

Instituto Nacional
de Salud Pública

ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE MÉXICO

Propuesta de Evaluación Integral del
Programa Entornos y Comunidades Saludables 2015

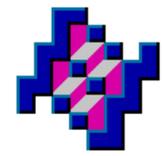
ELVIA YULIANA FLORES LOERA
2014-2015

Trabajo Final para obtener el Diploma de Especialista en Evaluación Integral de
Programas y Políticas de Desarrollo Social

Directora: Dra. Jaqueline Elizabeth Alcalde Rabanal

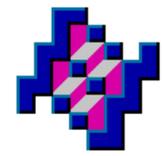
Asesora: Dra. Itzel Magali Eguiluz Cárdenas

Cuernavaca, Morelos, México.
Enero 2017.



Índice

1. Presentación.....	3
2. Introducción.....	4
3. Antecedentes.....	5
3.1 Internacionales	
3.2 Nacionales	
3.3 Marco Jurídico	
4. Descripción del Programa.....	10
5. Problema que intenta resolver el programa.....	16
6. Pregunta de Evaluación	18
7. Objetivos de la Evaluación.....	18
7.1 Objetivo General	
7.2 Objetivos Específicos	
8. Justificación de la Evaluación.....	18
9. Metodología.....	21
9.1 Metodología Cuantitativa	
9.2 Metodología Cualitativa	
10. Resultados.....	27
10.1 Resultados Cuantitativos	
10.2 Resultados Cualitativos	
11. Discusión.....	45
12. Recomendaciones.....	48
12.1 Nivel Federal	
12.2 Nivel Estatal	
12.3 Nivel Local	
13. Bibliografía.....	53
14. Glosario.....	57

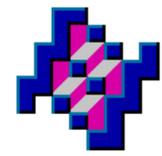


1. Presentación

La concepción del Programa de Entornos y Comunidades Saludables parte del reconocimiento del entorno, la comunidad y el municipio, como los espacios locales para la construcción de un nuevo orden social, ya que, este último, constituye la unidad administrativa-política más pequeña y geográficamente, con una población definida que comparte condiciones favorables y riesgos; que tiene el mandato, la autoridad y gran parte de los recursos y mecanismos para desarrollar actividades concretas de promoción de la salud. Los ámbitos de acción de los municipios, las comunidades y los diversos entornos en donde las personas crecen, viven, trabajan y se desarrollan; son elementos fundamentales para consolidar el papel que tienen los gobiernos municipales, como instancia decisiva para avanzar en el desarrollo económico y en el fortalecimiento de las comunidades, orientadas a facilitar el proceso de búsqueda de mejores condiciones para lograr una vida sana.

En este contexto, la Secretaría de Salud propone con el Programa de Entornos y Comunidades Saludables, acciones integradas de prevención y promoción de la salud, en donde se identifiquen los determinantes sociales de la salud que influyen en una buena calidad de vida de las personas, para con ello coadyuvar en la disminución de los principales problemas de salud pública; en la mejora de la salud de la población en las comunidades mediante la promoción de estilos de vida que contribuyan hacia un futuro mejor para las entidades federativas y los municipios, favoreciendo así un mejor desarrollo económico y social desde el nivel local.

El propósito de este documento se enfoca desde una perspectiva analítica para demostrar los logros y límites en los resultados del programa.



2. Introducción

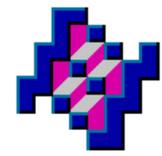
Decía el dramaturgo francés Henry Becque (1837-1899) “La libertad y la salud se asemejan: su verdadero valor se conoce cuando nos faltan”. El sistema de salud se veía, hasta hace unos años, como un “reparador de daños” que únicamente tenía incidencia en el ámbito médico, sin embargo al ver el gran aumento de incidencia de enfermedades y su persistencia en distintos ambientes y contextos, la Organización Mundial de la Salud, ha determinado que la salud sea vista como un elemento multivectorial, que debe ser tratado desde la prevención de las enfermedades. Lo anterior en relación directa con la historia y costumbres propias de las personas.

En México el tema de la prevención se ha colocado en la agenda nacional como uno de los principales temas a tratar, principalmente en zonas marginadas, por medio de múltiples programas sociales, uno de ellos es el “Programa de Acción Específico (PAE) Entornos y Comunidades Saludables”.

Pese a la buena intención que cumple el propósito del programa, no es suficiente para justificar el gasto del erario público. Es por ello, que deben generarse evidencias reales que permitan medir el desempeño del programa, así como encontrar los procesos que pueden ser más eficientes, optimizando recursos, lo cual conlleva el conocimiento y análisis del programa previamente aplicado.

La evaluación es un proceso que tiene por objeto determinar en qué medida se han logrado los objetivos previamente establecidos, que supone un juicio de valor sobre la programación establecida, y que se emite al contrastar esa información con dichos objetivos. Además impulsa la transparencia y la rendición de cuentas, quedando implícita la asignación de recursos al PAE Entornos y Comunidades Saludables; por lo cual, es necesario poner especial atención en los resultados que se generen, para poder demostrar la importancia e intervenir en cada área de oportunidad que exista.

Conociendo las distintas evidencias que se pueden derivar de este programa, por su extensión, el enfoque de este documento es la evaluación de los resultados presentados por las autoridades del programa, utilizando como áreas clave de estudio las comunidades que lograron certificarse, analizadas por medio de un estudio trasversal, y comparando éstas con el



total de comunidades de 500 a 2500 habitantes en el País y por Entidad Federativa, para determinar la cobertura que ha tenido el programa durante su implementación en el año 2015..

3. Antecedentes

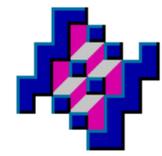
Hace 25 años, la Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso una definición de salud basada en el concepto de bienestar y no en el de ausencia de enfermedad⁴⁹. A partir del concepto global de salud, que parte de relaciones causa-efecto múltiples, como el propuesto por Laframboise⁵⁰ que refiere que la salud está constituida por cuatro elementos principales: la biología humana, el medio ambiente, los hábitos o estilos de vida y la organización de los servicios de salud¹. Con base en esta concepción, se busca un análisis más completo de la salud de la población, otorgando tanta importancia a los factores biológicos, psicológicos, sociales, ambientales y de los estilos de vida, como a los relacionados con los servicios de salud. Para ponderar, en el momento de la planificación y ejecución de programas, el peso específico de cada intervención de la estructura del sector salud, se otorga gran relevancia e importancia al concepto de promoción de la salud. Este concepto es aceptado por todas las naciones.

3.1 Internacionales

En 1986, se llevó a cabo la Primera Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud en Ottawa⁵¹, donde se trató de manera internacional el tema de la salud como un aspecto positivo, intentando “rescatarla y mejorarla” para aumentar la calidad de vida de los individuos. En la Carta, resultado de esta conferencia, se establecen tres estrategias principales:

1. Promover la creación de las condiciones sanitarias esenciales.
2. Facilitar que todas las personas puedan alcanzar y conservar un estado de salud integral.
3. Mediar en favor de la salud entre los distintos intereses existentes en la sociedad.

¹La biología humana engloba los aspectos internos del individuo que dependen de su estructura biológica y de su constitución orgánica; el medio ambiente representa los factores externos que inciden en la salud y que escapan al control individual; los estilos de vida son factores relacionados con el modo de vida del individuo, sobre los que puede ejercer algún tipo de control; finalmente, la organización de los servicios de salud, tiene que ver con factores como tipo, orientación, calidad, cantidad, financiamiento y recursos disponibles

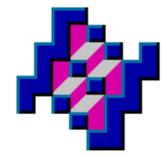


Con el fin de cumplir las estrategias antes expuestas, se observó la necesidad de realizar políticas públicas que permitan el acceso a toda la población de los países involucrados, sin importar el nivel socioeconómico. En las siguientes siete conferencias se reforzaron las medidas para garantizar la instauración de Comunidades Saludables, mismas que se enuncian a continuación:

- En la Conferencia de Adelaida⁵² (1988), se habló de la Promoción de la Salud ligada al concepto de justicia social, buscando la equidad en el acceso a los servicios médicos, llamando a las asociaciones, organizaciones, gobiernos y sociedad civil a unir fuerzas para garantizar el acceso en las comunidades más desprotegidas. Los avances en la materia se fueron registrando al paso del tiempo, ligando cada vez los efectos del medio ambiente y la pobreza con la salud, así, se ha llegado a entender que un deterioro en las condiciones del medio ambiente traerá como consecuencia deterioro en la salud del grueso de la población, y al ser las personas que padecen pobreza las que tienen menor posibilidad de atenderse oportunamente y de manera correcta, serán las que sufran mayor impacto en su salud.

- En la Conferencia de México 2000⁵³ se reunieron 87 países, el resultado de esta conferencia fue la firma de la “Declaración Ministerial de México para la Promoción de la salud: de las ideas a la acción”. En este documento estos países se comprometieron, principalmente, a realizar cinco compromisos:
 1. Fortalecer y asignar prioridades a las políticas públicas a nivel local, regional y nacional.
 2. Tomar un papel de líder para lograr que tanto los actores gubernamentales como la sociedad civil logren el empoderamiento, fortaleciendo y ampliando las alianzas en favor de la salud.
 3. Emplear todos los medios disponibles para la preparación de los planes de acción, adaptándolos a las condiciones de cada país.
 4. Establecer o afianzar las redes nacionales de Promoción de la Salud.
 5. Situar la Promoción en la Salud como prioridad en la agenda de políticas públicas

- En la Conferencia de Bangkok, 2005⁵⁴, se visualizó a la salud con un enfoque multidisciplinario, donde el aspecto biológico dejó de ser el único, y la salud se observa como la relación entre los aspectos biológicos, ambientales, su contexto socio demográfico, las condiciones laborales, la educación, las estructuras familiares y



culturales. Se planteó la necesidad de un carácter normativo de las políticas públicas y se contempló la iniciativa privada como un actor que debería involucrarse en la Promoción de la Salud.

- En la última Conferencia (Helsinki, 2013)⁵⁵, se contempló la equidad sanitaria como un derecho humano, siendo reforzado en la Declaración Política de Río 2011 sobre los Determinantes Sociales de la Salud.
- En el contexto Latinoamericano, se ha reconocido la importancia que tiene la Promoción de la Salud como estrategia de salud pública, por lo que muchos países han realizado y ejecutado acciones para lograr los compromisos signados en la Declaración de la Conferencia de México 2000⁵³ y en la Declaración Política de Río 2011⁵⁶.
- En Brasil, la Universidad de Sao Paulo, desarrolló un laboratorio que permite otorgar elementos de valor al Alcalde para la creación de Municipios y Ciudades Saludables. En Colombia el caso es similar, diversas universidades crearon centros que permiten el desarrollo de estudios pertinentes para la identificación de problemáticas, su solución y difusión de mejoras⁴⁸.
- Por su parte, en Chile (2000) se creó el programa “Vida Chile”⁴⁸ que tiene como propósito dar los lineamientos y supervisar la ejecución, dar seguimiento a incidentes y evaluar el cumplimiento de las metas y objetivos del Plan Nacional de Acción. Para definir las líneas de acción se realizó un estudio que determinó como principales factores de riesgo la prevalencia de obesidad, modos de vida sedentarios y consumo de tabaco, por lo que se buscó participación activa en la mejora de los contextos ambientales, psicosociales y políticos de la población.
- Trinidad y Tobago es uno de los países pioneros en Las Américas en la planeación y ejecución de estrategias para la Promoción de la Salud (1996 a 2001)⁴⁸. Basándose en los resultados de la evaluación efectuada sobre este programa, se diseñó la estrategia para un Segundo Plan de Acción.
- Tomando en cuenta las necesidades de su población, la Universidad de Quito, elaboró una serie de investigaciones que desembocaron en La Unión de Comunidades



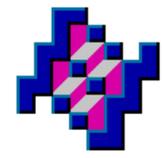
Campesinas del Norte de Copaxi⁴⁸, que contempla el apoyo a 26 comunidades indígenas: este programa ha servido de ejemplo para realizar acciones en otras comunidades.

- En el caso de Cuba, se realizó una encuesta para evaluar sus planes de acción y el resultado indicó un enorme avance, de manera autosustentable y adecuada a las necesidades de la población, por lo que los avances podían ser claramente percibidos por la misma⁴⁸.

3.2 Nacionales

Desde 1995 en México, se ha aplicado la estrategia de “Municipios Saludables” y se sistematizaron las acciones realizadas en materia de salud, considerando conveniente estructurar un programa con actividades de promoción de la salud en el ámbito municipal y en la comunidad⁴⁸, dando origen en la administración 2001-2006, al Programa de Comunidades Saludables, que toma su denominación en buena medida de los aspectos doctrinarios surgidos en la década de los ochenta en países desarrollados, de la iniciativa “Ciudades Sanas” promovida por la OMS y en Latinoamérica en la década de los noventa, en países en vías de desarrollo, que por conducto de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se difundió como “Municipios y Comunidades Saludables”⁵⁷.

El Programa de Comunidades Saludables se pone en marcha en México en el año 2001 para hacer frente a los retos que en materia de salud pública enfrenta la población más desprotegida del país, sirviendo de ejemplo internacional como una estrategia innovadora. Este programa constituye una oportunidad para contribuir a modernizar y hacer más eficiente su operación, cuyas características permiten que las acciones del mismo sean consistentes y articuladas con el sistema de operación descentralizado de la Secretaría de Salud. El programa de acción de entornos y comunidades saludables por sus objetivos, requiere de la coordinación de distintos actores involucrados en el ámbito social y político.



3.3 Marco Jurídico

Marco Internacional

- Resoluciones emitidas por la Organización Mundial de la Salud y por la Organización Panamericana de la Salud en materia de Promoción de la Salud.

Marco Nacional

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

- Artículo 4°.
- Artículo 115.

Leyes

- Ley General de Salud.
- Ley General para la Prevención Social de la Violencia y la Delincuencia.
- Ley sobre el Sistema de Asistencia Social.

Reglamentos

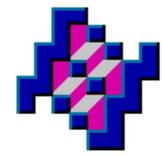
- Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

Estrategias Nacionales

- Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes.
- Cruzada Nacional Contra el Hambre.
- Programa Nacional de Prevención Social de la Violencia y la Delincuencia.

Manuales

- Manual de Organización de la Dirección General de Promoción de la Salud.



Alineación con las Metas Nacionales

- *Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018.*
 - Meta II que corresponde a lograr un México Incluyente, particularmente en el Objetivo 2.2 Transitar hacia una sociedad equitativa e incluyente, estrategia 2.2.1 Generar esquemas de desarrollo comunitario a través de procesos de participación social, particularmente en la tercera línea de acción que a la letra dice: fortalecer el capital y cohesión social mediante la organización y participación de las comunidades, promoviendo la confianza y la corresponsabilidad.
- *Programa Sectorial de Salud 2013-2018.*
 - Objetivo 1 que corresponde a Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades. En la estrategia 1.1. Promover actitudes y conductas saludables y corresponsables en el ámbito personal, familiar y comunitario. En las líneas de acción; 1.1.1 Impulsar la participación de los sectores público, social y privado para incidir en los determinantes sociales de la salud; 1.1.5. Reforzar las acciones de promoción de la salud mediante la acción comunitaria y la participación social.

4. Descripción del Programa

El Programa de Entornos y Comunidades Saludables busca proteger la salud de los individuos, teniendo como propósito principal la prevención de enfermedades y educación para la salud en la vida cotidiana en todos los sectores sociales, desde una óptica que la coloca como determinada por diversos ejes convergentes. Estos ejes son: la infraestructura y el acceso a los servicios de una comunidad o municipio, el acceso a la educación de los individuos, el nivel socioeconómico familiar, los hábitos de alimentación e higiene que tienen los individuos, la actividad diaria de los individuos, el acceso a los servicios de salud y la cobertura de los mismos, la información y mercadotecnia de los servicios de salud y, las características medioambientales de dicha comunidad.



**Objetivos, estrategias y líneas de acción del
Programa Entornos y Comunidades Saludables**

La población objetivo⁵⁷ para este programa es la que se interrelaciona en los diferentes entornos de las comunidades y los municipios como las escuelas, los sitios de trabajo, las unidades médicas, la vivienda, los lugares de esparcimiento y el transporte, entre otros.

1. Fomentar que las comunidades y los entornos sean higiénicos, seguros y propicien una mejor salud.

1.1. Estrategia

Fortalecer la organización comunitaria y participación social para mejorar la salud de acuerdo a las necesidades de las personas.

Líneas de acción

- 1.1.1. *Impulsar el trabajo y la planeación conjunta con los sectores y grupos poblacionales para generar espacios favorables a la salud.*
- 1.1.2. *Desarrollar una cultura y organización comunitaria de anticipación y participación frente a urgencias epidemiológicas y desastres naturales.*
- 1.1.3. *Impulsar la transversalidad de la promoción de la salud mediante los comités de comunidades saludables para mejorar el bienestar poblacional.*
- 1.1.4. *Fomentar la certificación de comunidades que favorecen la salud.*
- 1.1.5. *Promover la certificación de entornos favorables a la salud.*

2. Impulsar que los municipios aborden de manera integral los determinantes que influyen en el estado de salud de la población.

2.1. Estrategia

Impulsar la participación de los municipios y el desarrollo de proyectos municipales con perspectiva de género que mejoren la salud.

