



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

Maestría en Salud Pública con área de concentración en

Bioestadística y Sistemas de Información en Salud

Proyecto Terminal Profesional

EVALUACIÓN DE DISEÑO DEL PROGRAMA DE CÁNCER CÉRVICO UTERINO
EN TABASCO 2011

Marco Polo Castro Ceronio

marco.castro@espm.insp.mx

Generación 2010-2012

Directora: Dra. Lina Sofía Palacio Mejía, INSP-CENIDSP

Asesor: Dr. Leonel González González, INSP-CENIDSP

Asesor: Dr. José Moreno Montoya INSP-CENIDSP

Agosto de 2013

Cuernavaca, Morelos

Índice

1.	Introducción.....	4
2.	Antecedentes	5
3.	Marco Conceptual.....	11
4.	Planteamiento del Problema	20
5.	Justificación.....	21
6.	Objetivos	22
7.	Material y Métodos	23
8.	Consideraciones éticas	26
9.	Resultados	27
9.1.	Características generales del programa	27
9.2.	Contribución del programa a los objetivos estratégicos.....	29
9.3.	Marco normativo y alineación de los objetivos	31
9.3.1.	Análisis de indicadores	34
9.3.2.	Población potencial y objetivo	36
9.3.3.	Concordancia con las Reglas de Operación o la normatividad aplicable	
	38	
9.4.	Complementariedades o duplicidades de acciones con otros programas federales	39
9.5.	Análisis FODA	41
10.	Recomendaciones	42
11.	Conclusiones.....	44
12.	Limitaciones	45
13.	Referencias	46
	Anexo I. Objetivos Estratégicos de la Dependencia y/o Entidad	53

Anexo II. Entrevistas realizadas.....	57
Anexo III. Principales fortalezas, retos y recomendaciones.....	58
Anexo IV. Propuesta Matriz de Marco Lógico.....	62
Anexo V. Instrumentos de recolección de información	68
Anexo VI. Consentimiento Oral para la realización de las entrevistas.	78
Anexo VII. Normatividad de CaCu.	79

Índice de Cuadros

Cuadro I. Población que se atiende en los servicios de salud de Tabasco	9
Cuadro II. Indicadores de SICAM-CaCu	10
Cuadro III. Evaluación de los indicadores "Caminando a la Excelencia" empleados en el programa CaCu del PCMT 2011	34
Cuadro IV. Análisis de fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas	41
Cuadro V. Alineación del programa de Cáncer de la Mujer de Tabasco con los Planes y Programas Federales y Estatales	53
Cuadro VI. Entrevistas Realizadas	57
Cuadro VII. Principales fortalezas, retos y recomendaciones	58
Cuadro VIII. Propuesta de MIR	63

Índice de Figuras

Figura 1. Municipios que conforman Tabasco	7
Figura 2 Pirámide Poblacional de Tabasco 2010	8
Figura 3. Método	24

1. **Introducción**

El presente estudio tiene como base el método de Marco Lógico (ML), que es una herramienta de planificación, su principal orientación es mejorar la calidad y claridad del diseño, monitoreo y evaluación de programas o proyectos. Bajo este enfoque dicho método ayuda a identificar claramente los logros posibles y la estrategia de una intervención.¹

Con esa perspectiva de ML se analizó el diseño del programa de cáncer cérvico uterino (CaCu) en el estado de Tabasco para el ejercicio 2011, que en su operación emplea el Sistema de Información de Cáncer de la Mujer (SICAM), donde se recaba información referente a cáncer cérvico uterino y de mama, enfermedades que afectan a las mujeres en la entidad.

Actualmente dicho sistema de información arroja una serie de indicadores que permiten dar seguimiento a diferentes fases del proceso atención detección oportuna, control, seguimiento y tratamiento de mujeres que acuden a los servicios de salud pertenecientes a la Secretaría de Salud. Con dichos indicadores se evalúa al programa y los resultados alcanzados; sin embargo, la ausencia de evaluación de su diseño es relevante para mejorar aquellas áreas de oportunidad donde los sistemas de información tienen un papel fundamental en la medición de avances en los procesos que se llevan a cabo en las unidades de salud, laboratorios y jurisdicciones.²

Para obtener la información relativa al programa evaluado se aplicó un instrumento avalado por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), el cual consiste en la recolección de información por medio de entrevistas a funcionarios clave, revisión documental del programa y datos estadísticos que permiten observar el diseño y planeación del mismo.³ Con lo anterior se identificaron áreas de oportunidad del programa, la necesidad de reestructurar los sistemas de información para responder a nuevos indicadores que permitan medir los resultados logrados con las intervenciones en salud.

2. Antecedentes

A continuación se presentan los antecedentes que sirven de referentes para la realización del trabajo correspondiente a la evaluación del diseño del programa de cáncer cérvico uterino en Tabasco.

2.1. Evaluación de los programas públicos

Las evaluaciones han pasado por diversas fases de desarrollo. Desde la década de 1980 la mayoría de los países han intentado aplicar la evaluación, en particular en América Latina, donde persisten problemas de pobreza, desempleo, bajos salarios, salud, educación y vivienda.⁴

En México, la fase más reciente de la evaluación ha sido la creación de un marco normativo e institucional, que vincula el sistema de evaluación y monitoreo con el proceso presupuestario, para lo cual se emplea el concepto de “Presupuesto Basado en Resultados” (PbR), el cual utiliza como su principal componente para la evaluación el “Sistema de Evaluación del Desempeño” (SED).^{4,5}

En esta nueva visión de gestión pública con el enfoque a los resultados se pretende que se genere información y conocimientos que permitan a los gobiernos tomar decisiones eficientes y acertadas en materia de gasto, orientándose más en los resultados e impactos que en los insumos que se requieren para ellos. En este sentido, la evaluación del desempeño es crucial, ya que valora los resultados alcanzados respecto a los objetivos planeados. Con la implantación del SED, se busca cambiar el modelo gubernamental empleado hasta el momento, para que las asignaciones presupuestales respondan a los resultados.^{4,5}

En el contexto anterior, el 30 de marzo de 2007 se emitieron los lineamientos generales para la evaluación de los programas de la administración pública federal, en donde se señala que el Consejo Nacional para la Evaluación de Programas de Desarrollo Social (CONEVAL), la Secretaría de Finanzas y la Secretaría de la Función Pública son los que establecen el Programa Anual de Evaluación (PAE); es decir determinan las evaluaciones a realizar y a qué

programas corresponden. Posteriormente el seguimiento a los resultados y recomendaciones de las evaluaciones, conforman un mecanismo para el seguimiento a los aspectos susceptibles de mejora derivados de informes y evaluaciones externas a programas federales.

Las evaluaciones de diseño están fundamentadas en los Lineamientos Generales para la Evaluación de los programas Federales de la Administración Pública Federal, con la finalidad de impulsar una evaluación orientada a resultados de los programas Federales.⁶⁻⁸ Para facilitar y homogeneizar los resultados de las evaluaciones, el CONEVAL publicó un modelo de Términos de Referencia (TR).^{3,8} Este modelo consiste en 34 preguntas guía, referentes a las características del programa: su contribución a los objetivos estratégicos, matriz de indicadores, reglas de operación, así como las coincidencias, complementariedades o duplicidades con otros programas.

2.1.1. Evaluaciones de diseño en salud

Desde 2007, las evaluaciones de diseño en salud en México, se han realizado bajo el esquema planteado por CONEVAL, las cuales proporcionan información para mejorar la planeación y evaluación de programas Federales de Salud.⁹

Algunas de las evaluaciones de diseño en salud realizadas a los programas federales son:⁹

- Caravanas de la Salud (2007)
- Programa Sistema Integral de Calidad en Salud (2007)
- Seguro Médico para una Nueva Generación (2008)
- Formación de Recursos Humanos Especializados para la Salud (2009)
- Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud (2009)
- Prestación de Servicios en los Diferentes Niveles de Atención a la Salud (2010)

- Reducción de Mortalidad Materna (2010)
- Prevención Contra la Obesidad (2010)
- Prevención y Atención Contra las Adicciones (2011)

En todas estas evaluaciones las principales fuentes de información empleadas para el cálculo de los indicadores fueron los sistemas de información. Esto implica que para la planeación estratégica es fundamental contar con información para la toma de decisiones.⁷⁻¹¹

2.2. Contexto de Tabasco

Para ubicar las condiciones que prevalecen en la entidad a continuación se presentan los principales aspectos de localización, demografía y del cáncer cérvico uterino.

2.2.1. Ubicación geográfica de Tabasco

Tabasco se localiza en la región sureste de México; puede delimitarse geográficamente entre los 17° 15' y 18°39' de latitud norte y los 91°00' y 94° 07' de longitud oeste. Está dividido en 17 municipios, cada uno corresponde a una Jurisdicción Sanitaria (Ver Figura 1).¹²

Figura 1. Municipios que conforman Tabasco



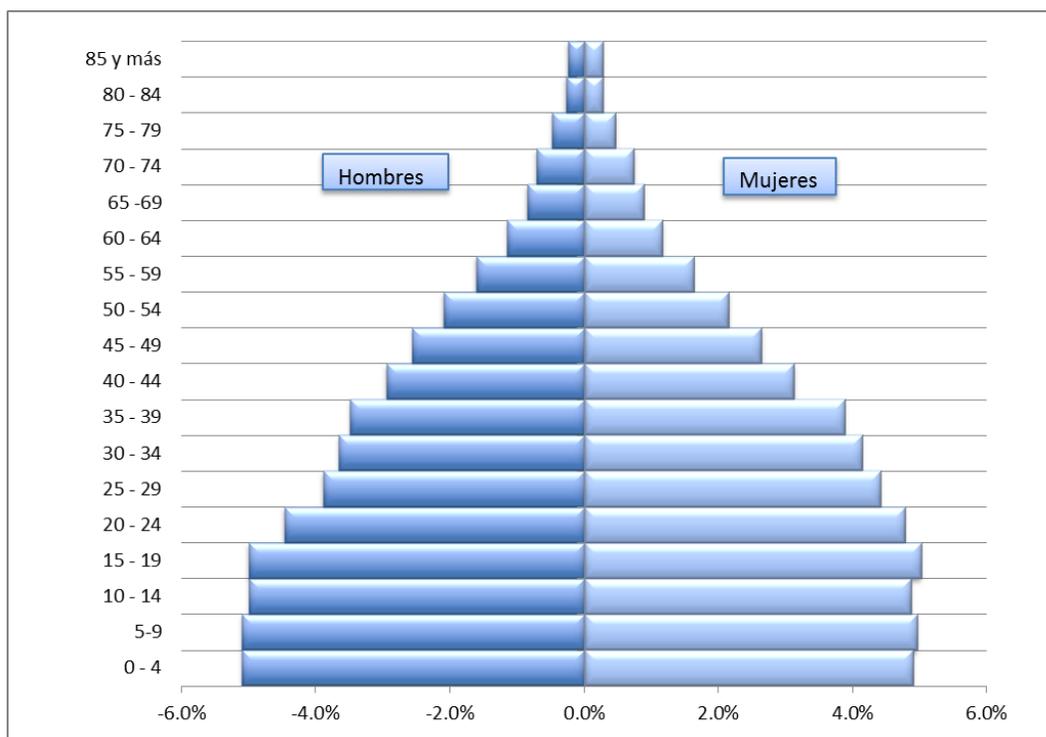
Fuente: Enciclopedia de los Municipio de México.¹³

2.2.2. Datos demográficos de Tabasco

Con base en datos de Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI) de 2010, Tabasco tiene una población total de 2'238,603 habitantes, de los cuales el 49% corresponde a hombres. La distribución por edades quinquenales y sexo, se aprecia en la pirámide poblacional de la entidad (Ver Figura 2).¹²

En 2010 se observa que el 73.5% de la población tiene algún tipo de derechohabencia (Ver Cuadro I), lo cual es mayor que lo referenciado a nivel nacional. La mayor parte de la población derechohabiente está afiliada al Instituto Mexicano de Seguro Social (14.1%).¹⁴

Figura 2 Pirámide Poblacional de Tabasco 2010



Fuente: Elaboración propia con base en el Censo de Población y Vivienda 2010. INEGI¹²

De las mujeres de Tabasco 576,856 (50.7%) son mayores de 25 años, así mismo el 517,750 (45.5%) tienen una edad de 25 a 65 años. Es en ellas en las cuales se concentran las actividades de prevención, detección y tratamiento del programa de CaCu por las diversas instituciones de salud que se encuentran en la entidad.¹²

Cuadro I. Población que se atiende en los servicios de salud de Tabasco

	Tabasco	Nacional
Población derechohabiente, 2010	1,645,246 (73.5%)	72,514,513 (64.6%)
Población derechohabiente a servicios de salud del IMSS, 2010	315,783 (14.1%)	35,380,021 (31.5%)
Población derechohabiente a servicios de salud del ISSSTE, 2010	162,248 (7.2%)	7,190,494 (6.4%)
Población sin derechohabiencia, 2010	564,426 (25.2%)	38,020,372 (33.8%)
Familias beneficiadas por el seguro popular, 2009	445,920	9,384,843

Fuente: México en Cifras INEGI.¹²

2.2.3. Programa de Cáncer de la Mujer

El programa de Cáncer de la Mujer de Tabasco (PCMT) está enfocado en dos de los principales padecimientos que afectan a las mujeres: el cáncer cérvico uterino (CaCu) y el cáncer de mama (CaMaMa). Para cada uno de ellos se cuenta con estrategias y acciones para la prevención, detección y control.

Como parte de la planeación del PCMT, se elabora anualmente el diagnóstico situacional de ambos padecimientos. Con base en el diagnóstico se hace la programación presupuestal y el plan de acción del programa. Todo lo anterior en concordancia con lo que se establece en el ámbito federal por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGySR) y a nivel estatal con las disposiciones de la Secretaría de Salud de Tabasco y de la Secretaría de Planeación y Finanzas de Tabasco.

Es importante hacer mención que el origen del presupuesto de acuerdo con el Convenio Específico para el Fortalecimiento de Acciones en Salud Pública en las

Entidades Federativas (por sus siglas AFASPE) Tabasco 2011 es: Seguro Popular (Catálogo Universal de Servicios de Salud), Anexo IV y Ramo 12 que son partidas presupuestarias.

2.2.4. Indicadores de Cáncer Cérvico Uterino

Los indicadores del programa de SICAM-CaCu son generados por la propia plataforma web, ya que en ella se concentra la información de todos los elementos del sistema. Estos indicadores se encuentran agrupados en ocho categorías y once indicadores (Cuadro II).

