



Evaluación Específica de Desempeño con Enfoque Social del Programa PROSPERA Programa de Inclusión Social de los Servicios de Salud de Chihuahua. Componente de Salud

Segundo entregable: Informe final de la evaluación de desempeño

*Elaborado por Investigación en Salud y Demografía, S. C.
para los Servicios de Salud de Chihuahua*

Ciudad de México, 8 de diciembre de 2017

Málaga # 88, Col. Insurgentes Mixcoac, 03920 Ciudad de México
Tel. y fax +52(55) 5615-8252 Correo electrónico insad@insad.com.mx



Resumen Ejecutivo

En México, las disposiciones normativas establecidas en el marco regulatorio del Sistema de Evaluación del Desempeño (SED) indican que los programas de la administración pública en los ámbitos federal y estatales que utilicen recursos públicos, deben medir y evaluar su gestión, y demostrar en el marco legal, programático, administrativo y organizacional, que se aplica una gestión para resultados (GpR).

Se presenta la Evaluación Específica de Desempeño con Enfoque Social (EEDES) del Componente de Salud del Programa PROSPERA Programa de Inclusión Social de los Servicios de Salud de Chihuahua (SSCH) con la finalidad de proveer información que retroalimente su desempeño, gestión y resultados. El Pp 5232916/E10201 Programa PROSPERA, nace con el nombre de SOLIDARIDAD y empezó operaciones en el Estado de Chihuahua en mayo de 1999; hacia 2002 evoluciona a PROGRESA Programa de Educación, Salud y Alimentación; entre 2007 y 2014 se cambia el nombre a Programa de Desarrollo Humano Oportunidades; de 2014 a la fecha, tiene el nombre PROSPERA Programa de inclusión social. Es coordinado por la Dirección Médica de los Servicios de Salud de Chihuahua; sus actividades consideran servicios de apoyo nutricional y atención preventiva, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

La EEDES se realizó con base en los criterios y metodología proporcionado por la Unidad Técnica de Evaluación (UTE), representada por el Departamento de Planeación Estratégica y Evaluación, adscrito a la Coordinación de Presupuesto Basado en Resultados y Sistema de Evaluación del Desempeño de la Secretaría de Hacienda del Estado de Chihuahua. Con base en los Términos de Referencia para la Evaluación Específica del Desempeño con Enfoque Social, se realizó el análisis documental para integrar seis apartados: I. Datos generales; II. Resultados y productos; III. Cobertura; IV. Seguimiento a aspectos susceptibles de mejora; V. Presupuesto; VI. Enfoque social; Siete secciones complementarias; y cuatro anexos

El Programa contribuye a apoyar a las familias en condiciones de pobreza para que amplíen sus capacidades en salud y nutrición; define el problema por atender como: “*Existe Población en Pobreza extrema sin atención médica*”, muestra un desempeño que se apega a las características evaluadas, con oportunidades de mejora factibles de atender en el corto plazo. Contribuye al logro de objetivos nacionales y sectoriales referidos en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 (PND); Programa Estatal de Desarrollo 2010-2016 (PED); en el Programa Sectorial de Salud 2013-2018 (PROSESA); y en el Programa Sectorial de Salud Estatal 2010-2016 (PSSE). En la medida en la que se implementen estrategias para avanzar en

las acciones efectivas de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, será posible contribuir a cumplir diferentes objetivos de los documentos programáticos mencionados.

La Matriz de Indicadores para Resultados del Programa (MIR), en términos generales, está bien estructurada; cuenta con un resumen narrativo construido de acuerdo con los criterios establecidos en la Metodología de Marco Lógico (MML), en cuatro niveles de objetivos: Fin, Propósito, Componente y Actividad. Los Componentes y Actividades son complementadas para el año 2017. Éstos presentan áreas de oportunidad, para incluir el total de acciones del Programa.

La lógica vertical y horizontal no se cumplen; se requiere revisar y complementar algunas Actividades y Componentes; el Programa cuenta con 4 indicadores, uno por nivel de objetivo en la MIR. Los indicadores de Fin, Propósito y Componente presentan inconsistencias en su construcción; los indicadores no contribuyen a impulsar el desempeño del programa. Después de las modificaciones de 2017, la lógica horizontal se cumple parcialmente; con la inclusión de siete indicadores para los cuatro niveles de objetivos de la MIR; su cumplimiento está en función de la suficiencia de insumos y del personal de salud de las unidades médicas que están en contacto con el paciente.

Las fichas técnicas de los indicadores presentan oportunidades de mejora; no registraron las metas sexenales. Los indicadores presentan inconsistencias en sus líneas de base, debido a que éstas se actualizan anualmente; se deben incluir los indicadores integrados para 2017; se requiere incluir la información faltante. Estas correcciones permitirán que la MIR cumpla con las lógicas vertical y horizontal que contribuya a una medición adecuada del desempeño y control del Programa.

El Programa PROSPERA, al tener como definición el: *“Conjunto de acciones que brindan servicios de atención en salud de primer nivel a la población abierta y a la población de responsabilidad del programa PROSPERA, con el fin de cubrir de forma satisfactoria sus necesidades en salud,”* se presenta complementariedad con cuatro programas estatales: 1112100.- Salud de la mujer; 1112400.- Salud de personas adultas (mayores); 1122200.- Fomento a la salud en la población (Promoción de la salud); y 2332900.- Estrategias Institucionales para apoyo a la salud (apoyo al primer nivel de atención a la salud).

El Programa refiere cinco tipos de poblaciones (de referencia, no afectada por el problema, población potencial, población postergada, y población objetivo); su cuantificación presenta diferencias en los documentos normativos y programáticos debido a la falta de una definición precisa; se consideran tres tipos

de beneficiarios: hogares (ROP), familias (padrón de beneficiarios) y Personas (reportes de seguimiento). Sin embargo, para 2017, se establece la definición del tipo de población en familias.

El presupuesto del programa proviene de la Secretaría de Salud federal a través de convenios de colaboración en materia de transferencia de recursos para la ejecución de acciones de PROSPERA; este elemento es importante en función de proporcionar transparencia en la recepción calendarizada de los recursos. En 2016 el presupuesto modificado ascendió a 64,205,877 pesos, con una eficacia en el ejercicio del gasto de 78 por ciento, lo que representa una oportunidad de mejora.

En la revisión de la MIR del Programa, se observó que no se registraron cambios de 2014 a 2016; se integra por cuatro indicadores, uno por nivel de objetivos; la frecuencia de medición es anual y la dimensión que se mide de dichos objetivos es la eficacia con la que se logran; tres de los indicadores son de tipo estratégico (Fin, Propósito y Componente) y uno de gestión (Actividad). Sin embargo, para 2017, se integran dos indicadores nuevos para Fin; se sustituye el de propósito; se integran un componente con su indicador y se cambia el existente; se incluye una actividad y se conserva el indicador.

En conclusión, la valoración final del Programa PROSPERA tiene muchas áreas de oportunidad, con oportunidades de mejora factibles de atender en el corto y mediano plazos, para el fortalecimiento programático que contribuya al logro de los resultados finales esperados: Contribuir a consolidar las acciones efectivas de preventiva, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

Como principales recomendaciones destacan: la revisión del problema por atender; la revisión de la definición y cuantificación de sus poblaciones; el ejercicio del gasto y las modificaciones presupuestales; y la atención a los Aspectos Susceptibles de Mejora como la elaboración de un programa de trabajo que permita dar continuidad a las acciones susceptibles de mejora implementadas en los siguientes ejercicios presupuestarios para fortalecer la planeación, ejecución y evaluación del programa; capacitar al equipo del ente ejecutor del programa que participa en el uso y seguimiento de la aplicación de la Metodología del Marco Lógico para la implementación del Modelo de Gestión Basado en Resultados.

Índice de contenido

	Pág.
▪ Introducción al Informe Final	1
Objetivo General	2
Objetivos Específicos	2
ESQUEMA METODOLÓGICO DE LA EVALUACIÓN	3
I. Datos Generales	3
Síntesis del Programa presupuestario	3
Coincidencias y complementariedades	6
II. Resultados y Productos	8
Descripción del Programa presupuestario	8
Vinculación con indicadores de Planes de Desarrollo y con Programas de Mediano Plazo	9
Indicadores para resultados (estratégicos y de gestión)	11
Análisis de los indicadores para Resultados (estratégicos y de gestión)	13
III. Cobertura	23
Identificación de la población potencial	23
Identificación de la población objetivo	24
Identificación de la población atendida	24
Evolución de la cobertura	26
Análisis de la cobertura	29
IV. Seguimiento a los aspectos susceptibles de mejora	33
Evaluaciones realizadas anteriormente	33
V. Presupuesto	37
VI. Enfoque Social	41
▪ Hallazgos	58
▪ Análisis FODA	61

▪ Aspectos susceptibles de mejora.....	69
▪ Avances del programa en el ejercicio fiscal actual	71
▪ Fuentes de Información.....	73
▪ Calidad y suficiencia de la información disponible para la evaluación	79
Anexos	83
Anexo I. Complementariedad y coincidencias entre programas presupuestarios.	83
Anexo II. Criterios Generales para la Valoración y Selección de los Indicadores de la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR)	86
Anexo III Seguimiento a los Aspectos Susceptibles de Mejora	88
Anexo IV. Formato para la Difusión de los Resultados de las Evaluaciones	100

- Introducción al Informe Final

Las disposiciones establecidas en el marco normativo del Sistema de Evaluación del Desempeño (SED) indican que los programas que reciben fondos públicos a nivel federal y estatal, deben medir y evaluar su gestión y, demostrar en el marco legal, institucional, programático, administrativo y organizativo una gestión para resultados (GpR).¹

En este sentido, “el Gobierno del Estado de Chihuahua, a través de la Unidad Técnica de Evaluación(UTE), representada por el Departamento de Planeación Estratégica y Evaluación adscrito a la Coordinación de Presupuesto Basado en Resultados y Sistema de Evaluación del Desempeño de la Secretaría de Hacienda del Estado, con base en los artículos 34 y 35 de los Lineamientos Generales para la Evaluación de Políticas Públicas, Programas Estatales y de Gasto Federalizado de la Administración Pública Estatal, elaboró los Términos de Referencia para la Evaluación Específica del Desempeño para los Programas presupuestarios que sean evaluados bajo este tipo de evaluación, y señalados en el Programa Anual de Evaluación 2017 para el ejercicio fiscal 2016 (PAE 2017)” (CHIH).

La firma de consultoría Investigación en Salud y Demografía, S. C. (INSAD), fue seleccionada para hacer esta evaluación de conformidad con los Términos de Referencia (TDR) para la Evaluación Específica del Desempeño con Enfoque Social elaborados por la Unidad Técnica de Evaluación. Este documento constituye la segunda entrega: **Informe final de la Evaluación específica de desempeño con enfoque social del programa PROSPERA Programa de inclusión social de la Secretaría de Salud del Estado Chihuahua. Componente de Salud.** Para su elaboración se analizó la información documental que proporcionó la Jefatura del Departamento de Evaluación de los Servicios de Salud del Estado de Chihuahua, conforme a los criterios establecidos en los TDR.

Esta segunda entrega incluye los resultados finales obtenidos de la evaluación de desempeño en los apartados analizados: I. Datos Generales; II Resultados y Productos, III Cobertura, IV Seguimiento a los aspectos susceptibles de mejora, V. Presupuesto y VI. Enfoque Social con los temas Hallazgos, Análisis FODA. Conclusiones, Aspectos susceptibles de mejora (del Informe 2016) y Avances del programa en el ejercicio actual. Incluye 4 anexos.

¹ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (Art. 134); Ley Orgánica de la Administración Pública Federal (Art. 9, 31 y 37); Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria (1, 2, 3, 27, 45, 78, 85, 110 y 111) y su Reglamento (304-A); Ley de Coordinación Fiscal (Art. 49); Ley General de Desarrollo Social (Art. 72-80); Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2015 (Art. 1, 28); Reglamento Interior de la SHCP (Art. 63); Reglamento Interior de la SFP (Art. 24); Decreto por el que se regula el CONEVAL (Art. 11); Lineamientos Generales para la Evaluación de los Programas Federales de la Administración Pública Federal (numerales 16º, 17º, 30º).

OBJETIVOS DE LA EVALUACIÓN

Objetivo General

Contar con una valoración del desempeño y conocer el avance en el cumplimiento de objetivos y metas programadas, mediante el análisis de indicadores del desempeño del Componente de Salud del Programa, que permita retroalimentar la operación y la gestión, de manera que se cuente con información que contribuya a mejorar la toma de decisiones y el uso eficiente y eficaz de los recursos.

Objetivos Específicos

- i. Reportar los resultados de la gestión mediante el análisis de los indicadores del desempeño.
- ii. Analizar el avance de las metas de los indicadores de la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) 2016, respecto de años anteriores y su relación con el avance en las metas establecidas.
- iii. Analizar la evolución de la cobertura y el presupuesto.
- iv. Analizar los hallazgos relevantes derivados de evaluaciones anteriores.
- v. Identificar las principales fortalezas y debilidades para emitir las recomendaciones pertinentes.
- vi. Identificar los principales Aspectos Susceptibles de Mejora (ASM).