Líneas de acción

- 2.1.1. *Promover acciones de promoción de la salud en los planes de desarrollo municipal basados en diagnósticos de salud.*
- 2.1.2. *Otorgar apoyo técnico y financiero a proyectos municipales que mejoren el nivel de salud de la población.*
- 2.1.3. *Alentar la participación de los municipios de menor índice de desarrollo humano en proyectos de promoción de la salud.*



- 2.1.4. *Favorecer la participación de los municipios en el marco de la Cruzada Nacional contra el Hambre.*
- 2.1.5. *Favorecer la participación de los municipios para la prevención social de la violencia y la delincuencia.*
- 2.1.6. *Promover la participación de los municipios para la prevención y control del sobrepeso, la obesidad y la diabetes.*
- 2.1.7. *Implementar en los municipios acciones de comunicación educativa sobre los efectos del cambio climático en la salud.*
- 2.1.8. *Brindar asesoría y apoyo a la Red Mexicana y Redes Estatales de Municipios por la Salud para generar políticas saludables.*
- 2.1.9. *Promover la certificación de municipios como promotores de la salud.*

3. Fortalecer las competencias del personal de salud y de los diferentes actores sociales de la comunidad y el municipio.

3.1. Estrategia

Mejorar competencias en salud de la población y el municipio, y las técnicas y gerenciales del personal de salud.

Líneas de acción

- 3.1.1. *Implementar talleres de capacitación para agentes y procuradoras(es) con enfoque de determinantes de la salud y perspectiva de género.*
- 3.1.2. *Impartir capacitación en materia de promoción de la salud con perspectiva de género dirigida al personal del ayuntamiento.*
- 3.1.3. *Promover la capacitación y actualización del personal de promoción de la salud basada en las mejores prácticas en la materia.*

4. Fortalecer los mecanismos de seguimiento y evaluación para incrementar la efectividad del programa.

1.1 Estrategia

Implementar mecanismos de seguimiento y evaluación de la operación del Programa en todos los niveles de intervención.

Línea de acción

- 4.1.1. *Fortalecer el proceso de registro para contar con información confiable y oportuna para la toma de decisiones.*



4.1.2. *Realizar visitas de supervisión para corregir desviaciones y reorientar hacia el logro de resultados.*

4.1.3. *Impulsar la rendición de cuentas de los proyectos municipales apoyados.*

Estrategias Transversales

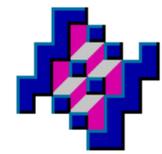
A) Perspectiva de género

Para la operación del Programa es necesario considerar:

- *Responder de modo diferencial a las necesidades, intereses y problemas específicos de las mujeres y de los hombres de la comunidad.*
- *Favorecer una participación equitativa por parte de mujeres y de hombres en el cuidado de la salud.*
- *Contribuir a la construcción de una mayor equidad de género y condiciones para la igualdad de oportunidades.*

En este sentido se deben:

1. *Identificar los factores socioculturales que limitan la igualdad de oportunidades de las mujeres, los hombres, las niñas y los niños en relación a las acciones programadas o proyectadas en el programa y sus componentes.*
2. *Definir mecanismos de intervención específicos de acuerdo con necesidades diferenciadas para mujeres, hombres, niñas y niños en las acciones del Programa.*
3. *Considerar los entornos en los que hombres y mujeres se desenvuelven, conviven y realizan acciones para corresponsabilizarse del cuidado de la salud.*
4. *Realizar acciones de sensibilización sobre los riesgos y consecuencias que conlleva la discriminación de género y los tipos y modalidades de violencia hacia las mujeres.*
5. *Promover el respeto y protección de los derechos humanos y la erradicación de la discriminación por género.*
6. *Emplear lenguaje e imagen no sexista, incluyente: no reproducir estereotipos de género.*
7. *Impulsar y fortalecer la participación de las autoridades municipales, la comunidad organizada y los sectores social y privado, en el desarrollo de proyectos que promuevan la salud en condiciones de igualdad para mujeres y hombres en el municipio y sus localidades.*
8. *Contar con información de necesidades diferenciadas de mujeres y de hombres: información desagregada por sexo.*



B) Promoción de la salud

La promoción de la salud se identifica como una disciplina transversal, que tiene punto de coincidencia con los programas de acción específicos, por ello, sus acciones se basan en los componentes del Servicio Integrado de Promoción de la Salud, que permite la vinculación con todos los programas, convirtiéndose en una plataforma para que en colaboración con los mismos, se puedan llevar a cabo acciones con un carácter anticipatorio y centradas en los determinantes de la salud y no solamente en la atención de la enfermedad.

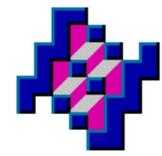
El Programa de Acción de Entornos y Comunidades Saludables se basa en el Modelo Operativo de Promoción de la Salud, partiendo del enfoque anticipatorio y actuando sobre los determinantes de la salud, para lograr la efectividad desde el nivel individual, familiar y comunitario. Persigue facilitar los procesos para que las personas puedan mejorar sus condiciones de vida.

El Programa se opera en el nivel local, considerando los siete componentes que forman el Servicio Integrado de Promoción de la Salud, se resalta el trabajo en el desarrollo de competencias en salud sobre el manejo de determinantes dirigido a la población, personal de salud y comunitario; la participación social para la acción comunitaria, mediante la cual se promueve la participación informada y organizada de la población, así como la conformación de redes a nivel jurisdiccional, municipal y local para desarrollar entornos favorables a la salud. Es importante señalar que los tres componentes transversales (mercadotecnia social en salud, abogacía y evidencia) están presentes en cada uno de los ámbitos de acción que conforman el Programa.

El Programa tiene como ámbitos de acción la participación municipal, la participación comunitaria y los entornos saludables, los cuales se vinculan estratégicamente. Se considera a los municipios como la unidad poblacional de acción más adecuada para actuar oportunamente en las distintas comunidades.

La intervención del programa implica tres procesos de certificación ordenados;

1. Entornos
2. Comunidades
3. Municipios.



Cada uno de los tres procesos mencionados tienen diferentes etapas, que deben cumplirse para poder avanzar.

En este documento, se analiza el Proceso de Certificación de Comunidades Saludables, incluyendo las siguientes etapas;

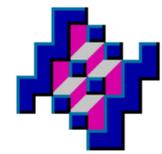
- *Comunidad Iniciada*
- *Comunidad Orientada en Temas de Salud Pública*
- *Comunidad Activa en el Manejo de Determinantes de la Salud*
- *Comunidad Certificada como Saludable.*

Cada una de las cuatro etapas, contienen actividades específicas que deben realizarse, comprobarse y registrarse en el Sistema de Información de Salud (SIS) de la Dirección General de Información de la Salud (DGIS) dependencia de la Secretaría de Salud Federal, de manera mensual; dicha información se captura a nivel jurisdiccional, y se verifica a nivel estatal y federal. De esta forma, se tiene un seguimiento del progreso de las comunidades que participan en el programa por entidad federativa.

5. Problema que intenta resolver el programa

Las comunidades, se desarrollan en un área geográfica; teniendo un contexto urbano o rural. En nuestro país, existe una cantidad de asentamientos urbanos relativamente pequeña, comparada con la amplia cantidad de localidades de poca población distribuidas por todo el país. Estos asentamientos urbanos, además de tener una sobrepoblación considerable, presenta una gran diferenciación en condiciones socioeconómicas que se reflejan, principalmente, en el entorno y las áreas de oportunidad de la población.

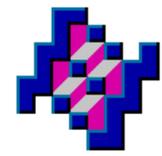
Las comunidades urbanas buscan responder a los nuevos desafíos expresados generalmente en el aumento de enfermedades crónicas, accidentes, inseguridad y otros problemas sociales y de falta de servicios. Las comunidades rurales, o con fuerte componente de ruralidad, manifiestan una problemática de carencia de servicios y a su perfil de enfermedad, en gran medida de tipo infeccioso. En ambos casos la solución para implementar una comunidad saludable será diferente y deberá adecuarse a su propia estructura.³⁵



Las autoridades locales y la sociedad, no siempre tienen en cuenta la estrecha relación que existe entre la actividad de las comunidades y la salud de la población; de esta manera se subestima el papel de las comunidades y disminuye su compromiso con respecto a la salud. En gran parte de las comunidades los aspectos del saneamiento e infraestructura de los servicios aparecen como la preocupación mayor. Poner en primer plano la discusión de los problemas ambientales y ecológicos es una de las cualidades de las comunidades saludables, por lo que casi invariablemente se consideran los temas de dotación de agua potable, eliminación de excretas y basuras, higiene del medio, contaminación, desperdicios tóxicos, forestación, creación de áreas verdes, urbanización, mantenimiento de calles, vivienda, estética del municipio, etcétera. Otros aspectos que se presentan como prioritarios, son los relacionados con los estilos de vida de la población, los problemas sociales y económicos y la atención de grupos vulnerables como son los niños, los jóvenes, las mujeres y los ancianos; que se manifiestan con desempleo, carencia de protección social y nulo control de la vagancia, pero sobre todo de las adicciones, de la violencia y la delincuencia.³⁶

Existe una directriz diferente que se presenta en el establecimiento de comunidades saludables, la cual es el acceso y la calidad de atención por parte de las instituciones de salud, la cual presenta una falta de planeación desde su diseño, y el cual es precario en cantidad, calidad, presupuestos y programas que se aplican. Derivado de lo anterior se desprende otra dificultad que se presenta para poder acceder a la localidad; la aceptación por parte de los pobladores de la comunidad a este tipo de acciones y programas. Esta actitud es derivada de los programas que han presentado pocos resultados y grandes efectos intervencionistas a lo largo del tiempo.³⁷ Por ello, las iniciativas y acciones desplegadas por parte del gobierno federal y las representaciones locales, han intentado abordar las problemáticas desde distintos vectores de la misma.

La multiplicación de programas genera dispersión, dispendio y abre espacios a la corrupción y la discrecionalidad. La proliferación de programas se está convirtiendo en un obstáculo para generar políticas sociales efectivas que garanticen derechos sociales y logren resultados frente a la pobreza y la desigualdad.³⁸ Algunos de los problemas del diseño de la política pública son: poca claridad en la concepción institucional, elaboración ad hoc de sus objetivos generales, noción de bienestar asociada a la tenencia de recursos y dificultad en la definición real de los derechos sociales.



El Consejo Nacional de la Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) contabiliza 6 mil 751 programas y acciones de desarrollo social en el 2016. La versión anterior identificaba 5 mil 917. Hay más de 800 nuevos programas. El nivel de opacidad y falta de cumplimiento con los aspectos más básicos de transparencia e institucionalidad de los programas estatales y municipales es muy alto: 7 de cada 10 programas de los gobiernos estatales carecen de un documento normativo; 3 de cada 4 programas de los gobiernos estatales no reportan en la cuenta pública estatal. Esto significa que son programas con grandes espacios de discrecionalidad y opacidad, lo que abre amplios espacios para la corrupción. Otro aspecto importante, es que se tiene muy baja consistencia técnica en su diseño y en su ejecución. Dado que la mayoría no cuenta con un documento normativo que establezca con precisión su objetivo, la población a la que va dirigido (destinatarios) y sus indicadores de resultados.³⁹

6. Pregunta de Evaluación

¿Cuáles son los resultados del Programa de Acción Específico Entornos y Comunidades Saludables en la certificación de comunidades en el año 2015 en México?

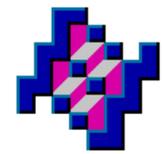
7. Objetivos de Evaluación

7.1 Objetivo General:

- Evaluar los resultados del PAE Entornos y Comunidades Saludables para la certificación de comunidades en el año 2015 en México.

7.2 Objetivos Específicos:

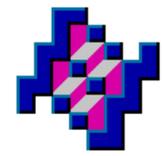
1. Calcular el porcentaje de comunidades que iniciaron el proceso de certificación durante el año 2015 en el territorio nacional y por estado.
 - Detectar los estados que presentan un rendimiento óptimo (entre 80 y 100%) de las comunidades que iniciaron el proceso de certificación.
2. Determinar el porcentaje de comunidades orientadas en temas de salud pública por entidad federativa y a nivel nacional,
 - Identificar los estados que presentan un rendimiento óptimo (de 80 a 100%) en las comunidades orientadas en temas de salud pública.



3. Estimar la cobertura de comunidades certificadas en el 2015 en el país, así como sus diferencias en cada estado.
 - Localizar los estados que presentan un rendimiento óptimo (entre 80 a 100%) en las comunidades certificadas como saludables.
4. Diagnosticar el porcentaje de cumplimiento de las comunidades certificadas como saludables en el país.
5. Medir la deserción de las comunidades iniciadas durante el proceso de certificación como saludables.

8. Justificación de la evaluación

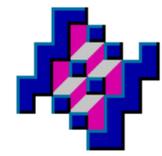
Desde hace casi diez años se reformó en profundidad el sistema de evaluación en el país, por lo que se destacan aquellas acciones que derivan en mejores elementos para la toma de decisiones y la rendición de cuentas, ambas necesarias para el ejercicio eficiente de los recursos públicos. Si bien la evaluación no se percibe como algo cómodo para los programas y las dependencias, ahora se habla un lenguaje de mayor transparencia en materia de desarrollo social que es ineludible en un país que busca ser más democrático⁴⁰. Los resultados obtenidos muestran un avance en la implementación de instrumentos normativos y prácticos de monitoreo y evaluación en las entidades federativas. Uno de los propósitos de los ejercicios de evaluación es obtener información relevante y oportuna para retroalimentar los procesos de políticas públicas. Las recomendaciones derivadas de los instrumentos de evaluación aplicados a programas de la administración pública federal han permitido encontrar acciones cuya ejecución puede traducirse en mejoras de los programas, así como identificar con mayor precisión cuáles son los elementos cuya implementación pueden coadyuvar a incrementar la eficiencia de la gestión pública. Actualmente, existe una mayor conexión de los objetivos de la política pública, que se ha reflejado en los programas derivados del plan, las respectivas estrategias y líneas de acción, pues en ellos se expresa la necesidad de guiar las políticas públicas, además incorporan de manera específica indicadores y mecanismos de evaluación y monitoreo, lo cual permite establecer criterios de priorización, se desarrolle la búsqueda de resultados claros y demuestre sus alcances y limitaciones⁴¹.



Considerando que el desarrollo de la población, se basa en el acceso efectivo a los derechos sociales y que está definido desde una perspectiva multidimensional, entonces el éxito no puede ser tarea de una sola secretaría o dependencia, sino de una mejor coordinación institucional. Éstos establecen mecanismos, procedimientos y responsabilidades para el uso eficaz y eficiente de los recursos, y otorga, responsabilidad a los tres órdenes de gobierno de poner en marcha una nueva política nacional de desarrollo social en beneficio general, que procure una coordinación integral para las actividades de planeación y ejecución del gasto social. Un enorme desafío se refiere a optimizar el gasto y los mecanismos de coordinación, así como reducir la dispersión de los programas: si bien los diversos problemas del país requieren atención particular, el gran número de programas de los tres órdenes de gobierno aún descoordinados y sin una coherencia institucional definida para atender un mismo tema, puede atomizar el uso de recursos y, por lo tanto, disminuir su eficiencia y eficacia⁴².

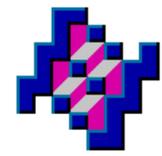
Los tres derechos sociales con mayor número de programas y presupuesto fueron educación, salud y bienestar económico. En conjunto, estos tres derechos concentran 80 por ciento del presupuesto total. Durante el periodo 2009-2013, se observó que estos tres derechos sociales fueron también los que ejercieron mayor presupuesto y tuvieron mayor número de programas, lo que muestra la poca variabilidad⁴³. La calidad de los servicios básicos no ha crecido como la cobertura, el mejoramiento en la calidad de los servicios prestados sigue siendo un asunto pendiente por fortalecer dentro de la agenda pública, así lo demuestran los indicadores de educación y salud.

La participación social es uno de los componentes estratégicos, se pretende que los beneficiarios, con frecuencia considerados como receptores pasivos de los bienes y servicios sociales, se conviertan en actores de la materialización de esos derechos, es decir, en derechohabientes sociales. Se trata de un mecanismo que permite articular en un territorio la demanda y oferta de bienes y servicios públicos por parte de los tres órdenes de gobierno. El funcionamiento de los comités es adecuado en la mayoría de los casos, ya que en general participan y funcionan, pues en ellos se planea, prioriza y envía información al municipio, no existe aún evidencia de que la información que se genera en esa instancia sirva como insumo para la planeación en otros órdenes de gobierno. Un reto en este rubro es cómo ligar las demandas de la población con la oferta efectiva gubernamental, sin crear expectativas que pudieran no cumplirse en el corto plazo.



El Inventario CONEVAL de Intervenciones Municipales de Desarrollo Social (Inventario Municipal) es una base de datos que, reporta que el 80 por ciento de los municipios del país no presentaron información sobre programas de desarrollo social, fueran federales o municipales. A pesar de las aportaciones de la evaluación en materia de rendición de cuentas, el reto de que las evaluaciones se usen para informar la toma de decisiones persiste. La evaluación externa señala que no se logra identificar una relación entre el Sistema de Evaluación del Desempeño y las asignaciones presupuestarias de los programas cada año; en particular, no se observa que incida en la decisión de reasignaciones, en la toma de decisiones para eliminar programas inefectivos o duplicados o consolidar los programas complementarios.