Todos los indicadores son empleados a diferentes niveles de toma de decisiones, esto incluye la aplicación de los recursos y la medición de los resultados e impacto que se alcanzan. Por otra parte se encuentran desagregados a diferentes niveles para cada usuario, por su área de competencia. Cada aspecto se mide de manera separada.

Cuadro II. Indicadores de SICAM-CaCu

Categoría	Indicador empleado
1- Cobertura	Número de pacientes a las que se les realizó la detección
2- Calidad	Porcentaje de calidad de la muestra Porcentaje de calidad de interpretación citológica
3- Oportunidad	Lapso promedio entre la toma de la muestra y su interpretación
4- Oportunidad diagnóstica	Porcentaje de casos con diagnóstico confirmado
5- Confirmación diagnóstica	Porcentaje de casos según diagnóstico colposcópico Porcentaje de casos según diagnóstico histopatológico
6- Productividad	Productividad del citotecnólogo Productividad del colposcopista
7- Tratamiento	Número de casos en seguimiento
8- Mortalidad	Porcentaje de defunciones

Fuente: Manual de SICAM²

3. Marco Conceptual

Para el desarrollo del trabajo de investigación se consideran los siguientes conceptos.

3.1. Políticas públicas

Una política pública se presenta como un conjunto de prácticas y de normas que surgen de uno o varios actores públicos. Las acciones de una autoridad pública, dependiendo del contexto, pueden ser formas de intervención, previsión, provisión de prestaciones o de represión.¹⁵

Las fases del proceso de una política pública son: identificación del problema, formulación, adopción, implementación, ejecución, evaluación o fin de la acción. Es necesario tener en consideración que la política pública puede desaparecer o simplemente continuar sin que nadie la relacione con resultados concretos.¹⁵

3.2. La evaluación y su importancia

En México hay experiencias recientes y formales de la evaluación de programas. Por otra parte, la Ley de Planeación obliga a la creación de planes y programas, éstos deben incluir procesos de evaluación con el objetivo de medir la eficiencia de las actividades y los recursos utilizados.^{4,16}

La evaluación es un elemento indispensable para la planeación de las políticas públicas, así como para la implementación de los programas en salud. Este proceso de evaluación puede emplearse en forma previa, simultánea o posterior a la implementación de una política o programa de salud.¹⁶⁻¹⁸

Se entiende por evaluación al “análisis sistemático y objetivo de las políticas públicas, los programas presupuestarios y el desempeño institucional, que tiene como finalidad determinar la pertinencia y el logro de sus objetivos y metas, así como su eficiencia, eficacia, calidad, resultados e impacto”.^{6,8,19}

El diseño de evaluación se puede abordar desde diferentes aspectos, dentro de los que se destacan la valoración de necesidades, lo cual se refiere a si el programa es necesario o no. También se evalúan las condiciones sociales y de salud de la población a las que debe dirigirse el programa. ^{4,20}

La conceptualización del programa es otro aspecto de la evaluación que se determina si el programa está bien diseñado. De contar con el diseño adecuado para permitir incidir en la solución del problema identificado de la mejor forma posible de manera eficiente y eficaz. ^{4,20}

Evaluar la operatividad del programa se refiere a valorar la implementación del programa. Permite identificar si el funcionamiento y gestión son lo óptimos para el logro de los objetivos planteados. ^{4,20}

Otro aspecto importante de la evaluación es la valoración de los resultados e impactos del programa, con lo cual se determina si el programa está alcanzando los resultados deseados e inclusive si hay efectos colaterales positivos o negativos no previstos. Relacionado con el resultado e impacto se debe valorar si el costo y eficiencia del programa, es decir si es costo-efectivo y sostenible en el tiempo. ^{4,20}

En el proceso de planeación se emplean varias herramientas metodológicas, entre ellas destaca la Matriz de Marco Lógico (MML), la cual también se encuentra estipulada en los Lineamientos Generales para la Evaluación de los Programas Federales de la Administración Pública Federal. ¹⁶

En el estado de Tabasco en el mes noviembre de 2011, se reforma la Ley de Planeación Estatal; en dicha reforma se establecen las bases para el empleo de los indicadores estratégicos y de gestión de los entes públicos estatales y municipales. ²¹

3.3 Sistemas de información

Los Sistemas de Información Rutinarios en Salud (SIRS) se encuentran integrados por personas, instituciones y actividades, teniendo como finalidad generar

información de calidad que permita mejorar o mantener la salud de una población.²²

Un SIRS debe ser considerado como un conjunto de elementos, que permiten la recolección de información de manera sistemática y organizada, para focalizar y medir intervenciones que van dirigidas a la población.²³

En lo relacionado con los datos que proporciona un SIRS, es necesario que cumplan con algunas características importantes, a saber:²⁴

- Estar referidos a las personas
- Basarse en la población
- Orientarse a los problemas para su prevención y solución
- Estar referidos al proveedor, identificando dónde y por quién se proporciona el servicio, en espacio y tiempo
- Estar referidos al procedimiento o al proceso. El sistema debe tener las formas de intervención utilizadas
- Estar referidos a vigilancia epidemiológica en: tiempo, lugar y persona
- Ser prácticos, reduciendo al mínimo la carga de las personas encuestadas, el tiempo de procesamiento y, si es posible, deben servir a fines múltiples
- Se seleccionan y justifican solamente si hay certeza de que van a influir en la toma de decisiones

Para la realización de la Evaluación de Diseño se analiza el Sistema de Información de Cáncer de la Mujer (SICAM), el cual tiene la particularidad de registrar dos padecimientos importantes para la salud de la mujer que son Cáncer Cérvico Uterino (CaCu) y Cáncer de Mama (CaMa); sin embargo, el presente trabajo se restringe al primero de ellos, el SICAM-CaCu.

Históricamente para el registro de cáncer cérvico uterino se han empleado diversos sistemas, a continuación se resaltan algunos que dieron origen al SICAM-CaCu. En 1991 se desarrolló el sistema Epi-CaCu un sistema de información computarizado, el cual se desarrolló en ambiente Sistema Operativo de Disco

(DOS). Para 1997 se implementó el denominado Sistema Automatizado de Vigilancia Epidemiológica (SUAVE), que agrupa variables para el CaCu que permiten identificar factores de riesgo para la vigilancia epidemiológica y control del padecimiento. Durante el año 1998 se implementó en la Cartilla Nacional de Salud de la Mujer como un instrumento de registro para prevenir y preservar la salud de la mujer, que incluye el CaCu. Pero es hasta el año 2000 cuando entró en operación el PROCACU; un sistema que se desarrolla en un ambiente Windows. Cinco años después en enero 2005 SICAM; funciona vía internet.²²

3.4. Sistemas de información rutinarios en salud

Los SIRS se pueden concebir como sistemas abiertos y complejos, tal como lo formula Bertalanffy. La teoría general de los sistemas, postula que las características básicas de un sistema son: a) totalidad, todos los elementos en conjunto son diferentes a la suma de sus partes; b) límites, el sistema es abierto y tiene una relación con el contexto que lo rodea; c) jerarquía, cada sistema está formado por subsistemas y forma parte a su vez de suprasistemas, y d) equifinalidad, un sistema puede alcanzar un punto determinado de desarrollo a partir de diferentes condiciones iniciales.²⁵

Un SIRS debe ser pensado como un “conjunto procesual de elementos formado por Dato, Información, Conocimiento, Comunicación y Acción (Por sus siglas DICCA)”. Desde esta perspectiva se entiende que un dato es una construcción compleja que, en consecuencia, posee una estructura interna. La información es un conjunto de datos procesados; el conocimiento es un proceso que nos permite pasar del ¿cómo se hace?, al ¿por qué se hace?; la comunicación nos permite pasar de una lógica normativa a una lógica donde intervienen sujetos con sus intencionalidades y sus conocimientos derivados del análisis e interpretación de la información; finalmente, se hace referencia a la acción como modalidades estratégicas, o sea orientadas al éxito, y acciones comunicativas, direccionadas al entendimiento.²⁶

Esto permite ver al SIRS de manera dinámica y que requiere de gestión de estos elementos que lo integran para lograr los objetivos planteados. De lograr desarrollar un proceso de trabajo que incluya los cinco elementos implicará que se ha conseguido un sistema de información adecuado para implementar una gestión local.²⁶

3.5. Programas de salud

Un programa de salud es un conjunto de acciones implementadas por un gobierno con la finalidad de mejorar las condiciones de salud de la población; todo ello plasmado sistemáticamente en un documento, el cual sirve para operacionalizar las políticas públicas de salud.²⁷

Los programas de salud pueden ser clasificados por el área geográfica de aplicación (nacional, estatal o municipal), o bien por el campo específico de la salud al que están dirigidos.

3.6 Sistema de Información de Cáncer de la Mujer - Cáncer Cérvico Uterino (SICAM-CaCu)

El sistema se compone de diversos módulos, los cuales brindan la información del seguimiento de las mujeres en cada uno de los procesos: módulo de nivel jurisdiccional, módulo de laboratorio de citología, módulo de laboratorio de Virus de Papiloma Humano (VPH), módulo de clínica de colposcopia, módulo de centro oncológico, módulo de indicadores.²

Para el SICAM-CaCu se tienen varios perfiles de usuarios que alimentan al sistema y acceden a la plataforma web mediante claves de acceso asignadas acorde a sus funciones. En el manual de la plataforma se describen las acciones a realizar en cada nivel del sistema: jurisdicción sanitaria, laboratorio de la jurisdicción, laboratorio de citología, laboratorio de VPH, clínica de colposcopia, centro oncológico. El personal ingresa la información a la plataforma, sin embargo, la información inicial se genera en las unidades médicas de primer nivel de atención que no cuentan con acceso directo a dicha plataforma; así el registro se

hace mediante formatos impresos y bitácoras que se envían físicamente a las jurisdicciones para ser capturadas en el sistema.²

3.7. Definición de la población

La población a la cual está dirigida el programa es necesaria tenerla definida y caracterizada. Así mismo es necesario diferenciar la población potencial de la población objetivo.²⁸⁻²⁹

La población potencial es toda aquella susceptible de ser beneficiada por las acciones y/o el programa. Esto implicaría tener los recursos para poder llegar a todos los miembros de la población, esto tiene implicaciones en la operación y medición de los resultados.³

En cuanto a la población objetivo es un subconjunto de la población potencial, sin embargo por sus características tienen prioridad y es necesario enfocar las acciones o intervenciones en esta población. Es posible emplear criterios como: vulnerabilidad, grado de marginación, raza o sexo. Lo cual hace requisito indispensable contar con una caracterización clara que la delimite y que permita diseñar estrategias para garantizar alcanzar el resultado esperado.³

3.8. Matriz de Marco Lógico

La Matriz de Marco Lógico (MML) es una herramienta metodológica que permite facilitar el proceso de conceptualización, diseño, ejecución y evaluación de proyectos. Tiene su principal orientación a los objetivos, hacia grupos beneficiarios y el facilitar la anticipación y comunicación entre los diferentes actores involucrados.^{16, 28-29}

Esta metodología fue desarrollada en 1969 por una consultora para la Agencia de Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (USAID) y adoptado más tarde como un instrumento utilizado por agencias de desarrollo para el diseño y planificación de proyectos. El instrumento metodológico ofrece las siguientes ventajas:^{10,28}

-
- Claro análisis de la relación de medios/fines de las actividades del proyecto que conducen a productos (o componentes) requeridos para lograr el propósito establecido para contribuir al logro de un fin (u objetivo de desarrollo)
 - Especificación precisa de las actividades de un proyecto y de sus costos
 - Descripción de indicadores de desempeño y fuentes de verificación de tales indicadores
 - Especificación de los supuestos (o riesgos) principales que podrían condicionar el éxito del proyecto
 - Un marco de referencia para identificar las experiencias adquiridas e incorporarlas a otros proyectos

El CONEVAL define “Marco Lógico: a la metodología para la elaboración de la matriz de indicadores, mediante la cual se describe el fin, propósito, componentes y actividades, así como los indicadores, las metas, medios de verificación y supuestos para cada uno de los diferentes ámbitos de acción o niveles de objetivos de los programas presupuestarios”.^{6,10,28}

La MML es el producto final en el cual se presenta de manera clara y sistemática información que permite la planeación del programa. Está conformada por diversos elementos interrelacionados de manera lógica vertical y horizontal.⁶

En las relaciones de la lógica vertical se tiene la relación de causa y efecto entre las diferentes partes de un problema. Estos elementos se agrupan en cuatro niveles. El primer nivel las actividades (o insumos); son las principales acciones emprendidas mediante las cuales se movilizan los insumos para generar los bienes y servicios que produce o entrega el programa; se sugiere presentar las actividades agrupadas por componente y en orden cronológico.^{6,10-11}

En el segundo nivel están los componentes (o productos); que son los bienes o servicios que produce o entrega el programa para cumplir con su propósito, deben establecerse como productos terminados o servicios proporcionados.^{6,10-11}

Los propósitos con formar en tercer nivel; que es el resultado directo a ser logrado en la población objetivo como consecuencia de la utilización de los componentes (bienes o servicios) producidos o entregados por el programa.^{6,10-11}

En el nivel más alto se debe tener el fin; en el cual se plasma 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 dependencia o entidad.^{6,10-11}

En las relaciones de la lógica horizontal se aplica el principio de correspondencia, que implica que cada nivel de objetivos contenga su correspondiente medición de logros, las condiciones que pueden afectar su ejecución y posterior desempeño.^{10-11,28}

Para la medición de los logros se emplean indicadores de desempeño, que son la especificación cuantitativa que permite verificar el nivel de logro obtenido por el programa. Se requiere que cumpla con los siguientes requisitos:^{8,10,28}

1. Claridad: el indicador deberá ser preciso e inequívoco
2. Relevancia: el indicador deberá reflejar una dimensión importante del logro del objetivo
3. Economía: la información necesaria para generar el indicador deberá estar disponible a un costo razonable
4. Monitoreable: el indicador debe poder sujetarse a una comprobación independiente
5. Adecuado: el indicador deberá aportar una base suficiente para evaluar el desempeño

-
6. Aporte Marginal: en el caso de que exista más de un indicador para medir el desempeño en determinado ámbito de control, el indicador debe proveer información adicional en comparación con los otros indicadores propuestos.