ESQUEMA METODOLÓGICO DE LA EVALUACIÓN

I. Datos Generales

Síntesis del Programa presupuestario

El Programa PROSPERA es coordinado a nivel nacional por la Secretaría de Desarrollo Social federal y tiene aplicación a nivel estatal y municipal; las dependencias participantes son las secretarías de Desarrollo Social (SEDESOL), de Educación (SEP) y de Salud (SS) a nivel federal y estatal; el Programa busca apoyar a las familias en condiciones de pobreza para que amplíen sus capacidades en: alimentación, a través de apoyos monetarios; en salud, obteniendo acceso a apoyo en nutrición y al paquete básico garantizado de salud y sus 27 intervenciones; y en educación, se busca fomentar la inscripción, asistencia y conclusión a través de otorgar becas para educación básica (primaria y secundaria) y educación media superior. Esta evaluación se centra en el componente de salud del Programa que es coordinado por los Servicios de Salud de Chihuahua, su clasificación presupuestal es: 5232916/E10201 Programa PROSPERA 2016.² Utiliza fondos públicos proporcionados por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), que se transfieren de manera calendarizada; se utilizan para la entrega de apoyos en especie a través de los servicios de salud contenidos en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), así como apoyos nutricionales.

Se informó que el programa presupuestario (Pp) PROSPERA inició con el nombre de SOLIDARIDAD y empezó operaciones en el Estado de Chihuahua en mayo de 1999; hacia 2002 evoluciona a PROGRESA Programa de Educación, Salud y Alimentación; entre 2007 y 2014 se cambia el nombre a Programa de Desarrollo Humano Oportunidades; de 2014 a la fecha, tiene el nombre PROSPERA Programa de inclusión social (GUERRA, NOTA INFORMATIVA TEMA 1).

PROSPERA tiene como objetivo general: “Contribuir a fortalecer el cumplimiento efectivo de los derechos sociales que potencien las capacidades de las personas en situación de pobreza, a través de acciones que amplíen sus capacidades en alimentación, salud y educación, y mejoren su acceso a otras dimensiones del bienestar” (SEDESOL-ROP 5). En lo que respecta a objetivos específicos busca: “Ampliar las capacidades asociadas a la alimentación, salud y educación, y el acceso a otras dimensiones del bienestar de las familias beneficiarias del Programa” (SEDESOL-ROP 5).

² El Programa a nivel estatal tiene la clave E10201 Programa PROSPERA 2016 y para identificarlo presupuestalmente la acepción: 5232916.

Para el componente de salud se debe “Asegurar el acceso al Paquete Básico Garantizado de Salud y la ampliación progresiva a las 27 intervenciones de Salud Pública del CAUSES a las familias beneficiarias, con el propósito de impulsar el uso de los servicios de salud preventivos y el autocuidado de la salud y nutrición de todos sus integrantes, con énfasis en la población más vulnerable como son los niños y niñas, mujeres embarazadas y en periodo de lactancia” (SEDESOL-ROP 5 y 6). Los elementos de salud mencionados tienen una visión preventiva con promoción oportuna de contenidos de salud y detención temprana de enfermedades; de aspectos curativos y de control de padecimientos; además de acciones para mejorar la nutrición de la población.

En el estado de Chihuahua los servicios de salud definen el componente de salud como: el “Conjunto de acciones que brindan servicios de atención en salud de primer nivel a la población abierta y a la población de responsabilidad del programa oportunidades, con el fin de cubrir de forma satisfactoria sus necesidades en salud. Se consideran servicios tales como atención preventiva, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación”.

La MIR del componente de salud del Programa PROSPERA se encuentra alineado de forma adecuada con ordenamientos programáticos superiores, tanto del nivel federal como del ámbito estatal; se refiere a los planes de desarrollo y los programas sectoriales de salud (cuadro 1.1).³

Cuadro 1.1

Alineación del 5232916/E10201 Programa Prospera con los instrumentos programáticos estatales y nacionales

Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 (PND)	Programa Sectorial de Salud federal 2013-2018 (PSS)	Plan Estatal de Desarrollo 2010-2016 (PED)	Programa Sectorial de Salud 2010-2016 (PSSE)	E10201 PROGRAMA PROSPERA MIR 2016 (MIR)
VI.2. México incluyente		Eje E1 DESARROLLO HUMANO Y CALIDAD DE VIDA Tema 02 SALUD Subtema 01 SALUD		RESUMEN NARRATIVO
Objetivo 2.3 Asegurar el acceso a los servicios de salud. Estrategia 2.3.2 Hacer de las acciones de protección,	Objetivo 1 Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades. Estrategia 1.1. Promover actitudes y conductas saludables y	Objetivo 001 Brindar atención médica de calidad a los diferentes grupos de edades de la población mediante una serie de programas de salud eficientes y efectivos.	Objetivo 01 Brindar atención médica de calidad a los diferentes grupos de edad de la población mediante una serie de programas de salud eficientes y efectivos.	FIN Contribuir en la disminución de la mortalidad mediante la prevención y atención médica oportuna

³ Los Servicios de Salud en el componente de salud del Programa PROSPERA, consideran las alineaciones registradas en el Sistema Hacendario PbR SED. Sin embargo, INSAD identifica otros que se mencionan en el cuadro 1.1

Cuadro 1.1

Alineación del 5232916/E10201 Programa Prospera con los instrumentos programáticos estatales y nacionales

Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 (PND)	Programa Sectorial de Salud federal 2013-2018 (PSS)	Plan Estatal de Desarrollo 2010-2016 (PED)	Programa Sectorial de Salud 2010-2016 (PSSE)	E10201 PROGRAMA PROSPERA MIR 2016 (MIR)
<p>promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud.</p> <p>Estrategia 2.3.3 Mejorar la atención de la salud a la población en situación de vulnerabilidad.</p>	<p>corresponsables en el ámbito personal, familiar y comunitario.</p> <p>Estrategia 1.6. Fortalecer acciones de prevención y control para adoptar conductas saludables en la población adolescente</p> <p>Estrategia 1.7. Promover el envejecimiento activo, saludable, con dignidad y la mejora de la calidad de vida de las personas adultas mayores</p> <p>Estrategias Transversales Perspectiva de Género</p>	<p>Estrategia 1. Implementar programas de salud de atención a la población infantil y juvenil que tengan un impacto relevante en el mejoramiento de los indicadores de salud de este grupo poblacional.</p> <p>Estrategia 2. Diseñar programas de salud que permitan mejorar la salud materna y de las mujeres en las diferentes etapas de su vida.</p> <p>Estrategia 3. Diseñar programas de atención médica para las personas adultas mayores.</p>	<p>Estrategia 1. Implementar programas de salud de atención a la población infantil y juvenil que tengan un impacto relevante en el mejoramiento de los indicadores de salud de este grupo poblacional.</p> <p>Estrategia 2. Diseñar programas de salud que permitan mejorar la salud materna y de las mujeres en las diferentes etapas de su vida.</p> <p>Estrategia 3. Diseñar programas de atención médica para las personas adultas mayores.</p>	<p>PROPÓSITO La población responsable de los SSCH mejora su condición de salud</p> <p>COMPONENTE Acciones Integradas en el Paquete Básico Garantizado de Salud otorgada</p> <p>ACTIVIDAD Consultas de primer nivel a los integrantes de la familias beneficiarias del programa oportuna</p>
<p>Objetivo 2.2 Transitar hacia una sociedad equitativa e incluyente.</p> <p>Estrategia 2.2.1 Generar esquemas de desarrollo comunitario a través de procesos de participación comunitaria.</p>	<p>Objetivo 4. Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país.</p> <p>Estrategia 4.2. Asegurar un enfoque integral y la participación de todos los involucrados para reducir la mortalidad materna, especialmente en comunidades marginadas</p>	<p>Objetivo 009 Impulsar la participación comunitaria como elemento distintivo de la política de salud estatal.</p> <p>Estrategia 9. Fortalecer el empoderamiento social en materia de salud impulsando la participación comunitaria.</p>	<p>Objetivo 09 Impulsar la participación comunitaria como elemento distintivo de la política de salud estatal.</p> <p>Estrategia 1. Fortalecer el empoderamiento social en materia de salud impulsando la participación comunitaria</p>	

Fuentes: República, Presidencia de la. «Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018.» 2013. *Secretaría de Salud*. Digital: <http://itcampeche.edu.mx/wp-content/uploads/2016/06/Plan-Nacional-de-Desarrollo-PND-2013-2018-PDF.pdf>. 08 de octubre de 2017.

Salud, Secretaría de. «Secretaría de Salud.» 2013. *Programa Sectorial de Salud 2013-2018*. Digital: http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dged/descargas/index/ps_2013_2018.pdf. 08 de octubre de 2017.

PED, GECH. Plan Estatal de Desarrollo. Chihuahua: Gobierno del Estado, 2011.

PSSE, SSE. Programa sectorial de Salud (estatal). Chihuahua: SSE, 2011.

PROSPERA, MIR. Matriz de Indicadores para Resultado del Programa PROSPERA. MIR. Chihuahua: SSA Estatal, 2016.

En la información mostrada se observa que existe congruencia en la construcción del Programa en diferentes niveles, que expone una vinculación lógica deductiva de la visión programática nacional a la estatal y que se ve reflejada en la Matriz de Indicadores para Resultados del Programa 2016.

Coincidencias y complementariedades⁴

Con base en la información proporcionada por la entidad evaluada y una búsqueda intencionada en Internet, se identificó que existe complementariedad a nivel conceptual, entre el Programa y las acciones y programas de la salud asociados a los temas de género y salud vigentes en el ejercicio fiscal 2016 y que son responsabilidad de los Servicios de Salud de Chihuahua; ambos programas contienen componentes similares; atienden a diferente población (Cuadro 1.2).

Cuadro 1.2

Complementariedades del Programa Prospera con las acciones y programas estatales asociados a los temas de género (Salud)

Definición del programa PROSPERA	Clasificación, nombre y definición de programas estatales (Informe)
Conjunto de acciones que brindan servicios de atención en salud de primer nivel a la población abierta y a la población de responsabilidad del programa Oportunidades, con el fin de cubrir de forma satisfactoria sus necesidades en salud. Se consideran servicios tales como atención preventiva, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.	1112100.- Salud de la mujer: Conjunto de acciones de atención, promoción y prevención en salud enfocadas en garantizar condiciones de vida óptimas a la población de mujeres en edad fértil.
	1112400.- Salud de personas adultas: Conjunto de acciones de atención, promoción y prevención en salud enfocadas en garantizar condiciones óptimas de vida a la población de personas adultas y personas adultas mayores.
	1122200.- Fomento a la salud en la población: Fomentar programas de participación comunitaria que provean de herramientas a la población en general para mejorar las condiciones de salud de las personas que habitan en la Entidad.
	2332900.- Estrategias Institucionales para apoyo a la salud: Disminuir los riesgos de morbilidad y mortalidad de la población en general, estableciendo programas médicos para la atención de problemas emergentes, con la participación comunitaria como elemento distintivo de la política de salud Estatal, así como garantizar la cobertura médica de primer nivel de atención en las áreas rurales y urbanas mediante unidades de atención móviles e impulsar un programa de sangre segura para la atención médica en el Estado de Chihuahua.

Fuente: Informe, SSCH. *Rendición de Cuentas del Estado (Informe de Salud)*. 30 de 06 de 2016. <http://www.ssch.gob.mx/rendicionCuentas/archivos/SERVICIOS%20DE%20SALUD%20RECURSOS%20DEST%20PERSPECTIVA%20DE%20GENERO%20do%20TRIM%202016.pdf>. 10 de 10 de 2017.

⁴ Los Términos de Referencia de la Evaluación indican los elementos de valoración para las coincidencias (Los objetivos Propósito) son similares y por lo tanto podrían existir coincidencias; y sus Componentes son similares o iguales y atienden a la misma población, por lo tanto, son coincidentes); y complementarios (Atienden a la misma población pero los apoyos son diferentes y por lo tanto, pueden ser complementarios; sus Componentes son similares o iguales y atienden a diferente población, por lo tanto, son complementarios).





En las definiciones de los programas se identifica que existe una relación semántica y de actividades entre el Programa PROSPERA y los programas o acciones mencionadas; el detalle se incluye en el Anexo I. Complementariedad y coincidencias entre programas federales o estatales.



II. Resultados y Productos

Descripción del Programa presupuestario

El componente de salud es definido como el “Conjunto de acciones que brindan servicios de atención en salud de primer nivel a la población abierta y a la población de responsabilidad del Programa PROSPERA, inclusión social, con el fin de cubrir de forma satisfactoria sus necesidades en salud. Se consideran servicios tales como atención preventiva, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación”; estas acciones se convierten en objetivos en la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) estatal del Programa; tienen el Fin de: “Contribuir en la disminución de la mortalidad mediante la prevención y atención médica oportuna”; para conseguirlo establece como Propósito: “La población de responsabilidad de los SSCH mejora su condición de salud”; toma como Componente: “Acciones Integradas en el paquete básico garantizado de salud otorgadas”; y lo hace mediante la Actividad de: “Consultas de primer nivel a los integrantes de las familias beneficiarias del Programa PROSPERA” (PROSPERA). Esto se traduce en otorgar a las familias beneficiadas el Paquete Básico Garantizado de Salud y la ampliación progresiva a las 27 intervenciones de Salud Pública del CAUSES; la promoción de la atención a los factores de malnutrición (desnutrición y obesidad) de mujeres embarazadas y en periodo de lactancia; infantes desde la etapa de gestación y la entrega de suplementos alimenticios a menores de edad, entre los 6 y 59 meses; la difusión a la comunidad y las familias del autocuidado, utilizando la promoción de la salud.

En el análisis de la MIR, se identificaron áreas de oportunidad en la construcción del Árbol del problema; en concordancia con la Metodología de Marco Lógico (MML); se observan deficiencias en la definición del Problema. No debe “ser expresado como la ausencia de un servicio o de un bien; es decir, no se debe confundir el problema con la falta de una solución” (CONEVAL 23); se recomienda modificar la definición del problema por una redacción similar a: *Familias en el estado de Chihuahua en condiciones de pobreza extrema presentan problemas de salud*; la modificación de la definición del problema se relaciona directamente con la construcción del Árbol del problema, y la formulación de objetivos; ambos aspectos son fundamentales en la elaboración de la MIR.