Las actividades que emergen de una comunidad saludable involucran a la población y su cumplimiento depende de su participación consciente. Un programa de este tipo, además de sentar las condiciones básicas para el goce de la salud, debe desarrollar una verdadera cultura y un culto a la salud por parte de la población. La agenda en materia de salud ha colocado a las comunidades saludables como una prioridad en la acción del país, pues se ha visto que la prevención ayuda a mejorar la calidad de vida y reduce notablemente los gastos de salud pública. A través del programa para alcanzar comunidades saludables, se busca obtener niveles óptimos de salud, bienestar y desarrollo para la población, por lo que su enfoque es global e integra las actividades de los diferentes sectores⁴⁴. Es relevante el papel que el sector salud y el gobierno local pueden desempeñar en las tareas de promoción de la salud, a partir de la creación de servicios y condiciones mínimas para el desenvolvimiento de la vida diaria y del desarrollo de una cultura de salud por parte de la comunidad. Sus características son diversas dependiendo de muchos aspectos, principalmente del nivel de desarrollo socio-económico de la comunidad y del compromiso de las autoridades. El fortalecimiento de un movimiento sólido de comunidades saludables ayudará a sistematizar y acelerar la búsqueda de soluciones para los problemas sociales y de salud, contribuyendo al desarrollo con equidad y participación. La evaluación de este programa, pretende localizar los aspectos susceptibles de mejora: hallazgos, debilidades, oportunidades y amenazas que se formulan como recomendaciones específicas para contribuir a mejorar el desempeño en la gestión, los resultados y el cumplimiento de metas y objetivos.



9. Metodología de la Evaluación

9.1 Metodología Cuantitativa

1. PORCENTAJE DE COMUNIDADES INICIADAS EN EL PROCESO DE CERTIFICACIÓN EN EL 2015

Descripción: Una comunidad iniciada es aquella en la que se han realizado cada una de las siguientes actividades:

1. **Comité Local de Salud (CLS) Activo.** La localidad cuenta con el acta constitutiva del CLS vigente 2015 (instalación o reinstalación) y sesiona de manera mensual.
2. **Diagnóstico Local de Salud (con Priorización).** Consiste en la elaboración por parte de los integrantes del Comité Local de Salud, de un documento que identifica, describe y analiza las características de la población, sus determinantes de salud, los recursos con los que cuenta, los problemas de salud pública, y establece las prioridades para intervenir con un plan de trabajo que permita mejorar la salud de la comunidad.
3. **Plan de Trabajo Participativo.** Es un documento que elabora la comunidad con minuta que contiene las estrategias y compromisos de los integrantes del Comité Local de Salud, que implementarán para dar solución a la problemática priorizada en el Diagnostico Local de Salud.

Formula:

Número de comunidades iniciadas en el proceso de certificación
----- X 100
Número de comunidades existentes

Fuente:

Numerador: DGIS/SIS/Cubos.2015. Concentrado por unidad médica. Apartado 103 Participación Social. Variable PPS03 Comunidad iniciada. Disponible: <http://dgis.salud.gob.mx/cubos/>

Denominador: INEGI. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Censo de Población y Vivienda 2010. Localidades y su población por entidad federativa según tamaño de localidad.



Disponible en url:

<http://www3.inegi.org.mx/sistemas/TabuladosBasicos/Default.aspx?c=27302&s=est>

Nota: Para la estimación por entidad federativa, de cada indicador, se utilizan las mismas fuentes del numerador y denominador, extrayendo la información de cada Estado.

Se consideran como estados con rendimiento óptimo de comunidades iniciadas en el proceso de certificación a aquellas que obtienen un porcentaje entre el 80 al 100% en el indicador.

2. PORCENTAJE DE COMUNIDADES ORIENTADAS EN TEMAS DE SALUD PÚBLICA, EN EL 2015.

Descripción: Deben realizarse cada una de las capacitaciones que se enlistan, a los diferentes grupos de actores implicados; cada grupo es variable en cantidad ya que depende del número de habitantes de cada comunidad. Cada capacitación tiene un contenido diferente, que permite desarrollar las capacidades específicas de los actores que lo integran.

La comunidad debe estar registrada como iniciada, para poder continuar con el proceso de orientada, en diferentes fechas.

Las capacitaciones necesarias para una comunidad orientada en temas de Salud Pública son;

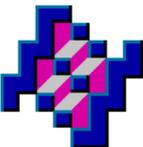
- ✓ Capacitación al personal de la Unidad Médica.
- ✓ Capacitación de los Integrantes del Comité.
- ✓ Recursos Comunitarios Formados Procuradores de la Salud Capacitados.
- ✓ Recursos Comunitarios Formados Agentes de la Salud Capacitados.
- ✓ Grupos de Población con Orientación Alimentaria, que realizan ejercicios para el cuidado de su salud.

Formula:

Comunidades de 500 a 2500 habitantes orientadas en temas de Salud Publica

----- X 100

Total de Comunidades de 500 a 2500 habitantes existentes



Fuente:

Numerador: DGIS/SIS/Cubos.2015. Concentrado por unidad médica. Apartado 103 Participación Social. Variable PPS04 Comunidad orientada. Disponible:

<http://dgis.salud.gob.mx/cubos/>

Denominador: INEGI. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Censo de Población y Vivienda 2010. Localidades y su población por entidad federativa según tamaño de localidad.

Disponible en url:

<http://www3.inegi.org.mx/sistemas/TabuladosBasicos/Default.aspx?c=27302&s=est>

Nota: Para la estimación por entidad federativa, de cada indicador, se utilizan las mismas fuentes del numerador y denominador, extrayendo la información de cada Estado.

Se consideran como estados con rendimiento óptimo de comunidades orientadas en temas de salud pública a aquellas que obtienen un porcentaje entre el 80 al 100% en el indicador.

3. COBERTURA DE COMUNIDADES CERTIFICADAS COMO SALUDABLES

Descripción general: Es aquella en donde todos sus integrantes (personas, familias, instituciones, organizaciones de la sociedad civil) participan activamente sobre los determinantes de la salud, para mejorarla y crear ambientes favorables a la misma. Para lograrlo, deben haber completado el proceso cumpliendo cada etapa.

Formula:

$$\frac{\text{Comunidades de 500 a 2500 habitantes Certificadas como saludables}}{\text{Total de Comunidades de 500 a 2500 habitantes existentes}} \times 100$$

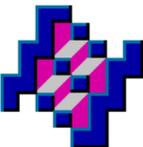
Fuente:

Numerador: DGIS/SIS/Cubos.2015. Concentrado por unidad médica. Apartado 103 Participación Social. Variable PPS06 Comunidad saludable certificada. Disponible:

<http://dgis.salud.gob.mx/cubos/>

Denominador: INEGI. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Censo de Población y Vivienda 2010. Localidades y su población por entidad federativa según tamaño de localidad.

Disponible en url:



<http://www3.inegi.org.mx/sistemas/TabuladosBasicos/Default.aspx?c=27302&s=est>

Nota: Para la estimación por entidad federativa, de cada indicador, se utilizan las mismas fuentes del numerador y denominador, extrayendo la información de cada Estado.

Se consideran como estados con rendimiento óptimo de comunidades certificadas como saludables a aquellas que obtienen un porcentaje entre el 80 al 100% en el indicador.

4. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO GENERAL

Descripción general: Es el porcentaje que nos indica la cantidad de comunidades que fueron iniciadas por cada entidad federativa y que lograron certificarse como saludables.

Formula:

Comunidades Certificadas como Saludables

----- X 100

Comunidades Iniciadas en el Proceso de Certificación

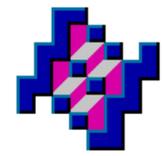
Fuente:

Numerador: DGIS/SIS/Cubos.2015. Concentrado por unidad médica. Apartado 103 Participación Social. Variable PPS06 Comunidad saludable certificada. Disponible:
<http://dgis.salud.gob.mx/cubos/>

Denominador: DGIS/SIS/Cubos.2015. Concentrado por unidad médica. Apartado 103 Participación Social. Variable PPS03 Comunidad iniciada. Disponible:
<http://dgis.salud.gob.mx/cubos/>

Nota: Para la estimación por entidad federativa, de cada indicador, se utilizan las mismas fuentes del numerador y denominador, extrayendo la información de cada Estado.

Se consideran como estados con nivel óptimo de cumplimiento los que obtienen un porcentaje entre el 80 al 100%.



5. TASA DE PERDIDA

Descripción general: Es el porcentaje que nos indica la cantidad de comunidades que fueron iniciadas por cada entidad federativa y que no lograron certificarse como saludables, es decir, la cantidad de comunidades que desertaron el proceso.

Formula:

(Comunidades Iniciadas en el Proceso de Certificación

- Comunidades Certificadas como Saludables)

----- X 100

Comunidades Iniciadas en el Proceso de Certificación

Fuente:

Numerador: DGIS/SIS/Cubos.2015. Concentrado por unidad médica. Apartado 103 Participación Social. Variable PPS03 Comunidad iniciada. Disponible: <http://dgis.salud.gob.mx/cubos/>

- *DGIS/SIS/Cubos.2015.* Concentrado por unidad médica. Apartado 103 Participación Social. Variable PPS06 Comunidad saludable certificada. Disponible:

<http://dgis.salud.gob.mx/cubos/>

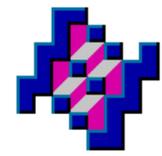
Denominador: DGIS/SIS/Cubos.2015. Concentrado por unidad médica. Apartado 103 Participación Social. Variable PPS03 Comunidad iniciada. Disponible: <http://dgis.salud.gob.mx/cubos/>

Nota: Para la estimación por entidad federativa, de cada indicador, se utilizan las mismas fuentes del numerador y denominador, extrayendo la información de cada Estado.

9.2 Metodología Cualitativa

Se realizó un análisis FODA al programa, con lo cual se obtuvo un análisis general de los aspectos positivos y negativos.

El FODA nos permite visualizar los aciertos y retos que se tienen internamente, así como las posibilidades de triunfo o fracaso que se pueden tener debido a los factores externos.



Para elaborarlo, se utilizarán los resultados cuantitativos que presenta el PAE y se comparan con la situación real del país otorgada por fuentes oficiales, como el INEGI, y con otros programas, además de resultados con diferente temporalidad.

Este análisis nos permitirá observar de mejor manera, como interrelacionan los aspectos del programa, permitiendo mapear cada una de las estructuras que le otorgan función social y le abren su campo de acción; facilitando el otorgamiento de recomendaciones mejor aterrizadas que puedan ayudar en la elaboración de los planes de trabajo.

Nuestras fortalezas y debilidades se sitúan en los aspectos internos del programa, por otra parte, las oportunidades y amenazas se reciben desde los aspectos externos de la realidad del país y la acción de otros programas o investigaciones de intervención.

10. Resultados

10.1 Cuantitativos

En el país existen 15,185 comunidades que tienen una población entre 500 a 2500 habitantes, según el censo del INEGI 2010.

Los porcentajes por estado, de cada indicador, están relacionados con el número de comunidades de 500 a 2500 habitantes que tienen, existe una diferencia entre las entidades federativas, ya que hay algunas con 1695 comunidades y otras con 8 comunidades.

Los resultados del primer indicador cuantitativo, Comunidades Iniciadas en el Proceso de Certificación, mismo que hace referencia a las comunidades iniciadas en el proceso de certificación, se desglosan por entidad federativa y se exponen a continuación:

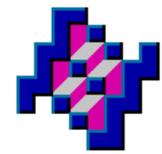


Tabla 1. Indicador de Comunidades Iniciadas en el Proceso de Certificación

Programa Entornos y Comunidades Saludables 2015			
Entidad Federativa	Comunidades Iniciadas	No. Comunidades	Porcentaje
1 AGUASCALIENTES	102	144	70.83%
2 BAJA CALIFORNIA	198	141	140.43%
3 BAJA CALIFORNIA SUR	13	42	30.95%
4 CAMPECHE	58	120	48.33%
5 COAHUILA DE ZARAGOZA	52	147	35.37%
6 COLIMA	40	41	97.56%
7 CHIAPAS	613	1359	45.11%
8 CHIHUAHUA	66	175	37.71%
9 DISTRITO FEDERAL	16	8	200.00%
10 DURANGO	356	252	141.27%
11 GUANAJUATO	162	1024	15.82%
12 GUERRERO	625	873	71.59%
13 HIDALGO	833	784	106.25%
14 JALISCO	53	478	11.09%
15 MÉXICO	3,460	1376	251.45%
16 MICHOACÁN DE OCAMPO	149	783	19.03%
17 MORELOS	99	168	58.93%
18 NAYARIT	22	218	10.09%
19 NUEVO LEÓN	87	82	106.10%
20 OAXACA	151	1130	13.36%
21 PUEBLA	273	1038	26.30%
22 QUERÉTARO ARTEAGA	48	307	15.64%
23 QUINTANA ROO	228	110	207.27%
24 SAN LUIS POTOSÍ	630	513	122.81%
25 SINALOA	12	440	2.73%
26 SONORA	41	199	20.60%
27 TABASCO	1,787	678	263.57%
28 TAMAULIPAS	101	163	61.96%
29 TLAXCALA	64	156	41.03%
30 VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE	405	1,695	23.89%
31 YUCATÁN	26	195	13.33%
32 ZACATECAS	657	346	189.88%
Total general	11,427	15185	75.25%

Fuente: Elaboración propia con información mensual del Sistema de Información en Salud de la Secretaría de Salud Federal y del Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

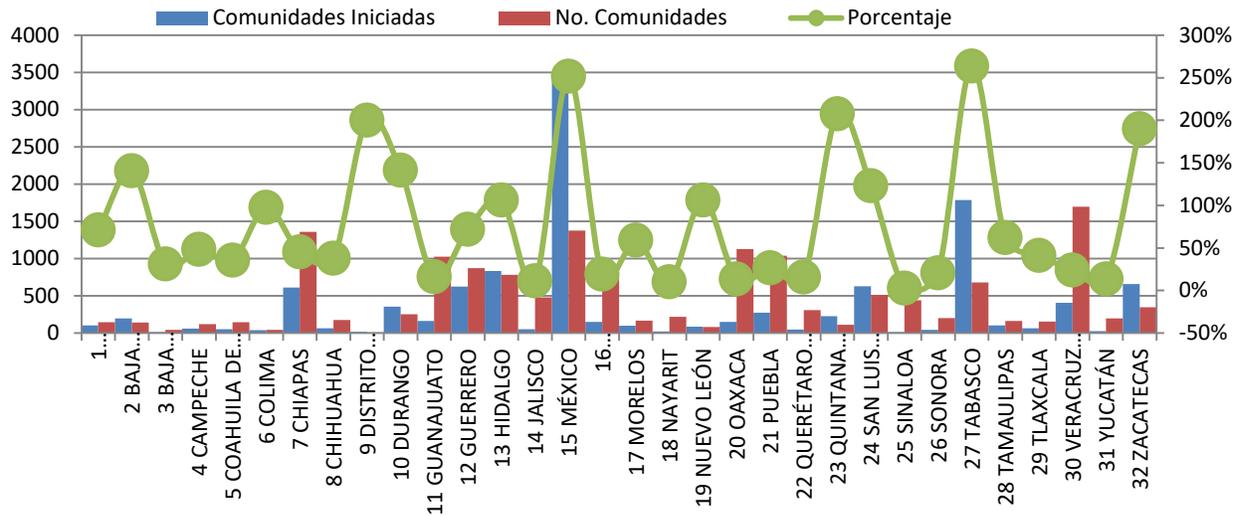


Los 32 estados, reportan información en la variable de comunidad iniciada, sin embargo, se presentan algunos datos interesantes:

- De manera global se puede observar que el 75.25%, es decir, 11,427 comunidades fueron iniciadas en el proceso de certificación durante el 2015, de las 15,185 comunidades del país.
- El 24.75% de las comunidades del país, es decir 3,758 comunidades, no participaron en el programa durante el 2015. Sin embargo, todos los estados registraron comunidades iniciadas en el proceso de certificación.
- La diferencia de los estados entre el porcentaje con mayor y menor comunidades registradas como iniciales es de 260.84%.
- Hay estados que tienen un sobre registro, de más de 150% del valor posible; lo cual puede justificarse por múltiples errores, como;
 - Duplicidad de registro de comunidades,
 - Registro de comunidades que no tienen el rango de población del programa (es decir, comunidades con población menor de 500 habitantes o mayores de 2500 habitantes).
- La presencia de porcentajes superiores al 100% podría deberse a que hay un mayor registro de comunidades iniciadas respecto a las comunidades que reúnen las características del programa basadas por el INEGI.
- Se desconoce si hay alguna forma de validación que permita identificar las cifras para cada estado, ya que la información se extrae de una plataforma que es alimentada por los diferentes encargados del programa a nivel local, municipal, jurisdiccional y estatal.
- Al mostrar estas inconsistencias, es difícil confiar en los datos reportados, por lo tanto pierde credibilidad los resultados del programa.



Comunidades Iniciadas en el Proceso de Certificación 2015



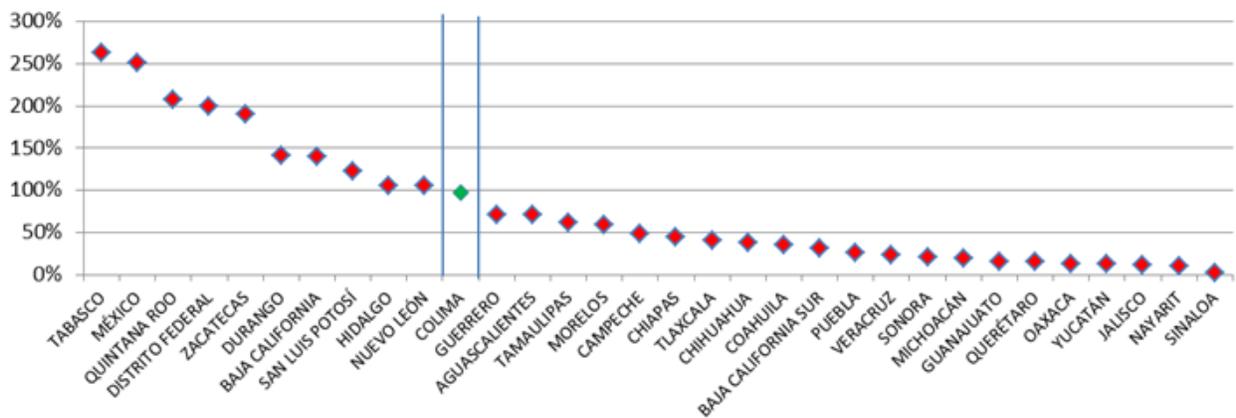
En este gráfico se puede apreciar los 10 estados que presentan un porcentaje mayor al 100% en las comunidades iniciadas en el proceso de certificación, en relación al total de comunidades que cumplen el criterio de número de habitantes (500 a 2500) del programa.