Los medios de verificación expresan las fuentes de información que se emplean para el cálculo de los indicadores.^{8,10-11} Es importante que sean fuentes de información confiables y de la mejor calidad posible. En el caso de salud es frecuente el uso de los SIRS, que recopilan la información relevante de manera sistematizada. Otras fuentes de información son las encuestas y registros administrativos (como las actas de defunción).

Los supuestos son factores ajenos, o situaciones que no están bajo control de la institución responsable del programa, sin embargo, tienen impacto en el éxito o fracaso del mismo. Es por ello que deben ser explícitos en la MML.¹⁰⁻¹¹

4. Planteamiento del Problema

El CaCu en México es la segunda causa de muerte por tumores en edad reproductiva, las muertes por esta enfermedad se relacionan principalmente con la accesibilidad a los servicios de salud, ya que se considera que es tratable si se detecta en etapas tempranas.^{30,31} Sin embargo también se presentan otros factores que participan en la mortalidad, en diferentes momentos en los procesos de prevención, detección, control hasta llegar al tratamiento del padecimiento como son: insatisfacción de las usuarias, limitaciones de recursos (físicos, humanos, infraestructura), falta de difusión y de información a la población. Adicionalmente se consideran aspectos que incrementan la problemática como: la infección de VPH, prácticas de riesgo sexual, nivel cultural de la población en riesgo, abandono de tratamientos, percepción de la gravedad del padecimiento entre otros.³⁴⁻³⁵

Para disminuir su impacto en la población es necesario realizar acciones de control, diagnóstico oportuno y tratamiento temprano; así como tener información clara y oportuna que debe proporcionar el SICAM - CaCu, pero esto no es suficiente para medir su impacto en la salud de la población y alcanzar los objetivos. Se requiere una evaluación en el diseño del programa que busque medir los resultados para generar y/o mejorar los procesos con un alcance de su impacto a largo plazo.

Actualmente no se cuenta con una evaluación del diseño del programa de CaCu en Tabasco, que permita cuantificar el impacto de la morbilidad y la mortalidad. Esto es fundamental no solo para lograr la eficacia y eficiencia de las intervenciones en la salud de las mujeres de Tabasco, si no también para el desarrollo y/o reorientación de políticas públicas y de programas que ayuden a resolver este problema de salud pública.^{4,11,17}

5. *Justificación*

El CaCu es un problema de salud pública que requiere ser atendido de manera prioritaria. Para ello se requiere que los programas de salud se encuentren diseñados con enfoque a los resultados.^{30,31}

Así mismo, un diseño adecuado de los programas de CaCu es un requisito que permitirá contar con información suficiente para observar los avances del programa de CaCu, logrando así contribuir a los objetivos de desarrollo social en la población. Para ello se puede emplear el método de Marco Lógico en el diseño y planeación orientado a los resultados.^{6,7,11,34-35}

Las evaluaciones de diseño permiten verificar que se cuenta con todos los elementos para la planeación basada en resultados.^{10,20} En México el CONEVAL plantea un método que cubre aspectos como: características generales del programa, contribución del programa a los objetivos estratégicos, análisis de la matriz de indicadores, población potencial y objetivo, concordancia con la reglas de operación, complementariedades con otros programas y un análisis FODA (fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas).^{7,3,28}

En la evaluación de los programas de salud, los SIRS tienen un papel sustancial, debido a que proporcionan la evidencia para la toma de decisiones; y es por ello fundamental que en el diseño se considere a los SIRS como una fuente importante de información para la prevención, control y tratamiento del CaCu. En el presente trabajo para el SICAM-CaCu, es esencial la construcción de la Matriz de Marco Lógico, a través de los indicadores que este genera para lograr los objetivos planteados en los programas y que deben ser resueltos.^{8,3,19}

Quizá se requiera no solo pensar en nuevos indicadores, también diseñar los sistemas de información con un enfoque a los resultados. Para ello es indispensable contar con personal especializado no solo en sistemas de información, si no también especializado en MML y otras herramientas de planeación.

6. Objetivos

En el presente trabajo se establecieron los siguientes objetivos:

6.1. Objetivo general

- Evaluar el diseño del programa de Cáncer Cérvico Uterino en el estado de Tabasco, en el año 2011

6.2. Objetivos específicos

- Evaluar el diseño del programa de CaCu en Tabasco con el método de Marco lógico apegado a los términos de referencia de CONEVAL
- Identificar la fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas (FODA) del diseño del programa
- Elaborar recomendaciones de mejora del diseño del programa
- Actualizar y proponer indicadores en la Matriz de Marco Lógico

7. Material y Métodos

Estudio del tipo “evaluación formativa del diseño de una política pública” mediante trabajo de gabinete e información adicional con fuentes secundarias y entrevistas semiestructuradas a informantes clave sobre el diseño del programa de CaCu en Tabasco,(Ver ANEXO II) Las entrevistas fueron diseñadas con base en preguntas propuestas por el método de evaluación del CONEVAL,³ el personal entrevistado simultáneamente proporcionó información documental (bases de datos, diagnósticos situacionales, programas operativos, asignación de recursos, indicadores entre otros instrumentos empleados en la planeación) complementándose con información de documentos públicos (Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012; Plan Nacional de Salud 2007-2012; Plan Sectorial de Salud 2007-2012; Plan Estatal de Desarrollo 2007-2012; Plan Estatal de Salud 2007-2012; AFASPE 2011 de Tabasco y Normas oficiales).

Con la información recabada de las entrevistas (fuentes de información primarias) y complementada con los documentos de planeación estatales y federales (fuentes de información secundarias), algunos proporcionados por autoridades del gobierno del estado (Ver ANEXO V), se respondieron las preguntas señaladas en el cuestionario inicial, de acuerdo con los siguientes ejes temáticos: 1) Características del programa; 2) Contribución a los objetivos estratégicos; 3) Matriz de indicadores; 4) Población potencial y objetivo; 5) Vinculación con las reglas de operación del programa; 6) Coincidencias, complementariedades y duplicidades con otros programas.³

La sistematización de la información permitió realizar un análisis del diseño del programa, los hallazgos se sintetizaron en una matriz de fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas (FODA).³ Cada uno de los elementos incluye la evidencia que sustenta el análisis.

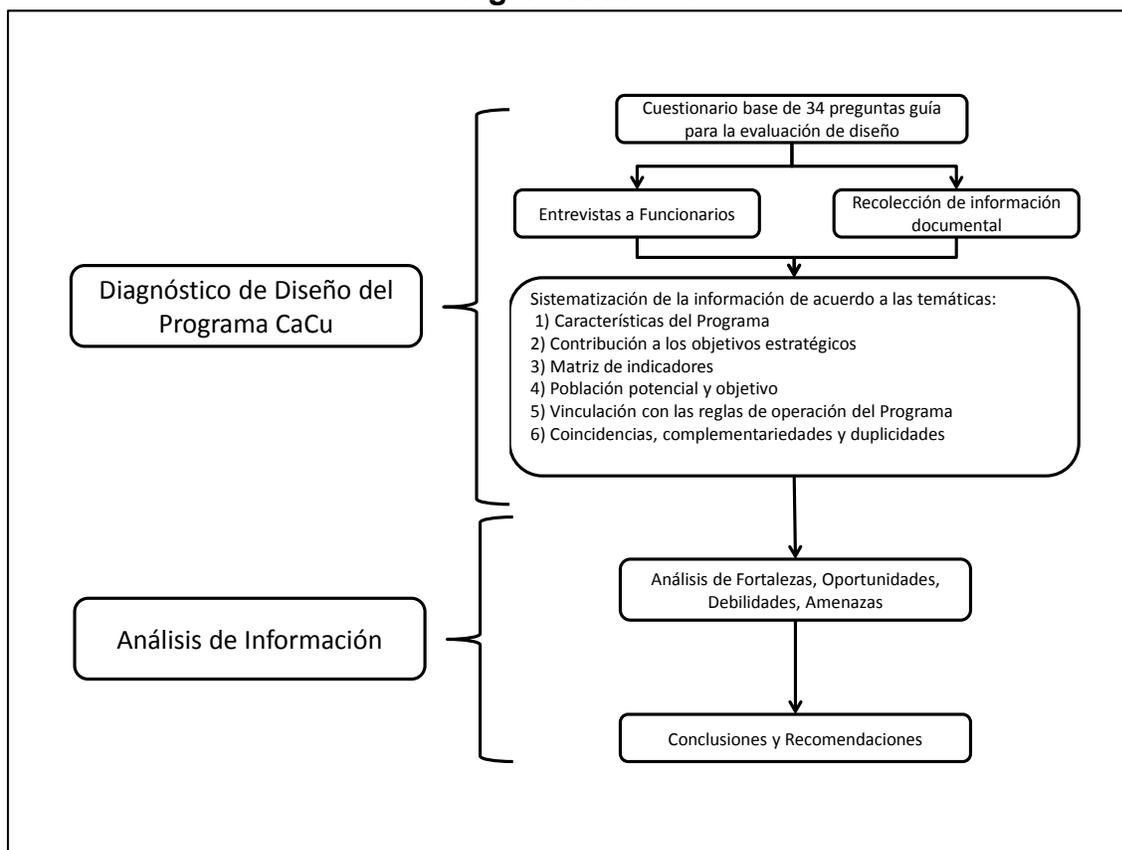
Cada elemento mencionado en el análisis FODA fue ordenado de acuerdo con su relevancia, de mayor a menor importancia. Lo que permite identificarlo rápidamente para un mejor análisis de la evaluación del diseño.

Para cada debilidad o amenaza se estableció al menos una recomendación que permita solventar la problemática identificada. Al mismo tiempo cada recomendación fue seleccionada por su viabilidad y efectividad para su incorporación en el programa.

Durante el proceso de evaluación, se identificaron las ausencias de componentes de la MML, elaborándose en esos casos las propuestas correspondientes para su incorporación al programa y poder así complementar su diseño acorde con lo requerido.

Finalmente se realizó la actualización de los indicadores de la MML, para ello se retomaron los creados para el AFASPE 2012. Estos fueron retomados de la plataforma SICAM V2 al 31 de mayo de 2012 plasmados en la MML propuesta (Figura 3).

Figura 3. Método



Fuente: Elaboración propia.

7.1. Material

En el estudio se emplea el Modelo de Términos de Referencia (TR versión 2007) para la evaluación en materia de diseño recomendada por el CONEVAL, Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) y la Secretaría de la Función Pública (SFP) los cuales fueron publicados con la finalidad de facilitar y homogeneizar los resultados de estas evaluaciones. Esta evaluación consistió en 34 preguntas referentes a las características del programa; su contribución a los objetivos estratégicos; su Matriz de Indicadores; las Reglas de Operación; así como las coincidencias, complementariedades o duplicidades con otros programas.³

El objetivo de los TR es “Evaluar mediante trabajo de gabinete y apoyado en información proporcionada por el programa, la dependencia o entidad, el diseño del programa”.³ Es con base en lo anteriormente descrito se sigue la misma temática para la presentación de los resultados y el diseño de las guías de entrevistas semiestructuradas para la recolección de la información (Ver Anexo V).

Las entrevistas se realizaron con funcionarios que intervienen en la planeación, diseño y operación estatal del programa de cáncer cérvico uterino. En total se realizaron 7 entrevistas del 22 de febrero al 01 de marzo del 2012 (Ver Anexo II).

Las guías de entrevistas se dividieron en seis temas: (1) características del programa; (2) contribución a los objetivos estratégicos; (3) matriz de indicadores, (4) población potencial y objetivo; (5) vinculación con las normatividad; y (6) coincidencias, complementariedades y duplicidades. Cada tema consta de preguntas específicas, las cuales se respondieron mediante un esquema binario (Sí o No). Para determinar esta respuesta, se fundamentó con evidencia documental y análisis de la misma, que sustente y justifique los principales argumentos de cada una de las preguntas y temas por analizar. Por tanto, en cada respuesta se justificó el porqué se respondió de una u otra manera. Tanto la respuesta binaria a la pregunta, el análisis de la misma, así como las referencias

documentales, fueron la base de este trabajo de evaluación de diseño (Ver Anexo V).

8. Consideraciones éticas

De acuerdo con los principios internacionales establecidos en La Declaración de Helsinki, Reporte Belmont, Pautas CIOMS y Guía de Práctica Clínica, de lo mencionado en estos documentos referente a las acciones éticas, se consideró que no aplican en el presente estudio, dado que no se realizó ninguna intervención en seres humanos y únicamente se aplicaron entrevistas a los actores clave a los cuales se les solicitó consentimiento oral para las mismas (Anexo VI); así también se solicitó permiso para emplear la información como parte de este proyecto profesional a presentarse en el Instituto Nacional de Salud Pública, resguardando en todo momento la identidad de los participantes.

9. Resultados

Los resultados que a continuación se presentan conforme a los temas (1) características del programa, (2) contribución a los objetivos estratégicos, (3) matriz de indicadores, (4) población potencial y objetivo, (5) vinculación con las normatividad, y (6) coincidencias, complementariedades y duplicidades.

9.1. Características generales del programa

El programa de Cáncer de la Mujer del estado de Tabasco se implementó en 1999 por el Gobierno del estado para la prevención y control del CaCu; en el año 2003 se le incorporó otro padecimiento de importancia en la salud pública, el CaMaMa. El objeto de la evaluación depende de las siguientes instancias gubernamentales: 1) Secretaría de Salud del estado de Tabasco, 2) Subsecretaría de Salud Pública, 3) Dirección de programas Preventivos, y 4) Coordinación Estatal de Cáncer de la Mujer.

Existe el programa a nivel federal enfocado en el CaCu; por lo que el programa objeto de evaluación, para 2011, tiene cobertura estatal. Se encontró que este no tiene una definición clara del fin y el propósito para una adecuada planeación y asignación de recursos para las actividades. Sin embargo, la definición del fin y el propósito del programa se expresan de manera limitada a través del objetivo general y particulares, lo cual refleja la inexistencia de marco lógico del programa. Los objetivos específicos se presentan a continuación:

“Disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad por CaCu, a través de la provisión de servicios óptimos en la promoción, prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control del padecimiento, así como de la participación responsable de la población en el cuidado de su salud.”³⁹

La población objetivo del programa de CaCu, no está definida de manera explícita. No obstante, para el programa se establecen metas que abarcan las 17 jurisdicciones sanitarias del estado (comprende los 17 municipios), así como el

universo de personas al cual se enfoca, teniendo como criterios para delimitar el sexo y la edad, pero sin definir las características socioeconómicas ni tipo de seguridad social. De esta manera, el programa no diferencia entre la población potencial y la objetivo, y se interpreta que es la misma y que abarca todo tipo de estratos sociales y tipos de afiliación; de esta forma se cuantifican un total de 511,072 mujeres de entre 25 a 64 años de edad.