La valoración de la lógica vertical (no obstante, se modifique el problema), no se cumple en función de ser insuficientes los componentes y las actividades; se recomienda revisar el nivel de Componente, debido a que no se mencionan las 27 intervenciones del Programa; adicionalmente, no se identifica la diferencia entre las Acciones dirigidas a la comunidad, Acciones dirigidas a la persona (por los grupos de edad).

Asimismo, se debe revisar el indicador del nivel de Actividad, en función de las actividades del Programa como: consultas, promoción de la salud, vacunación, entre otros.

Se identificó que la lógica horizontal no se cumple, debido a que los indicadores definidos no permiten hacer un “buen seguimiento del programa y evaluar adecuadamente el logro de los objetivos” (CONEVAL 54-55); el indicador de Propósito es insuficiente para medir el logro del problema debido a que sólo considera la mortalidad infantil por desnutrición; se sugiere incluir al menos dos indicadores de morbilidad o mortalidad en función de los grupos de edad; para el indicador de Componente es importante considerar que existen acciones de salud diferenciadas por interacción que pueden ser a nivel persona (por grupos de edad) o de comunidad, así como las 27 intervenciones del Programa; en el nivel de Actividad, se debe valorar incluir indicadores de las acciones de consultas, promoción de la salud o de vacunación.

Vinculación con indicadores de Planes de Desarrollo y con Programas de Mediano Plazo

El análisis de la MIR, específicamente en la contribución del Propósito al logro del Fin, presenta una relación causal lógica; al conseguir que “La población responsable de los SSCH mejora su condición de salud”, se puede “Contribuir en la disminución de la mortalidad mediante la prevención y atención médica oportuna” (PROSPERA). Sin embargo, se sugiere revisar la disponibilidad de un solo indicador, en la medición del objetivo del Programa.

Si bien la MIR requiere ser mejorada, en la estructura actual se identifican aportaciones al cumplimiento de los objetivos nacionales y estatales; las más relevantes son al Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 en la meta nacional II México incluyente; en el Programa Sectorial de Salud federal; en el Plan Estatal de Desarrollo y en el Plan Sectorial de Salud estatal (Cuadro 2.1).

Cuadro 2.1

Contribución de los indicadores del Programa PROSPERA de Chihuahua a los indicadores de los instrumentos programáticos estatales y nacionales

E10201 PROGRAMA PROSPERA MIR 2016	Programa Sectorial de Salud 2010-2016	Plan Estatal de Desarrollo 2010-2016	Programa Sectorial de Salud federal 2013-2018	Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018
Fin Contribuir en la disminución de la mortalidad mediante la prevención y	Indicadores de Impacto 4. Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años 4.1. Tasa de mortalidad	En el caso del PED, no se cuenta con indicadores por lo que se consideraran solo los objetivos específicos	Objetivo 1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades	México Incluyente Indicador VII.2.1 Indicador Carencias de la población en

Cuadro 2.1

Contribución de los indicadores del Programa PROSPERA de Chihuahua a los indicadores de los instrumentos programáticos estatales y nacionales

E10201 PROGRAMA PROSPERA MIR 2016	Programa Sectorial de Salud 2010-2016	Plan Estatal de Desarrollo 2010-2016	Programa Sectorial de Salud federal 2013-2018	Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018
<p>atención médica oportuna</p> <p>Indicador Variación porcentual anual del índice de morbilidad en la entidad</p>	<p>en niños menores de 5 años.</p> <p>4.2. Tasa de mortalidad infantil.</p> <p>4.3. Proporción de niños de un año de edad vacunados contra el sarampión.</p>	<p>I. DESARROLLO HUMANO Y CALIDAD DE VIDA</p> <p>1.1 Implementar programas de salud de atención a la población infantil y juvenil que tengan un impacto relevante en el mejoramiento de los indicadores de salud de este grupo poblacional.</p>	<p>Indicadores</p> <p>1.1 Porcentaje de cobertura de vacunación con esquema completo en menores de un año.</p> <p>1.2 Prevalencia de obesidad en niños de 5 a 11 años de edad.</p>	<p>extrema pobreza</p> <p>Este indicador contempla en el rubro de Salud: el acceso a los servicios de salud</p>
<p>Propósito La población responsable de los SSCH mejora su condición de salud</p> <p>Indicador Variación porcentual del Índice de mortalidad Infantil por desnutrición de la población responsable de los SSCH</p>	<p>4.1. Tasa de mortalidad en niños menores de 5 años por enfermedades diarreicas (defunciones por cada 100 mil menores de 5 años).</p> <p>4.2. Tasa de mortalidad en niños menores de 5 años por enfermedades respiratorias agudas (defunciones por cada 100 mil menores de 5 años).</p>	<p>1.3 Diseñar programas de atención médica para las personas adultas mayores.</p> <p>1.6 Implementar Programas de Salud para la Atención de Personas en Situación de Vulnerabilidad.</p> <p>1.8 Desarrollar Programas de Nutrición y Actividad Física para la prevención del sobrepeso y la obesidad</p>	<p>Objetivo 2. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad</p> <p>Indicadores</p> <p>2.1 Tasa de mortalidad por cáncer de mama.</p> <p>2.2 Tasa de mortalidad por cáncer cérvicouterino.</p>	<p>VII Estrategias Transversales Indicador VII.2.1</p> <p>Indicador Índice de Desigualdad de Género.</p> <p>Este indicador contempla en el rubro de Salud: Tasa de mortalidad materna.</p>
	<p>4.3. Proporción de niños de un año de edad con esquema básico completo de vacunación.</p> <p>5. Mejorar la salud materna.</p> <p>5.1. Razón de mortalidad materna</p>	<p>3.1 Garantizar que todos los municipios cuenten con al menos un Centro de Salud funcional y moderno que brinde el primer nivel de atención de medicina general y familiar, así como atención primaria a la salud.</p>	<p>Objetivo 4. Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país</p> <p>Indicadores</p> <p>4.1 Tasa de mortalidad infantil.</p> <p>4.2 Razón de mortalidad materna.</p>	
	<p>INDICADORES DE COBERTURA Caravanas de la Salud</p> <p>Mejorar la cobertura médica de primer nivel de atención en las principales ciudades de la entidad ante el</p>		<p>ESTRATEGIAS TRANSVERSALES Democratizar la Productividad</p> <p>Perspectiva de Género</p> <p>6.1 Porcentaje de población con carencia por</p>	

Cuadro 2.1
Contribución de los indicadores del Programa PROSPERA de Chihuahua a los indicadores de los instrumentos programáticos estatales y nacionales

E10201 PROGRAMA PROSPERA MIR 2016	Programa Sectorial de Salud 2010-2016	Plan Estatal de Desarrollo 2010-2016	Programa Sectorial de Salud federal 2013-2018	Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018
	crecimiento de la población urbana.		acceso a los servicios de salud. 6.2 Porcentaje de población con aseguramiento público en salud que usa servicios públicos de atención médica.	

Fuentes: República, Presidencia de la. «Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018.» 2013. *Secretaría de Salud*. Digital: <http://itcampeche.edu.mx/wp-content/uploads/2016/06/Plan-Nacional-de-Desarrollo-PND-2013-2018-PDF.pdf>. 08 de octubre de 2017.

Salud, Secretaría de. «Secretaría de Salud.» 2013. *Programa Sectorial de Salud 2013-2018*. Digital: disponible en http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dged/descargas/index/ps_2013_2018.pdf. 08 de octubre de 2017.

PED, GECH. Plan Estatal de Desarrollo. Chihuahua: Gobierno del Estado, 2011.

PSSE, SSE. Programa sectorial de Salud (estatal). Chihuahua: SSE, 2011.

PROSPERA, MIR. Matriz de Indicadores para Resultado del Programa PROSPERA. MIR. Chihuahua: SSA Estatal, 2016.

Indicadores para resultados (estratégicos y de gestión)

En la revisión de la MIR del Programa, se observó que no se registraron cambios de 2014 a 2016; se integra por cuatro indicadores, uno por nivel de objetivos (Cuadro 2.2); la frecuencia de medición es anual y la dimensión que se mide de dichos objetivos es la eficacia con la que se logran; tres de los indicadores son de tipo estratégico (Fin, Propósito y Componente) y uno de gestión (Actividad).

Cuadro 2.2
Datos de los indicadores de la MIR del componente de salud del Programa PROSPERA en Chihuahua (PROSPERA), (FTI) y (RS)

Datos	Indicador			
	Nivel	FIN	PROPÓSITO	COMPONENTE
Resumen narrativo	Contribuir en la disminución de la mortalidad mediante la prevención y atención médica oportuna	La población responsable de los SSCH mejora su condición de salud	Acciones Integradas en el paquete básico garantizado de salud otorgadas	Consultas de primer nivel a los integrantes de las familias beneficiarias del programa oportunamente
Nombre del indicador	Variación porcentual anual del índice de morbilidad en la entidad	Variación porcentual del Índice de mortalidad Infantil por desnutrición de la población responsable de los SSCH	Variación porcentual del total de acciones integradas en el paquete básico garantizado de salud otorgadas	Porcentaje de consultas otorgadas
Fórmula	$((TIMt/TIMt_1)*100)$	$((TMIDPRSSCHt/$	$((TAIPBGSO/TAIPB$	$((TCO/TCP)*100)$

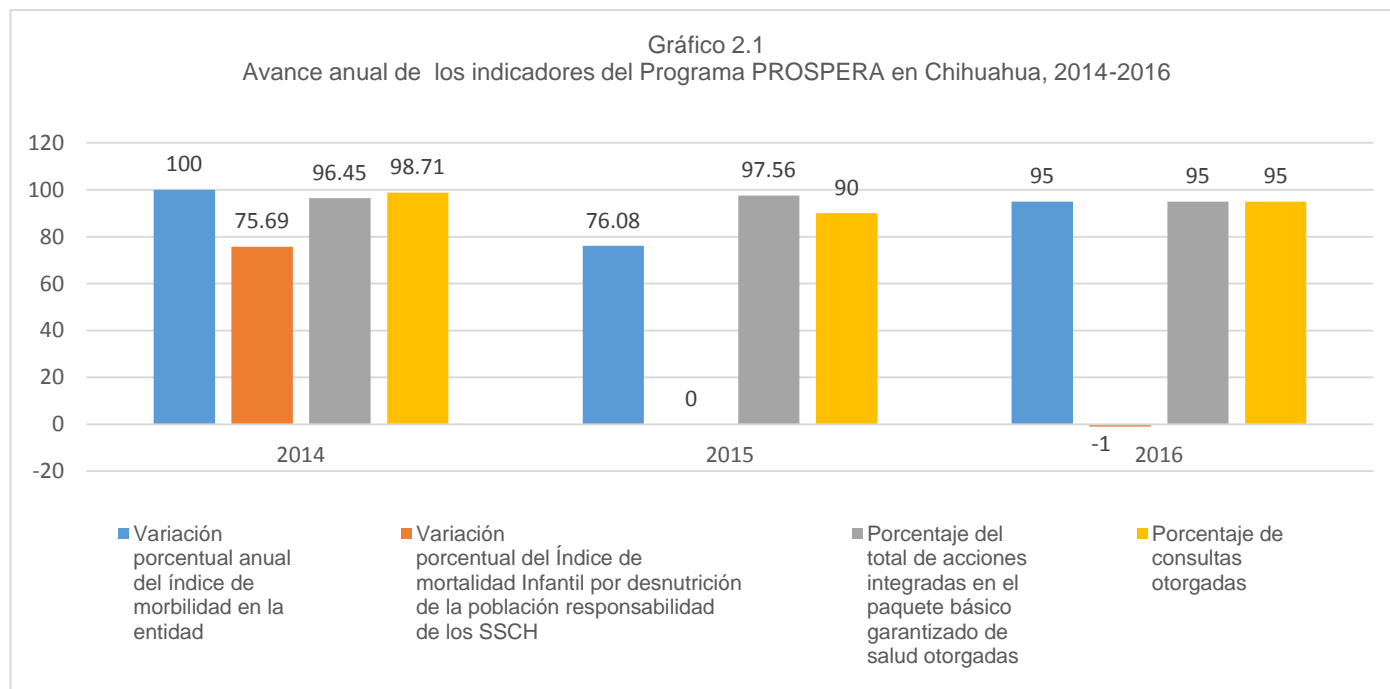
Cuadro 2.2
Datos de los indicadores de la MIR del componente de salud del Programa PROSPERA en Chihuahua (PROSPERA), (FTI) y (RS)

Datos	Indicador				
	Nivel	FIN	PROPÓSITO	COMPONENTE	ACTIVIDAD
Descripción de la Fórmula		TIMt = Mide de la variación del Índice de mortalidad 2013 TIMt_1 = Índice de mortalidad 2012	TMIDPRSSCHEt = Mide la variación del Índice de mortalidad infantil por desnutrición de la población de responsabilidad de SSCH en la entidad 2012 TMIPRSCCHE morbilidad infantil de la población de responsabilidad de SSCH en la entidad 2013	GSP)*100) TAIPBGSO = Total de acciones integradas en el paquete básico garantizado de salud otorgadas TAIPBGSP = Total de acciones integradas en el paquete básico garantizado de salud programadas	TCO = Variación Porcentual del Total de consultas otorgadas TCP = Total de consultas programadas
Unidad de Medida		PORCENTUAL	VARIACIÓN PORCENTUAL	PORCENTUAL	VARIACIÓN PORCENTUAL
Frecuencia de medición del indicador		Anual	Anual	Anual	Anual
Año de base del indicador		2016	2016	2016	2016
Meta Programada del Indicador (2016)		95.00	-1	95.00	95.00
Meta reprogramada del indicador (en caso de aplicar) 2016⁵		100.00	0	100.00	99.00
Meta lograda al cierre del ejercicio fiscal 2016		95.00	-1	95.00	95.00
Resultados del indicador en el ejercicio fiscal 2015		76.08	0	97.56	90.00
Resultados del indicador en el ejercicio fiscal 2014		100	75.69	96.45	98.71

Fuente: FTI, PROSPERA. FICHAS TÉCNICAS DE INDICADORES. Chihuahua: SSA-PROGRESA, 2014-2016. RS, PROSPERA. REPORTE DE SEGUIMIENTO DEL POA, CIERRE ANUAL. Chihuahua: SSC-PROSPERA, 2014-2016. PROSPERA, MIR. Matriz de Indicadores para Resultados del Programa PROSPERA. MIR. Chihuahua: SSA Estatal, 2016.

