional del menor de 5 años
45. Guía de atención médica y manual de consejería en salud reproductiva
46. Manual para el fomento del desarrollo humano en la población campesina e indígena (Documento de control interno para el Programa)
47. Guía de procedimientos para la aplicación de los recursos institucionales
48. Principios y bases de coordinación para el trabajo conjunto de equipos de salud con las parteras y médicos tradicionales
49. Guía para la realización de las reuniones con autoridades municipales y locales, representantes comunitarios y equipos de salud
50. Mecanismos de control en el Programa IMSS-Solidaridad
51. Lineamientos de operación del Programa IMSS-Oportunidades
52. Lineamientos para la elaboración, realización y seguimiento de las actividades de capacitación y desarrollo del personal institucional

53. Manual de procedimientos y criterios de atención de enfermería en consulta externa de los H.R.
54. Instructivo de operación del equipo de salud del H.R.
55. Manual operativo para la vigilancia epidemiológica, prevención y control del dengue
56. Manual para la vigilancia epidemiológica de VIH-SIDA
57. Lineamientos operativos para acercar los servicios al adolescente. Modelo de atención integral a la salud del adolescente en el medio rural
58. Manual de procedimientos para contratación de prestadores de servicios profesionales o especiales por honorarios a personas físicas con prestaciones médicas para el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades
59. Sistema de vigilancia epidemiológica del hipotiroidismo congénito
60. Manual de procedimientos del puesto de sangrado y transfusión sanguínea
61. Manual de campo. Evaluación de daños y análisis de necesidades
62. Manual de funciones y actividades del equipo de asesoría y supervisión zonal
63. Manual de funciones y actividades del equipo de asesoría y seguimiento delegacional
64. Instructivo de operación para enfermeras en quirófano
65. Manual de funciones y actividades de cuerpo de gobierno de hospital rural
66. Manual de procedimientos y criterios de atención de enfermería, para el servicio de urgencias de los hospitales
67. Guía para la alimentación de niños menores de 5 años, mujeres embarazadas y madres en periodo de lactancia
68. Manual para el fortalecimiento de la nutrición en las comunidades campesinas e indígenas del Programa IMSS-Oportunidades
69. Manual operativo para la vigilancia epidemiológica de la rabia humana
70. Manual de Desarrollo Humano Organizacional para la Calidad
71. Procedimientos para promover e instrumentar el Programa de Contraloría Social en el Programa IMSS-Solidaridad
72. Manual de actividades para la interrelación con las Parteras Rurales
73. Manual para la realización de jornadas comunitarias de conversación sobre afectividad y salud
74. Manual para la construcción de baúl de autoaprendizaje

ANEXO IV
Lista de Verificación para la Valoración de los Supuestos de la Matriz de Indicadores del Programa IMSS-Oportunidades (Versión Preliminar 3)

Específico (E), Realizable (R), Medible (M), Relevante (Rv), Enmarcado en el Tiempo (T) e Independiente (I), Calidad (C), Cantidad (Q)