La población señalada es mayor a lo expuesto en el Programa Sectorial de Salud, Seguridad y Asistencia Social 2007-2012 para el estado de Tabasco (PROSEC), el cual tiene para CaCu una población objetivo de 279,284 mujeres, lo cual implica que no existe una congruencia entre el programa de CaCu y el PROSEC, los responsables del programa no hacen esa delimitación para su programación.

Adicionalmente, el programa maneja como marco normativo legal la Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994,³⁶ Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino, la cual establece que el campo de aplicación y, por tanto, de observancia obligatoria son todas las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud (sectores público, social y privado), con lo que podría entenderse que el programa debiera ser de cobertura amplia, sin embargo, no deja claro si la población que atenderá será sólo la que tiene protección social en salud.

Los apoyos establecidos en el PCMT 2011 son a través de diversos beneficios dirigidos a la población. Se establecen metas para las acciones de promoción, prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de cada padecimiento, los cuales son en especie (vacunas, pruebas de VPH, colposcopias, citologías, entre otros) y de capacitación (material impreso, orientación, asesoría).

Parte de la información aquí vertida fue recabada mediante las entrevistas que se realizaron al personal de Gobierno del estado de Tabasco (ver [Anexo II](#) y [Anexo V](#)), así como de la información proporcionada por los responsables del programa.

9.2. Contribución del programa a los objetivos estratégicos

En el diseño del programa el problema de CaCu en Tabasco se plantea de manera confusa. Dado que, sólo se manifiestan las fortalezas del programa y de ahí derivan que es importante su continuidad, dejando el vacío de un análisis real actualizado de la problemática que fue reflejada en el plan sexenal del PCMT.

Finalmente las tasas utilizadas como base para el desarrollo del PCMT 2011 fueron las disponibles en su momento (2009 y 2010). Sin embargo, éstos parecen no ser suficientes para identificar y definir el problema.

Adicionalmente al revisar la documentación se encontró con un diagnóstico situacional en el que se expresa la problemática, sin embargo, el programa maneja datos principalmente del 2009, a pesar de que los funcionarios refirieron que utilizaron datos del 2010. Por otra parte, los datos reportados en los diagnósticos son los utilizados para la evaluación de los indicadores “caminando a la excelencia”, por ser los únicos que los funcionarios refieren como obligatorios y oficiales. Se requieren diagnósticos con la evaluación basada en indicadores de la MML.

Siguiendo con el método de ML, se verificó la correspondencia del fin y el propósito con la solución del problema, donde se determinó que no se cuenta con una clara definición del problema, en consecuencia tampoco el fin y propósito están definidos para el PCMT 2011.

Por otro lado, a pesar de que el Programa Sectorial de Salud, Seguridad y Asistencia Social 2007-2008 (PROSEC) y Plan Sexenal del PCMT mencionan la problemática, así como el fin y el propósito de trabajar en la prevención y control de CaCu, el PCMT 2011 no menciona la alineación con el PROSEC y el plan sexenal. No obstante, las actividades incluidas en el PCMT 2011 se enfocan en la solución de la problemática planteada.

Las estrategias y líneas de acción que se plantean en el PCMT 2011 para cada padecimiento se encuentran alineadas con el eje 3 del PND como a continuación se demuestra:

Plan Nacional de Desarrollo 2007 – 2012 (PND)

- Eje 3
- Objetivo 16
- Estrategia 16.4 Promover una cultura de prevención de enfermedades de la mujer y garantizar el acceso a servicios de calidad para la atención de las mismas

Dado que con base en el PND se formuló el Programa Sectorial de Salud 2007 – 2012 (PSS), a continuación se menciona cómo se deberían relacionar el PCMT 2011 con el PSS.

Programa Sectorial de Salud 2007 – 2012 (PSS)

Objetivo 01 Mejorar las condiciones de salud de la población

Meta 1.5 Incrementar al triple la cobertura de CaMaMa por mastografía, detección en mujeres de 50 a 69 años.

Estrategia 2. Fortalecer e integrar las acciones de promoción de la salud, y prevención y control de enfermedades

Línea de acción 2.13 Promover la prevención, detección y atención temprana del CaCU y del CaMaMa

Meta 1.6 Disminuir 27% la tasa de mortalidad de cáncer cérvico uterino por cada 100 000 mujeres de 25 y más años de edad.

En el Anexo I se muestra la relación real del PCMT-CaCu 2011 no sólo con el PSS sino con los diferentes programas rectores superiores.

9.3. Marco normativo y alineación de los objetivos

El PCMT-CaCu 2011 no cuenta con una matriz de indicadores apegada al Marco Lógico como lo establece la normatividad federal para la evaluación de programas; adicionalmente, el personal cuenta con poco conocimiento de la metodología de la MML. Sin embargo, como parte de la evaluación de diseño se presenta en el Anexo VI una propuesta de MML.

Para la propuesta de MML se emplearon los indicadores creados para el AFASPE 2012, dichos indicadores fueron creados por la Secretaría de Salud y los responsables estatales de cáncer. Se encuentran basados en planes y programas federales, así como en la normatividad aplicable a CaCu.³⁷

El programa cuenta con elementos importantes que pueden ser la base para estructurar adecuadamente los elementos que están ausentes y que ya se han mencionado, a continuación se presenta el análisis de los resultados obtenidos.

Como principal elemento base se observa que el programa de Cáncer de la Mujer está enfocado a padecimientos que tienen un gran impacto en la salud de la mujer. Ambos padecimientos, CaCu y CaMaMa, son enfermedades que se relacionan como resultado de inequidades sociales, lugares de residencia, grupos étnicos, estado socioeconómico y acceso a la seguridad social.^{14,25-26}

Evidencia de lo anterior es que el CaCu presentó una disminución en la tasa de mortalidad estandarizada: de 16.2 mujeres fallecidas por cada 100 000 mujeres en 1989, bajó a 9.9 mujeres fallecidas por cada 100 000 mujeres en el 2006.³¹ En Tabasco, la tasa de mortalidad para este padecimiento, en 2010 fue de 11.3 por cada 100 000 mujeres mayores de 25 años, valor por debajo de la que se reporta a escala nacional de 13.7 por cada 100 000 mujeres mayores de 25 años.³⁸

Como segundo elemento base para estructurar la MIR y el planteamiento del problema es que se cuenta con un diagnóstico situacional para el PCMT-CaCu, al menos para 2009 y 2010, que elaboraron la Secretaría de Salud de Tabasco y la coordinación del PCMT. En los documentos se presentan las estadísticas de

mortalidad y morbilidad del 2000 hasta el 2010. Además, se describen las acciones realizadas para la detección oportuna y el fortalecimiento de la infraestructura para la ampliación de los servicios de detección, control y tratamiento.³⁹

Sin embargo, es necesario que en los diagnósticos se contemplen las diferencias entre las jurisdicciones o regiones, así como incluir resultados diferenciados considerando las características socioeconómicas de las regiones del estado de Tabasco. Tener la información desagregada, ya sea por municipio o región, permite planear y dar prioridad a las acciones de detección, control y tratamiento de cáncer de la mujer en Tabasco.

Aunque el PCMT-CaCu no define explícitamente los elementos de propósito y fin, aspectos básicos dentro del ML y a partir del cual se define MML, sí existe evidencia de que los servicios que se ofrecen, descritos en los programas de acción, evaluación y otros documentos, son acordes para hacer frente al padecimiento que está dirigido el PMCT 2011. A continuación se describe parte de las evidencias que apoyan los servicios que ofrece el PCMT para contribuir a solucionar el problema.

Se cuenta con reportes que hacen mención donde la detección temprana juega un papel importante para aumentar la sobrevida; sin embargo, existen diferencias importantes en la población por la accesibilidad a los servicios de salud. Los aspectos de las inequidades (en términos de epidemiología, alternativas de tamizaje, calidad del tratamiento, sobrevida y mortalidad) en la población juegan un papel importante a trabajar por la respuesta social organizada.^{14,16,25,28}

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) resalta la importancia del CaCu; este padecimiento se puede prevenir y curar con acciones de tamizaje adecuadamente planeadas y disponibles con el diagnóstico apropiado, el tratamiento y seguimiento.⁴⁰ Además, la Organización Mundial de la Salud (OMS) presenta una serie de directrices para los países en donde se pone de manifiesto diversos puntos necesarios para la prevención y control integral del CaCu.⁴¹

Por otra parte con base en los objetivos estratégicos de la dependencia el PCMT-CaCu 2011 se identificó vinculado y alineado a diversos documentos base para la planeación como son: PED, PROSEC, Dirección de Atención de la Secretaría de Salud de Tabasco y PND que a continuación se detallan.

El PCMT-CaCu se relaciona con el PED de Tabasco 2009-2012 en el objetivo de “Disminuir la incidencia de padecimientos y enfermedades, a través del fortalecimiento de los programas de medicina preventiva, epidemiología, promoción de la salud y protección contra riesgos sanitarios”.

Respecto al PROSEC, se vincula con el objetivo específico de “Disminuir los daños a la salud pública condicionados por las transiciones demográfica y epidemiológica del estado”.

Adicionalmente se encuentra alineado con la Dirección de Atención de la Secretaría de Salud de Tabasco en su objetivo general “Contribuir al restablecimiento y mantenimiento del nivel de salud de la población del estado a través de la prestación de servicios oportunos, de calidad, con alto sentido humano y con los insumos básicos específicos, que satisfagan las principales necesidades y demandas de los usuarios y prestadores de servicios de salud”. Además el PCMT-CaCu 2011 se encuentra alineado con el Plan Nacional de Desarrollo 2007 – 2012 (PND) mediante los siguientes apartados:

- Eje 3; igualdad de oportunidades
- Objetivo 16; reducir las desigualdades en los servicios de salud mediante las intervenciones focalizadas en comunidades marginadas y grupos vulnerables.
- Estrategia 16.4; promover una cultura de prevención de enfermedades de la mujer y garantizar el acceso a servicios de calidad para la atención de las mismas.

De esta manera el programa contribuye a los objetivos planteados a nivel federal y, al mismo tiempo, se encuentra alineado con lo establecido en el ámbito estatal en el PED y el PROSEC.

9.3.1. Análisis de indicadores

Los indicadores no están definidos acorde con la MML, y de los indicadores “Caminando a la Excelencia” no todos pueden ser retomados para la construcción de la matriz. Para mayor referencia se presenta el Cuadro II que resume lo anteriormente expresado:

Cuadro III. Evaluación de los indicadores "Caminando a la Excelencia" empleados en el programa CaCu del PCMT 2011

INDICADOR	Claridad	Económico	Monitoreable
Índice de Anormalidad	x	x	x
Calidad de la toma	x	x	x
Cobertura global PAP		x	x
Cobertura global VPH		x	x
Calidad de la toma	x	x	x
Grado de eficiencia	x	x	x
Control de calidad	x	x	x
Correlación colpo-histopatológica		x	x
Oportunidad de diagnóstico	x	x	x
Seguimiento de pacientes			

Fuente: Elaboración propia con base en información recolectada.

Relacionado con los indicadores empleados se requiere de una línea base a partir de la cual se mide el avance del programa para cada uno de los componentes de la MIR (Fin, Propósito, Componente y Actividades); en este caso no se reporta una línea base clara y específica para cada uno de los indicadores, esto es principalmente porque no se aplicó la MML para el diseño del programa. Así mismo, para que se puedan medir los avances y el logro de las metas es importante que se especifique adecuadamente la temporalidad.

Los indicadores utilizados en el programa son los denominados como “Caminando a la Excelencia”, señalándose en cada uno de ellos las fuentes de verificación. La mayoría de ellos se obtienen del Sistema de Información de

Cáncer de la Mujer (SICAM), que registra datos de CaCu, el Sistema de Información Epidemiológico y Estadístico de Defunciones (SEED), y las proyecciones de población del Consejo Nacional de Población (CONAPO) con base en el conteo de 2005.

En el caso del SICAM, la información se registra ya sea en el laboratorio estatal, jurisdiccional o en la unidad de salud (hospital, centro de oncología). Cuando no se tiene el acceso directo a la plataforma de información vía Web, se cuenta con formatos de registro de información (formatos en papel de referencia o solicitud de laboratorio).

El SEED tiene el registro de las defunciones de manera rutinaria y se reportan defunciones con la información del certificado de defunción. Este registro es indispensable para las estadísticas demográficas y en este caso permite una medición de la mortalidad de CaCu.

En el caso de las proyecciones del CONAPO se tienen todas las estimaciones de la población 2010 a 2050 con base en el censo de población del 2010. Con esta información se estima la población que está presente desagregada por edad, sexo y municipio.

Los medios de verificación empleados son sistemas de información rutinarios, que se alimentan de manera periódica. En el caso específico del SICAM-CaCu los datos son validados por el mismo sistema y verificados con procesos ya establecidos de manera rutinaria.

Para la validación, de acuerdo con las entrevistas realizadas, se emplean controles de calidad de la información que se registra en las plataformas tanto de SICAM como en el SEED. Por otra parte, se realizan encuestas de seguimiento. También se menciona que se hacen supervisiones a las unidades de salud. Sin embargo, no se entregó evidencia de los medios de validación empleados, ni se reporta en otros sistemas de información.

De los supuestos que corresponden a la MML, éstos no se tienen determinados, al no ser controlables por la organización deben tenerse presentes al momento de hacer la evaluación del programa.

Se encontró que los indicadores de seguimiento del programa no están respondiendo a las necesidades de evaluación del PAE CACU 2007 - 2012, especialmente a la necesidad que se plantea con el cierre del programa en 2012. Lo anterior en términos generales pone de manifiesto la necesidad de estructurar una propuesta cumpliendo con los requisitos de una MIR para el PCMT-CaCu.

9.3.2. Población potencial y objetivo

Con respecto a la población a la cual se encuentra dirigidas las acciones del PCMT-CaCu se encontró que los responsables del programa no tenían cuantificado y caracterizado con suficiente detalle las poblaciones potenciales y objetivo. Únicamente se hace un breve señalamiento del universo del mismo, entendiéndose como población objetivo dado que enmarca el período en el que se aplicará dicho programa. Por otro lado, menciona las 17 jurisdicciones sanitarias como “espacio” sin explicar cómo apoyan o delimitan a la población objetivo de la potencial. Dado que no señala explícitamente cuál es la población potencial, la redacción del programa deja en duda si la población objetivo es la misma que la potencial, de ser así debe corregirse para ser explícita y medir los avances en la cobertura adecuadamente, así como para la estimación de otros indicadores de interés.