Esta información es extraída de las Fichas Técnicas de los Indicadores de la MIR; corresponden al cierre del ejercicio de 2014 a 2016. Se observa que el avance de los indicadores del Programa ha sido favorable y constante en los niveles de Actividad (Gráfico 2.1). La información disponible al nivel de Componente, Propósito y de Fin no permite valorar los avances debido a inconsistencias en: la definición del indicador, su fórmula, la línea de base y metas en el periodo de análisis.

5 Se presenta una diferencia entre la MIR y el reporte de seguimiento, las programaciones y reprogramaciones no corresponden con las mencionadas en la MIR.



Fuentes: FTI, PROSPERA. *FICHAS TÉCNICAS DE INDICADORES*. Chihuahua: SSA-PROGRESA, 2014-2016. RS, PROSPERA. *REPORTE DE SEGUIMIENTO DEL POA, CIERRE ANUAL*. Chihuahua: SSC-PROSPERA, 2014-2016.

Análisis de los indicadores para Resultados (estratégicos y de gestión).

En el análisis de los indicadores se consideró: la calidad de la información, es decir, si aporta información del desempeño del nivel al cual fue asignado; si las metas son factibles de alcanzar, adecuadas o laxas; los indicadores se valoraron en función del nivel de objetivo de la MIR al que pertenecen. Es importante resaltar que en los indicadores se observan algunas situaciones relevantes: i) La fórmula del indicador no es acorde con el nombre del indicador; ii) Las metas no tienen definida la unidad de medida; iii) Las metas no tienen relación con el nombre del indicador (a excepción del indicador de actividad); y iv) lo más relevante; no es claro qué es lo que se quiere medir. El objetivo de la MIR debe marcar claramente el resultado que se desea alcanzar.

Indicador de Fin

El indicador considerado para el Fin del Programa es la: Variación porcentual anual del índice de **morbilidad** en la entidad, su fórmula $((TIMt / TIMt_{-1}) * 100)$, establece como numerador (divisor) (TIMt) el Índice de **mortalidad** 2013 y como denominador (dividendo) (TIMt₋₁) el Índice de **mortalidad** 2012, multiplicado por cien, lo que provee información de una razón estadística.

En la revisión se identifica:

- a) El nombre del indicador no coincide con su descripción y su fórmula debido a que comparan índices de **mortalidad** y no de **morbilidad**.
- b) El indicador no mide una variación porcentual como lo indica su nombre, sino la relación porcentual del resultado del índice de mortalidad en dos momentos de tiempo diferentes. La variabilidad debería estar enfocada hacia si se incrementó o disminuyó y en qué proporción. Se detectó una variabilidad relevante en las fichas técnicas del indicador en los años 2014 a 2016 referente a la información de los índices del numerador y del denominador; al pasar de un valor programado en 2014 de 6.2 y 6.8 para numerador y denominador, respectivamente, a un valor en 2015 de 31.8 y 41.8; y en 2016 bajan a 5.46 y 5.75; sin una aparente razón de los cambios drásticos entre un año y otro. No se da explicación alguna de la variabilidad identificada.
- c) Se deben actualizar las fechas de la descripción de los índices del numerador y del denominador porque utilizan los años 2012 y 2013; al año del ejercicio del Programa en los años 2014-2016.
- d) Se están utilizando resultados de los SSCH, no se miden los resultados en la población que atiende el Programa

Metas

Se identifica una inconsistencia en la definición de meta y logro para 2015 que no permite valorar el avance en ese año; en 2014 y 2016 se muestra un avance congruente entre la programación y el cumplimiento (Gráfico 2.2); destaca que sólo en 2016 hay una variación en la programación de metas entre la información que presenta la ficha técnica del indicador y el documento que muestra el cierre anual (Cuadro 2.3).

No es claro lo que se quiere medir; es posible que la meta no esté relacionada con lo que se quiere alcanzar. Con base en que se trata del índice de mortalidad, se esperaría que el resultado de un año 1, el

siguiente año 2 fuera menor; la variabilidad debería ser negativa para demostrar que el índice disminuyó como se esperaba.

Cuadro 2.3

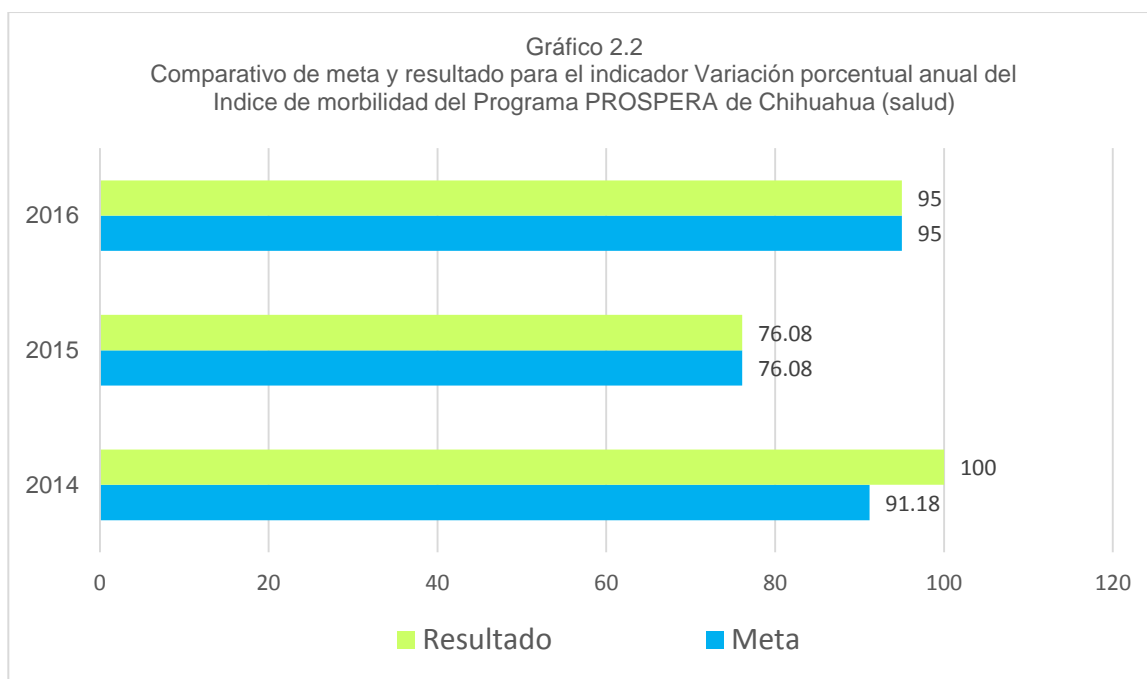
Avance anual de metas del indicador de Variación porcentual anual del Índice de morbilidad.

Año/FIN	FTI (FTI)		Cierre anual (RS)		Meta reprogramada
	Línea de base	Meta programada	Meta	Resultado	
2014	100	91.18	91.18	100	
2015	175.69	76.08	76.08	76.08	
2016	93.93	100	95	95	100

Fuente: FTI, PROSPERA. FICHAS TÉCNICAS DE INDICADORES. Chihuahua: SSA-PROGRESA, 2014-2016.

RS, PROSPERA. REPORTE DE SEGUIMIENTO DEL POA, CIERRE ANUAL. Chihuahua: SSC-PROSPERA, 2014-2016.

Gráfica de metas



Fuente: RS, PROSPERA. REPORTE DE SEGUIMIENTO DEL POA, CIERRE ANUAL. Chihuahua: SSC-PROSPERA, 2014-2016.

Indicador de Propósito



El indicador de propósito se define como: Variación porcentual del Índice de **mortalidad** Infantil por desnutrición de la población responsabilidad de los SSCH, su fórmula $((\frac{TMIDPRSSCHEt}{TMIPRSSCHEt_1}-1)*100)$, establece como numerador (divisor) (TMIDPRSSCHEt) el Índice de **mortalidad** infantil por desnutrición de la población de responsabilidad de SSCH en la entidad 2012 y como denominador (dividendo) (TMIPRSSCHEt_1) Índice de **morbilidad** infantil de la población de responsabilidad de SSCH en la entidad 2013 el resultado es multiplicado por cien, lo que provee una razón estadística.

En la revisión se identifica:

- a) Se detectó una inconsistencia en la construcción del indicador; al ser considerada por el Programa como una variación porcentual no se pueden relacionar variables diferentes, en este caso morbilidad en el denominador y mortalidad en el numerador.
- b) Se están utilizando resultados de los SSCH, no se miden los resultados en la población que atiende el Programa.
- c) Se detectó una variabilidad relevante en las fichas técnicas del indicador en los años 2014 al 2016, (FTI), referente a la información de los valores del numerador y del denominador; al pasar de un valor programado en 2014 de 31.8 y 18.1 para numerador y denominador, respectivamente; 2015 a un valor de 15.6 y 18.9; y en 2016 bajan a 3.2 y 3.24; sin una aparente razón de los cambios drásticos entre un año y otro. Se identifica que el valor inicial se modifica cada año, lo que no permite valorar el avance en los resultados de la atención del problema. No se da explicación alguna de la variabilidad identificada.
- d) Se deben actualizar las fechas de los índices del numerador y del denominador ya que se utilizan los años 2012 y 2013; al año del ejercicio del Programa en los años 2014-2016.

Metas

Se establecieron metas para cada año de 2014 a 2016; el análisis de las metas programadas para el indicador de Propósito nos muestra que el avance de 2014 es adecuado; sin embargo, la modificación del valor inicial y en el planteamiento de metas en los siguientes años no permite hacer una valoración del avance. El año de 2015, muestra un retroceso sustancial al pasar de números positivos a negativos, y aunque maneja un avance del 17.46 por ciento, las cifras no son congruentes con el inmediato anterior;

para el año 2016, se muestra retroceso considerando el año anterior (Gráfico 2.3); situación a la que se debe dar seguimiento corrigiendo el valor inicial, meta y logro en los años analizados. (Cuadro 2.4).

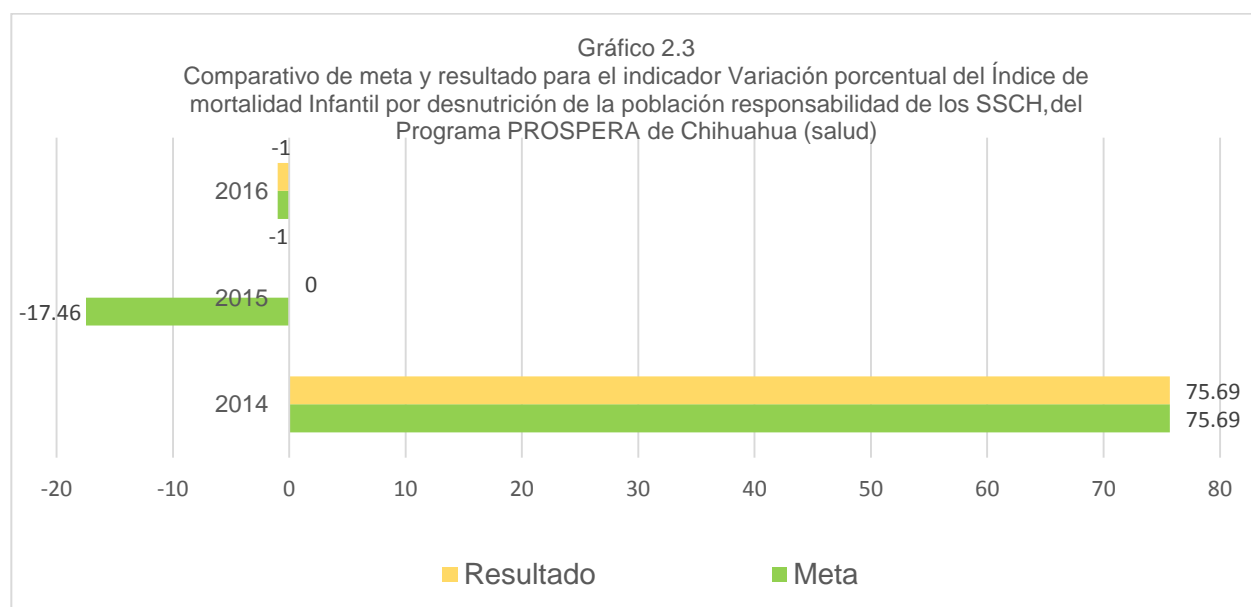
Cuadro 2.4

Avance anual de metas del indicador Variación porcentual del Índice de mortalidad Infantil por desnutrición de la población responsabilidad de los SSCH

Año/ PROPÓSITO Ascendente	FTI			Cierre anual			
	Línea de base	Fecha	Meta programada	fecha	Meta	Resultado	Meta reprogramada
2014	-23.92	01/01 AL 31/12/2013	75.69	01/01 AL 31/12/2014	75.69	75.69	
2015	-35.00	01/01 AL 31/12/2014	-17.46	01/01 AL 31/12/2015	-17.46	0	
2016	-19.80	01/01 AL 31/12/2015	0.00	01/01 AL 31/12/2016	-1	-1	0

Fuentes: FTI, PROSPERA. FICHAS TÉCNICAS DE INDICADORES. Chihuahua: SSA-PROGRESA, 2014-2016 RS, PROSPERA. REPORTE DE SEGUIMIENTO DEL POA, CIERRE ANUAL. Chihuahua: SSC-PROSPERA, 2014-2016.