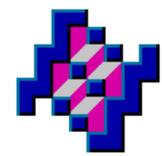
A continuación, se muestra de manera gráfica los estados que tienen un porcentaje óptimo de cumplimiento al ejecutar el indicador no.1.

Porcentaje de Cumplimiento en las Comunidades Iniciadas

en el proceso de Certificación como Saludables por Entidad Federativa en el 2015

◆ Estados en el nivel óptimo de cumplimiento = 80 al 100%



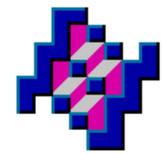


Es importante comentar que Colima es el único estado que presenta un rendimiento óptimo de cumplimiento, los estados que están por encima de éste, presentan un número mayor de comunidades iniciadas que las comunidades del estado que cumplen con el criterio de población de 500 a 2500 habitantes. Es importante destacar que son 14 los estados que tienen un cumplimiento menor del 40%, por ejemplo Sinaloa solamente registró 12 comunidades iniciadas de 440 comunidades.

Referente al indicador 2, Comunidades Orientadas en Temas de Salud Pública, los datos que se desprenden de las fuentes de información, exponen el siguiente comportamiento:

Tabla 2. Indicador de Comunidades Orientadas en Temas de Salud Pública

Programa Entornos y Comunidades Saludables 2015			
Entidad Federativa	Comunidades Orientadas	No. Comunidades	Porcentaje
1 AGUASCALIENTES	93	144	64.58%
2 BAJA CALIFORNIA	80	141	56.74%
3 BAJA CALIFORNIA SUR	5	42	11.90%
4 CAMPECHE	144	120	120.00%
5 COAHUILA DE ZARAGOZA	49	147	33.33%
6 COLIMA	27	41	65.85%
7 CHIAPAS	127	1359	9.35%
8 CHIHUAHUA	37	175	21.14%
9 DISTRITO FEDERAL	3	8	37.50%
10 DURANGO	342	252	135.71%
11 GUANAJUATO	165	1024	16.11%
12 GUERRERO	252	873	28.87%
13 HIDALGO	812	784	103.57%
14 JALISCO	49	478	10.25%
15 MÉXICO	1,020	1376	74.13%
16 MICHOACÁN DE OCAMPO	440	783	56.19%
17 MORELOS	96	168	57.14%
18 NAYARIT	18	218	8.26%
19 NUEVO LEÓN	83	82	101.22%
20 OAXACA	15	1130	1.33%
21 PUEBLA	184	1038	17.73%
22 QUERÉTARO ARTEAGA	32	307	10.42%
23 QUINTANA ROO	676	110	614.55%
24 SAN LUIS POTOSÍ	629	513	122.61%
25 SINALOA	9	440	2.05%



26 SONORA	23	199	11.56%
27 TABASCO	1,013	678	149.41%
28 TAMAULIPAS	59	163	36.20%
29 TLAXCALA	57	156	36.54%
30 VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE	134	1,695	7.91%
31 YUCATÁN	285	195	146.15%
32 ZACATECAS	330	346	95.38%
Total general	7,288	15185	47.99%

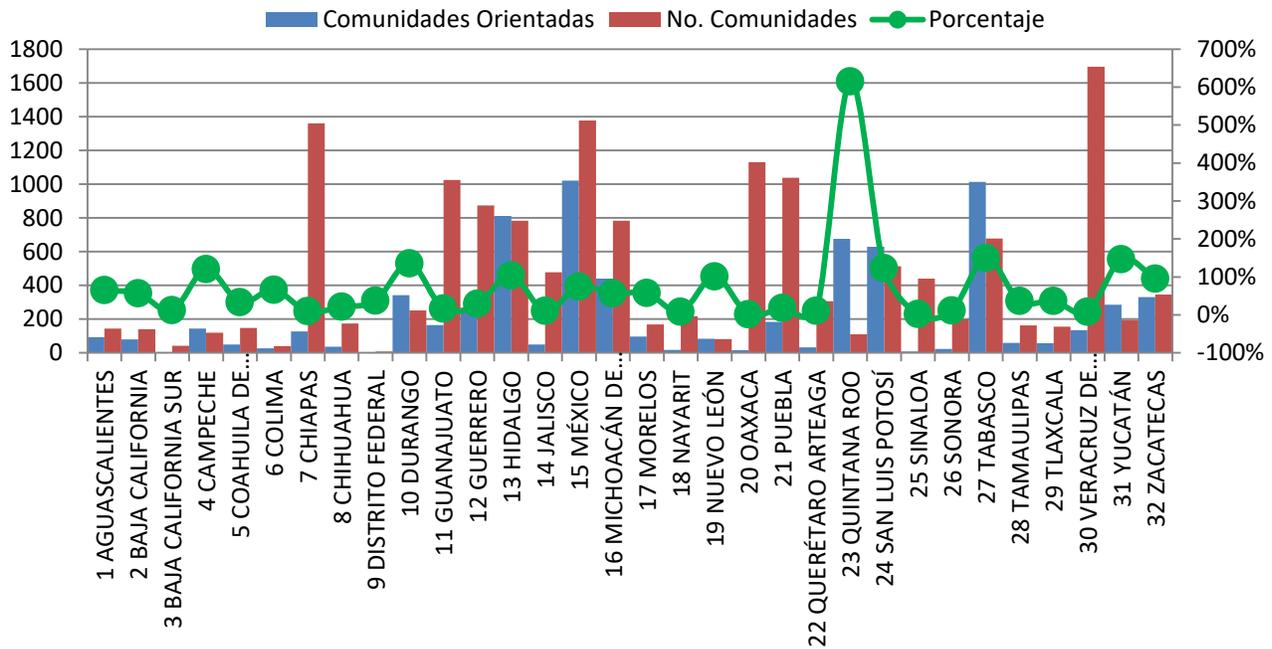
Fuente: Elaboración propia con información mensual del Sistema de Información en Salud de la Secretaría de Salud Federal y del Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

De la información registrada podemos comentar:

- El porcentaje que avanzó en el proceso de certificación de comunidad iniciada a comunidad orientada, disminuyó de un 75.25% al 47.99%, es decir, 4,139 comunidades no avanzaron a esta etapa en el periodo de un año.
- En algunos estados, se presentan mayor número de comunidades orientadas, que las iniciadas, por lo que surge desconfianza en el proceso de registro o verificación de la información.
 - Algunos factores que pueden desencadenar estos errores son las siguientes hipótesis; el mal flujo de la comunicación, desconocimiento del programa y del llenado de los formatos, inadecuadas instrucciones, carencia de filtros para la captura de datos, confusión en el registro de la información, falta de retroalimentación que permita corroborar la información, entre otros.
- El porcentaje de comunidades orientadas en relación al total de comunidades con el criterio de 500 a 2500 habitantes, registra hasta 614%, cifra que nos genera incertidumbre y produce dudas sobre la veracidad de la información capturada en cada variable.
- La presencia de porcentajes superiores al 100% se podría deber a que hay un mayor registro de comunidades orientadas que las comunidades que reúnen las características del programa basadas por el INEGI.
- Se desconoce si hay alguna forma de validación que permita identificar las cifras para cada estado, ya que la información se extrae de una plataforma que es alimentada por los diferentes encargados del programa a nivel local, municipal, jurisdiccional y estatal.
- Al mostrar estas inconsistencias, es difícil confiar en los datos reportados, por lo tanto pierde credibilidad los resultados del programa.



Comunidades Orientadas en Temas de Salud Pública en el Proceso de Certificación 2015

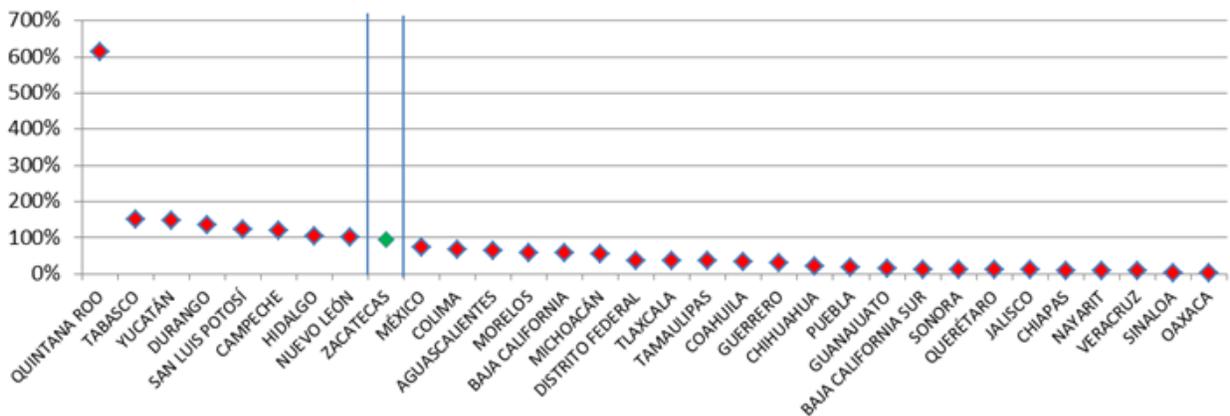


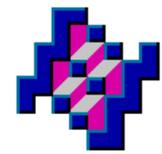
En la gráfica anterior, se observa el sobre registro del estado de Quintana Roo con el 614%, al reportar 676 comunidades orientadas en temas de salud pública, sin embargo el estado solamente tiene 110 comunidades que cumplen con las características del programa.

A continuación, se muestra de manera gráfica los estados que tienen un porcentaje óptimo de cumplimiento al ejecutar el indicador no.2.

Porcentaje de Cumplimiento de las Comunidades Orientadas en Temas de Salud Pública por Entidad Federativa en el 2015

◆ Estados en el nivel óptimo de cumplimiento = 80 al 100%



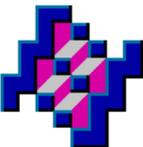


En este gráfico, se identificó a Zacatecas como el único estado con un rendimiento óptimo de cumplimiento en las comunidades orientadas en temas de salud, con un porcentaje del 95%. Es importante destacar que son 17 los estados que tienen un cumplimiento menor del 40%, por ejemplo Oaxaca solamente registró 15 comunidades orientadas de 1130 comunidades del estado que cumplen con el criterio de población de 500 a 2500 habitantes.

De los resultados del indicador 3, Comunidades Certificadas como Saludables, obtenemos las siguientes cifras:

Tabla 3. Indicador de Comunidades Certificadas como Saludables

Programa Entornos y Comunidades Saludables 2015			
Entidad Federativa	Comunidades Certificadas	No. Comunidades	Porcentaje
1 AGUASCALIENTES	38	144	26.39%
2 BAJA CALIFORNIA	9	141	6.38%
3 BAJA CALIFORNIA SUR	2	42	4.76%
4 CAMPECHE	11	120	9.17%
5 COAHUILA DE ZARAGOZA	52	147	35.37%
6 COLIMA	24	41	58.54%
7 CHIAPAS	62	1359	4.56%
8 CHIHUAHUA	21	175	12.00%
9 DISTRITO FEDERAL	1	8	12.50%
10 DURANGO	88	252	34.92%
11 GUANAJUATO	144	1024	14.06%
12 GUERRERO	40	873	4.58%
13 HIDALGO	132	784	16.84%
14 JALISCO	22	478	4.60%
15 MÉXICO	461	1376	33.50%
16 MICHOACÁN DE OCAMPO	65	783	8.30%
17 MORELOS	100	168	59.52%
18 NAYARIT	18	218	8.26%
19 NUEVO LEÓN	82	82	100.00%
20 OAXACA	0	1130	0.00%
21 PUEBLA	86	1038	8.29%
22 QUERÉTARO ARTEAGA	11	307	3.58%
23 QUINTANA ROO	49	110	44.55%
24 SAN LUIS POTOSÍ	168	513	32.75%
25 SINALOA	8	440	1.82%
26 SONORA	16	199	8.04%



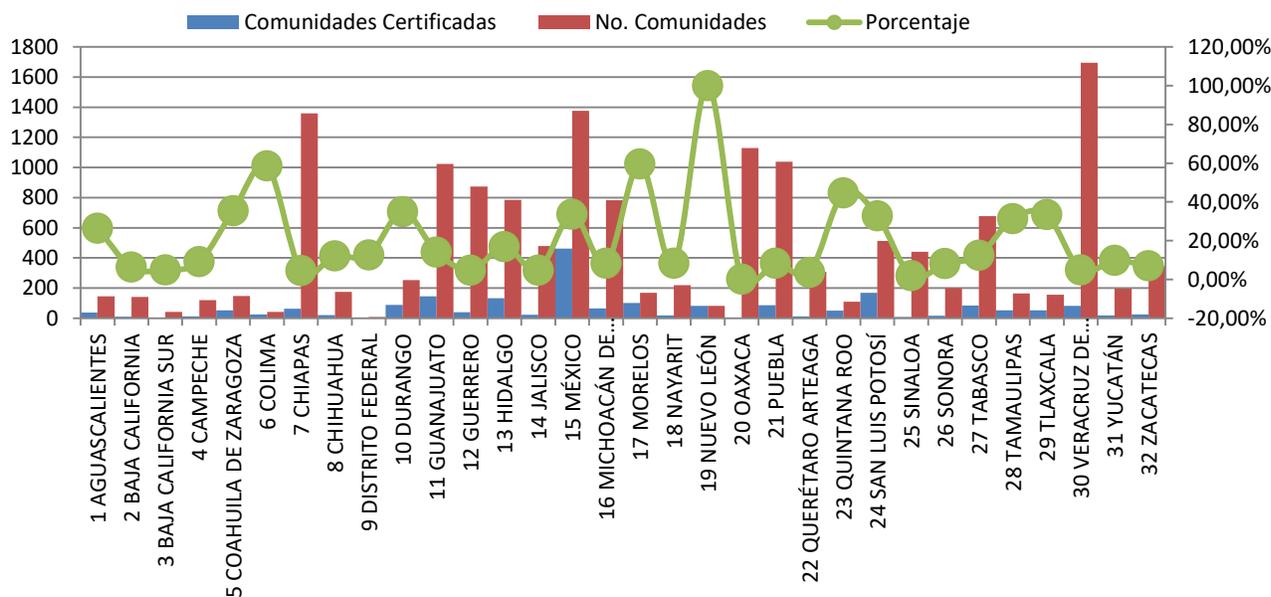
27 TABASCO	84	678	12.39%
28 TAMAULIPAS	51	163	31.29%
29 TLAXCALA	52	156	33.33%
30 VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE	82	1,695	4.84%
31 YUCATÁN	19	195	9.74%
32 ZACATECAS	24	346	6.94%
Total general	2,022	15185	13.32%

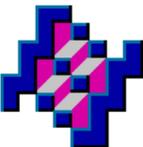
Fuente: Elaboración propia con información mensual del Sistema de Información en Salud de la Secretaría de Salud Federal y del Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

En los datos se refleja:

- Las comunidades orientadas que lograron el proceso de certificación de las comunidades como saludables, disminuyó de un 47.99% al 13.32%, es decir, 5,266 comunidades no avanzaron a esta etapa en el periodo de un año.
- El porcentaje máximo alcanzado es de 100%, lo cual permite creer que el registro de estas variables, tienen más control.
- Diferente a los otros indicadores, se presentan estados que no tienen ningún porcentaje lo cual se podría interpretar como la ausencia de comunidades certificadas.

Comunidades Certificadas como Saludables en el 2015

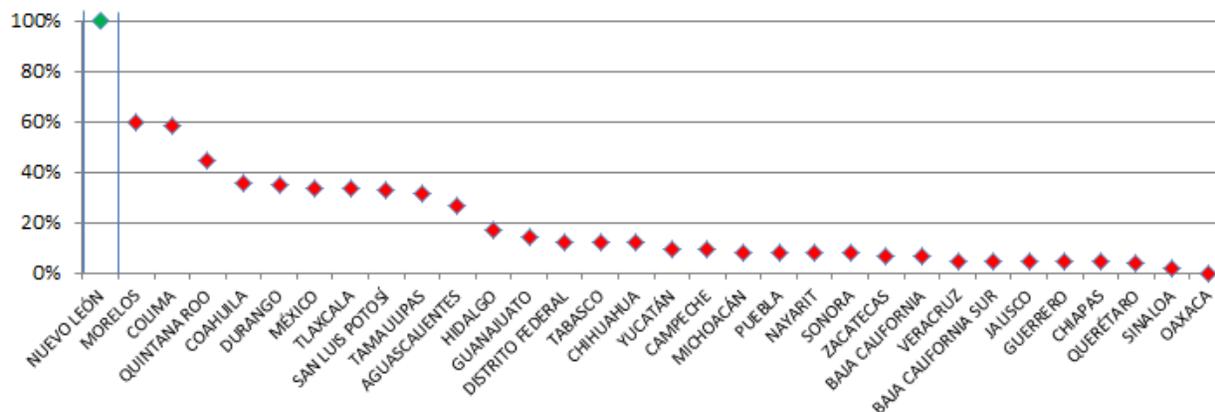




A continuación, se muestra de manera gráfica los estados que tienen un porcentaje óptimo de cumplimiento al ejecutar el indicador no.1.