Aun considerando la breve descripción del “universo” del programa, esta sólo se establece por sexo y rango de edades para cada uno de los padecimientos; sin embargo, no se explica por qué la importancia de considerar sólo estos atributos. Tampoco se explica por qué no considerar la clasificación de la derechohabencia de la población a instituciones de seguridad social, o su afiliación al Sistema de

Protección Social en Salud (Seguro Popular), siendo éste un atributo importante para evitar duplicidades en la atención a la población.

Otro aspecto identificado es que el PCMT-CaCu no plantea de manera explícita los beneficios para la población; sin embargo, se plantean algunas justificaciones sólo en el apartado introductorio (no hay un apartado de planteamiento del problema o justificación); no obstante, dichas justificaciones son un tanto contradictorias como a continuación se presentan.

Este programa establece que *“En Tabasco el Cáncer Cérvico Uterino pasó a ser la segunda causa de muerte por neoplasias malignas en la población femenina de 25 y más. En los últimos 8 años la tasa de mortalidad muestra una tendencia descendente del 25.5 por 100,000 mujeres de 25 años y más en el año 2001 a un 12.4 en el 2009 reduciendo así la mortalidad a un 55.0%, por ello la importancia de la continuidad del programa de Cáncer Cérvico Uterino apegado a la nueva normatividad, con nuevos retos y estrategias”*.

El problema debe plantearse de otra forma y justificarse no por la disminución de la tasa de mortalidad por CaCu, sino por el número de muertes a evitar por este padecimiento que sigue afectando a las familias en su estabilidad emocional y desarrollo personal; por ejemplo, mencionando datos y cifras que justifiquen el programa, como incidencia y prevalencia de VPH, sobrevivencia a los tratamientos, letalidad entre otros.

Es importante mencionar que en el Plan de Acción Específico de Cáncer de la Mujer 2007-2012⁴² se establece un apartado de justificación para CaCu, algunos datos se retoman en el PCMT 2011; sin embargo, no se actualizan ni se encuentran adecuadamente expuestos acordes con un proceso de salud y que permitan la comparación más adecuada como serían las tasas ajustadas de mortalidad por este padecimiento.

En la revisión de documentos del programa no se especifican criterios adicionales, o mecanismos para determinar las unidades de atención serán las mujeres 25-64

años para CaCu o bien se toman todas las que cumplan únicamente este criterio. De ser así, no se consideran otros criterios importantes como son las zonas prioritarias de atención (por ejemplo área geográfica o nivel de marginación); sin embargo, se entendería que se enfoca en personas con dichas características porque son las de mayor riesgo, pero no diferencian el nivel de incidencia por estratos como población urbana, rural, indígena o área geográfica. El priorizar o focalizar los recursos es importante para lograr un mayor logro en los resultados, debido a que los recursos son escasos y limitados.

En lo referente a la información sistematizada de un padrón de beneficiarias, así como información que permita su correcta caracterización (información socio-económicas) se cuenta con una plataforma nacional, la cual es utilizada y alimentada por los responsables del PCMT, misma que sirve de base para los análisis de los diagnósticos anuales y el seguimiento de los indicadores de desempeño. Dicha plataforma es el Sistema de Información de Cáncer de la Mujer (SICAM).

Finalmente, el estado de Tabasco no lleva ningún registro paralelo al arriba señalado que permita conocer quiénes reciben los apoyos del programa más allá del número de individuos beneficiados por hospital en el caso de CaCu, dato reflejado en los diagnósticos situacionales.

9.3.3. Concordancia con las Reglas de Operación o la normatividad aplicable

El PCMT-CaCu 2011 no cuenta con reglas de operación como en otros estados, la normatividad que refieren los responsables del programa son las Normas Oficiales Mexicanas que a continuación se señalan y a las cuales se encuentra alineado de manera general, por ser normas de observancia obligatoria, y para las acciones que realiza el personal de salud de los sectores público, social y privado para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia del cáncer

cérvico uterino. Sin embargo, el programa se centra en la prevención y control, y no establece la importancia de dar especial atención a las áreas rurales e indígenas y a las zonas urbano-marginadas, a través de estrategias de extensión de la cobertura (Ver normatividad aplicable Anexo VII).

En lo referente a la normatividad el programa se rige por las siguientes normas de observancia obligatoria: NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino y modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino del 31 de mayo de 2007.³⁶

9.4. Complementariedades o duplicidades de acciones con otros programas federales

Con el programa OPORTUNIDADES y con el programa CARAVANAS DE LA SALUD existe complementariedad.

- PROGRAMA OPORTUNIDADES (PO): al acercar servicios para el control y la prevención de cáncer de la mujer a la población con pobreza extrema y de zonas marginadas.
- PROGRAMA CARAVANAS DE LA SALUD (PCS): al acercar servicios para el control y la prevención de cáncer de la mujer a las localidades que no cuentan con unidades médicas.

A pesar de que existe la complementariedad entre los programas, ésta no está claramente identificada en el PCMT 2011. En el caso del PCS, sólo señala como una de las actividades el acercar los servicios de detección de CaCu a través de las caravanas, pues además tiene otras actividades o intervenciones que cubrir.

El PO no se menciona en el PCMT 2011, sin embargo, funcionarios de la Dirección de Planeación de Salud (DIPLA) identifican esta complementariedad en

el estado de Tabasco. Adicionalmente, el programa no hace una definición de su población objetivo según características socioeconómicas.

De las duplicidades se observa que las actividades y programas de las instituciones del sector salud que ofrecen derechohabencia para el tratamiento y control de cáncer de la mujer. Se podrían estar duplicando los beneficios para algún pequeño número de población derechohabiente y que también pertenece al Seguro Popular.

Con respecto a la evidencia que pone de manifiesto tanto las complementariedades y las duplicidades, es nula o escasa. Para el caso del PCS, sólo se hace mención como parte de una actividad para CaCu sin presentar datos y evidencias en otros documentos ni en los diagnósticos situacionales. En lo referente al PO no se encontró ningún documento en el que se pudiera identificar esta complementariedad.

9.5. Análisis FODA

El siguiente análisis de fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas (FODA) se deriva de la evaluación del diseño de programa de Cáncer de la Mujer del estado de Tabasco 2011 con base en los Lineamientos Generales para la Evaluación de los Programas Federales de la Administración Pública Federal¹ (Lineamientos) y el Programa Anual de Evaluación 2007 (PAE).² En dicho análisis se incluyen las recomendaciones para mejorar el diseño y gestión del PCMT. Este mismo análisis utiliza el formato recomendado por el CONEVAL y se puede consultar en el Anexo III.

Cuadro IV. Análisis de fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas

	<u>Fortalezas</u>	<u>Debilidades</u>
Internas	<ol style="list-style-type: none"> 1. El PCMT 2011 abarca uno de las principales causas de muerte de la mujer: CaCu. 2. El PCMT depende de la Secretaría de Salud de Tabasco, la cual se divide en 17 jurisdicciones sanitarias que abarcan los 17 municipios del estado 3. Cuenta con personal altamente capacitado en conocimientos relacionados con los padecimientos que incluye el programa. 4. Está apegado a la Normas oficiales mexicanas en la prestación de los servicios 5. Está alineado a nivel Federal con el PND y a nivel estatal con el PROSEC. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. El diseño del programa no está apegado a la Ley de Planeación Federal. Artículos 3, 9 y 14, los Lineamientos Generales para la Evaluación de los programas Federales de la Administración Pública Federal en sus artículos PRIMERO y SEGUNDO y demás disposiciones aplicables (ver <u>Anexo V</u>) (El diseño del programa no cuenta con una matriz de marco lógico) 2. Bajo entendimiento por parte del personal de la lógica metodológica de la MML que se debe seguir para la elaboración de los programas (Metas, fin, planteamiento del problema, población objetivo e indicadores) 3. Las evaluaciones de CaCu son anuales y no tienen una recolección preliminar de datos (trimestral o bianual) que permita la planeación del PCMT con menos tiempo de desfase (aprox. 2 años)

¹ Fracción I del numeral Décimo Octavo de los Lineamientos.

² Numeral 12.

Externas	<u>Oportunidades</u>	<u>Amenazas</u>
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Al incluir dos intervenciones, la programación de actividades, principalmente de prevención y educación que abarquen ambos padecimientos, apoyadas con otros programas (Oportunidades, Seguro Popular) puede constituir una mayor eficiencia en el uso de recursos 2. Los avances científicos en las áreas de detección y control de CaCu ayudarán a cumplir mejor los objetivos del programa 	<ol style="list-style-type: none"> 1. La falta de programas sectoriales extrasexenales limita la continuidad de los resultados tangibles esperados en la población. Mejora de la salud en la población 2. Las regulaciones y manuales cuya aplicación son de corto plazo afectan el entendimiento a todos los niveles operativos, así como la continuidad de la planeación en el mediano y largo plazos 3. La falta de un sistema de trazabilidad para identificar la derechohabencia de las mujeres a las que se realizan las pruebas de citologías, afecta el resultado de los indicadores al sobreestimar las metas alcanzadas y dejar fuera a mucha población objetivo

10. Recomendaciones

Con base en la información recabada primeramente se ha desarrollado una propuesta de MIR que podría ser implementada para el programa (Anexo IV), adicionalmente y siguiendo el orden de los temas del FODA se hacen las siguientes recomendaciones.

Debilidad 1

Que el área de programación de la Secretaría de Salud del estado de Tabasco, así como todas las entidades involucradas con el diseño, planeación y la implementación del PCMT mantengan capacitación constante sobre las regulaciones contenidas en los lineamientos y en el PAE.

Trabajar anualmente sobre las reglas de operación del PCMT que permita una aplicación más efectiva de las líneas de acción y se establezca de manera más efectiva la población objetivo, beneficiarios e indicadores de medición.

Debilidad 2

En el diseño de los programas, se debe tener un apartado de justificación y planteamiento del problema, en el cual se puedan retomar las justificaciones planteadas en los programas PND, PSS, PEF, PAE CaCu, PAE, PLED y PROSEC, de manera que se encuentren alineados a los documentos mencionados.

La determinación de metas por indicador debe establecerse de manera anual, no es posible utilizar las metas globales del plan sexenal del PCMT 2007-2012 o del PROSEC a cumplirse en un solo año; así mismo, utilizar como referencia los resultados del año anterior como línea base a partir de la cual se puede evaluar el avance.

Debilidad 3

Realizar los diagnósticos situacionales con oportunidad para que sean utilizados de base para la determinación de la problemática y, por tanto, de las acciones a emprender para el siguiente año. Se recomienda utilizar proyecciones o realizar diagnósticos preliminares del año inmediato anterior para la elaboración del programa que se va a evaluar y utilizar la estandarización de tasas por ser una medida de comparación más apropiada y cercana a la realidad.

Amenaza 1

Utilizar los diagnósticos anuales de manera más eficiente con el fin de determinar los mecanismos para priorizar o establecer la población objetivo y las áreas de atención prioritarias para la asignación de los recursos de manera más eficiente y con mayor impacto.

Amenaza 2

Se propone que una vez autorizado el Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) y el Convenio Específico para el Fortalecimiento de Acciones de Salud pública de las entidades federativas (AFASPE) de Tabasco y cuando el programa dependa presupuestalmente en su mayoría de recursos federales, se revisen los

programas específicos para realizar los ajustes necesarios que apoyen los objetivos establecidos en el PEF, así como los del programa Estatal de Cáncer de la Mujer 2007-2012.

Se requiere que los sistemas de información rutinarios den certidumbre al programa, para lo cual es necesario hacerlos más eficientes, con el objeto de mejorar el diseño de los indicadores, para una evaluación con una mayor especificidad y sensibilidad en los avances e impacto que tiene el PCMT. Aunado a esto, se requiere crear estrategias que permitan cruzar información de la derechohabencia de la población y el número de intervenciones realizadas a cada mujer para evitar sobreestimaciones en los indicadores. El mismo diseño del SICAM-CACU debe estar enfocado a resultados y apoyado en una MIR sólida que estructure cada nivel para el logro del FIN.

11. Conclusiones

Del análisis de la información obtenida tanto de fuentes primarias como de fuentes secundarias empleadas para la evaluación de diseño del programa de CaCu de Tabasco correspondiente al ejercicio 2011, permitió llegar a las conclusiones que a continuación se describen.

Con la información existente se realizó la evaluación de diseño, lo que permitió identificar áreas de oportunidad como son: la necesidad de mejorar los sistemas de información, y la ausencia de la aplicación del MML para la planeación basada en resultados.

Al realizar la evaluación del diseño apegado a los términos de referencia recomendados por CONEVAL se aprecian las deficiencias en la planeación y en especial en la ausencia de la estructura de la MIR, aún más la limitada alineación de los indicadores estatales con los establecidos a nivel federal, que si bien se tienen indicadores estos no están estructurados y orientados al logro de los resultados.

El análisis FODA del diseño del programa pone de manifiesto que existen grandes áreas de oportunidad de mejora, entre los que se destaca la necesidad de adecuar el SICAM-CaCu y que este pueda alimentar la MIR, aunque esto no es suficiente para lograr un resultado, se debe trabajar en el diseño mismo del programa para que se tenga claridad en los procesos y los indicadores que serán la base para medir los avances.

Con base en la información y el análisis realizado se elaboraron recomendaciones de mejora del programa, las cuales son necesarias para modificar su diseño y así medir los avances e impacto logrados en la población objetivo, contando con información clara y oportuna para la toma de decisiones. Lo cual también repercute en mejorar la gestión misma de los avances del programa en el corto, mediano y largo plazo.

Finalmente al no contar con una MIR se elaboró una propuesta que retoma los indicadores para cada apartado, que mide el avance de los procesos y resultados del programa (Anexo IV), esta una herramienta que debe ser alimentada por los sistemas de información rutinarios de salud en este caso el SICAM-CaCu que es una fuente de información básica.

12. Limitaciones

Para este estudio únicamente se contó con información del ejercicio 2011 de Tabasco, aun cuando se cuenta con financiamiento federal el programa se opera de diferentes maneras en cada una de las entidades federativas, lo cual complica la estandarización de los procesos.