Gráfica de metas



Fuente: RS, PROSPERA. REPORTE DE SEGUIMIENTO DEL POA, CIERRE ANUAL. Chihuahua: SSC-PROSPERA, 2014-2016.

Indicador de Componente

El indicador de Componente es el: Porcentaje del total de acciones integradas en el paquete básico garantizado de salud otorgadas, su fórmula $((TAIPBGSO/TAIPBGSP) * 100)$ establece como numerador (divisor) (TAIPBGSO) Total de acciones integradas en el paquete básico garantizado de salud otorgadas y como denominador (dividendo) (TAIPBGSP) Total de acciones integradas en el paquete básico garantizado de salud programadas, multiplicado por cien; esta fórmula genera como resultado un porcentaje.

En la revisión se identifica:

- a) El indicador es aplicado adecuadamente; proporciona información consistente sobre el avance de la entrega de acciones integradas del paquete básico; representa los servicios que el Programa entrega a la población beneficiaria.
- b) Para la línea de base se definió 2013 como referencia; no se hace explícita la razón de su actualización anual. No es posible realizar una valoración adecuada del avance del Programa.
- c) Es relevante destacar que en las fichas técnicas se identifica una incongruencia en la línea de base; al modificarla cada año, no se guarda el registro del valor inicial del indicador (Cuadro 2.5).
- d) El conjuntar todas las acciones del Programa en un solo indicador, no permite ver el avance en las diferentes tareas que se realizan, como son: las de promoción de la salud, inmunización, capacitación para la salud, entre otras.
- e) No es claro a qué se refieren y cómo se da seguimiento a la entrega de las acciones del paquete básico garantizado.
- f) Es importante mencionar que en las fichas técnicas no se especifica el procedimiento que siguen los SSCH para registrar la entrega del paquete básico garantizado de salud, que puede llegar a ser de 27 intervenciones de salud pública.
- g) Los valores iniciales de las variables son muy semejantes al número de familias beneficiarias del Programa que tienen los SSCH.

Metas

Para el indicador de Componente se identifica que existe congruencia entre las metas y los resultados obtenidos; muestra para 2014 un avance de 1.45 puntos porcentuales superior a la meta; para 2015 un retroceso de 0.42 puntos porcentuales, respecto a la meta programada; y para 2016, un cumplimiento en la

meta programada del 95 por ciento, sin embargo, existe una reprogramación por lo que se presenta una diferencia de 5 por ciento, (Gráfico 2.4); estos resultados nos dicen que el Programa ha dotado de las acciones programadas a los beneficiarios consistentemente (Cuadro 2.5)

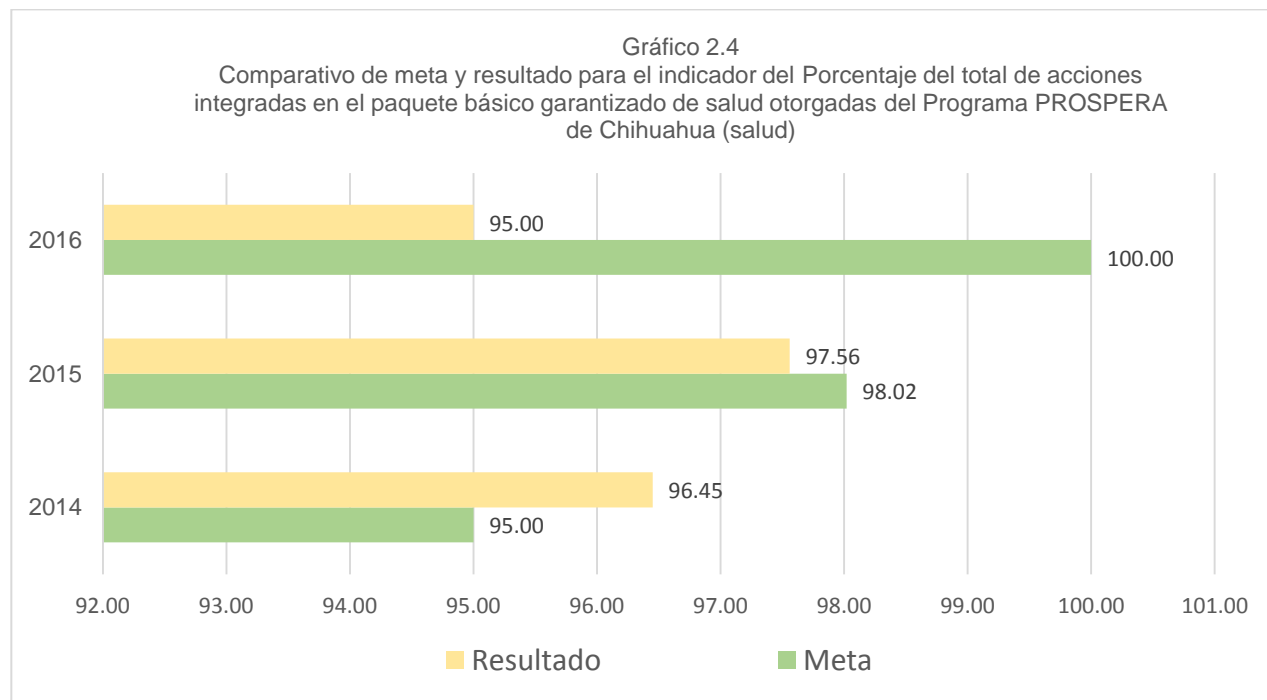
Cuadro 2.5

Avance anual de metas del indicador del Porcentaje del total de acciones integradas en el paquete básico garantizado de salud otorgadas.

Año/ COMPONENTE Ascendente	FTI				Cierre anual		
	Línea de base	Fechas	Meta programada	Fecha	Meta	Resultado	Meta reprogramada
2014	95.00	01/012015 AL 31/12/2013	95.00	01/01 AL 31/12/2014	95.00	96.45	
2015	98.02	01/012016 AL 31/12/2014	98.02	01/01 AL 31/12/2015	98.02	97.56	
2016	94.50	01/012016 AL 31/12/2015	100.00	01/01 AL 31/12/2016	95	95	100

Fuentes: FTI, PROSPERA. *FICHAS TÉCNICAS DE INDICADORES*. Chihuahua: SSA-PROGRESA, 2014-2016
: RS, PROSPERA. *REPORTE DE SEGUIMIENTO DEL POA, CIERRE ANUAL*. Chihuahua: SSC-PROSPERA, 2014-2016.

Gráfica de metas



Fuente: RS, PROSPERA. REPORTE DE SEGUIMIENTO DEL POA, CIERRE ANUAL. Chihuahua: SSC-PROSPERA, 2014-2016.

Indicador de Actividad

El indicador establecido para el nivel de Actividad es el Porcentaje de consultas otorgadas; su fórmula $((TCO/TCP) \cdot 100)$ establece como numerador (divisor) (TCO) Total de consultas otorgadas y como denominador (dividendo) (TCP) el total de consultas programadas multiplicado por cien, lo que provee un resultado en porcentaje.

En la revisión se identifica:

- a) El indicador es aplicado adecuadamente; proporciona información consistente sobre el avance de las consultas otorgadas al año. Es un indicador que es factible de medir y es comúnmente utilizado para medir las actividades de los programas de salud, por lo que se considera adecuado.
- b) Para la línea de base se definió 2013 como referencia; no se hace explícita la razón de su actualización anual. No es posible realizar una valoración adecuada del avance del Programa.

- c) Es relevante destacar que en las fichas técnicas se identifica una incongruencia en la línea de base; al modificarla cada año, no se guarda el registro del valor inicial del indicador (Cuadro 2.5).
- d) Aunque el indicador es utilizado por los servicios de salud, no es suficiente para medir el avance del programa en este nivel debido a que hay muchas otras actividades de las que no se tiene control como vacunación, promoción de la salud, entre otros.
- e) Como indicador de gestión, el seguimiento podría ser trimestral y no anual; permitiría hacer las adecuaciones necesarias si en un trimestre en particular, pudiera no lograrse la meta establecida.

Metas

En la meta del indicador de actividad se identifica que hay congruencia entre las metas y los resultados obtenidos en 2014, un avance de 3.71 puntos porcentuales superiores a la meta establecida; 2015 no se cumplió la meta por casi 5 puntos porcentuales respecto a la meta programada; y para 2016, la meta fue reprogramada y no se consiguió por una diferencia de 4 puntos porcentuales (Gráfico 2.5); los resultados reflejan que el programa proporciona consultas a los beneficiarios con base en las programadas. Sin embargo, se considera limitado como un indicador que permite medir el avance del Programa; al dejar de medir otras actividades consideradas importantes como vacunación, promoción de la salud (Cuadro 2.6).

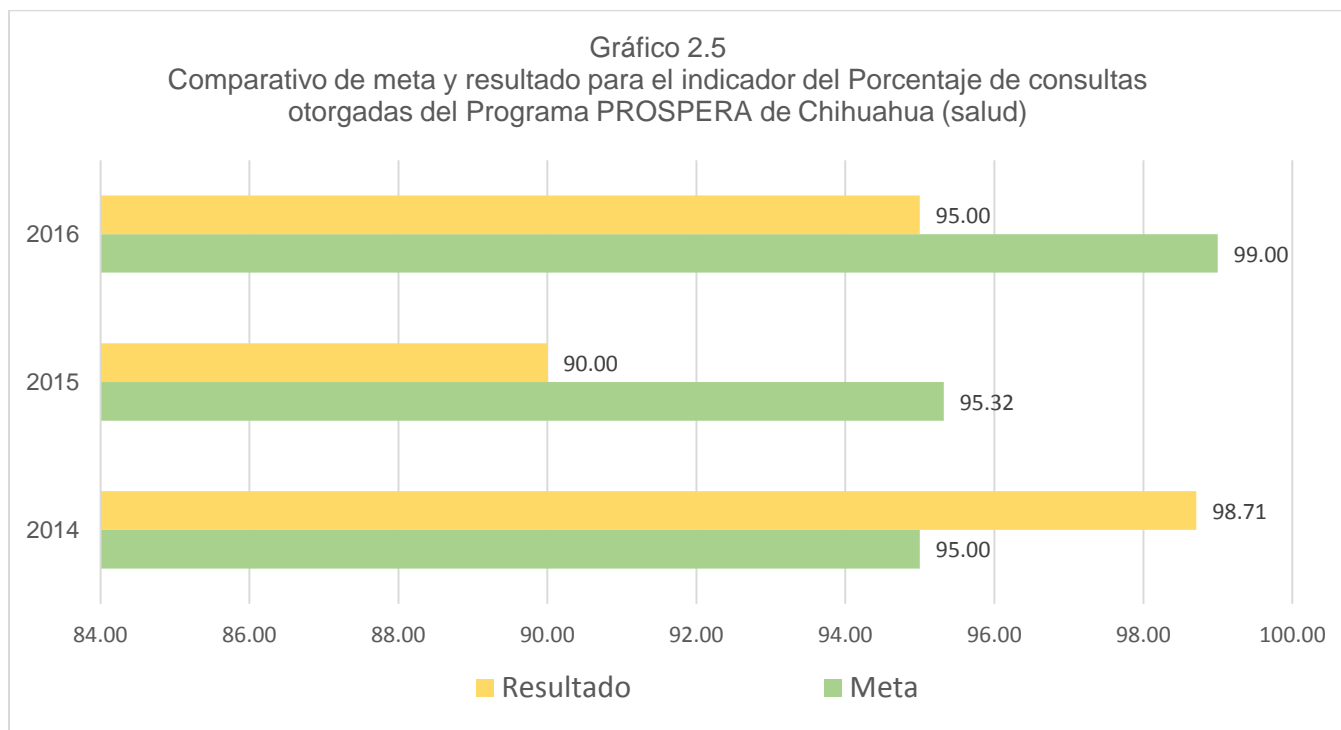
Cuadro 2.6

Avance anual de metas del indicador de Porcentaje de consultas otorgadas

Año /ACTIVIDAD Ascendente	FTI				Cierre anual		
	Línea de base	Fecha	Meta programada	Fecha	Meta	Resultado	Meta reprogramada
2014	95.00	01/01 2014 AL 31/12/2015	95.00	01/01 AL 31/12/2013	95.00	98.71	
2015	95.32	01/01 2015 AL 31/12/2016	95.32	01/01 AL 31/12/2014	95.32	90	
2016	95.55	01/01 2016 AL 31/12/2017	99.10	01/01 AL 31/12/2015	95	95	99

Fuentes: FTI, PROSPERA. FICHAS TÉCNICAS DE INDICADORES. Chihuahua: SSA-PROGRESA, 2014-2016
 RS, PROSPERA. REPORTE DE SEGUIMIENTO DEL POA, CIERRE ANUAL. Chihuahua: SSC-PROSPERA, 2014-2016.