Porcentaje de Cumplimiento de las Comunidades Certificadas como Saludables por Entidad Federativa en el 2015

◆ Estados en el nivel óptimo de cumplimiento = 80 al 100%

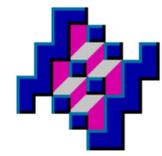


En esta imagen, se identifica a Nuevo León como el único estado con un rendimiento óptimo de cumplimiento en las comunidades certificadas como saludables, con un porcentaje del 100%, sin embargo en los dos indicadores anteriores, esta entidad federativa presenta un porcentaje mayor al 100%.

Por otra parte, en este indicador no existen estados con registros que superen el 100%. Pero se presentan 28 entidades federativas que tienen un cumplimiento menor del 40%. Al igual que el indicador anterior, Oaxaca ocupa el lugar No. 32 y Sinaloa el lugar No. 31; Oaxaca no registró comunidades certificadas y Sinaloa solamente registró 8 comunidades certificadas como saludables de las 440 comunidades del estado que cumplen con el criterio de población de 500 a 2500 habitantes.

Al comparar los tres indicadores, podemos deducir que:

- De 11,427 (75.25%) comunidades que se iniciaron en el proceso durante el 2015, solamente 2,022 (13.32%) lograron certificarse.
 - La meta del programa para el año 2015 era el 14% de cobertura de comunidades certificadas, por lo tanto se podría considerar que no fue alcanzado este indicador.

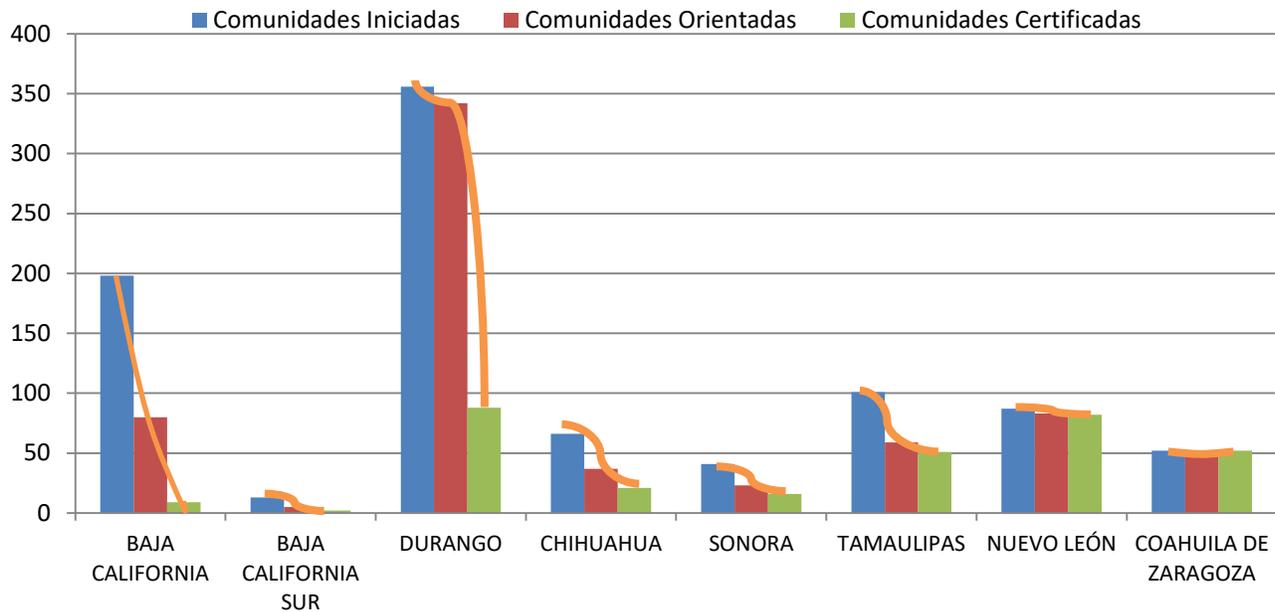


- En las tres gráficas que muestran el porcentaje de cumplimiento, se puede observar la discrepancia de las entidades federativas en cada etapa del proceso de certificación, como ejemplo podemos enfocarnos en los estados que se encuentran en nivel óptimo; Colima, es el único estado no que no excede el número de comunidades que cumplen con los criterios del programa en ninguna de sus etapas.
- Considerando el menor cumplimiento en los indicadores, se hace referencia a dos estados:
 - Sinaloa ocupó en comunidades iniciadas en el proceso de certificación, el primer lugar; en comunidades orientadas en temas de salud pública y en comunidades certificadas como saludables ocupó el segundo lugar.
 - Por su parte, Oaxaca ocupó en comunidades iniciadas en el proceso de certificación, el quinto lugar; pero en comunidades orientadas en temas de salud pública y en comunidades certificadas como saludables ocupó el primer lugar.
- Los estados con mínima diferencia porcentual entre los tres indicadores, y que ninguno de sus indicadores superaron el 100% son por orden de cumplimiento; Morelos, Coahuila, Tlaxcala, Guanajuato, Nayarit y Sinaloa.
 - Como hipótesis, podemos considerar que los estados que no tienen cifras mayores al 100% en ninguno de sus indicadores, presentan registros más confiables.

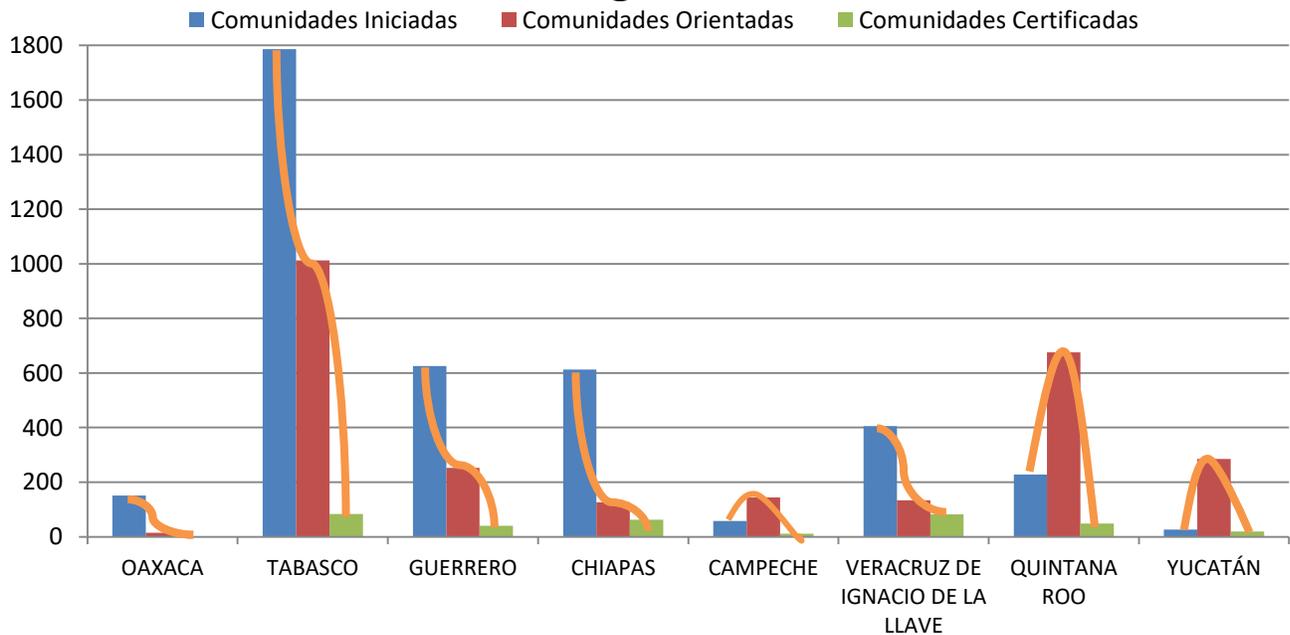
A continuación, en los siguientes gráficos se muestran 4 regiones con los estados (norte, sur, este y oeste) del país, el propósito es observar el seguimiento de las comunidades que iniciaron el proceso de certificación, las que continuaron con la etapa de comunidades orientadas en temas de salud pública y por último, las comunidades que lograron certificarse como saludables en el 2015.



Proceso de Certificación de Comunidades como Saludables en la Región Norte durante el 2015.

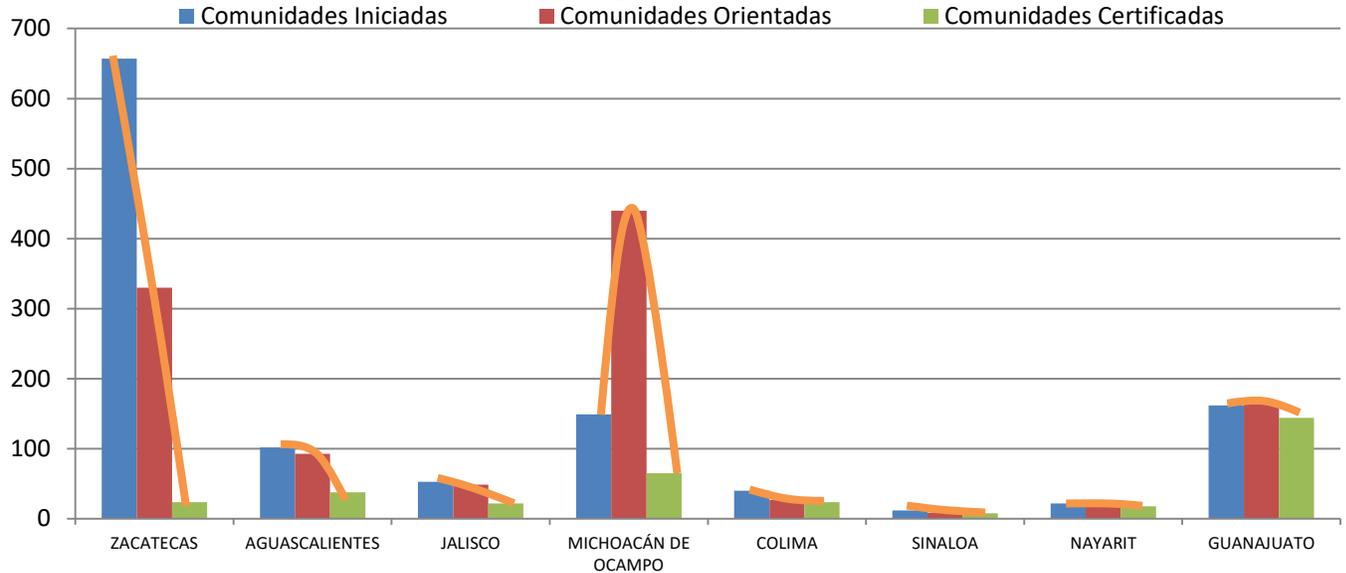


Proceso de Certificación de Comunidades como Saludables en la Región Sur durante el 2015.

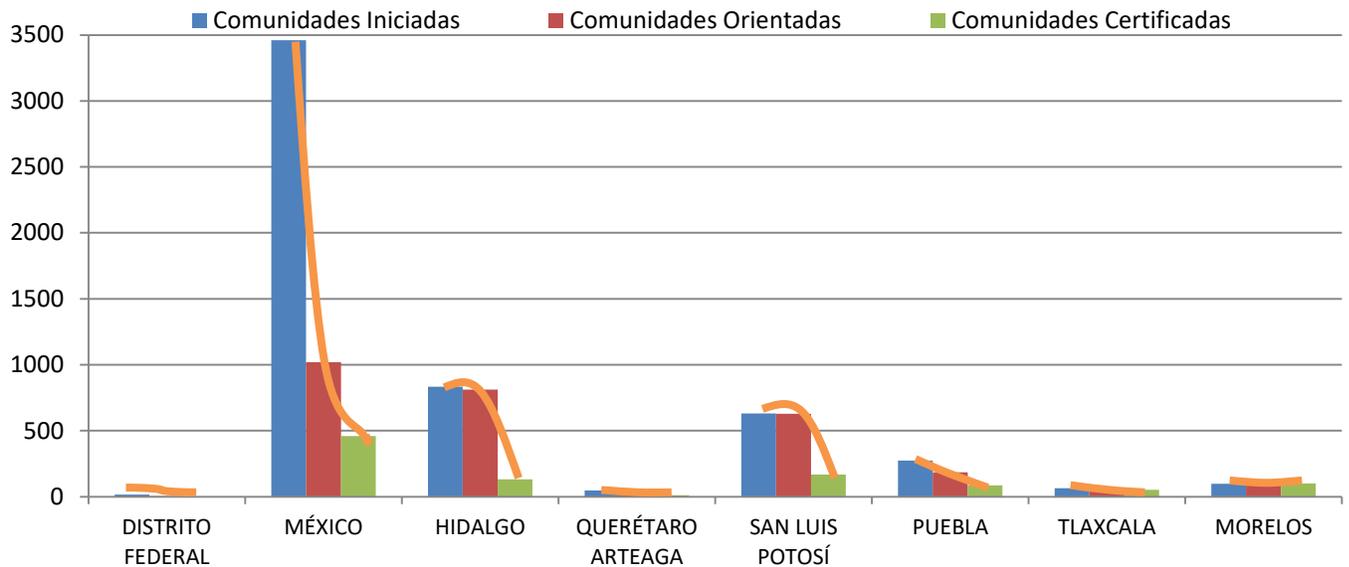


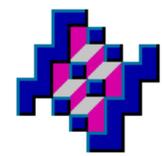


Proceso de Certificación de Comunidades como Saludables en la Región Oeste durante el 2015.



Proceso de Certificación de Comunidades como Saludables en la Región Este durante el 2015.





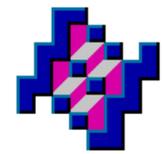
De las 4 gráficas por zonas mostradas anteriormente, podemos inferir;

- En general se puede apreciar que las desviaciones se producen en la etapa de comunidades orientadas en temas de salud pública, al presentar cifras mayores que las comunidades iniciadas.
- También se puede observar que la mayoría de los datos registrados en las comunidades certificadas como saludables son menores que la información reportada en las comunidades iniciadas y orientadas en temas de salud pública.

Respecto al porcentaje de cumplimiento general, se presentan los siguientes datos ordenados de mayor a menor:

Tabla 4. Porcentaje de cumplimiento general

Entidad Federativa	No. Comunidades	Comunidades Iniciadas	Porcentaje	Comunidades Certificadas	Porcentaje	Porcentaje de cumplimiento
MORELOS	168	99	58.93%	100	59.52%	101.01
COAHUILA	147	52	35.37%	52	35.37%	100
NUEVO LEÓN	82	87	106.10%	82	100.00%	94.25
GUANAJUATO	1024	162	15.82%	144	14.06%	88.89
NAYARIT	218	22	10.09%	18	8.26%	81.82
TLAXCALA	156	64	41.03%	52	33.33%	81.25
YUCATÁN	195	26	13.33%	19	9.74%	73.08
SINALOA	440	12	2.73%	8	1.82%	66.67
COLIMA	41	40	97.56%	24	58.54%	60
TAMAULIPAS	163	101	61.96%	51	31.29%	50.50
MICHOACÁN	783	149	19.03%	65	8.30%	43.62
JALISCO	478	53	11.09%	22	4.60%	41.51
SONORA	199	41	20.60%	16	8.04%	39.02
AGUASCALIENTES	144	102	70.83%	38	26.39%	37.25
CHIHUAHUA	175	66	37.71%	21	12.00%	31.82
PUEBLA	1038	273	26.30%	86	8.29%	31.50
SAN LUIS POTOSÍ	513	630	122.81%	168	32.75%	26.67
DURANGO	252	356	141.27%	88	34.92%	24.72
QUERÉTARO	307	48	15.64%	11	3.58%	22.92
QUINTANA ROO	110	228	207.27%	49	44.55%	21.49
VERACRUZ	1,695	405	23.89%	82	4.84%	20.25



CAMPECHE	120	58	48.33%	11	9.17%	18.97
HIDALGO	784	833	106.25%	132	16.84%	15.85
BAJA CALIFORNIA SUR	42	13	30.95%	2	4.76%	15.38
MÉXICO	1376	3,460	251.45%	461	33.50%	13.32
CHIAPAS	1359	613	45.11%	62	4.56%	10.11
GUERRERO	873	625	71.59%	40	4.58%	6.40
DISTRITO FEDERAL	8	16	200.00%	1	12.50%	6.25
TABASCO	678	1,787	263.57%	84	12.39%	4.70
BAJA CALIFORNIA	141	198	140.43%	9	6.38%	4.55
ZACATECAS	346	657	189.88%	24	6.94%	3.65
OAXACA	1130	151	13.36%	0	0.00%	0

Fuente: Elaboración propia con información mensual del Sistema de Información en Salud de la Secretaría de Salud Federal y del Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