Otra limitante es que los valores de los indicadores no se verificaron directamente de las bases de datos, se tomaron de informes oficiales y de acceso público.

13. Referencias

1. OCDE. Glosario de los principales términos sobre evaluación y gestión basada en resultados [En línea]. OCDE. [consulta del día 7 junio 2012]. Disponible en: <http://www.oecd.org/development/peer-reviews/2754804.pdf>
2. Secretaria de Salud. PROCACU-SICAM Sistema de Información de Cáncer de la Mujer manual de usuario. Gobierno Federal; 2007.
3. Consejo Nacional de Evaluación. Modelo de Términos de Referencia para la Evaluación en Materia de Diseño [En línea]. CONEVAL 2010 [consulta del día 11 marzo 2012] . Disponible en: http://www.coneval.gob.mx/contenido/info_public/732.pdf
4. Cardozo Brum M. La institucionalización de una cultura de la evaluación en la administración pública mexicana: avances y desafíos pendientes. *Convergencia*. 2009 Apr;16(49): p. 175–98.
5. Scott J. Evaluación de políticas y programas públicos: de las evaluaciones a las políticas [En línea]. Centro de investigación y docencia económicas A.C. 2012 [consulta del día 4 marzo 2012]. Disponible en : <http://ovd.cide.edu/publicaciones/status/dts/DTE%20444.pdf>
6. Secretaría de Hacienda y Crédito Público. Capítulo VII Lineamientos de matriz de marco lógico [En línea]. CONEVAL. 2007 [consulta del día 11 marzo 2012]. Disponible en: http://www.coneval.gob.mx/contenido/info_public/733.pdf
7. Secretaría de la Función Pública. Lineamientos generales para la evaluación de los Programas Federales de la Administración Pública Federal [En línea]. Secretaría de la Función Pública. 2007 [consulta del día 3 noviembre 2012]. Disponible en: <http://www.iner.salud.gob.mx/descargas/juridico-acuerdos/apf.pdf>

-
8. Secretaría de Hacienda y Crédito Público, Secretaría de la Función Pública, CONEVAL. Guía para la construcción de la matriz de indicadores para resultados [En línea]. SHCP. 2010 [consulta del día 11 marzo 2012]. Disponible en:
http://www.shcp.gob.mx/EGRESOS/PEF/Documentos%20Recientes/guia_construccion_mir_imp20100823_20.pdf
 9. Consejo Nacional de Evaluación. Evaluación de Programas Federales [En línea]. Evaluaciones de Diseño [consulta del día 11 marzo 2012]. Disponible en:
<http://www.coneval.gob.mx/cmsconeval/rw/pages/evaluacion/evaluaciones/diseño.es.do>
 10. Banco Interamericano de Desarrollo (BID). La evaluación y la preparación de proyectos [En línea]. CONEVAL [consulta del día 11 marzo 2012]. Disponible en:
http://www.coneval.gob.mx/cmsconeval/rw/resource/coneval/eval_mon/1319.pdf?view=true
 11. Secretaría de Hacienda y Crédito Público. Anexo 2. Criterios para la elaboración y revisión de la Matriz de Indicadores para Resultados de Programas presupuestarios incluidos en el Presupuesto de Egresos de la Federación 2010 [En línea]. Documentos de consulta. 2010 [consulta del día 11 marzo 2012]. Disponible en:
www.hacienda.gob.mx/EGRESOS/pbr/docs_consultta/Anexo_2.pdf
 12. INEGI. México en Cifras, Censo de población y vivienda 2010 [En línea]. INEGI. 2012 [consulta del día 5 mayo 2012]. Disponible en :
<http://www.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/default.aspx?e=27>
 13. Instituto para el Federalismo y el Desarrollo Municipal, Secretaría de Gobernación. Enciclopedia de los municipios de México [En línea]. Enciclopedia de los Municipios y Delegaciones de México. 2010 [consulta del
-

día 4 agosto 2012]. Disponible en: <http://www.e-local.gob.mx/work/templates/enciclo/>

14. INEGI. Marco conceptual del Censo de Población y Vivienda 2010 [En línea]. INEGI. 2012 [consulta del día 6 mayo 2012]. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/censos/marco_conceptual_cpv2010.pdf
15. Flores-Alonso ML, Barrera-Chavira E. Definiciones: Desarrollo Social, Políticas Públicas. [En línea]. Centro de estudios sociales y de opinión [consulta del día 6 mayo 2012]. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/cesop/boletines/no3/7.pdf>
16. Salas-Durazo IA, Murillo-García F. La evaluación de los programas públicos en México: Una mirada crítica al CONEVAL [En línea]. Tribuna de Economía. 2010 [consulta del día 4 marzo 2012]. Disponible en: http://www.revistasice.com/cachepd/ICE_857_153-162__08145A4D128459495730ECB9441441B5.pdf
17. Lazcano-Ponce E. Observatorio de la Salud Pública en México, 2010 [En línea]. Oropeza-Abundez C, editor. México, Distrito Federal: Universidad Autónoma Metropolitana; 2011 [consulta del día 6 mayo 2012]. Disponible en: http://dged.salud.gob.mx/contenidos/dess/descargas/saludpublica_2010.pdf#page=173
18. Baker JL. Evaluating the impact of development projects on poverty a handbook for practitioners [En línea]. Washington, D.C.: World Bank; 2000 [consulta del día 4 abril 2012]. Disponible en: <http://site.ebrary.com/id/5007396>
19. Secretaría de Hacienda y Crédito Público, Secretaría de la Función Pública, CONEVAL. Guía para la construcción de indicadores estratégicos [En línea]. SHCP. 2010 [consulta del día 11 marzo 2012]. Disponible en:

http://www.shcp.gob.mx/EGRESOS/PEF/programacion/programacion_2011/guia_indicadores_estrategicos.pdf

20. Naranjo M. Evaluación de programas de salud. *Comunidad y Salud* [En línea]. 2006 Nov;4(2) [consulta del día 11 marzo 2012]. Disponible en: http://www2.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttextpid=S1690-32932006000200005&lng=es&nrm=is
21. Gobierno del estado de Tabasco. *Ley de planeación de Tabasco*. 2011.
22. Pang T, Sadana R, Hanney S, Bhutta ZA, Hyder AA, Simon J. Knowledge for better health: a conceptual framework and foundation for health research systems. *Bulletin of the World Health Organization*. 2003 Nov;81(11): p. 815–20.
23. Palacio-Mejía LS, Hernández-Ávila JE, Villalobos A, Cortés-Ortiz MA, Agudelo-Botero M, Plaza B. Health information systems in the Mesoamerican region. *Salud Pública de México*. 2011;53: p. 368–374.
24. CEPIS-OPS *Manual de vigilancia epidemiológica* [En línea]. [consulta del día 19 enero 2012]. Disponible en: <http://bvs.per.paho.org/bvsea/e/fulltext/manual/manual.html#sis>
25. Bertalanffy L von. *Teoría general de los sistemas : fundamentos, desarrollo y aplicaciones*. 10th ed. México: Fondo de Cultura Económica; 1990.
26. Alazraqi M, Mota E, Spinelli H. Health Information Systems: from closed systems to social citizenship. A challenge for the reduction of inequalities in local management. *Cadernos de Saúde Pública*. 2006 Dec;22(12): p. 2693–702.
27. De los Santos-Briones S, Cruz-Lavadores DM. Criterios éticos para la formulación de políticas y programas de salud. *Gaceta médica de México*. 2005 Jun;141(3): p. 247–9.

-
28. Ortégón E, Prieto A. Metodología del marco lógico para la planificación, el seguimiento y la evaluación de proyectos y programas [En línea]. United Nations Publications; 2005 [consulta del día 11 marzo 2012]. Disponible en: http://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=r_IrVhgf1akC&oi=fnd&pg=PA7&dq=presupuesto+basado+en+resultados+Matriz+Marco+logico+salud&ots=smRvUU9hJr&sig=FX6ZNHJjJEzC_irVmUNA2j5YSAk#v=onepage&q&f=false
 29. Villa- Barragán JP, Arvizu-Álvarez A, Calderón-Colín F, Ortíz- Hernández R, Núñez- Vázquez P. Guía para la elaboración de proyectos estratégicos en Servicios de Salud Con enfoque a Marco Lógico [En línea]. Secretaría de Salud. 2011 [consulta del día 4 abril 2012]. Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/pediatrica/marco_logico.pdf
 30. Lazcano-Ponce E, Palacio-Mejía LS, Allen-Leigh B, Yunes-Díaz E, Alonso P, Schiavon R, et al. Decreasing cervical cancer mortality in Mexico: effect of Papanicolaou coverage, birthrate, and the importance of diagnostic validity of cytology. *Cancer Epidemiol. Biomarkers Prev.* 2008 Oct;17(10): p. 2808–17.
 31. Palacio-Mejía LS, Lazcano-Ponce E, Allen-Leigh B, Hernández-Ávila M. Diferencias regionales en la mortalidad por cáncer de mama y cervix en México entre 1979 y 2006. *Salud Pública de México.* 2009 Jan;51:s208–s219.
 32. Aguilar-Pérez JA, Leyva-López AG, Angulo-Nájera D, Salinas A, Lazcano-Ponce EC. Cervical cancer screening: knowledge of Pap smear benefits and utilization in Mexico. *Revista de Saúde Pública.* 2003 Feb;37(1): pp. 100–6.
 33. Tejada-Tayabas LM, Hernández-Ibarra LE, Pastor-Durango M del P. Strengths and weaknesses of a cervical cancer detection and control program: a qualitative evaluation in San Luis Potosi, Mexico. *Gaceta Sanitaria.* 2012 Aug;26(4): pp. 311–6.
 34. Secretaría de Hacienda y Crédito Público. Política de egresos [En línea]. Presupuestos de Egresos de la Federación. 2011 [consulta del día 11 Mar
-

-
- 2012]. Disponible en:
<http://www.hacienda.gob.mx/EGRESOS/Paginas/default.aspx>
35. Secretaría de Hacienda y Crédito Público. Transparencia presupuestaria [En línea]. Evaluaciones. 2012 consulta del día 11 febrero 2012]. Disponible en:
http://www.transparenciapresupuestaria.gob.mx/evaluaciones/eval_busqueda.html
36. Secretaría de Salud. Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia del cáncer cérvico uterino [En línea]. Secretaría de Salud. 2007 [consulta del día 17 mayo 2013]. Disponible en:
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/014ssa24.html>
37. Secretaría de Salud. Centro Nacional de Equidad y Género y Salud Reproductiva [En línea]. Datos en Salud. [consulta del día 14 febrero 2012]. Disponible en: <http://www.cnegsr.gob.mx/datos-en-salud.html>
38. Cabrera-Gaytán DA, Rosa-Montaña BDL, Kuri-Morales PA. Cáncer de mama en México: perfil epidemiológico a partir de los sistemas de información y vigilancia epidemiológica, 1998-2006. Cáncer de mama en México: perfil epidemiológico a partir de los sistemas de información y vigilancia epidemiológica, 1998-2006. 2008;7(5): p. 161–8.
39. Secretaría de Salud de Tabasco. Diagnóstico situacional de CaCu 2010 en Tabasco. 2010.
40. Lewis MJ. Análisis de la situación del cáncer cérvico uterino en América Latina y el Caribe [En línea]. Primera. Washington, D.C.: Pan American Health Organization; [consulta del día 17 enero 2012]. Disponible en :
<http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/pcc-cc-sit-lac.pdf>
41. Prevención y control integral del cáncer cérvico uterino Directrices para los países [En línea]. World Health Organization. [consulta del día 17 enero 2012].
-

Disponible en: http://www.who.int/nuvi/hpv/181_Spanish-Cervical_Cancer_Guidance.pdf

42. Secretaría de Salud. Plan de Acción Específico de Cáncer de la Mujer 2007-2012. [En línea]. Secretaría de Salud. 2007 [consulta del día 16 julio 2013]. Disponible en: <http://www.cnegsr.gob.mx/programas/cancer-cervico-uterino/interes-cacu/pa-cacu.html>

Anexo I. Objetivos Estratégicos de la Dependencia y/o Entidad

Los objetivos de la Secretaría de Salud del estado de Tabasco son:

1. Elevar la calidad de los servicios de salud a la población.
2. Disminuir los daños a la salud pública condicionados por las transiciones demográfica y epidemiológica.
3. Incrementar la capacidad y habilidades del capital humano de la Secretaría de Salud.
4. Mejorar la infraestructura física en salud para la atención de la población no asegurada.
5. Elevar la calidad de la atención en favor de los derechohabientes de seguridad social.
6. Disminuir los riesgos sanitarios a los que se expone la población del estado de Tabasco.