| NIVEL | SUPUESTOS | Criterios de Evaluación | | | | |
|-------------------------------|---|-------------------------|------------|------------|--------------|----------|
| | | Externo | Importante | Ocurrencia | Monitoreable | Positivo |
| FIN: | • No ocurren emergencias epidemiológicas. | X | X | P | X | |
| | • No ocurren desastres naturales. | X | X | P | X | |
| | • Existe disponibilidad y suficiencia oportuna del presupuesto. | X | X | P | X | X |
| | • No se presentan conflictos sociales o políticos. | X | X | P | X | |
| | • Desarrollo macroeconómico estable. | X | X | P | X | X |
| | • Suficiente cobertura de médicos especialistas. | | X | P | X | X |
| | • Los servicios del Programa disminuyen los gastos catastróficos en salud de la población. | | | MP | X | X |
| PROPÓSITO: | • Infraestructura suficiente para cubrir la demanda. | | | | X | X |
| | • Plantilla de personal suficiente para cubrir la demanda. | | | | X | X |
| | • La población cumple con las recomendaciones del personal de salud. | X | X | P | X | X |
| | • El Modelo de Atención Integral a la Salud es suficiente para mejorar significativamente las condiciones de salud de la población. | | X | MP | X | X |
| | • La población participa corresponsablemente con el auto-cuidado de su salud. | X | X | P | X | X |
| | • Coordinación intersectorial adecuada para la atención a las prioridades en salud. | | X | P | X | X |
| (1) ATENCIÓN MÉDICA | | | | | | |
| (2) ACCIÓN COMUNITARIA | • La población, los voluntarios y el personal institucional se corresponsabilizan y participan en la atención de la contraloría social. | X | X | P | X | X |
| | • La población, los voluntarios y el personal institucional están capacitados en la operación de la contraloría social. | | X | P | X | X |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|----|---|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> Existe un adecuado registro, atención y seguimiento de las expresiones de la población. | | X | P | X | X |
| | <ul style="list-style-type: none"> Los terapeutas (parteras rurales y médicos tradicionales) se mantienen viviendo en localidades del universo de trabajo. | X | | P | X | X |
| | <ul style="list-style-type: none"> No fallecen (Los terapeutas tradicionales) | X | | MP | X | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Mantienen el respeto y reconocimiento mutuo. | | X | P | X | X |
| | <ul style="list-style-type: none"> Disposición presupuestal. | X | X | P | X | X |
| | <ul style="list-style-type: none"> Involucramiento de la operación en la validación o rectificación de metas.²⁸ | | X | P | X | X |
| (3) ASPECTOS ADMINISTRATIVOS | <ul style="list-style-type: none"> La información reportada en SISPA coincide con lo emitido por el almacén delegacional. | | X | P | X | X |
| (4) ASPECTOS TRANSVERSALES DEL PROGRAMA | | | | | | |
| | ACTIVIDADES: | | | | | |
| (1) ATENCIÓN MÉDICA | | | | | | |
| (2) ACCIÓN COMUNITARIA | <ul style="list-style-type: none"> Las familias no son renuentes a participar. | X | X | P | X | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Se cuenta con el 90% ó más de participantes a estas capacitaciones. | X | X | P | X | X |
| | <ul style="list-style-type: none"> Se cuenta con el <u>presupuesto</u> suficiente. | X | X | P | X | X |
| | <ul style="list-style-type: none"> Existe <u>presupuesto</u> para cubrir la compensación económica de los Asistentes Rurales de Salud | X | X | P | X | X |
| | <ul style="list-style-type: none"> Se cuenta con el <u>presupuesto</u> asignado, con oportunidad | X | X | P | X | X |
| (2) ACCIÓN COMUNITARIA | <ul style="list-style-type: none"> Se cuenta con el <u>presupuesto</u> suficiente para la compensación económica de los ARS. | X | X | P | X | X |
| | <ul style="list-style-type: none"> Se ejerce el presupuesto para este fin, de manera adecuada y con oportunidad. | | X | P | X | X |
| | <ul style="list-style-type: none"> Se registran todas las acciones de los voluntarios por parte del equipo de salud. | | X | P | X | X |
| | <ul style="list-style-type: none"> El equipo de salud hace las contrarreferencias esperadas. | | X | P | X | X |
| | <ul style="list-style-type: none"> Se da asesoría y seguimiento a los ARS, principalmente a los de reciente incorporación. | | X | P | X | X |
| | <ul style="list-style-type: none"> Hay abasto suficiente de hormonales para los ARS | X | X | P | X | X |

²⁸ AC10. Prácticas demostrativas para la promoción de la salud en vivienda, agua, localidad modelo, nutrición y proyectos alimentarios