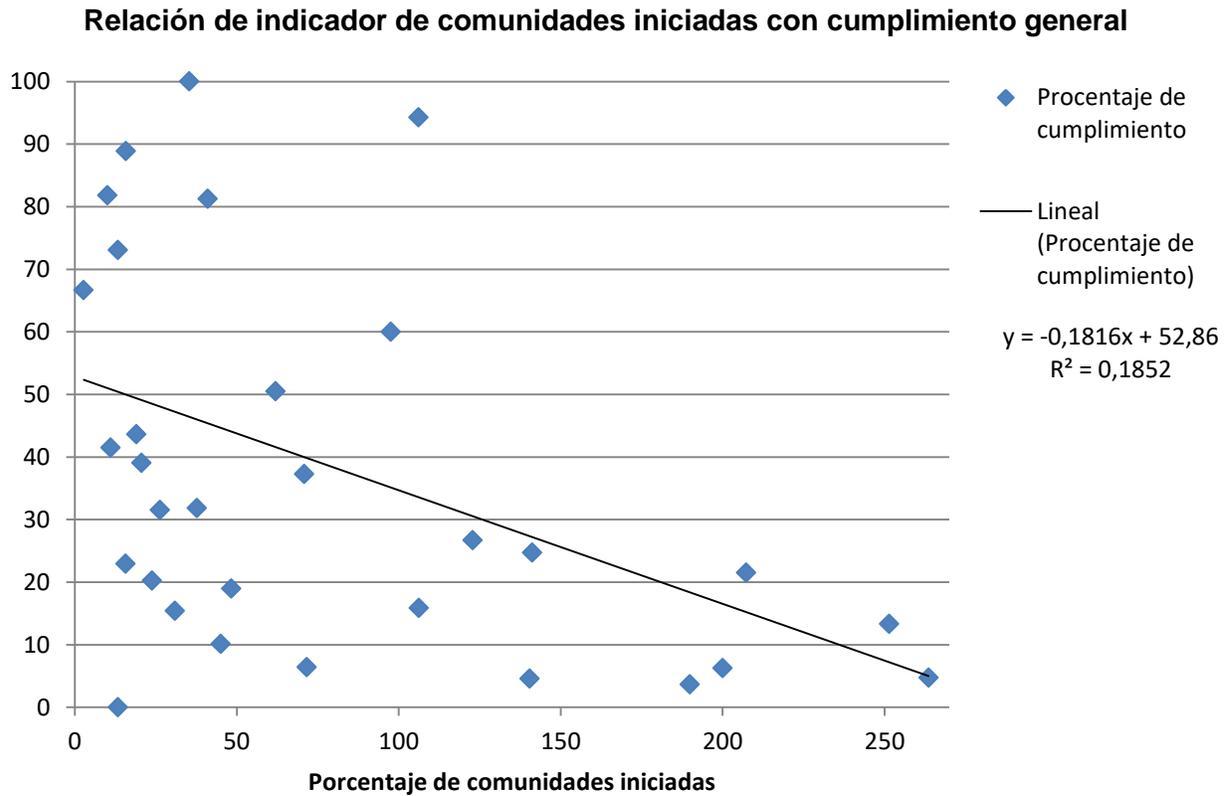
Si hablamos del porcentaje de cumplimiento general, es importante recordar que no se utiliza el número de comunidades por entidad federativa con población entre 500 a 2500 habitantes. Ya que solamente se usan los datos de las comunidades iniciadas en el proceso de certificación y las comunidades certificadas como saludables.

Podemos observar, que el estado con el 100% de cumplimiento general es Coahuila, diferente a Nuevo León que fue el estado con mayor porcentaje de comunidades certificadas. La diferencia es que Coahuila inicia y certifica a 52 comunidades de 147 comunidades que tiene el estado con población de 500 a 2500 habitantes, es decir el 100% de cumplimiento general; por su parte, Nuevo León inicia con 87 comunidades y certifica 82 comunidades, de 82 comunidades que tiene el estado con población de 500 a 2500 habitantes, es decir el 94% de cumplimiento general, aunque este estado presentó un registro mayor al 100%, certificó a todas sus comunidades como saludables con el 100%, y Coahuila solamente alcanzó a certificar el 35% de sus comunidades como saludables.

Aunque este indicador muestra un poco más de consistencia a comparación de datos anteriores, Morelos presenta un cumplimiento de 101.01%, al reportar 99 comunidades iniciadas y 100 comunidades certificadas, aunque no excede las 168 comunidades que cumplen con los criterios del programa, sin embargo solamente certifica como comunidades saludables al 59%.



Por otra parte, se tienen 5 estados en un nivel óptimo de cumplimiento entre el 80 al 100%, los cuales son; Coahuila, Nuevo León, Guanajuato, Nayarit y Tlaxcala. Pero también se tienen 20 entidades federativas con un porcentaje de cumplimiento general menor del 40%, es decir, más de la mayoría del país.



Al realizar un análisis de relación entre el porcentaje de comunidades iniciadas y el porcentaje de cumplimiento general, por medio de un diseño de R^2 , nos demuestra que no existe ninguna relación directamente proporcional entre dichos porcentajes (el porcentaje de comunidades iniciadas y el porcentaje de cumplimiento general); sin embargo existe una tendencia a la baja del porcentaje de cumplimiento general en la medida en que aumenta el porcentaje de comunidades iniciadas por estado.

A continuación se muestra la tasa de pérdida ordenada de mayor a menor, entre los estados del país:

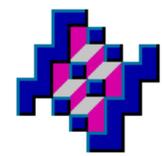


Tabla 5. Tasa de pérdida en el proceso de certificación.

Entidad Federativa	No. Comunidades	Comunidades Iniciadas	Comunidades Certificadas	Tasa de pérdida (%)
OAXACA	1130	151	0	100
ZACATECAS	346	657	24	96.35
BAJA CALIFORNIA	141	198	9	95.45
TABASCO	678	1,787	84	95.30
DISTRITO FEDERAL	8	16	1	93.75
GUERRERO	873	625	40	93.60
CHIAPAS	1359	613	62	89.89
MÉXICO	1376	3,460	461	86.68
BAJA CALIFORNIA SUR	42	13	2	84.62
HIDALGO	784	833	132	84.15
CAMPECHE	120	58	11	81.03
VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE	1,695	405	82	79.75
QUINTANA ROO	110	228	49	78.51
QUERÉTARO ARTEAGA	307	48	11	77.08
DURANGO	252	356	88	75.28
SAN LUIS POTOSÍ	513	630	168	73.33
PUEBLA	1038	273	86	68.50
CHIHUAHUA	175	66	21	68.18
AGUASCALIENTES	144	102	38	62.75
SONORA	199	41	16	60.98
JALISCO	478	53	22	58.49
MICHOACÁN DE OCAMPO	783	149	65	56.38
TAMAULIPAS	163	101	51	49.50
COLIMA	41	40	24	40
SINALOA	440	12	8	33.33
YUCATÁN	195	26	19	26.92
TLAXCALA	156	64	52	18.75
NAYARIT	218	22	18	18.18
GUANAJUATO	1024	162	144	11.11
NUEVO LEÓN	82	87	82	5.75
COAHUILA DE ZARAGOZA	147	52	52	0
MORELOS	168	99	100	-1.01

Fuente: Elaboración propia con información mensual del Sistema de Información en Salud de la Secretaría de Salud Federal y del Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

Se hace la aclaración que la tasa de pérdida incluye las variables de comunidades iniciadas en el proceso de certificación y las comunidades certificadas como saludables, sin influir sobre el



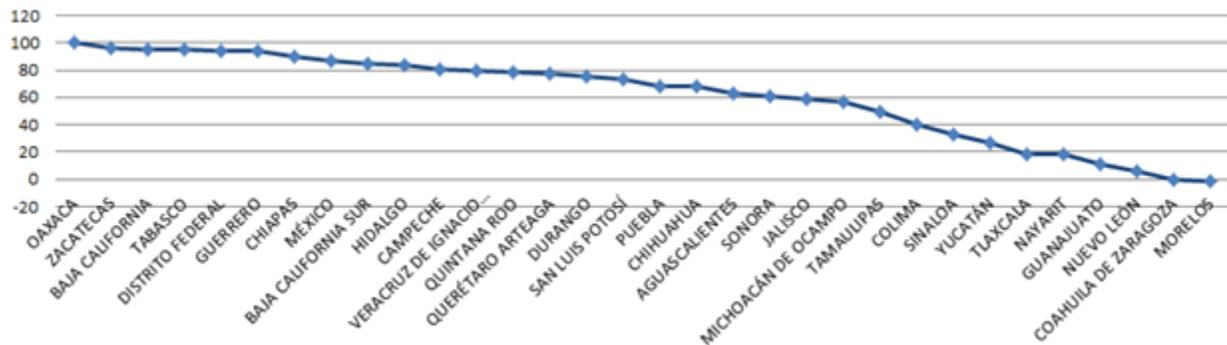
resultado el número de comunidades por entidad federativa que cumplen con el criterio de 500 a 2500 habitantes.

En la tabla, podemos observar que nuevamente Oaxaca encabeza la lista, lo cual es compatible con el estado con menor cumplimiento en los indicadores. Sin embargo, Sinaloa que era el segundo estado con menor cumplimiento de los indicadores ahora está en la posición No. 25, al reportar una menor pérdida de la relación de las comunidades iniciadas en el proceso de certificación y las comunidades certificadas como saludables.

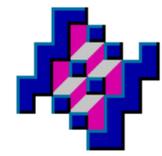
También se identifica que existe una relación entre los estados con mínima diferencia porcentual entre los tres indicadores, y que ninguno de sus indicadores superaron el 100% son (por orden de cumplimiento); Morelos, Coahuila, Tlaxcala, Guanajuato, Nayarit y Sinaloa; con los estados que ocupan las 8 últimas posiciones de la tasa de pérdida.

Existe un porcentaje de pérdida en las entidades federativas, mayor al 40% de 23 estados. Lo que significa que solamente 9 estados, tienen una tasa de pérdida menor al 40%.

Tasa de Pérdida en el Proceso de Comunidades Certificadas como Saludables en México durante el 2015



Cerca de dos terceras partes de todos los estados tienen una cantidad elevada de pérdidas, por encima de 40%. Esto representa una enorme cantidad de actividades y esfuerzos enfocados en participar en el programa, pero que no concluyen el proceso de certificación de comunidades saludables, lo cual nos crea la hipótesis de un bajo rendimiento del programa. Solo Colima, Sinaloa, Yucatán, Tlaxcala, Nayarit, Guanajuato, Nuevo León, Coahuila y Morelos, tuvieron un alto rendimiento en el proceso de certificación.



Esté indicador, mostrado en la anterior gráfica, nos ayuda a sintetizar el desempeño del programa al mostrarnos la eficacia de cada estado y la eficiencia en el período de un año, durante el 2015.

10.2 Cualitativo

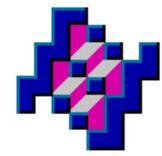
Análisis FODA

Fortalezas:

- Es un programa que se ha posicionado por más de 14 años en el país.
- Se da un subsidio a proyectos en municipios para el desarrollo del programa.
- Es intersectorial: Gobierno, Secretaría de Salud y Población.
- Promueve la participación ciudadana con el empoderamiento en temas de salud.
- Creación y reuniones constantes de la “Red de Municipios por la Salud”.
- Reunión Nacional cada año para compartir experiencias exitosas.

Debilidades:

- Es un programa que pertenece a Secretaría de Salud enfocado a cualquier tema de Promoción de la Salud.
- El problema está mal definido.
- El objetivo del programa es muy amplio.
- No tiene un sistema de monitoreo que justifique los logros del programa.
- Los indicadores no son congruentes para evaluar los procesos ni los resultados del programa.
- No tiene un diseño para evaluar el impacto de todos los años en los que se ha desarrollado.
- Poca vinculación con los servicios de salud sociales y privados.
- Mala puntuación en los resultados de evaluaciones por el CONEVAL.
- Muchas observaciones de la Auditoría Superior de la Federación.
- Mal uso de los recursos económicos otorgados para los proyectos, poca transparencia.
- Limitación de recursos y regulaciones para una evaluación externa.



Oportunidades:

- Evaluaciones por consultores externos para localizar áreas de mejora.
- Mejorar la rendición de cuentas.
- Fusión con otras Secretarías.
- Aumentar la vinculación con otros sectores.
- Permite el financiamiento externo.
- Políticas públicas del gobierno: Las tres estrategias nacionales se pueden asociar al Programa.

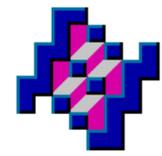
Amenazas:

- Es un programa con algunas características de la Secretaría de Desarrollo Social.
- Desaparición de subsidios para continuar con los proyectos municipales.
- Políticas nacionales de austeridad.
- Políticas públicas internacionales con enfoque diferente a la salud.
- Cambios legislativos en la Constitución (artículo 4to.).

11. Discusión

Las comunidades iniciadas en el proceso de certificación en el programa a nivel nacional durante el 2015 fue del 75.25%, es decir, 11,427 de las 15,185 comunidades entre 500 y 2500 habitantes. El interés por los diferentes sectores de mejorar la calidad de vida de la población de una manera corresponsable, parece manifestarse en el programa al tener gran aceptación. La OPS considera que una comunidad empieza el proceso de ser saludable cuando sus líderes políticos, organizaciones locales y ciudadanos se comprometen y dan inicio al proceso de mejorar continua y progresivamente las condiciones de salud y calidad de vida de sus habitantes, formando y fortaleciendo un pacto social entre las autoridades locales, las organizaciones comunitarias y las instituciones del sector público y privado. Se utiliza la planeación local como instrumento básico e incluye la participación social en el manejo, evaluación y proceso de toma de decisiones (OPS/OMS, 2002).

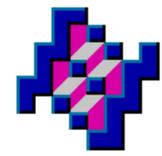
Si nos referimos a las comunidades orientadas en temas de salud pública, etapa del proceso de certificación, podemos observar durante el 2015 a 7,288 comunidades de las 15,185



comunidades del país, es decir, 47,99%, que si desarrollaron actividades como la certificación de entornos saludables; escuelas, lugares de trabajo, mercados, espacios de recreación, entre otros. Además formaron promotores, agentes y procuradores de salud; lo cual se traduce como beneficios directos a la población. En México, el movimiento se ha afianzado debido a la larga historia de la región en materia de participación comunitaria y el compromiso con los procesos de apoyo de la democratización y la descentralización. Las prioridades específicas de cada región han generado diferentes formas de construir ambientes que fomentan la salud, de esta manera, han aumentado el número de entornos saludables en el país, debido a su participación, este movimiento está teniendo una gran influencia sobre la configuración de la política para el desarrollo de capital humano.⁴⁸

Durante el 2015 lograron 2,022 comunidades ser certificadas como saludables, el 13.32% de las comunidades a las que está dirigido el programa, hacemos referencia al siguiente texto; “En México, el Movimiento de los Municipios para la Salud se considera una estrategia nacional clave para promover la salud a nivel local mediante la participación comunitaria, la colaboración entre diferentes sectores, la difusión de la información sobre la salud y las políticas públicas y la creación de espacios sanos. Las comunidades saludables y los municipios en México han puesto en práctica diversas políticas sociales y realizado campañas de educación para proteger el ambiente, mejorar el agua y el saneamiento básico, promover la alimentación sana, los modos de vida activos, los espacios sin humo de tabaco y prevenir el abuso de sustancias psicotrópicas. Han invertido en políticas diseñadas para mejorar las condiciones de salud de grupos vulnerables. El movimiento Municipios para la salud en México mejora la calidad de vida al crear ambientes físicos y sociales saludables y propicios”.⁴⁸

Es importante identificar el motivo de la tasa de deserción, que puede llegar a alcanzar el 100%, porcentaje muy fluctuante entre los estados del país, en promedio con los datos analizados se puede inferir que por cada comunidad certificada hay 5.65 comunidades que no lograron terminar el proceso pero si lo iniciaron; también podemos deducir que considerando todas las comunidades del país existe una comunidad certificada entre 7.5 comunidades que pudieron haber iniciado o no el proceso. Se pueden crear hipótesis que sugieran modificar los criterios de inclusión en el proceso de certificación, para tratar de garantizar la permanencia en el programa. Es importante comentar que el PAE Comunidades y Entornos Saludables es un programa con una historia mayor a 20 años en nuestro país, con actividades multisectoriales y

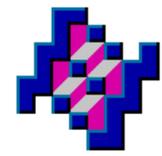


de promoción de la salud, por lo que es difícil establecer criterios para poder definir el avance que ha tenido a lo largo de estos años.⁴⁵

Las cifras que arrojan los indicadores están fundamentados en los sistemas de información que alimentan al programa, sin embargo, la variación de los resultados llaman la atención, ya que se presentan datos que exceden el 100%, además de lo difícil que sería demostrar el seguimiento en cada etapa para relacionar el correcto avance de una comunidad a la siguiente etapa, lo que conduce a generar hipótesis por tener una mala focalización de la población objetivo del programa y/o un inadecuado proceso en el registro, captura y análisis de la información. El gran reto que presentan los programas de promoción y otros temas de salud, es que los efectos reales comúnmente pueden contemplarse a largo plazo, haciendo que los resultados parciales parezcan irrelevantes o sin ningún efecto positivo en su aplicación. Este tipo de programas, es necesario que presenten continuamente resultados visibles, coherentes y regulares, pues requieren hacer uso de una partida presupuestal que debe ser auditada y estar a disposición de elementos de transparencia.

Los niveles óptimos de cumplimiento, solamente son alcanzados por 1 estado de los 32 de la república mexicana en cada etapa, es decir 3.12%, dicha cifra podría generar un efecto insignificante considerando el tiempo del programa y los esfuerzos que representa en los distintos sectores. Para poder entender el avance que se tiene, se debe contemplar todo el contexto socio-cultural, geográfico y político del país; al mismo tiempo es necesario contar con los recursos humanos y financieros suficientes para cubrir las necesidades de cada comunidad. Se requiere de esfuerzos, compromiso, y paciencia para esperar los frutos del trabajo ⁴⁶.