Cuadro V. Alineación del programa de Cáncer de la Mujer de Tabasco con los Planes y Programas Federales y Estatales

Documento	Apartados	Descripción
PND 2007-2012		
	Eje 3	Igualdad de oportunidades, cuyo fin es lograr el desarrollo humano y el bienestar de los mexicanos a través de la igualdad de oportunidades con el mejoramiento de las condiciones de vida de quienes viven en la pobreza
	3.2	Salud
	3.4	Pueblos y comunidades indígenas
	3.5	Igualdad entre mujeres y hombres
	Objetivo 16	Eliminar cualquier discriminación por motivos de género y garantizar la igualdad de oportunidades para que las mujeres y los hombres alcancen su pleno desarrollo y ejerzan sus derechos por igual
	Estrategia 16.4	Promover una cultura de prevención de enfermedades de la mujer y garantizar el acceso a servicios de calidad para la atención de las mismas

PSS 2007-2012		
	Objetivo 01	Mejorar las condiciones de salud de la población
	Meta 1.5	Incrementar al triple la cobertura de detección de cáncer de mama por mastografía en mujeres de 50 a 69 años de edad
	Estrategia 2	Fortalecer e integrar las acciones de promoción de la salud, y prevención y control de enfermedades
	Línea de acción 2.13	Promover la prevención, detección y atención temprana del cáncer cérvico uterino y cáncer mamario.
	Meta 1.6	Disminuir 27% la tasa de mortalidad debida a cáncer cérvico uterino por 100 000 mujeres de 25 y más años de edad
PEF-2011		
Ramo 12	Objetivo	Garantizar el soporte financiero para consolidar la operación de los programas prioritarios, legado de la Administración 2006-2012, que permitan alcanzar la cobertura universal de salud; generar un modelo integral de salud; acercar a través de las Caravanas de la Salud, los servicios de salud a la población con mayor grado de marginación; fomentar, reforzar y ampliar las acciones que disminuyan la mortalidad materna; fortalecer la prevención y atención de las adicciones; poner en marcha las acciones de todos los sectores para la prevención del sobrepeso y obesidad; reforzar la vigilancia epidemiológica que permita el control de las enfermedades transmitidas por vector; garantizar la protección contra riesgos sanitarios; fortalecer la Infraestructura física, y consolidar la atención médica, que garantice abasto de medicamentos y equipamiento de alta especialidad
	Meta Cáncer 15	Cobertura de mastografía de 21.6% en mujeres de 50 a 69 años de edad
	Meta 16	Disminución de mortalidad por CaCu en 10.9%
	Estrategia 11	
	CaCu	Las actividades en este campo estarán orientadas a ampliar e intensificar la detección temprana del cáncer cérvico-uterino en el grupo de mujeres de 35 a 64 años de edad, particularmente entre las que nunca se han realizado el examen de Papanicolaou, para lo cual se tiene programado realizar 4.1 millones de pruebas de VPH a mujeres en este rango de edad y lograr disminuir la tasa de mortalidad por cáncer

		cérvico uterino en 10.9%
	Cáncer de mama	Se tiene contemplado alcanzar una cobertura de mastografías del 21.6% en mujeres de 50 a 69 años de edad
PED Tabasco (actualización 2009)		
	Objetivo 3.1	Consolidar el sistema estatal de salud para garantizar la calidad de los servicios en favor de la población de Tabasco
	Estrategia 3.1.2.	Fortalecimiento de los servicios de atención primaria de la salud, de atención médica especializada y de urgencias
	Línea de acción 3.1.2.F	Mejorar la cobertura y calidad de las acciones de prevención y detección oportuna del cáncer cérvico uterino y mamario
	Objetivo 3.1.2	Disminuir la incidencia de padecimientos y enfermedades, a través del fortalecimiento de los programas de medicina preventiva, epidemiología, promoción de la salud y protección contra riesgos sanitarios
	Estrategia 3.1.2.1	Mejoramiento de la calidad en los servicios de atención epidemiológica y sanitaria
	Línea de acción 3.1.2.1.3	Prevenir y enfrentar los efectos de la transición epidemiológica, que comprende enfermedades como la diabetes, hipertensión arterial, tumores malignos, en especial los cánceres de la mujer
	Objetivo 3.1.4	Ofrecer a la población calidad y trato digno en los servicios de salud, por medio de la modernización de la infraestructura y la profesionalización del personal
	Estrategia 3.1.4.1	Aumento y modernización de la infraestructura sanitaria, así como abasto oportuno de insumos médicos en las unidades de salud
	Lineación 3.1.4.1.3	Impulsar la construcción de la unidad estatal de oncología que permita el acceso a servicios oncológicos integrales y contribuya al tratamiento oportuno de estos padecimientos
PROSEC Tabasco (2007-2012)		
	Objetivo específico 2	Disminuir los daños a la salud pública condicionados por las transiciones demográfica y epidemiológica del estado
	Estrategia 2.2	Incrementar la calidad de los servicios de prevención a la salud de la población para la disminución de la

	incidencia de enfermedades
Línea de acción 2.2.5	Promover la calidad de los servicios de prevención y atención a la salud de la población en las enfermedades crónico degenerativas, a efecto de incidir en la disminución de los daños por estas causas y elevar la calidad de vida
Proyecto 59	Prevención y control del cáncer mamario
Proyecto 60	Prevención y control del cáncer cérvico uterino
Objetivo específico 1	Elevar la calidad de los servicios de salud a la población
Estrategia 1.2	Fortalecer la cobertura de los servicios de atención primaria de la salud, atención médica especializada y urgencias
Línea de acción 1.2.2	Ampliar la cobertura y la calidad de la atención de la medicina especializada
Proyecto 22	Unidad Médica Móvil de Atención Integral a la Mujer
Objetivo 4	Brindar servicios de rehabilitación a las personas con alguna discapacidad
Estrategia 4.1	Impulsar programas de prevención, medicina especializada y rehabilitación a personas con capacidades diferentes, que favorezcan su inserción social y laboral
Línea de acción 4.1.1	Proporcionar programas rehabilitatorios a las personas con alguna discapacidad, que favorezcan su desempeño físico funcional
Proyecto 81	Ampliación y remodelación de las unidades de salud de los tres niveles de atención

Anexo II. Entrevistas realizadas

Cuadro VI. Entrevistas Realizadas

Institución	Cargo	Fecha de Realización
Secretaría de Salud de Tabasco	Coordinadora Estatal del PCMT	22-Febrero-2012
Secretaría de Salud de Tabasco	Coordinador Operativo de programas Preventivos	22-Febrero-2012
Secretaría de Salud de Tabasco	Area de Políticas del Departamento de Políticas	22-Febrero-2012
Secretaría de Salud de Tabasco	Políticas, Programa y Presupuesto	22-Febrero-2012
Secretaría de Salud de Tabasco	Responsable Estatal del Sistema de Información de Cáncer de la Mujer	22-Febrero-2012
SEPLADES	Subsecretario de Programación y Presupuesto	01- Marzo-2012
Secretaría de Contraloría	Director General de Normatividad, Evaluación y Contraloría Social	01- Marzo-2012

Anexo III. Principales fortalezas, retos y recomendaciones

Nombre de la dependencia y/o entidad que coordina el programa: **Coordinación Estatal de Cáncer de la Mujer perteneciente a la Secretaría Salud del estado de Tabasco**

Nombre del programa: **Programa de Cáncer de la Mujer del estado de Tabasco 2011**

Cuadro VII. Principales fortalezas, retos y recomendaciones

Tema de evaluación	Fortaleza y Oportunidades/Debilidad o Amenaza	Recomendación Referencia de la recomendación
	<i>Fortaleza y Oportunidad</i>	
Diseño	1. El PCMT 2011 abarca dos de las principales causas de muerte de la mujer: CaCu y CaMaMa, padecimientos que a nivel nacional cuentan con programas separados	No Aplica
Diseño	2. Está apegado a las Normas oficiales mexicanas para cada padecimiento en la prestación de los servicios	
Planeación Estratégica	3. Está alineado a nivel Federal con los objetivos del PND y a nivel estatal con los del PROSEC	
Planeación Estratégica	4. La programación de actividades, principalmente de prevención y educación, pueden abarcar ambos padecimientos y se pueden apoyar con otros programas (Oportunidades, Seguro Popular) constituyendo una mayor eficiencia en el uso de recursos	

Tema de evaluación	Fortaleza y Oportunidades/Debilidad o Amenaza	Recomendación Referencia de la recomendación
	<i>Debilidad o Amenaza</i>	
Diseño	4. El PCMT 2011 no cuenta con una MML ni está apegado a: la ley de Planeación Federal, artículos 3, 9 y 14; LGEPFAPF en sus artículos PRIMERO y SEGUNDO; ni demás disposiciones aplicables (ver Anexo V)	Todas las entidades involucradas con el diseño, planeación e implementación del PCMT deben mantener una capacitación constante sobre la normatividad correspondiente al presupuesto de egresos, y trabajar anualmente sobre las reglas de operación del PCMT con una planeación basada en resultados
Planeación Estratégica	5. Bajo entendimiento de la lógica metodológica que se debe seguir para la elaboración de los programas (metas, fin, planteamiento del problema, población objetivo, indicadores y MML), lo cual se agudiza con la existencia de una gran variedad de regulaciones y manuales	La coordinación del PCMT, debe: Incluir en el PCMT un apartado de justificación y planteamiento del problema, en el cual se puedan retomar las justificaciones planteadas en los programa PND, PSS, PEF, PAE CaCu, PAE CaMaMa, PLED y PROSEC Determinar las metas por indicador y establecerlas de manera anual, evitando utilizar las metas globales del plan sexenal del PCMT 2007-2012 o del PROSEC a cumplirse en un solo año

Tema de evaluación	Fortaleza y Oportunidades/Debilidad o Amenaza	Recomendación Referencia de la recomendación
		Emplear como línea base los resultados del año anterior, para evaluar a partir de ellos el avance del programa
Diseño	6. Las evaluaciones de CaCu y CaMaMa son anuales y no tienen una recolección preliminar de datos (trimestral o bianual) que permita la planeación del PCMT con base en el MML con menos tiempo de desfase	<p>La coordinación del PCMT debe:</p> <p>Realizar monitoreo del avance de los indicadores para que sean utilizados de base para la determinación de la problemática y, por tanto, de las acciones a emprender en el corto y largo plazos</p> <p>Utilizar los diagnósticos anuales de manera más eficiente para: priorizar o determinar la población objetivo, las áreas de atención prioritarias, la asignación de los recursos y lograr con ello el mayor impacto posible</p> <p>La Secretaría de Salud debe proponer al legislativo reglas de operación extrasexenales para dar certidumbre a la metodología e información que sirva de base para la planeación y el diseño del PCMT</p>
Cobertura y focalización	7. Trazabilidad deficiente para identificar la derechohabencia de las mujeres beneficiarias afecta el	La Secretaría de Salud de Tabasco debe aprovechar al máximo las

Tema de evaluación	Fortaleza y Oportunidades/Debilidad o Amenaza	Recomendación Referencia de la recomendación
	<p>resultado de los indicadores al sobreestimar las metas alcanzadas y dejar de lado a mucha población objetivo</p>	<p>tecnologías de la información para mejorar la trazabilidad de la derechohabiencia de la población beneficiada</p>
<p>Cobertura y focalización</p>	<p>5. El PCMT no cuenta con definición clara de población objetivo aunque cuenta con información de las 17 jurisdicciones sanitarias y éstas corresponden a los 17 municipios del estado</p>	<p>Utilizar la información disponible por jurisdicción para focalizar las acciones en cada una de ellas, completando la información con características socioeconómicas para una correcta definición de la población objetivo</p>

Anexo IV. Propuesta Matriz de Marco Lógico

Datos del programa Federal: **Programa presupuestario P017 Atención de la Salud Reproductiva y la Igualdad de Género en Salud**

Ramo 12 Salud

Unidad responsable: L00-Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

PND 2007-2012

Eje de política pública: igualdad de oportunidades

Objetivo: reducir las desigualdades en los servicios de salud mediante intervenciones focalizadas en comunidades marginadas y grupos vulnerables

Plan Sectorial de Salud 2007-2012

Objetivo: reducir las brechas en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas

PLED Tabasco 2009-2012

Objetivo: disminuir la incidencia de padecimiento y enfermedades, a través del fortalecimiento de los programas de medicina preventiva, epidemiología, promoción de la salud y protección contra riesgos sanitarios

PROSEC 2007-2012

Objetivo específico: disminuir los daños a la salud pública condicionados por las transiciones demográfica y epidemiológica del estado

Cuadro VIII. Propuesta de MIR

		Indicadores				
Resumen narrativo	Nombre	Fórmula	Frecuencia de medición	Medio de verificación	Supuestos	
Fin						
Contribuir a la disminución de la incidencia de CaCu a través del fortalecimiento de los programas de Medicina Preventiva, Epidemiología y Promoción de la Salud, con la finalidad de contribuir junto con otras acciones a mejorar la calidad de atención en los Servicios de Salud a favor de la población que se encuentra bajo la responsabilidad de la Secretaría de Salud del estado de Tabasco	Porcentaje de incremento de mujeres tamizadas	$\left(\frac{No.ftCaCu actual}{No.ftCaCu previo} - 1 \right) \times 100$ <p>No.ftCaCu actual = Número de mujeres tamizadas para CaCu del año a evaluar No. ftCaCu previo = Número de mujeres tamizadas para CaCu del</p>	Anual	SICAM del estado de Tabasco	<ul style="list-style-type: none"> Los eventos climatológicos no afectan el acceso a los servicios de salud La población de mujeres son responsabilidad de la Secretaría de Salud del estado de Tabasco acude por el servicio de tamizaje de CaCu y CaMaMa 	
Propósitos						
Tamizaje por citología a mujeres de 25-34 años	Cobertura de detección primaria con citología cervical	(Número de mujeres de 25 a 34 años de edad con Papanicolaou en el último año / Número de mujeres de responsabilidad de la Secretaría de Salud de 25 a 34 años / 3) * 100	Trimestral	SICAM V2		
		Meta				85%
		Línea base Tabasco				17.0%
		Periodo de línea base				Ene-Mar 2012
Lograr el tamizaje de las mujeres de 35 a 64 años de edad para el virus de papiloma	Cobertura de detección primaria con prueba de VPH	(Número de mujeres de 35 a 64 años de edad con detección de VPH en el último año / Número de mujeres responsabilidad de la Secretaría de Salud de 35 a 64 años / 5) * 100	Trimestral	SICAM V2		
		Meta				65%

	Indicadores					
Resumen narrativo	Nombre	Fórmula		Frecuencia de medición	Medio de verificación	Supuestos
humano		Línea base Tabasco	44.9%			
		Periodo de línea base	Ene-Mar 2012			
Componentes						
Número de mujeres con diagnóstico histopatológico positivo a LEIAG que inician su tratamiento antes de 15 días	Oportunidad de tratamiento de LEIAG	(Número de mujeres con diagnóstico histopatológico positivo a LEIAG que inician su tratamiento antes de 15 días / Número de mujeres con diagnóstico histopatológico positivo a LEIAG que iniciaron tratamiento) * 100		Trimestral	SICAM V2	
		Meta	100%			
		Línea base Tabasco	40.9%			
		Periodo de línea base	Ene-Mar 2012			
Identificar el porcentaje de mujeres con diagnóstico histopatológico positivo a LEIAG tratadas	Cobertura de tratamiento de LEIAG	(Número de mujeres con diagnóstico histopatológico positivo a LEIAG que inician su tratamiento / Número de mujeres con diagnóstico histopatológico positivo a LEIAG) * 100 "		Trimestral	SICAM V2	
		Meta	100%			
		Línea base Tabasco	59.1%			
		Periodo de línea base	Ene-Mar 2012			
Identificar mujeres con diagnósticos de LEIBG, LEIAG y cáncer invasor por citología que es confirmada a través de colposcopia * Mujeres pendientes de resultado histopatológico en el periodo.	Congruencia citológica-colposcópica 25-64 - TOTAL	(Número de mujeres con diagnóstico colposcópico de LEIBG, LEIAG y cáncer invasor / Número de mujeres con diagnóstico citológico de LEIBG, LEIAG y cáncer invasor) * 100		Trimestral	SICAM V2	
		Meta	70%			
		Línea base Tabasco	26.8%			
		Periodo de línea base	Ene-Mar 2012			
Identificar mujeres con diagnósticos de LEIAG por colposcopia que es confirmada a	Congruencia colposcópica-histológica - TOTAL	(Número de mujeres con diagnóstico histológico de LEIBG, LEIAG, y cáncer invasor / Número de mujeres con diagnóstico colposcópico de LEIBG, LEIAG, y cáncer invasor)*100		Trimestral	SICAM V2	