| | | | | | | | |
|--|--|---|---|----|---|---|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> La población mantiene su confianza y reconoce la eficacia de su trabajo. | X | X | P | X | X | |
| | <ul style="list-style-type: none"> La Unidad Médica cuenta con parteras en interrelación. | X | X | P | X | X | |
| | <ul style="list-style-type: none"> El equipo de salud registra en el SISPA adecuadamente los partos de la partera. | | X | P | X | X | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Las parteras cuentan con insumos para control de planificación familiar. | X | X | P | X | X | |
| | <ul style="list-style-type: none"> La partera está capacitada para brindar una buena consejería para una mejor mezcla de métodos. | X | X | P | X | X | |
| | <ul style="list-style-type: none"> El equipo de salud se reúne bimestralmente con las parteras para capacitarse. | | X | P | X | X | |
| | <ul style="list-style-type: none"> El recurso presupuestal está disponible en las delegaciones para su ejercicio. | X | X | P | X | X | |
| | <ul style="list-style-type: none"> El personal administrativo cumple con la entrega oportuna. | | X | P | X | X | |
| | <ul style="list-style-type: none"> El personal operativo realiza su planeación y aplica los lineamientos. | | X | P | X | X | |
| | <ul style="list-style-type: none"> El equipo de salud convoca a las parteras y mantiene buena comunicación. | X | X | MP | X | X | |
| | <ul style="list-style-type: none"> La planeación de la capacitación se realiza conforme a los lineamientos. | | X | P | X | X | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Se realiza una buena selección de los participantes. | | X | P | X | X | |
| | (2) ACCIÓN COMUNITARIA | <ul style="list-style-type: none"> El presupuesto para su realización está disponible para su ejercicio. | | X | P | X | X |
| | | <ul style="list-style-type: none"> Se realiza un buen control y seguimiento del presupuesto asignado. | | X | P | X | X |
| | | <ul style="list-style-type: none"> La población se encuentra satisfecha con los servicios que brindan los albergues. | X | X | P | X | X |
| | | <ul style="list-style-type: none"> Se lleva a cabo la oportuna derivación de embarazadas a los hospitales. | | X | P | X | X |
| | | <ul style="list-style-type: none"> Que las familias participen en estas actividades. | X | X | P | X | X |
| <ul style="list-style-type: none"> Actualización de las familias del universo de trabajo. | | | X | P | X | X | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Suficiencia de equipos e insumos para el control de la fauna nociva y tratamiento adecuado y monitoreo del agua. | X | X | P | X | X | |

| | | | | | | |
|--|--|--|----------|----------|----------|----------|
| (3) ASPECTOS ADMINISTRATIVOS | <ul style="list-style-type: none"> Se realizan los registros contables a tiempo por parte de las delegaciones | | X | P | X | X |
| | <ul style="list-style-type: none"> La información reportada en SISPA coincide con lo emitido por el almacén delegacional. | | X | P | X | X |
| (4) ASPECTOS TRANSVERSALES DEL PROGRAMA | <ul style="list-style-type: none"> La Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico (DIDT) del IMSS debe mantener en óptimas condiciones el funcionamiento del SEHO así como la Red de Datos del IMSS. | | X | P | X | X |
| | <ul style="list-style-type: none"> La Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico (DIDT) del IMSS debe mantener en óptimas condiciones el funcionamiento del SEHO así como la Red de Datos del IMSS. | | X | P | X | X |
| | <ul style="list-style-type: none"> La Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico (DIDT) del IMSS debe mantener en óptimas condiciones el funcionamiento del SEHO así como la Red de Datos del IMSS. | | X | P | X | X |
| | <ul style="list-style-type: none"> La Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico (DIDT) del IMSS debe mantener en óptimas condiciones el funcionamiento del SEHO así como la Red de Datos del IMSS. | | X | P | X | X |
| | <ul style="list-style-type: none"> La Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico (DIDT) del IMSS debe mantener en óptimas condiciones el funcionamiento del SEHO así como la Red de Datos del IMSS. | | X | P | X | X |
| | <ul style="list-style-type: none"> La Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico (DIDT) del IMSS debe mantener en óptimas condiciones el funcionamiento del SEHO así como la Red de Datos del IMSS. | | X | P | X | X |
| | <ul style="list-style-type: none"> La Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico (DIDT) del IMSS debe mantener en óptimas condiciones el funcionamiento del SEHO así como la Red de Datos del IMSS. | | X | P | X | X |
| | <ul style="list-style-type: none"> La Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico (DIDT) del IMSS debe mantener en óptimas condiciones el funcionamiento del SEHO así como la Red de Datos del IMSS. | | X | P | X | X |
| (4) ASPECTOS TRANSVERSALES DEL PROGRAMA | <ul style="list-style-type: none"> La Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico (DIDT) del IMSS debe mantener en óptimas condiciones el funcionamiento del SEHO así como la Red de Datos del IMSS. | | X | P | X | X |
| | <ul style="list-style-type: none"> La Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico (DIDT) del IMSS debe mantener en óptimas condiciones el funcionamiento del SEHO así como la Red de Datos del IMSS. | | X | P | X | X |