Gráfica de metas



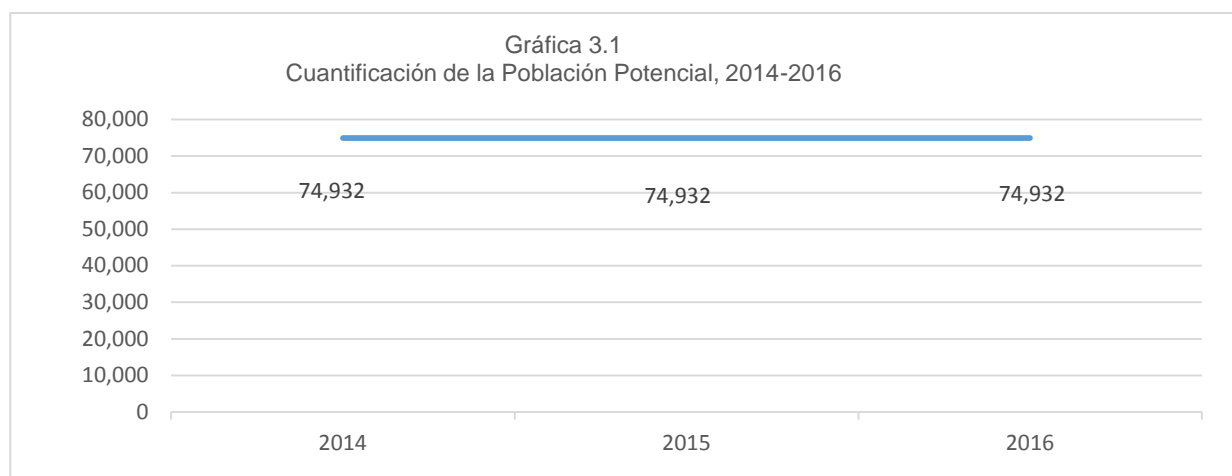
Fuente: RS, PROSPERA. REPORTE DE SEGUIMIENTO DEL POA, CIERRE ANUAL. Chihuahua: SSC-PROSPERA, 2014-2016.

III. Cobertura

El Programa utiliza **cinco tipos de población**: a) de **referencia** (la población total del estado); b) la **no afectada por el problema** (la población no considerada en los criterios de selección del Programa); c) **población potencial** (el total de la población susceptible de recibir los apoyos); d) **población postergada** (la población susceptible de recibir los apoyos a la cual no es posible atender); y e) la **población objetivo** (la población que se está en condiciones de atender); estas definiciones presentan un panorama del Programa. Sin embargo, se identifica la ausencia de definiciones en dos elementos centrales que pueden dar lugar a confusión al analizar la cobertura: en primer lugar, no se hace una diferencia entre hogares (Reglas de Operación de 2014-2016), familias (padrón de beneficiarios) y personas (RS); el segundo elemento es la ausencia de una definición de **población atendida** que se mide al final del año (RS).

Identificación de la población potencial

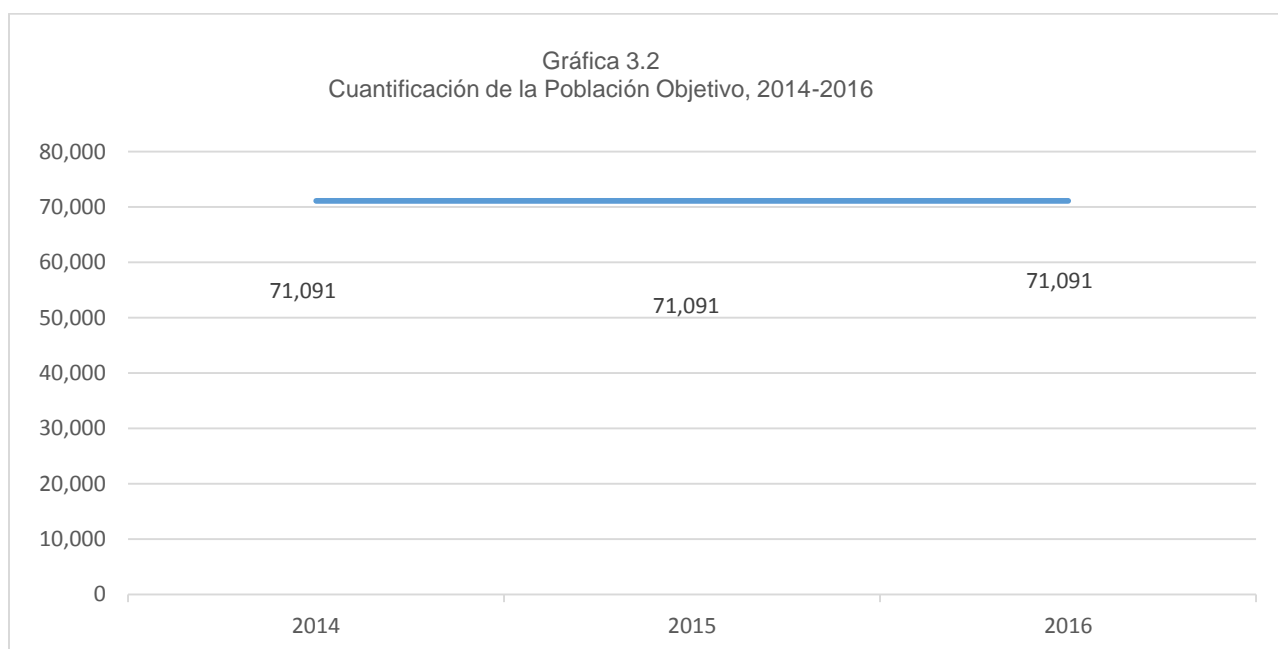
El Programa establece que la población potencial “Es aquella parte de la población de referencia, que es afectada por el problema (o será afectada por el), y que por lo tanto requiere de los servicios o bienes que proveerá el Programa. Indica la magnitud total de la población en riesgo” y la establece como “Es la Población total incorporada al Programa PROSPERA” (FOCALIZACIÓN). La definición ha permanecido sin cambios de 2014 a 2016. De igual forma, se cuantifica la población en personas, y se observa que esta población no se ha modificado en los últimos tres años (Gráfica 3.1).



Fuente: FOCALIZACIÓN, SSCH. SH PGR2 FOCALIZACIÓN DE LA POBLACIÓN OBJETIVO. INFORME EXCEL. CHIHUAHUA: SSCH, 2014-2016

Identificación de la población objetivo

Para el Programa la población objetivo “Es el número de beneficiarios potenciales del programa (personas, familias, empresas, instituciones). Es aquella parte de la población potencial a la que el programa está en condiciones reales de atender” y la establece como las “Familias en control Incorporadas al Programa PROSPERA” la definición ha permanecido igual de 2014 a 2016. De igual forma, se cuantifica la población en personas, y se observa que el tamaño no se ha modificado en los últimos tres años (Gráfica 3.2) (FOCALIZACIÓN).

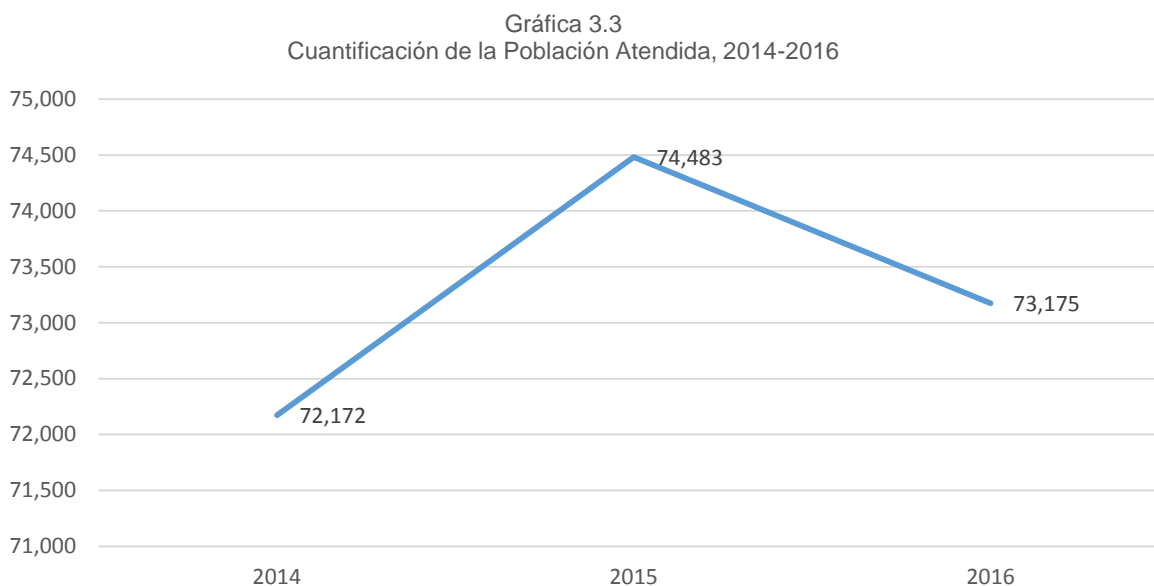


Fuente: FOCALIZACIÓN, SSCH. SH PGR2 FOCALIZACIÓN DE LA POBLACIÓN OBJETIVO. INFORME EXCEL. CHIHUAHUA: SSCH, 2014-2016

Identificación de la población atendida

En la revisión de la información entregada no se identificó una definición para la población atendida que, según el CCONEVAL se define como la “Población beneficiada por un programa en un ejercicio fiscal” (CONEVAL, Evaluación de Programas Sociales, Glosario). En relación a lo mencionado en la cuantificación de la población que hace el Programa en su Reporte de Seguimiento del POA (RS). Se observó que en las personas beneficiadas por el Programa y reportadas anualmente entre 2014 y 2015 se registró un

incremento de 2,311 personas; de 2015 a 2016 se tuvo un retroceso en la atención de 1,308 personas (Gráfica 3.3) (RS 2).



Fuente: RS, PROSPERA. REPORTE DE SEGUIMIENTO DEL POA, CIERRE ANUAL. Chihuahua: SSC-PROSPERA, 2014-2016.

Información desagregada

En la revisión de los documentos presentados por el Programa se identifica que se posee un padrón de beneficiarios en donde existe información de los jefes de familia inscritos (Familias) en el estado (los inscritos no son considerados beneficiarios hasta que cumplen con los requisitos establecidos en la Reglas de Operación); la información se encuentra desagregada por jurisdicción, municipio y localidad, por sexo; es presentada por año de 2014 a 2016 (P. SEDESOL).

El programa cuenta con un documento de Focalización de la Población Objetivo, que se actualiza anualmente y que muestra la definición de cinco tipos de poblaciones (referencia; la no afectada por el problema; población potencial; población postergada y población objetivo) y la cuantificación anualmente de 2014 a 2016 (Cuadro 3.1).

Cuadro 3.1

Población desagregada por tipo, del Programa PROSPERA, componente de Salud en el estado de Chihuahua

Tipo de Población	Población 2016			Población 2015			Población 2014		
	Total	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres
	Cantidad	Cantidad	Cantidad	Cantidad	Cantidad	Cantidad	Cantidad	Cantidad	Cantidad
Población de referencia	3,635,970	1,854,345.00	1,781,625	3,635,970	1,854,345.00	1,781,625	3,635,970	1,854,345.00	1,781,625
La Población no afectada	3,561,138	1,794,479	1,766,659	3,561,138	1,794,479	1,766,659	3,561,138	1,794,479	1,766,659
Población potencial	74,932	59,866	14,966	74,932	59,866	14,966	74,932	59,866	14,966
Población postergada	3,741	2,994	747	3,741	2,994	747	3,741	2,994	747
Población Objetivo	71,091	56,872	14,219	71,091	56,872	14,219	71,091	56,872	14,219

Fuente: FOCALIZACIÓN, SSCH. SH PGR2 FOCALIZACIÓN DE LA POBLACIÓN OBJETIVO. INFORME EXCEL. CHIHUAHUA: SSCH, 2014-2016

Evolución de la cobertura

Para el análisis de la evolución de la cobertura del Programa se utilizan las fórmulas proporcionadas en los TDR. El porcentaje de cobertura para 2016 y la variación porcentual anual entre un año y otro, permiten medir el avance de la cobertura.

Porcentaje de cobertura, 2016

La fórmula para determinar la cobertura de atención a la población utiliza información relacionada con la población atendida y objetivo; brinda información sobre cuál ha sido el avance del Programa respecto del objetivo que se estableció para el ejercicio fiscal (Cuadro 3.2).

Cuadro 3.2
Porcentaje de cobertura del Programa, 2016

Fórmula empleada	Resultados
$\text{Porcentaje de cobertura 2016} = \left[\frac{\text{Población atendida}}{\text{Población objetivo}} \times 100 \right]$	$\text{Porcentaje de cobertura} = \frac{73,125}{71,091} \times 100 = 102.93\%$

Fuente: RS, PROSPERA. REPORTE DE SEGUIMIENTO DEL POA, CIERRE ANUAL. Chihuahua: SSC-PROSPERA, 2016.

Con base en el seguimiento del POA se tomó como la población atendida aquella reflejada como beneficiarios en el componente del Programa; se observa que el Programa superó la expectativa que se planteó al principio del ejercicio presupuestal; su meta fue superada en un 2.93 por ciento; significó 2,084 beneficiarios más atendidos en 2016.

Variación porcentual anual de la cobertura 2016-2015

La fórmula de Variación porcentual anual de la cobertura determina cual es la diferencia en la cobertura de atención entre 2016 y 2015 (Cuadro 3.3).

Cuadro 3.3
Variación porcentual anual de la cobertura del Programa 2016-2015

Fórmula empleada	Resultados
$\text{Variación Porcentual anual de la cobertura (VPAC)} = \left[\frac{\text{Población atendida 2016}}{\text{Población Atendida 2015}} - 1 \right] \times 100$	$\text{VPAC} = \frac{73,125}{74,483} - 1 \times 100 = -1.76$

Fuente: RS, PROSPERA. REPORTE DE SEGUIMIENTO DEL POA, CIERRE ANUAL. Chihuahua: SSC-PROSPERA, 2015-2016.