La temporalidad del proceso de certificación es otro aspecto que no se menciona; creando incertidumbre sobre el tiempo de vigencia de la certificación, el tiempo máximo que puede estar una comunidad en la misma etapa, el tiempo que debe tomarle a una comunidad certificarse. Sin embargo, no se debe perder de vista que con el paso del tiempo y los avances tecnológicos y poblacionales de futuras generaciones, se seguirán presentando nuevos retos y problemáticas que tendrán un impacto en la salud pública, afectando primordialmente a los estratos más vulnerables del tejido social; es por esto que a pesar de que las comunidades se certifiquen de acuerdo a estas cédulas, no se deben dejar a la deriva y debe haber siempre una mejora, sin apartarse en ningún momento de las que aún necesitan modificar su entorno para abatir las carencias actuales.⁴⁷

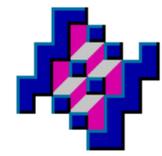


Por último, no se proporciona información referente a las evaluaciones externas que ha recibido el programa, sus resultados y recomendaciones, por lo cual, se desconoce si tienen un proceso para ser atendidas, si tienen alguna sanción. *“En la evaluación, las alianzas con universidades son especialmente importantes para obtener pericia de evaluación y recursos de adiestramiento, pero contar con diferentes socios puede ser lo más apropiado para diversos componentes de una evaluación (OPS/OMS, 2002).”*

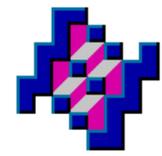
12. Recomendaciones

Nivel Federal

- ❖ El origen del programa es una tropicalización de las “ciudades saludables”, distante de un problema detectado. Derivado de lo anterior, la adaptación en el país es complicada y las necesidades de la población son diferentes. El programa debería tener un enfoque más limitado y específico, dentro de promoción de la salud, para poder dirigir los esfuerzos y recursos.
- ❖ El programa original no tiene un objetivo general, menciona 4 objetivos específicos con estrategias y líneas de acción; sin embargo, estos objetivos no responden a un análisis real del problema en nuestro país ya que no se cuenta con un diagnóstico, sino a una adaptación de los programas de la OMS y OPS. Por lo anterior, no se considera que estos objetivos muestren claramente lo que se pretende lograr al implementar el programa. Se sugiere, para lograr más eficacia en el programa, la reestructuración de los objetivos con el fin de evitar repetir acciones desde diferentes sectores y actores, al contrario, fortalecer estas acciones.
- ❖ El programa menciona: “La población objetivo es la que se interrelaciona en los diferentes entornos de las comunidades y los municipios como las escuelas, los sitios de trabajo, las unidades médicas, la vivienda, los lugares de esparcimiento y el transporte, entre otros”. Por lo que es incoherente que el programa describa una población objetivo refiriéndose a los diferentes entornos del país, sin priorizar los límites y alcances que debe tener. Por lo cual se sugiere definir criterios de inclusión y de exclusión.

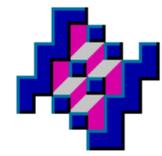


- ❖ Es necesario modificar los criterios de inclusión y exclusión, para mejorar el porcentaje de cumplimiento de las comunidades iniciadas que llegan a certificarse como saludables.
- ❖ Debe haber más transparencia en el uso de recursos y rendición de cuentas. El presupuesto anual es poco para cubrir con los requisitos del programa, pero es demasiado si lo comparamos con las comunidades que se logran certificar. Se debe hacer un análisis, para buscar estrategias que puedan demostrar los resultados del programa relacionado al apoyo económico, o en su caso, sustentar las acciones con bibliografía que demuestre la eficacia y eficiencia.
- ❖ Es indispensable modificar el proceso de reporte y captura de datos, así como las fuentes de donde se extrae la información, con el propósito de asegurar la confianza y veracidad de la información, protegiéndola de cualquier omisión y/error que pudiera presentarse. Con lo anterior, se pretende implementar métodos de validación.
- ❖ El programa debe generar evidencia de los resultados e impacto en las comunidades, dicha información debe generarse dentro del programa y por evaluadores externos, para poder generar evidencia confiable. En caso contrario, la permanencia del programa deberá ser cuestionada, pues no hay una justificación para continuar con el desvío de recursos.
- ❖ Para la medición de los avances del programa, los indicadores propuestos en el programa no contienen los elementos suficientes que solicita CONEVAL. Si se desea medir los resultados de las acciones, procesos y resultados, se debe simplificar la información solicitada pero validar que sea correcta; deben ser pocos los indicadores pero que nos proporcionen datos claves para valorar las acciones que se están llevando a cabo, y dichas acciones logren solventar los objetivos del programa.
- ❖ Incluir un diseño de evaluación externa con enfoque mixto del programa; el enfoque mixto nos da un panorama rico en datos, que nos permite hacer deducciones de la información, obtenida por métodos cuantitativos y cualitativos. Lo que nos permite tener una percepción de la población que está involucrada, y una retroalimentación para el mejor diseño del programa encontrando los motivos y costumbres de las comunidades



para actuar ante diferentes situaciones. Es necesario que este diseño esté alineado en ambas metodologías, pues su finalidad es complementar los resultados obtenidos en cada una, por lo tanto, aunque evidentemente deban tener similitudes, la información debe ser capaz de arrojar información que otorgue hallazgos en torno a las áreas de oportunidad y los aspectos positivos del programa que nos ayude a intervenir en la comunidad de forma más eficaz, mejorando la capacidad de cumplimiento en todos los municipios.

- ❖ El programa tiene más de 20 años en el país, es necesario que se actualice y alinee con las necesidades actuales, así como se apoye y fortalezca con las herramientas que existen. De la misma manera, que proporcione estas modificaciones a los distintos niveles en que se reproduce, ya que por la antigüedad puede haber zonas en el país que no han mejorado sus capacidades y herramientas de trabajo.
- ❖ Mejorar las vías de gestión y vinculación intersectorial, con el propósito de impulsar al programa.
- ❖ Mejorar la capacitación del personal que ejecuta el programa, para poder mejorar las áreas de acción que se encuentren, así como fortalecer la estructura orgánica.
- ❖ Plan de Difusión; se debe elaborar un plan de difusión de los resultados anual, que incluya; la publicación y difusión de la evaluación de línea basal, de evaluación de resultados y las notas de política económica, además de la base de datos totalmente documentadas. En el programa, se deben implementar estrategias de manera periódica, como las siguientes:
 1. Desarrollar un calendario que incluye el análisis de datos, así como sesiones de interpretación de las partes interesadas.
 2. Desarrollar comunicación de una manera intencional y estratégica, además de un plan de difusión.
 - a. Mediante sistemas de información con propósitos como;
 - i. Compartir avances
 - ii. Participar con nueva información
 - iii. Retroalimentar la información que se vaya generando
 - iv. Comunicar cambios o modificaciones



3. Elaborar reportes, presentaciones y publicaciones de la evaluación, para;
 - a. Diversidad de audiencia;
 - b. Audiencia específica.
 - i. Resumen ejecutivo
 - ii. Notas de política económica

4. Difundir a través de;
 - a. Página de internet de la Dirección General de Promoción de la Salud, Secretaría de Salud Federal, CONEVAL, etc.
 - b. Conferencias o Reuniones Nacionales e Internacionales
 - c. Actividades Académicas, Revistas y/o publicaciones científicas
 - d. Mercadotecnia social
 - e. Sistemas de comunicación.

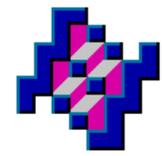
Nivel Estatal

- ❖ Mejorar la gestión y vinculación intersectorial, para lo cual es importante documentar las actividades y atender las deficiencias del diseño programa.

- ❖ Mayor comunicación, entre el nivel federal y las jurisdicciones, para la correcta implementación y seguimiento del programa.

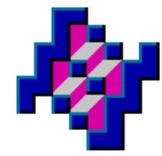
- ❖ Revisión de evidencia generada y reportada en los diferentes sistemas de información oficiales. El nivel estatal, debe validar la información que registran las jurisdicciones, municipios y localidades, ya que son responsables de vigilar las acciones de los niveles jerárquicos inferiores.

- ❖ Crear un plan de difusión del programa y de los resultados, para lograr transmitir los beneficios del programa, así como alcanzar e involucrar a la mayor cantidad de población.



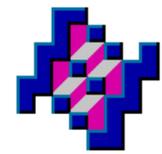
Nivel Local

- ❖ Mayor comunicación, gestión y vinculación, para la correcta implementación del programa y el beneficio de la población. Es indispensable el conocimiento del programa, para poder transmitir todos los beneficios y empoderar a la población.
- ❖ Las capacitaciones impartidas a la población, deberán ser con un lenguaje simple y con información importante, breve y confiable.
- ❖ Es indispensable mejorar la transparencia y rendición de cuentas. Ya que existen casos en que los cambios administrativos del municipio, dejan incompletos el desarrollo de las acciones priorizadas, lo cual repercute en los resultados del programa. Si bien, ellos participan con una aportación económica, sería importante que la administración de los recursos sea bajo criterios regulados, transparentes y sancionables.
- ❖ Además de la generación de evidencia de cada actividad, misma que deberá estar documentada, es importante que al registrar la información, conozcan los instructivos de llenado y no tengan dudas, para evitar generar desviaciones en los datos que serán reportados.
- ❖ Crear un plan de difusión del programa y de los resultados, para lograr permear con la comunidad.

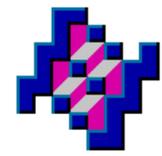


13. Bibliografía

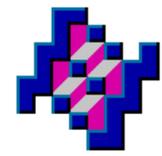
1. Guía para la gestión y análisis de procesos. Gestión de procesos en la UCA. Universidad de Cádiz 2007
2. Guía para una gestión basada en procesos. Instituto Andaluz de Tecnología
3. Guía para la evaluación de la calidad de los Servicios Públicos. Ministerio de la Presidencia. Agencia Estatal de Evaluación de las Políticas Públicas y la Calidad de los Servicios. Madrid 2009.
4. Manual formulación, evaluación y monitoreo de proyectos sociales. Ernesto Cohen. Rodrigo Martínez. División de Desarrollo Social. CEPAL.
5. Manual de planificación, seguimiento y evaluación de los resultados de desarrollo. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
- 6.- La evaluación de impacto en la práctica. Paul J. Gertler, Sebastián Martínez, Patrick Premand, Laura B. Rawlings, Christel M. J. Vermeersch. Banco Mundial
- 7.- Monitoreo y evaluación de políticas, programas y proyectos sociales. María Mercedes Di Virgilio y Romina Solano. - 1a ed. - Buenos Aires: Fundación CIPPEC, 2012.
- 8 .- How do we know if a program made a difference? A guide to statistical methods for program impact evaluation. Lance, P., D. Guilkey, A. Hattori and G. Angeles. (2014). Chapel Hill, North Carolina: MEASURE Evaluation.
- 9.- Impact Evaluations and Development; Nonie Guidance on Impact Evaluation. Frans Leeuw y Jos Vaessen. Maastricht University and University of Antwerp
- 10.- Handbook on Impact Evaluation; Quantitative Methods and Practices. Shahidur R. Khandker, Gayatri B. Koolwal, Hussain A. Samad.
- 11.- The Misuse of Statistics: Concepts, Tools, and a Research Agenda. John S. Gardenier, National Center for Health Statistics, Centers for Disease Control and Prevention, USA. David B. Resnik, Brody School of Medicine, East Carolina University, USA.
- 12.- Using Randomization in Development Economics Research: A Toolkit. Esther Duflo, Rachel Glennerster, and Michael Kremer. NBER Technical Working Paper No. 333. December 2006.
13. - The Experimental Approach to Development Economics. Abhijit V. Banerjee and Esther Duflo. Massachusetts Institute of Technology, Department of Economics and Abdul Latif Jameel Poverty Action Lab.
14. - Mixed Methods Sampling: A Typology With Examples. Charles Teddlie and Fen Yu. Journal of Mixed Methods Research 2007; 1; 77.



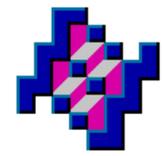
- 15.- La evaluación de impacto en la práctica. Paul J. Gertler, Sebastián Martínez, Patrick Premand, Laura B. Rawlings, Christel M. J. Vermeersch. Banco Mundial.
- 16.- Monitoreo y evaluación de políticas, programas y proyectos sociales. María Mercedes Di Virgilio y Romina Solano. - 1a ed. - Buenos Aires: Fundación CIPPEC, 2012.
17. - How do we know if a program made a difference? A guide to statistical methods for program impact evaluation. Lance, P., D. Guilkey, A. Hattori and G. Angeles. (2014). Chapel Hill, North Carolina: MEASURE Evaluation.
18. - Impact Evaluations and Development; Nonie Guidance on Impact Evaluation. Frans Leeuw y Jos Vaessen. Maastricht University and University of Antwerp.
19. - Handbook on Impact Evaluation; Quantitative Methods and Practices. Shahidur R. Khandker, Gayatri B. Koolwal, Hussain A. Samad.
- 20.-The Misuse of Statistics: Concepts, Tools, and a Research Agenda. John S. Gardenier, National Center for Health Statistics, Centers for Disease Control and Prevention, USA. David B. Resnik, Brody School of Medicine, East Carolina University, USA.
- 21.- Using Randomization in Development Economics Research: A Toolkit. Esther Duflo, Rachel Glennerster, and Michael Kremer. NBER Technical Working Paper No. 333 December 2006.
- 22.- The Experimental Approach to Development Economics. Abhijit V. Banerjee and Esther Duflo. Massachusetts Institute of Technology, Department of Economics and Abdul Latif Jameel Poverty Action Lab.
- 23.-Mixed Methods Sampling: A Typology With Examples. Charles Teddlie and Fen Yu. Journal of Mixed Methods Research 2007; 1; 77.
- 24.-Developing an Effective Evaluation Plan. Atlanta, Georgia: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; Division of Nutrition, Physical Activity, and Obesity, 2011, Part I: Developing Your Evaluation Plan. (pp. 1-17).
- 25.- Gertler et al. La evaluación de impacto en la práctica. The World Bank, 2011, Cap. 10, pp. 154-169.
- 26.-Dawn Roberts, Nidhi Khattri, and Arianne Wessal. Writing terms of reference for an evaluation: a how-to guide, The World Bank, Washington, 2011, pp. 2-22.
- 27.- OCDE. Manual de gestión de Evaluaciones conjuntas, 2006, Cap. 2, pp. 17-31.
- 28.- Fernando Sánchez Albavera. Planificación estratégica y gestión pública por objetivos, CEPAL, Chile, 2003, Capítulo V, pp. 43-60.
- 29.-CDC. Using evaluation to improve programs strategic planning, 2008, Cap. 3, pp. 23-24.



- 30.- Gertler et al. La evaluación de impacto en la práctica. TheWorld Bank, 2011, Cap. 10, pp. 143-153.
- 31.- RELAC-FOCEVAL. Propuesta de Estándares de Evaluación para América Latina, Mimeo, 2014, pp. 1-14.
- 32.-WHO. Evaluation practice handbook, Switzerland, 2013, pp. 1-4 y 39-47. Cap. 4, pp. 50-60. Cap. 4, pp. 65-69.
- 33.- Gertler et al. La evaluación de impacto en la práctica. The World Bank, 2011, Cap. 13, pp. 211-221
- 34.-Developing an Effective Evaluation Plan. Atlanta, Georgia: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; Division of Nutrition, Physical Activity, and Obesity, 2011, Caps. 5 y 6, pp. 30-42.
- 35- INEGI. México de un vistazo 2005-2006., México DF.: INEGI, 2006.
- 36- AGUILAR, Luis F. Gobernanza y Política Pública, Instituto de Investigación en Política Pública y Gobierno, Universidad de Guadalajara. México 2015. Cap. I.
- 37- CONEVAL. Hacia la construcción de un sistema de monitoreo y evaluación en las entidades federativas. Memorias del Seminario Internacional de Monitoreo para las entidades federativas 2013. México, DF.: CONEVAL, 2013.
- 38- World Bank. Mexico-Improving Productivity for the Urban Poor. World Bank, 2009.
- 39- Evaluación de la política social: Resumen integral del desempeño de ficha de monitoreo de la evaluación 2014-2015. México, DF.: CONEVAL, 2015
- 40- Maldonado, Alejandro Sahui. Desarrollo humano y discriminación: De las oportunidades a los derechos. En *Hacia una razón discriminatoria. Estudios analíticos y normativos sobre la igualdad de trato*. CONAPRED, 2014.
41. CONEVAL. Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social en México. CONEVAL, México 2015, Pp.71
42. MERINO H., Mauricio. Obstáculos para una política pública de igualdad de trato. CONAPRED, 2015.
43. COTÉS, Fernando. Gasto social y pobreza. Cuaderno de trabajo. Programa Universitario de Estudios de Desarrollo, 2014, UNAM.
44. LATAPÍ, L., Jaime. Hacia un entorno saludable en las comunidades mexicanas. Documento de Postura. CONACYT, 2014.
45. SALAZAR, Ligia de. Hacia la búsqueda de efectividad en promoción de la salud en América Latina. *Ciência&SaúdeColetiva*. 9(3):725-730, Brasil, 2004.