| | | | | | | |
|--|--|---|---|---|---|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> La Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico (DIDT) del IMSS debe mantener en óptimas condiciones el funcionamiento del SEHO así como la Red de Datos del IMSS. | | X | P | X | X |
| | <ul style="list-style-type: none"> La Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico (DIDT) del IMSS debe mantener en óptimas condiciones el funcionamiento del SEHO así como la Red de Datos del IMSS. | | X | P | X | X |
| | <ul style="list-style-type: none"> La Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico (DIDT) del IMSS debe mantener en óptimas condiciones el funcionamiento del SEHO así como la Red de Datos del IMSS. | | X | P | X | X |
| | <ul style="list-style-type: none"> La Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico (DIDT) del IMSS debe mantener en óptimas condiciones el funcionamiento del SEHO así como la Red de Datos del IMSS. | | X | P | X | X |
| | <ul style="list-style-type: none"> No se presenten conflictos políticos o naturales en las localidades donde se ubican las unidades médicas | X | X | P | X | |
| | <ul style="list-style-type: none"> No se soliciten prórrogas en la delegación debido a supervisiones por parte de nivel central. | X | X | P | X | |
| | <ul style="list-style-type: none"> No se presenten conflictos políticos o naturales en las localidades donde se ubican las unidades médicas. | X | X | P | X | |
| | <ul style="list-style-type: none"> No se soliciten prórrogas en la delegación debido a supervisiones por parte de nivel central. | X | X | P | X | |
| | <ul style="list-style-type: none"> La Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico (DIDT) del IMSS debe mantener en óptimas condiciones el funcionamiento del SEHO así como la Red de Datos del IMSS. | | X | P | X | X |

Criterio de Aceptación: (X) Externo, (X) Importante, (P) Ocurrencia, (X) Monitoreable y (X) Positivo
(P) Probable, (PP) Poco Probable y (MP) Muy Probable

■ Cumple,

■ No cumple

ANEXO V
Comparativo de las Reglas de Operación 2005 del
Programa IMSS-Oportunidades (ROP) y su
Matriz de Indicadores (Versión Preliminar 3)

| ROP 2005 | Matriz de Indicadores del Programa IMSS-Oportunidades |
|---|--|
| FIN: | |
| | Contribuir al desarrollo integral de los mexicanos y la reducción de la pobreza en el país impulsando la igualdad de oportunidades y el derecho constitucional a la salud de la población, especialmente en zonas rurales y urbano-marginadas. |
| PROPOSITO: | |
| | La población que carece de seguridad social, adscrita al Programa IMSS-Oportunidades, y que habita prioritariamente en zonas rurales y urbano-marginadas del país, recibe servicios de salud a través del "Modelo de Atención Integral a la Salud", el cual se fundamenta en la participación conjunta con la comunidad. |
| COMPONENTES (PRODUCTOS): | |
| La operación de IMSS-Oportunidades está integrada por los Procesos de la Atención Médica y de la Acción Comunitaria ¹ | |
| 1. ATENCIÓN MÉDICA | |
| Proporcionar servicios de salud a toda la población ubicada dentro del ámbito geográfico de operación de IMSS-Oportunidades y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo problemas prioritarios de salud y a los factores que las condicionan. ² | La población amparada por el Programa tuvo acceso a las acciones integrales de salud para propiciar el desarrollo satisfactorio de la vida. |
| ACTIVIDADES | |
| ... investiga los factores de riesgo y el avance de acciones médico preventivas consideradas en la cartilla de PREVENIMSS, de acuerdo al grupo prioritario al que pertenece... ³ | <ul style="list-style-type: none"> • Acciones de salud dirigidas a grupos prioritarios PREVENIMSS. |
| Salud Reproductiva y Materno Infantil. ⁴ | <ul style="list-style-type: none"> • Atención a la salud reproductiva y materno infantil. |
| Salud Ginecológica. ⁵ | <ul style="list-style-type: none"> • Prestación de servicios de salud ginecológica. |
| Salud Integral del Adolescente. ⁶ | Atención integral al adolescente. |
| Alimentación y Nutrición Familiar. ⁷ | <ul style="list-style-type: none"> • Alimentación y nutrición familiar en el marco del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (PDHO). |
| Vacunación Universal. ⁸ | <ul style="list-style-type: none"> • Acciones de vacunación universal. |
| Enfermedades de las Vías Respiratorias y Tuberculosis ⁹ y Enfermedades Asociadas al Inadecuado Saneamiento del Medio. ¹⁰ | <ul style="list-style-type: none"> • Prevención y control de enfermedades transmisibles sujetas a control epidemiológico. |
| Enfermedades Crónico-Degenerativas. ¹¹ | <ul style="list-style-type: none"> • Prevención y control de enfermedades crónico degenerativas. |
| Actividades Médico-Asistenciales. ¹² | <ul style="list-style-type: none"> • Prestación de servicios médico asistenciales. |
| 2. ACCIÓN COMUNITARIA | |
| Fomentar la participación de la comunidad en acciones orientadas a favorecer una cultura de la salud. ¹³ | La población adscrita al Programa participó en la promoción y cuidado de su salud, coordinadamente con la red de voluntarios y asistentes de salud en las localidades. |
| ACTIVIDADES | |
| Terapeutas Tradicionales. ¹⁴ | <ul style="list-style-type: none"> • Acciones de salud por parte de terapeutas (parteras rurales y médicos tradicionales) para la atención, cuidado y derivación de pacientes. |