	Indicadores					
Resumen narrativo	Nombre	Fórmula		Frecuencia de medición	Medio de verificación	Supuestos
través de histología		Meta	70%			
		Línea base Tabasco	40.6%			
		Periodo de línea base	Ene-Mar 2012			
Actividades						
Identificar mujeres con diagnósticos de LEIBG, LEIAG y cáncer invasor por citología	Índice de positividad de la citología complementaria posterior a resultado de VPH positivo	(Número de mujeres de 35 a 64 años de edad con prueba de VPH positivo y citología cervical complementaria posterior reportada con LEIBG, LEIAG, y cáncer invasor / Número de mujeres de 35 a 64 años de edad con prueba de VPH positiva y citología positiva)*100		Trimestral	SICAM V2	
		Meta	40%			
		Línea base Tabasco	2.6%			
		Periodo de línea base	Ene-Mar 2012			
Identificar mujeres con diagnósticos de LEIBG, LEIAG y cáncer invasor por citología	Índice de positividad de la citología complementaria posterior a resultado de VPH positivo - LEIBG	(Número de mujeres de 35 a 64 años de edad con prueba de VPH positivo y citología cervical complementaria posterior reportada con LEIBG, LEIAG, y cáncer invasor / Número de mujeres de 35 a 64 años de edad con prueba de VPH positiva y citología positiva)*100		Trimestral	SICAM V2	
		Meta	40%			
		Línea base Tabasco	0.0%			
		Periodo de línea base	Ene-Mar 2012			
Identificar mujeres con diagnósticos de LEIBG, LEIAG y cáncer invasor por citología	Índice de positividad de la citología complementaria posterior a resultado de VPH positivo - LEIAG	(Número de mujeres de 35 a 64 años de edad con prueba de VPH positivo y citología cervical complementaria posterior reportada con LEIBG, LEIAG, y cáncer invasor / Número de mujeres de 35 a 64 años de edad con prueba de VPH positiva y citología positiva)*100		Trimestral	SICAM V2	
		Meta	40%			
		Línea base Tabasco	0.0%			
		Periodo de línea base	Ene-Mar 2012			

	Indicadores					
Resumen narrativo	Nombre	Fórmula	Frecuencia de medición	Medio de verificación	Supuestos	
Identificar mujeres con diagnósticos de LEIBG, LEIAG y cáncer invasor por citología	Índice de positividad de la citología complementaria posterior a resultado de VPH positivo - CI	(Número de mujeres de 35 a 64 años de edad con prueba de VPH positivo y citología cervical complementaria posterior reportada con LEIBG, LEIAG, y cáncer invasor / Número de mujeres de 35 a 64 años de edad con prueba de VPH positiva y citología positiva	Trimestral	SICAM V2		
		Meta				40%
		Línea base Tabasco				2.6%
		Periodo de línea base				Ene-Mar 2012
Identificar mujeres con diagnósticos de LEIBG, LEIAG y cáncer invasor por citología que es confirmada a través de colposcopia * Mujeres pendientes de resultado histopatológico en el periodo.	Congruencia citológica-colposcópica 25-64 - LEIBG	"(Número de mujeres con diagnóstico colposcópico de LEIBG, LEIAG y cáncer invasor / Número de mujeres con diagnóstico citológico de LEIBG, LEIAG y cáncer invasor) * 100	Trimestral	SICAM V2		
		Meta				70%
		Línea base Tabasco				23.4%
		Periodo de línea base				Ene-Mar 2012
Identificar mujeres con diagnósticos de LEIBG, LEIAG y cáncer invasor por citología que es confirmada a través de colposcopia * Mujeres pendientes de resultado histopatológico en el periodo.	Congruencia citológica-colposcópica 25-64 - LEIAG	(Número de mujeres con diagnóstico colposcópico de LEIBG, LEIAG y cáncer invasor / Número de mujeres con diagnóstico citológico de LEIBG, LEIAG y cáncer invasor) * 100	Trimestral	SICAM V2		
		Meta				70%
		Línea base Tabasco				27.6%
		Periodo de línea base				Ene-Mar 2012
Identificar mujeres con diagnósticos de LEIBG, LEIAG y cáncer invasor por citología que es confirmada a través de	Congruencia citológica-colposcópica 25-64 - CI	(Número de mujeres con diagnóstico colposcópico de LEIBG, LEIAG y cáncer invasor / Número de mujeres con diagnóstico citológico de LEIBG, LEIAG y cáncer invasor) * 100	Trimestral	SICAM V2		
		Meta				70%
		Línea base				75.0%

	Indicadores					
Resumen narrativo	Nombre	Fórmula		Frecuencia de medición	Medio de verificación	Supuestos
colposcopia * Mujeres pendientes de resultado histopatológico en el periodo.		Tabasco				
		Periodo de línea base	Ene-Mar 2012			
Identificar mujeres con diagnósticos de LEIAG por colposcopia que es confirmada a través de histología	Congruencia colposcópica-histológica - LEIBG	(Número de mujeres con diagnóstico histológico de LEIBG, LEIAG, y cáncer invasor / Número de mujeres con diagnóstico colposcópico de LEIBG, LEIAG, y cáncer invasor)*100		Trimestral SICAM V2		
		Meta	70%			
		Línea base Tabasco	34.5%			
		Periodo de línea base	Ene-Mar 2012			
Identificar mujeres con diagnósticos de LEIAG por colposcopia que es confirmada a través de histología	Congruencia colposcópica-histológica - LEIAG	(Número de mujeres con diagnóstico histológico de LEIBG, LEIAG, y cáncer invasor / Número de mujeres con diagnóstico colposcópico de LEIBG, LEIAG, y cáncer invasor)*100		Trimestral	SICAM V2	
		Meta	70%			
		Línea base Tabasco	27.3%			
		Periodo de línea base	Ene-Mar 2012			
Identificar mujeres con diagnósticos de LEIAG por colposcopia que es confirmada a través de histología	Congruencia colposcópica-histológica - CI	(Número de mujeres con diagnóstico histológico de LEIBG, LEIAG, y cáncer invasor / Número de mujeres con diagnóstico colposcópico de LEIBG, LEIAG, y cáncer invasor)*100		Trimestral	SICAM V2	
		Meta	70%			
		Línea base Tabasco	66.7%			
		Periodo de línea base	Ene-Mar 2012			

Fuente: Elaborado con base en los datos de SICAM V12 <http://kaab.insp.mx/si/>

Anexo V. Instrumentos de recolección de información

A. Guión de entrevista a Funcionarios de Secretaría de Salud de Tabasco



GUIÓN DE ENTREVISTA A FUNCIONARIO DEL PROGRAMA ESTATAL DE SALUD DE TABASCO

La información que proporcione será usada de manera agregada y confidencial y se utilizará para los fines descritos en la evaluación

Nombre:			
Cargo:		E-mail:	
Institución:		Teléfono:	

I. Identificación del Programa

Nombre del programa:	
Dependencia coordinadora del programa:	
Entidad que coordina:	
Nombre del titular del programa:	
Dependencias que participan directamente:	
Año en el que comenzó a operar:	
Inversiones realizadas en los últimos cinco años (Recursos estatal y concurrencia)	

II. Contribución a los objetivos estratégicos

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

SI _____ NO _____

2. ¿Cuál es el fin y el propósito del Programa?

FIN:

PROPÓSITO:

3. ¿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?

SI _____ NO _____

4. ¿Qué dependencia lo elaboró?

5. ¿Cuál es la problemática identificada?

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

SI _____ NO _____

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

SI _____ NO _____

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

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

III. Matriz de indicadores

De la lógica vertical de la matriz de indicadores

10. ¿Las Actividades del programa son suficientes y necesarias para producir cada uno de los Componentes (*resultados*)?

SI _____ NO _____

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

SI _____ NO _____

12. ¿Es claro y lógico que el logro del Propósito contribuye al logro del Fin?

SI _____ NO _____

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

SI _____ NO _____

14. Si no es así, proponer los cambios que deberían hacerse en el diseño del programa y en su lógica interna.

De la lógica horizontal de la matriz de indicadores

15. En términos de diseño, ¿existen indicadores para medir el desempeño del programa a nivel de Fin, Propósito, Componentes y Actividades e insumos?
SI _____ NO _____
16. ¿Todos los indicadores son claros, relevantes, económicos, adecuados y monitoreables?
SI _____ NO _____
17. 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.*
SI _____ NO _____
18. ¿El programa ha identificado los medios de verificación para obtener cada uno de los indicadores?
SI _____ NO _____
19. Señale algunos de los indicadores y medios de verificación que contempla el Programa para su evaluación de resultados

Indicadores	Medios de verificación

20. Para aquellos medios de verificación que corresponda (por ejemplo encuestas), ¿el programa ha identificado el tamaño de muestra óptimo necesario para la medición del indicador, especificando sus características estadísticas como el nivel de significancia y el error máximo de estimación?
SI _____ NO _____
-

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

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

SI_____ NO_____

23. Considera que deberían hacerse a la lógica horizontal de la matriz de indicadores (indicadores, medios de verificación y supuestos).

IV. población potencial y objetivo

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

SI_____ NO_____

25. ¿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).

SI_____ NO_____

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

27. ¿La justificación es la adecuada?

SI_____ NO_____

28. ¿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 los adecuados? (Señalar principales mecanismos).

SI_____ NO_____

29. ¿Cuáles son los principales mecanismos?

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

SI_____ NO_____

31. ¿Qué nivel de marginación tiene la población objetivo o el área geográfica de operación?

a. Muy alta () b. Alta () c. Media () d. Baja e. Muy baja ()

32. Tipo de apoyos

a. ¿Qué tipo de apoyo recibe el beneficiario?	b. ¿Qué apoyos reciben los beneficiarios?	
a. Monetario ()	Capacitación y asesoría técnica	01
b. En especie ()	Insumos (materia prima)	02
c. Ambos ()	Maquinaria y equipo	03
	Infraestructura	04
	Financiamiento	05
	Créditos	06
	Otros	



37. ¿Con cuáles programas federales podría existir duplicidad?

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

SI_____ NO_____

ENTREVISTADOR: _____

FECHA/HORA:

B. Guión de entrevista a funcionarios normativos de Gobierno del estado de Tabasco



GUIÓN DE ENTREVISTA A FUNCIONARIOS DEL ESTADO DE TABASCO

Nombre:			
Cargo:		E-mail:	
Institución:		Teléfono:	

I. DATOS GENERALES

1. ¿Objetivos de su dependencia?

2. ¿Cómo realiza la planeación de los Programas o proyectos?

3. ¿Cuál fue su participación en la elaboración de los programas estatales?

4. ¿Cómo se determina la población objetivo de los programas?

5. ¿Cómo se lleva a cabo la priorización de población objetivo y presupuestal en los programas?

Anexo VI. Consentimiento Oral para la realización de las entrevistas.



Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), Cuernavaca, Morelos, México

Título de proyecto: EVALUACIÓN DE DISEÑO DEL PROGRAMA DE CÁNCER CÉRVICO UTERINO EN TABASCO 2011

CARTA DE CONSENTIMIENTO ORAL PARA PERSONAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE TABASCO.

Estimado(a) Señora/Señor:

Introducción/Objetivo:

El Instituto Nacional de Salud Pública está realizando un proyecto de investigación en colaboración con los Servicios de Salud de Tabasco. El objetivo del estudio es recopilar información del Sistema de Información de Cáncer de la mujer. El estudio se está realizando en las instancias involucradas en la planeación del Programa de Cáncer Cervicouterino del Estado.

Procedimientos:

Si Usted acepta participar en el estudio ocurrirá lo siguiente:

Le haremos algunas preguntas acerca del funcionamiento del Sistema de información de cáncer cérvico uterino en su área de trabajo y sobre la percepción que usted tenga del mismo, como por ejemplo si cuenta con capacitación sobre los formatos. Son cuestionarios que requieren aproximadamente 40 minutos de su tiempo.

Beneficios: Usted no recibirá un beneficio directo por su participación en el estudio, sin embargo si usted acepta participar, estará colaborando con el Instituto Nacional de Salud Pública para mejorar el Diseño de Programa CaCu y el sistema de información de cáncer cérvico uterino.

Confidencialidad: Toda la información que Usted nos proporcione para el estudio será de carácter estrictamente confidencial, será utilizada únicamente por los investigadores del proyecto y no estará disponible para ningún otro propósito. Usted quedará identificada con un número y no con su nombre. Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que no podrá ser identificada.

Riesgos Potenciales/Compensación: Si alguna de las preguntas la hicieran sentir un poco incomoda, tiene el derecho de no responderla. En el remoto caso de que ocurriera algún daño como resultado de la investigación se dará por terminada la investigación de todo el proyecto. Usted no recibirá ningún pago por participar en el estudio, y tampoco implicará algún costo para usted.

Participación Voluntaria/Retiro: La participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación del mismo en cualquier momento. Su decisión de participar o de no participar no afectará de ninguna manera la forma en como lo tratan en los servicios de salud.

Datos de contacto: Si usted tiene alguna pregunta, comentario o preocupación con respecto al proyecto vamos a dejar una tarjeta con la información del investigador responsable del estudio. Asimismo, si tiene preguntas generales relacionadas con sus derechos como participante en un estudio de investigación le dejamos los datos de la Presidente de la Comisión de Ética del Instituto

¡Muchas gracias por su participación!

Anexo VII. Normatividad de CaCu.

Ley General de Salud. 2006

Ley del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica. 1983

Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental. 2010

Modificación de la Norma Oficial Mexica NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino. Publicada el jueves 31 de mayo de 2007.

NOM-017-SSA2-1994. Para la Vigilancia Epidemiológica.

NOM-168-SSA1-1998. Del Expediente Clínico.

RESOLUCIÓN por la que se modifica la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico.

NOM-178-SSA1-1998. Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.

NOM-197-SSA1-2000. Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.

NOM-040-SSA2-2004. En materia de información.