Con base en el seguimiento del POA se tomo como la población atendida aquella reflejada como beneficiarios en el componente del programa y la aplicación de la fórmula de cobertura indica que el Programa no pudo superar en 2016 el avance registrado en 2015; obtuvo un retroceso en su cobertura de 1.76 por ciento; representa 1,308 beneficiarios que no fueron atendidas de un año a otro.

Variación porcentual anual de la cobertura 2015-2014

La Variación porcentual anual de la cobertura mide los cambios en la población atendida entre 2015 y 2014 (Cuadro 3.4).

Cuadro 3.4
Variación porcentual anual de la cobertura del Programa 2015-2014

Fórmula empleada	Resultados
Variación porcentual anual de la cobertura (VPAC)= [(Población atendida 2015 / Población atendida 2014)-1] *100	$VPAC = \frac{74,483}{72,172} - 1 \times 100 = 3.20$

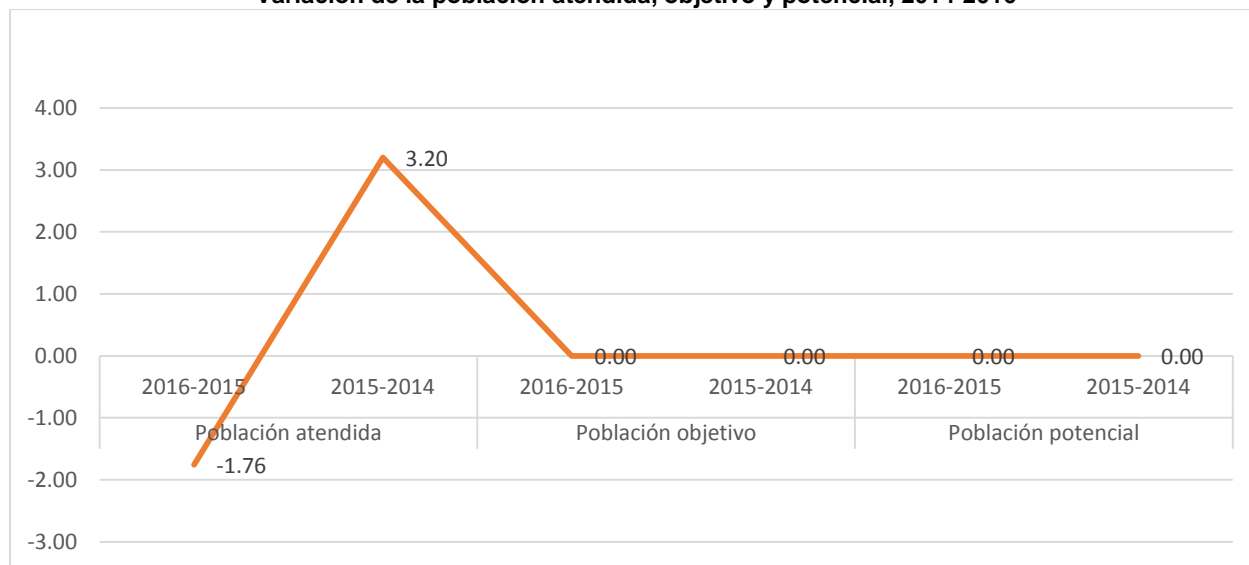
Fuente: RS, PROSPERA. REPORTE DE SEGUIMIENTO DEL POA, CIERRE ANUAL. Chihuahua: SSC-PROSPERA, 2014-2015.

Con base en el seguimiento del POA se tomó como la población atendida aquella reflejada como beneficiarios en el componente del programa en 2015, el Programa superó el logro de 2014; obtuvo un incremento en su cobertura de 3.20 por ciento; representa que 2,311 personas más fueron atendidas entre un año y otro.

En el análisis de las variaciones de la población atendida, objetivo y potencial se aplicó la fórmula proporcionada de VPAC, mostrando que sólo la población atendida tuvo variaciones (Gráfica 3.4)



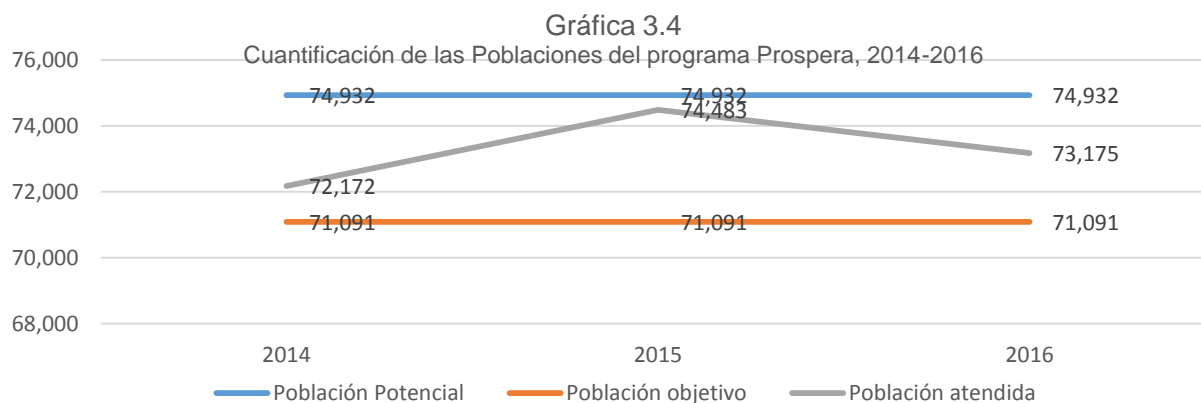
Gráfica 3.4
Variación de la población atendida, objetivo y potencial, 2014-2016



Fuente: FOCALIZACIÓN, SSCH. SH PGR2 FOCALIZACIÓN DE LA POBLACIÓN OBJETIVO. INFORME EXCEL. CHIHUAHUA: SSCH, 2014-2016
RS, PROSPERA. REPORTE DE SEGUIMIENTO DEL POA, CIERRE ANUAL. Chihuahua: SSC-PROSPERA, 2014-2016.

Análisis de la cobertura

De manera general se observa que el Programa, en 2014 atendió al 96.3 por ciento de la población potencial; en 2015, se cubrió un 99.4 por ciento de la población potencial; para 2016, presentó una baja considerable al sólo alcanzar el 97.7 por ciento de la población potencial (Gráfica 3.4).



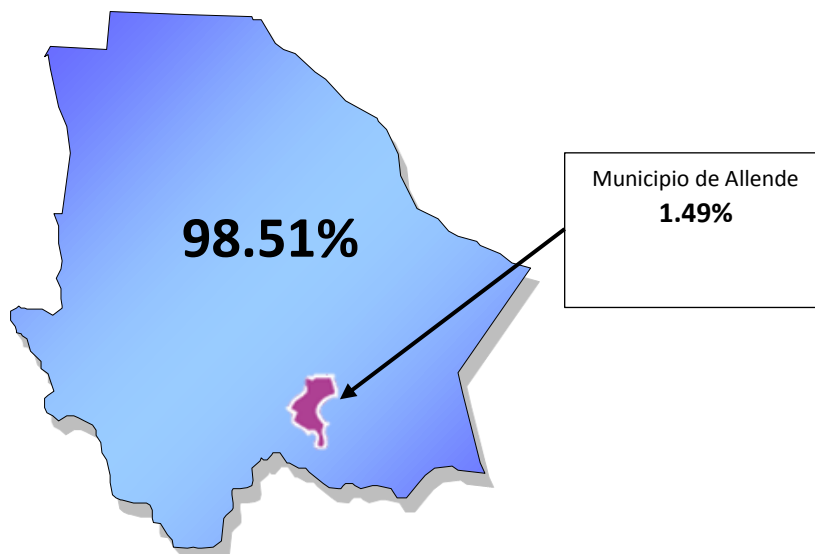
Fuente: FOCALIZACIÓN, SSCH. SH PGR2 FOCALIZACIÓN DE LA POBLACIÓN OBJETIVO. INFORME EXCEL. CHIHUAHUA: SSCH, 2014-2016.

Población de referencia

El Programa presenta un decremento en la población de referencia entre 2014 y 2015 de 229,505; con relación a 2015 y 2016, se incrementó nuevamente un total de 229,505 personas. Se sugiere revisar los valores de esta población de referencia debido a que es coincidencia que la disminución de un año sea exactamente igual al incremento en el año siguiente. Además, se cuenta con información del Consejo Nacional de Población (CONAPO) sobre una proyección de población en el estado; se observa un crecimiento de 1.001 por ciento en 2015 y un 0.974 por ciento en 2016, lo que se reflejaría en un incremento de 72,939 personas entre 2014 a 2016.

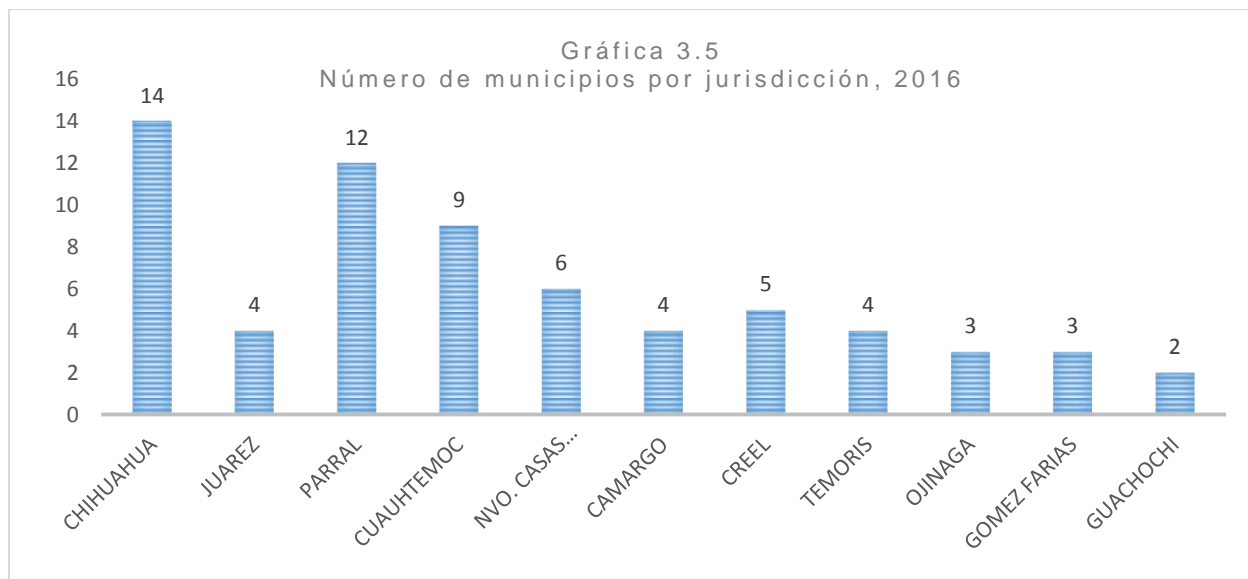
La cobertura geográfica, con base en el padrón de familias incorporadas por SEDESOL al Programa PROSPERA (beneficiarios para 2016), es de 66 municipios (P. SEDESOL) del total de 67 con que cuenta el estado (INEGI); cubre un 98.5 por ciento de los municipios. El único municipio que no es cubierto es Allende que representa el 1.49 por ciento del total de municipios.

Mapa de cobertura geográfica del programa, 2016



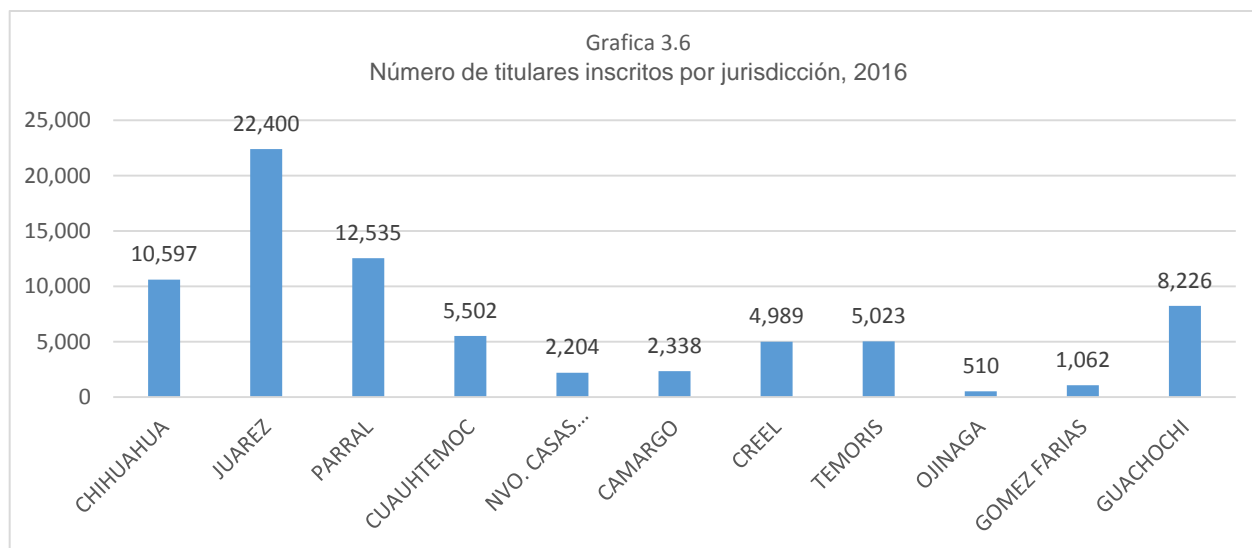
Fuente: SEDESOL, PB. Padrón de beneficiarios. EXCEL. CHIHUAHUA: SEDESOL,2016. PADRON_DE_S2_FAMILIAS INCORPORADAS POR SEDESOL A PROSPERA NOV-DIC 2016.xlsx.