| | |
|---|---|
| Promover la participación de la población en acciones de desarrollo comunitario que contribuyan al mejoramiento de sus condiciones de salud y nutrición. ¹⁵ | <ul style="list-style-type: none"> Talleres y pláticas de educación para la salud a la población beneficiaria del Programa sobre los padecimientos prioritarios y el auto-cuidado de su salud. |
| Promoción y demostración de tecnologías de saneamiento básico. ¹⁶ | <ul style="list-style-type: none"> Participación familiar en acciones de saneamiento ambiental. |
| Producción Familiar de Alimentos en el Traspato. ¹⁷ | <ul style="list-style-type: none"> Participación familiar en la producción de alimentos. |
| Prácticas Demostrativas de Promoción a la Salud. ¹⁸ | <ul style="list-style-type: none"> Prácticas demostrativas para la promoción de la salud en vivienda, agua, localidad modelo, nutrición y proyectos alimentarios. |
| • 3. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS | |
| • 4. ASPECTOS TRANSVERSALES DEL PROGRAMA | |
| Los Componentes 3 y 4, no contribuyen directamente a la consecución del Propósito, sino a la realización adecuada de los Componentes: Atención Médica y Acción Comunitaria. | |

Reglas de Operación del Programa IMSS-Oportunidades, 6.2.2 Operación, 2005, p 41.

¹ Ídem. 3.2 Objetivos Específicos, 3.2.1 De la Atención Médica, 2005, p 33.

² Ídem. 6.2.2. Operación, Proceso de Atención Médica, 2005, p 41.

³ Ídem. 2.4 Modelo de Atención Integral a la Salud (MAIS), 2005, p 30.

⁴ Ídem.

⁵ Ídem.

⁶ Ídem, p 31.

⁷ Ídem.

⁸ Ídem.

⁹ Ídem.

¹⁰ Ídem, p 32.

¹¹ Ídem, p 32.

¹² Ídem, 3.2 Objetivos Específicos, 3.2.2 De la Acción Comunitaria, 2005, p 33.

¹³ Ídem, 5.1.1.1 Organización Voluntaria para la Salud, 2005, p 37.

¹⁴ Ídem, 3.2 Objetivos Específicos, 3.2.2 De la Acción Comunitaria, 2005, p 33.

¹⁵ Ídem, 2.4 Modelo de Atención Integral a la Salud (MAIS), 2005, p 31.

¹⁶ Ídem, Procesos de la Acción Comunitaria, 2005, p 53.

¹⁷ Ídem.

ANEXO VI

Definiciones para el abordaje de las preguntas 32 y 33

En el contexto de esta evaluación, por **complementariedad** se entiende a todas aquellas acciones orientadas a la mejora del estado de salud de población que son otorgados por algún Programa diferente a IMSS-Oportunidades y que para su operación requiere de la coordinación de los programas involucrados.

La **duplicidad** considera a aquellas acciones orientadas a la mejora del estado de salud de la población oportunohabiente pero cuya forma de hacerlo es por medio de campañas o de subsidios destinados a la prestación de servicios médicos que ofrecidos por algún otro programa son iguales a los que entrega IMSS-Oportunidades ya sea en su operación o financiamiento.