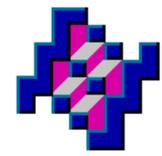


46. Facilitando el avance de la promoción de salud en las Américas. Lecciones de 15 estudios de caso. OPS.
47. GIRALDO Osorio, Alexandra. La Promoción de la Salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. *Hacia la Promoción de la Salud*, 2010, 15. Colombia.
48. Municipios, ciudades y comunidades saludables. Recomendaciones para la evaluación dirigido a los responsables de las políticas en las Américas. OPS-OMS. *Unidad de Entornos Saludables*. Washington, D.C.2001.
49. Documentos básicos. 48` edición, Organización Mundial de la Salud. 2014.
50. LAFRAMBOISE, H. L. Health Policy: breaking the problem down in more manageable segments. *Canadian Medical Association Journal*, 108, 388-393, 1973.
51. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Organización Mundial de la Salud. 1986.
52. II Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud; Políticas Públicas para la Salud; Declaración de la Conferencia. Organización Mundial de la Salud 1988.
53. Declaración Ministerial de México para la Promoción de la Salud, de las ideas a la acción. Organización Mundial de la Salud. 2000.
54. Carta de Bangkok para la Promoción de la Salud en un mundo globalizado. Organización Mundial de la Salud, 2005.
55. The 8th Global Conference on Health Promotion, Helsinki, Finland, 10-14 June 2013. The Helsinki Statement on Health in All Policies. World Health Organization, 2013.
56. Declaración Política de Río sobre Determinantes Sociales de la Salud. Conferencia Mundial
58. Programa de Acción Específico Comunidades y Entornos Saludables 2013-2018. Programa Sectorial de Salud. Secretaría de Salud, México, 2013.

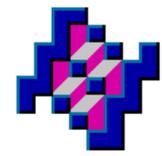


14. Glosario

- **Área Geoestadística Estatal:** La extensión territorial, que contiene todos los municipios que pertenecen a un Estado o delegaciones para el caso del Distrito Federal, definidos por "Límites Geoestadísticos" que se apegan, en la medida de lo posible, a los límites político-administrativos.
- **Área Geoestadística Municipal o Delegacional:** La extensión territorial integrada por cada uno de los municipios del país y las delegaciones del Distrito Federal, los cuales están definidos por "Límites Geoestadísticos", que se apegan en la medida de lo posible, a los político-administrativos de cada municipio o delegación.
- **Base Social:** El desarrollo organizacional en salud que busca reducir la brecha estado-sociedad, servicios-sociedad. Consta de tres vertientes que coexisten y son sinérgicas: 1. información y capacitación para el personal de salud de los establecimientos de salud, los comités locales de salud constituidos por personas de la comunidad y personal de los ayuntamientos, 2. organización del espacio de acuerdo y concertación, y 3. el seguimiento rector institucional que module la interacción. Cuenta con dos elementos fundamentales: la participación municipal a través de la Red Mexicana de Municipios por la Salud; y la Participación Social a través de comités locales de salud.
- **Calidad de Vida:** La percepción por parte de los individuos o grupos de que hay satisfacción de sus necesidades y no se les niega oportunidad para alcanzar un estado de bienestar.
- **Colaboración:** Tiene el propósito de elevar la capacidad de los asociados para el beneficio mutuo. Se construyen sistemas independientes para abordar retos y oportunidades. Se comparten recursos, se igualan compromisos y resultados.
- **Componentes de Promoción de la Salud:** El servicio integrado de Promoción de la Salud a la población está conformado por los siguientes componentes:
 - Manejo de riesgos personales, que considera la identificación de los determinantes que influyen en el proceso salud enfermedad, que permita la adopción de medidas de promoción y prevención de la salud a lo largo de la vida;
 - Desarrollo de competencias en salud, la generación de conocimientos, valores, actitudes y aptitudes que permitan a las personas proteger y mejorar su salud;



- Participación social para la acción comunitaria, para la conformación de redes sociales que posibiliten la Promoción de la Salud a partir de la Base Social;
- Evidencias para la salud, que consiste en recopilar información y datos para evaluar la efectividad de las intervenciones de Promoción de la Salud;
- Desarrollo de Entornos Favorables a la salud, acciones que conducen a lograr una conducta de protección de las personas entre sí y del ambiente, así como generar condiciones de trabajo y de vida gratificante, agradable, segura y estimulante. Esto comprende los diferentes espacios de la vida cotidiana, como hogares, escuelas, áreas de trabajo y los espacios de deporte y recreación, entre otros;
- Abogacía intra e intersectorial, como mecanismo que busca influir en el sector salud y en otros sectores para sumar esfuerzos a favor de la salud. Se lleva a cabo en todos los órdenes de gobierno: local, estatal y federal, así como con la comunidad, las empresas y las organizaciones de la sociedad civil, y
- Mercadotecnia social en salud, la cual es recurso útil para motivar actitudes y conductas de personas y grupos bien identificados, utilizando mensajes y medios diseñados según el tipo de persona o grupo destinatario.
- **Comunicación Educativa:** El proceso basado en el desarrollo de esquemas de comunicación que se sustentan en técnicas de mercadotecnia social, que permite la producción y difusión de mensajes gráficos y audiovisuales de alto impacto, con el fin de reforzar los conocimientos en salud y promover conductas saludables en la población. Su acción parte de la interacción de los siguientes principios:
 1. El descubrimiento del receptor, como sujeto activo del proceso de comunicación y educación y transformador de la cultura.
 2. El interés por las formas dinámicas de la cotidianidad que caracterizan a los grupos, subculturas, atendiendo al género, roles, y redes de pertenencia.
 3. El interés por el reconocimiento de nuevas formas de comportamiento y movimientos sociales, como producto de los procesos de modernización, urbanización y globalización que caracterizan la sociedad contemporánea, y al desarrollo de los medios y procesos de comunicación tecnológicos.
- **CNCS: Comité Nacional de Comunidades Saludables:** Cuerpo colegiado bajo la responsabilidad de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud encargado

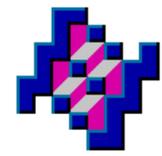


de coordinar la ejecución del Programa Comunidades Saludables y los Servicios Estatales de Salud, integrado por los responsables institucionales de los programas de acción específicos de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud y las instancias técnico normativas que se juzguen convenientes.

- **CECS: Comité Estatal de Comunidades Saludables:** Cuerpo colegiado bajo la responsabilidad de los Servicios Estatales de Salud encargado de la coordinación interinstitucional; la asesoría, seguimiento y control de la ejecución del Programa Comunidades Saludables con los municipios.
- **Comité Municipal de Salud:** Estructura organizativa requerida para la participación municipal en el Programa Comunidades Saludables, la cual está integrada por los representantes de las instituciones de salud, ya sean públicas o privadas que se encargan de la atención de la salud en el municipio, liderados por los presidentes municipales y vinculados operativamente con los regidores de salud y los servicios de salud pública municipal.
- **Comité Local de Salud:** Constituye la forma primaria de integración social para la salud, a partir de la cual los miembros de una población, en coordinación con el personal de salud, se organizan con el fin de mejorar las condiciones sanitarias y ambientales de la comunidad y recibir educación para la salud.
- **Comité de Contraloría Social:** El grupo de personas integrado por representantes de la comunidad y de los sectores sociales y privados que darán seguimiento y avalarán las acciones de los proyectos municipales de Promoción de la Salud.
- **Comunidad Saludable:** El resultado del proceso de organización de las familias, los grupos sociales y comunitarios, los servicios de salud, los servicios educativos y las autoridades municipales a favor de acciones que beneficien directamente su salud y Calidad de Vida.
- **Contraloría Social:** Es la participación de la población beneficiada, para supervisar y vigilar que los proyectos que se realizan en los municipios, se ejecuten de manera oportuna, con claridad y se cumplan las metas planteadas para alcanzar los logros que beneficien a las comunidades.
- **Cooperación:** Son actividades conjuntas que comparten recursos. Requieren de mucho tiempo y alta confianza entre las partes.



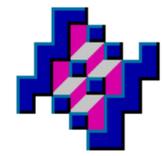
- **Coordinación:** Son actividades para concertar medios, esfuerzos, etc., para una acción común y dirigidas por diferentes actores para el beneficio mutuo.
 - **Creación de Ambientes Favorables:** El conjunto de acciones que conducen a lograr una conducta de protección de las personas entre sí y del ambiente, así como generar condiciones de trabajo y de vida gratificante, agradable, segura y estimulante.
 - **Cruzada contra el Hambre:** Estrategia de inclusión y bienestar social, que se implementará a partir de un proceso participativo de amplio alcance cuyo propósito es conjuntar esfuerzos y recursos de la Federación, las entidades federativas y los municipios, así como de los sectores público, social y privado y de organismos e instituciones internacionales, para el cumplimiento de los siguientes objetivos:
 - I. Cero hambre a partir de una alimentación y nutrición adecuada de las personas en pobreza multidimensional extrema y carencia de acceso a la alimentación;
 - II. Eliminar la desnutrición infantil aguda y mejorar los indicadores de peso y talla de la niñez;
 - III. Aumentar la producción de alimentos y el ingreso de los campesinos y pequeños productores agrícolas;
 - IV. Minimizar las pérdidas post-cosecha y de alimentos durante su almacenamiento, transporte, distribución y comercialización, y
 - V. Promover la participación comunitaria para la erradicación del hambre.
- La Cruzada contra el Hambre está orientada a la población objetivo constituida por las personas que viven en condiciones de pobreza multidimensional extrema y que presentan carencia de acceso a la alimentación.
- **Determinantes de la Salud:** El conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que influyen de forma categórica sobre el estado de salud de individuos y poblaciones. Dichos factores son múltiples y siempre están interrelacionados.
 - **Desarrollo de las Habilidades Personales:** El proceso de enseñanza-aprendizaje participativo para desarrollar habilidades y aptitudes necesarias para la vida; y lograr que la población ejerza un mayor control sobre su salud y el ambiente a lo largo de las diferentes etapas de la vida.
 - **DGPS:** Dirección General de Promoción de la Salud.



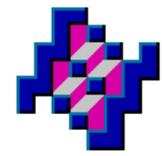
- **Diagnóstico Participativo en Materia de Salud:** El método para determinar, desde el punto de vista de los miembros de una comunidad cuál es la problemática de la comunidad, qué actividades son necesarias y pueden apoyarse en la solución a los problemas a través de la identificación de sus propios intereses y necesidades. Los miembros de la comunidad pasan por un proceso en el cual identifican las condiciones que son necesarias para la realización exitosa de las actividades y acopian información para determinar si la comunidad reúne estas condiciones o si puede crearlas. El marco referencial del diagnóstico examina cada actividad en relación con las condiciones necesarias y elimina aquellas actividades para las que no se dan estas condiciones.

El diagnóstico parte de la evidencia de la magnitud de los problemas y necesidades de la comunidad; hace referencia a las causas y las consecuencias que producen los problemas; identifica los recursos disponibles y propicia la comprensión del contexto social, político, económico y cultural.

- **Domicilio Geográfico:** El espacio al interior de una localidad o referido a una vía de comunicación que ocupa un inmueble (edificación o terreno) donde pueden establecerse una o más personas o unidades económicas, a fin de dar cumplimiento a sus obligaciones o derechos.
- **Entorno Saludable:** Comprende los espacios físicos, psicológicos, sociales, culturales y económicos en los que la persona desarrolla su vida diaria, donde se establecen condiciones no sólo para proteger la salud sino para potenciarla al máximo e incrementar el nivel de Calidad de Vida.
- **Estilos de Vida:** La manera general de vivir, basada en la interacción entre las condiciones de vida en su sentido más amplio y las pautas individuales de conducta determinadas por factores socioculturales y características personales.
- **Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes:** Tiene como objetivo mejorar los niveles de bienestar de la población y contribuir a la sustentabilidad del desarrollo nacional al desacelerar el incremento en la prevalencia de sobrepeso y obesidad en los mexicanos, a fin de revertir la epidemia de las enfermedades no transmisibles, particularmente la diabetes mellitus tipo 2, a través de intervenciones de salud pública, un modelo integral de atención médica y políticas públicas intersectoriales.



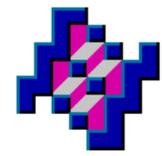
- **Evaluación:** El Proceso mediante el cual se determina el valor de algo al juzgarlo contra estándares explícitos y predeterminados.
- **Evidencia:** La interpretación de datos obtenidos mediante recolección sistemática o investigación formal. Dicha interpretación se efectúa aplicando una combinación de disciplinas y/o metodologías científicas.
- **Financiamiento:** Los recursos presupuestarios destinados para el desarrollo de proyectos municipales. Generalmente se habla de financiamiento cuando se trata de sumas que complementan los recursos propios.
- **Fortalecimiento de la acción comunitaria:** Las acciones destinadas a impulsar la participación efectiva de la comunidad en la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la elaboración y ejecución de acciones para alcanzar un mejor nivel de salud; desarrollar mecanismos flexibles que refuercen la participación pública en el control de las cuestiones en salud.
- **Indicador:** El instrumento que mide el logro de las metas y objetivos. Es una señal que se puede observar y medir fácilmente.
- **Índice de Desarrollo Humano:** La medición por país, elaborada por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Se basa en un indicador social estadístico compuesto por tres parámetros:
 - Vida Larga y Saludable (medida según la esperanza de vida al nacer);
 - Educación (medida por la tasa de alfabetización de adultos y la tasa bruta combinada de matriculación en educación primaria, secundaria y superior, así como los años de duración de la educación obligatoria), y
 - Nivel de Vida Digno (medido por el Producto Interno Bruto (PIB) per cápita Paridad del Poder Adquisitivo (PPA) en dólares).
- **Índice de Marginación:** Es una medida que permite diferenciar unidades territoriales según las carencias padecidas por la población, como resultado de falta de acceso a la educación, residencia en viviendas inadecuadas, ingresos monetarios insuficientes y residencia en comunidades pequeñas.
- **Mercadotecnia en Salud:** La creación, implementación y control de estrategias, acciones y programas para motivar a individuos, grupos y sociedad a aceptar un nuevo comportamiento o actitud para el beneficio de su salud.



- **Metas:** La expresión cuantitativa y cualitativa de los logros que se pretenden obtener en la ejecución de una acción en el proyecto. Su medición debe hacerse en términos de tiempo, cantidad y si es posible calidad.
- **Municipio Promotor de la Salud:** Se considera municipio promotor de la salud aquél que busca modificar favorablemente los Determinantes de Salud de la población, mediante un Programa Municipal de Promoción de la Salud, elaborado de manera participativa por el Comité Municipal de Salud, en el que se pone en ejecución, al menos, un proyecto derivado del diagnóstico participativo en materia de salud, encabezado por el gobierno local y con la participación de la ciudadanía y los sectores vinculados al desarrollo social.
- **Participación Social:** El Proceso que permite involucrar a la población, a las autoridades locales, a las instituciones públicas y a los sectores social y privado en la planeación, programación, ejecución y evaluación de los programas y acciones de salud, con el propósito de lograr un mayor impacto en la Promoción de la Salud y fortalecer el Sistema Nacional de Salud.
- **Políticas Públicas Saludables:** Consiste en lograr que el tema de la salud aparezca como prioritario en la agenda de los tomadores de decisiones en todos los niveles y en todos los sectores; se basa en sensibilizar a las autoridades y dirigentes de los diferentes sectores sobre las consecuencias de sus decisiones sobre la salud.
- **Programa Nacional para la Prevención Social de la Violencia y la Delincuencia:** Programa que tiene por objeto atender los factores de riesgo y de protección vinculados a la violencia y la delincuencia. Su implementación es coordinada por la Secretaría de Gobernación e implica el trabajo conjunto de los tres órdenes de gobierno, los diferentes sectores de la sociedad civil, así como la participación de la iniciativa privada y los organismos internacionales. La prevención social es un proceso que demanda acciones de corto, mediano y largo plazos orientadas a lograr, de manera progresiva, cambios socioculturales que permitan la configuración de relaciones libres de violencia y delincuencia.

La planeación, ejecución y evaluación de estrategias, acciones y proyectos deberán alinearse a las siguientes perspectivas y enfoques:

- Enfoque de seguridad ciudadana -que ubica los derechos y libertades en el centro de la política pública de prevención social de la violencia y la delincuencia-;



- Enfoque de cohesión comunitaria -como proceso integral mediante la cual las personas y las comunidades alcanzan su máximo potencial-;
- Perspectiva de género -que busca identificar y revertir las relaciones de poder que generan desigualdad o inequidad entre hombres y mujeres-, y
- Perspectiva de derechos humanos -que busca el respeto, promoción, protección y garantía de los derechos humanos conforme a los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad-.
- **Promoción de la Salud:** El Proceso que permite fortalecer los conocimientos, aptitudes y actitudes de las personas para participar corresponsablemente en el cuidado de su salud y para optar por Estilos de Vida saludable, facilitando el logro y conservación de un adecuado estado de salud individual y colectiva, mediante actividades de Participación Social, Comunicación Educativa y educación para la salud.
- **Reorientación de los Servicios de Salud:** El Proceso que orienta al sector público del Sistema Nacional de Salud a ir más allá de proporcionar servicios curativos y se comprometa con la Promoción de la Salud; que los servicios médicos sean sensibles a las necesidades culturales de los individuos y las respeten, y que la responsabilidad de la salud la compartan con las personas y los grupos comunitarios.
- **SESA's:** Servicios Estatales de Salud.
- **Supervisión:** Asesorar y verificar que las acciones detalladas en el proyecto se realicen en el lugar, el tiempo, la magnitud y de modo previsto.
- **Taller Intersectorial:** El instrumento del Programa Comunidades Saludables que forma parte de la planeación de las acciones en las que se establecen las prioridades en salud de la población. En estos talleres es imprescindible la participación de los representantes de las instituciones que conforman al Comité Municipal de Salud, para la atención e identificación de alternativas de solución de los problemas de salud.