Elementos de identificación de complementariedad y duplicidad

Como respuesta a los términos de referencia se analiza la complementariedad y duplicidad con los siguientes programas:

- Seguro Popular
- Comunidades Saludables
- Desarrollo Humano Oportunidades

Siguiendo las definiciones expuestas y clasificando los programas de acuerdo a sus objetivos, acciones y restricciones (estas últimas se refieren a los elementos que evitan la duplicidad entre las poblaciones objetivo de cada programa) a continuación se presenta en una matriz construida con los elementos anteriores.

Anexo VI.

Matriz de complementariedad entre programas sociales en salud

| Elementos | IMSS-Oportunidades | Seguro Popular | Comunidades Saludables | Desarrollo Humano Oportunidades |
|---------------------------|---|---|--|---|
| Objetivos | Proporcionar servicios de salud integrales de 1er y 2º nivel, oportunos y de calidad a la población abierta sin acceso regular a los servicios de salud de zonas rurales y urbanas marginadas; el Modelo de Atención Integral a la Salud se sustenta, fundamentalmente, en la participación comunitaria para la realización de actividades tendientes a mejorar las condiciones de salud de los individuos y su entorno familiar y comunitario. | Brindar protección financiera a los mexicanos, ofreciendo una opción con criterios de aseguramiento público en materia de salud a familias y ciudadanos que por su condición laboral y socioeconómica no son derechohabientes de las instituciones de seguridad social. | Promover la salud en los municipios del país, a través de acciones que incrementen la conciencia pública sobre la salud, propicien estilos de vida saludables y estimulen la participación social a favor de una mejor calidad de vida, mediante la modificación favorable de los determinantes de la salud. | Apoyar a las familias que viven en condición de pobreza extrema con el fin de potenciar las capacidades de sus miembros y ampliar sus alternativas para alcanzar mejores niveles de bienestar, a través del mejoramiento de opciones en educación, salud y alimentación, además de contribuir a la vinculación con nuevos servicios y programas de desarrollo que propicien el mejoramiento de sus condiciones socioeconómicas y calidad de vida. |
| Acciones | Proporcionar de manera gratuita atención primaria a la salud, mediante un Modelo de Atención Integral a la Salud (MAIS). | Subsidio federal que complementa los recursos que las entidades federativas reciben de la Federación vía Ramo 12 y 33, destinados a la prestación de servicios médicos, así como las cuotas que los beneficiarios aportan por concepto de afiliación. | Apoyo técnico y financiero a proyectos que estén basados en diagnósticos municipales de salud participativos, | Proporcionar de manera gratuita el Paquete Básico de Servicios de Salud a través de las Estrategias de Prevención y Promoción de la Salud durante la Línea de Vida o PREVENIMSS; Fomentar y mejorar el autocuidado de la salud de las familias y de la comunidad mediante la comunicación educativa en materia de salud, nutrición e higiene. |
| Población Objetivo | Población adscrita al mes de diciembre de cada año, compuesta por campesinos e indígenas que radican en las zonas rurales marginadas, así como la población urbana en condiciones de muy alta y alta marginación. | Familias mexicanas en los seis primeros deciles de la distribución del ingreso, que no sean derechohabientes de la seguridad social que tengan acceso a unidades de salud con capacidad y calidad suficiente para ofrecer los servicios médicos. | Población de alta y muy alta marginación, de localidades o zonas rurales y urbanas, cuyos perfiles muestren rezagos en bienestar y salud, en particular con población indígena y bajo índice de desarrollo humano | Familias en pobreza extrema |
| Restricciones | Coordinación con Dependencias Federales y Estatales y con diversos organismos no gubernamentales, Esta coordinación tiene como compromiso evitar que se dupliquen los esfuerzos de IMSS-Oportunidades con otros apoyos Federales equivalentes, dirigidos a la misma población beneficiaria | No podrán ser beneficiarios las familias mexicanas que se encuentren por arriba de los seis primeros deciles de la distribución del ingreso, y que sean derechohabientes de la seguridad social | Coordinación para la ejecución del programa con los responsables institucionales de los programas de prevención y promoción de la salud de la SSA y los servicios estatales de salud. | El Programa se vincula con otras dependencias y entidades paraestatales, para asegurar la complementariedad de acciones con otros programas, facilitar la homologación de criterios de identificación de beneficiarios y evitar duplicidades en la entrega de apoyos. |

Fuente: elaboración propia con base en las reglas de operación de los programas referidos.