En 2016 la población incorporada al Programa se ubica en los 66 municipios de atención en 11 Jurisdicciones sanitarias (Gráfica 3.5).



Fuente: SEDESOL, PB. Padrón de beneficiarios. EXCEL. CHIHUAHUA: SEDESOL,2016.PADRON_DE_S2_FAMILIAS INCORPORADAS POR SEDESOL A PROSPERA NOV-DIC 2016.xlsx.

En cuanto al número de municipios agrupados por jurisdicción, la mayor cobertura con respecto al total de 75,386 titulares o familias inscritos (P. SEDESOL), se encuentra en la jurisdicción de Juárez con 29.7 por ciento de familias; le sigue Parral con el 16.6 por ciento; las jurisdicciones de menor número de titulares son Gómez Farías con el 1.4 por ciento y Ojinaga con 0.68 por ciento de la población beneficiaria (Gráfica 3.6).⁶



Fuente: SEDESOL, PB. Padrón de beneficiarios. EXCEL. CHIHUAHUA: SEDESOL, 2016.PADRON_DE_S2_ FAMILIAS INCORPORADAS POR SEDESOL A PROSPERA NOV-DIC 2016.xlsx.

Definiciones de poblaciones

En el análisis de las definiciones de las poblaciones se identifica ambigüedad al no establecer el ámbito de acción del Programa, es decir, no se puede identificar si van a atender personas, familias u hogares, por lo que la aplicación de la definición resulta confusa; se sugiere revisar la construcción de las definiciones de población potencial, objetivo e incluir una definición de población atendida.

⁶ Cabe señalar que las familias no se pueden considerar susceptibles de recibir los beneficios del programa, dado que no han cumplido con su criterio básico de responsabilidad para el componente de salud. Las familias consideradas en el Padrón de beneficiarios no se pueden considerar "atendidas" ya que para considerarse en ese rubro debe cumplir con la responsabilidad en las unidades de salud, para que se certifique su formato S1-CRUS. las familias se pueden considerar atendidas hasta el momento que las unidades de salud las conocen y certifican su formato S1-CRUS.

IV. Seguimiento a los aspectos susceptibles de mejora

Evaluaciones realizadas anteriormente

Los Servicios de Salud de Chihuahua, en coordinación con la Unidad Técnica de Evaluación de la Secretaría de Hacienda del Estado de Chihuahua, realizó una Evaluación Específica del Desempeño del Programa Oportunidades de 2014 a cargo de Integram Administración y Finanzas. S.A. de C.V; se derivaron 13 aspectos susceptibles de mejora (ASM) asociados a seis temas de evaluación (Cuadro 4.1).

Cuadro 4.1
Temas de evaluación y ASM, 2014

Tema evaluado	Número de aspectos
Características del Programa que opera con recursos federales transferidos	3
Planeación Estratégica	2
Variación de la Cobertura de Atención	3
Operación del Programa	1
Avance en el cumplimiento de resultados	2
Ejercicio de los Recursos	2
Total	13

Fuente: elaboración propia con base en el seguimiento de ASM, 2014

Cumplimiento de los aspectos susceptibles de mejora identificados en evaluaciones anteriores

El Ente público operador del programa entregó documentación en la carpeta “19. Aspectos Susceptibles de Mejora” (ASM); evidencia suficiente para realizar el análisis del avance sobre su atención.⁷

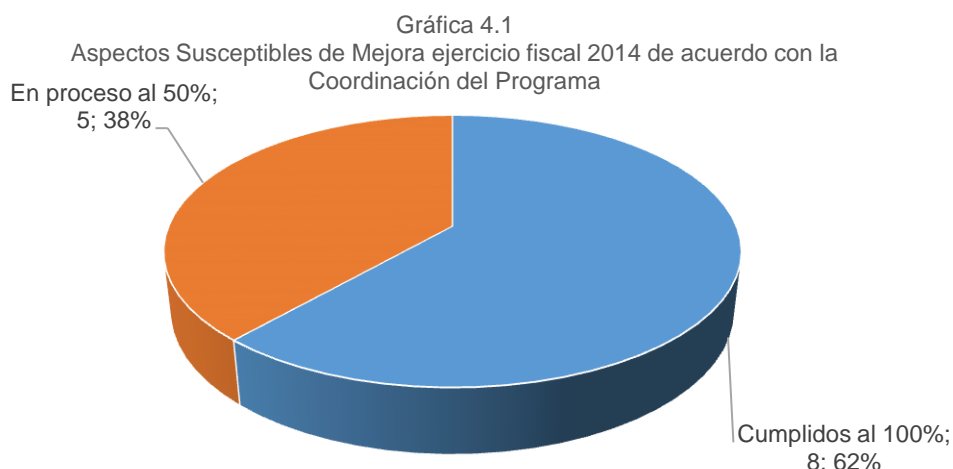
⁷ Para realizar el análisis del avance sobre la atención de los ASM, se revisaron todos los documentos recibidos:

- Formato SH-ASM1 Documento de trabajo con evidencia documental de los reportes de trabajo que se han entregado a la Secretaría de Hacienda del Estado sobre las acciones realizadas para atender los ASM, comprometidas a cumplirse el 30 de septiembre de 2016.
- Formato SH-ASM2 Reporte de seguimientos. Se han generado tres informes formales de seguimiento a la Secretaría de Hacienda del Estado: el primero, el 10 de mayo de 2016; el segundo, el 31 de mayo de 2016; y, el último, sin oficio de respaldo de entregado, por lo que no se puede identificar la fecha del documento.
- Formato SH-ASM3 PMG. Que integra los ASM asociados al Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) 2013, y los del componente de salud de PROSPERA de 2014.
- Nota informativa y anexos. Con información complementaria relacionada con los numerales de las Reglas de Operación del Programa PROSPERA que le aplican al componente de salud, la difusión de los resultados de la evaluación, y los documentos que se pueden utilizar para analizar el avance del cumplimiento de los ASM.

Asimismo, se recibió información complementaria en los archivos Soporte SH-ASM-1_2_3_4_5_8_10; Soporte SH-ASM 6; Soporte SH-ASM 7; Soporte SH-ASM 9; Soporte SH-ASM 11; Soporte SH-ASM 12 y Soporte SH-ASM 13

En el análisis de las acciones realizadas por el Ente Público se consideraron los tres informes de seguimiento disponibles; permiten sustentar las diferentes etapas que se han realizado para avanzar en el cumplimiento de los compromisos asumidos en los ASM, así como los documentos soporte relacionados con cada uno de los ASM.⁸

De acuerdo con el seguimiento de los ASM se han cumplido al 100 por ciento, ocho de los trece aspectos referidos; cinco están en proceso, relacionados, principalmente, con las características del Programa, la planeación estratégica y el cumplimiento de resultados (Gráfica 4.1) (CHIH, EDO.).



Fuente: Elaboración propia con base en ASM Avances y observaciones (Anexo 5).

Los cinco aspectos calificados con avance del 50 por ciento están asociados con la modificación de la MIR; en el documento denominado Soporte SH-ASM 1_2_3_4_5_8_10 Formato “Datos del programa presupuestario 5232916 Prospera 2016, se especifica que “la MIR fue actualizada en septiembre de 2016, y se incrementó a dos componentes y dos actividades y se ajustó la redacción de FIN”, la cual fue validada por la Subdirección de Evaluación de los Servicios de Salud de Chihuahua. La MIR 2016 que se entregó como soporte al avance del cumplimiento de las acciones comprometidas en los ASM, efectivamente, cuenta con dos componentes y dos actividades, pero, además del cambio en la redacción del FIN también tiene un ajuste de uno a dos indicadores para este nivel (CHIH, EDOa). En este mismo reporte se

⁸ Para un análisis detallado del seguimiento y estatus de los ASM derivados de evaluaciones anteriores, como lo piden los TDR (pág. 13) se elaboró la tabla Anexo III-1 Aspectos Susceptibles de Mejora. Avances y observaciones, que se muestra en la sección de Anexos.

manifiesta que para alcanzar el 100 por ciento de avance es necesario “llevar a cabo una reunión con el personal adscrito a los departamentos de Programación Orientada a Resultados y Planeación Estratégica y Evaluación de la Coordinación PBR/SED de la Secretaría de Hacienda para llevar a cabo el acompañamiento en la elaboración final de los documentos para 2017”; estas acciones están pendientes de cumplirse (CHIH, EDO.).

En el caso de los aspectos relacionados con: i) el cumplimiento de metas físicas; ii) financieras (ejercicio del presupuesto); iii) la ampliación de la cobertura del Programa; iv) el seguimiento de la cobertura del programa con informes de monitoreo del Programa; v) la elaboración del Manual de Procedimientos para mejorar la eficacia y eficiencia; y, vi) los mecanismos pertinentes para la cuantificación, control y monitoreo de la población atendida, el avance registrado por el estado es del 100 por ciento (CHIH, EDOa). De la revisión de la evidencia documental enviada para atender estos aspectos de mejora, se considera que, en dos de las recomendaciones con avance original de 100 por ciento, no se cuenta con los elementos comprometidos en los documentos de avance de las ASM para sustentar el avance en la atención de las recomendaciones.

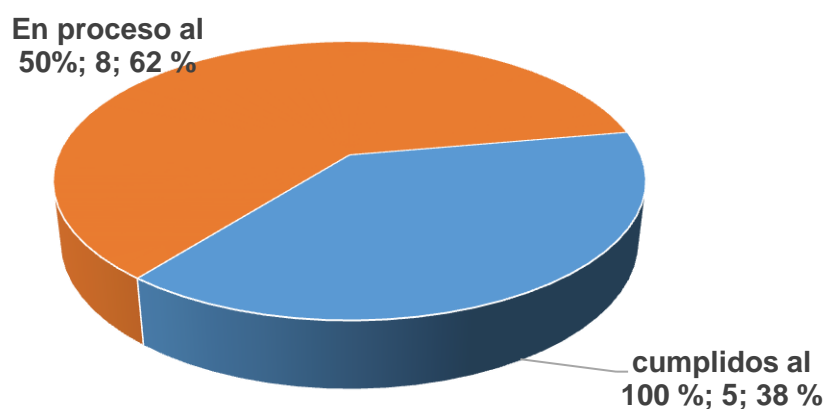
Para los aspectos de mejora asociados a rediseñar los árboles del problema y el de objetivos, así como replantear el análisis de la focalización de la población objetivo y adecuar las definiciones de población atendida, objetivo y potencial, en el tercer informe de seguimiento se registró un avance del 100 por ciento, de las que se cuenta con la evidencia correspondiente, confirmando que se han realizado el 100 por ciento de las acciones comprometidas (CHIH. EDOb).

Es de hacerse notar que para estos mismos ASM en los reportes de los dos primeros informes de seguimiento, se informa como justificación por la que no se había alcanzado el 100 por ciento de avance que la Matriz de Indicadores para Resultados se encuentra en diseño, y esta acción no corresponde con las acciones comprometidas por la Coordinación; con lo anterior se identifica que existe confusión entre los elementos y procesos que integran la MIR. Se recomienda que los operadores del programa presupuestario y de los departamentos de la Coordinación PBR/SED de la Secretaría de Hacienda del estado que participan en el uso y seguimiento de la aplicación de la Metodología de Marco Lógico para la implementación del Modelo de Gestión Basado en Resultados reciban capacitación (CHIH, EDOc).

Se observa que, si bien el Ente Público operador del programa se comprometió con la atención de todos los Aspectos Susceptibles de Mejora, la evidencia recibida no necesariamente está relacionada con las

recomendaciones derivadas de la evaluación de 2014 y/o con las actividades determinadas para atenderlos; se considera que sólo cinco de las recomendaciones se han cumplido; ASM 1, 7, 8, 9 y 12; las otras ocho; ASM 2, 3, 4, 5, 6, 10, 11 y 13, están pendientes de atención (Gráfica 4.2).

Grafica 4.2
Aspectos Susceptibles de Mejora ejercicio fiscal 2014



Fuente: Elaboración propia con base en ASM Avances y observaciones (Anexo 5).

En el Anexo III-1 se especifica para cada uno de los ASM los avances que se han logrado y las observaciones correspondientes.

V. Presupuesto

El Programa PROSPERA en su componente de salud, recibe como fuente de financiamiento los recursos que le proporciona la Secretaría de Salud federal, a través de transferencias electrónicas; de forma previa a la entrega de recursos se realiza un “*Convenio Específico de Colaboración en materia de transferencia de recursos para la ejecución de acciones de PROSPERA Programa de Inclusión Social*, que establece los mecanismos para el cumplimiento, ejercicio y comprobación de los recursos.⁹ Los recursos se transfieren a través de ministraciones calendarizadas hasta alcanzar el total de los recursos asignados.

En la evolución del presupuesto autorizado se presentó un incremento de 2014 a 2015 de 171,026 pesos.¹⁰ De 2015 a 2016 un descenso de 5,454,000 pesos. A través de convenios modificatorios (Presupuesto modificado), se incrementaron los montos originales en 2014 por 1,799,616 pesos; en 2015 por 448,557 pesos; en 2016 por 8,659,877 pesos más al presupuesto original (RS). Respecto al gasto (Presupuesto Ejercido) se ha visto incrementado considerablemente en el periodo señalado entre 2014 y 2015 creció 10,292,745 pesos; y de 2015 a 2016 creció 16,415,268 pesos (Cuadro 5.1) y (Gráfica 5.1) (RS). Aun cuando ha mejorado la eficacia en el ejercicio del gasto, sigue siendo deficiente, ya que se trata de un programa social en el que el déficit en el ejercicio del gasto podría representar la existencia de familias que no reciben el beneficio que el Programa proporciona.

Cuadro 5.1

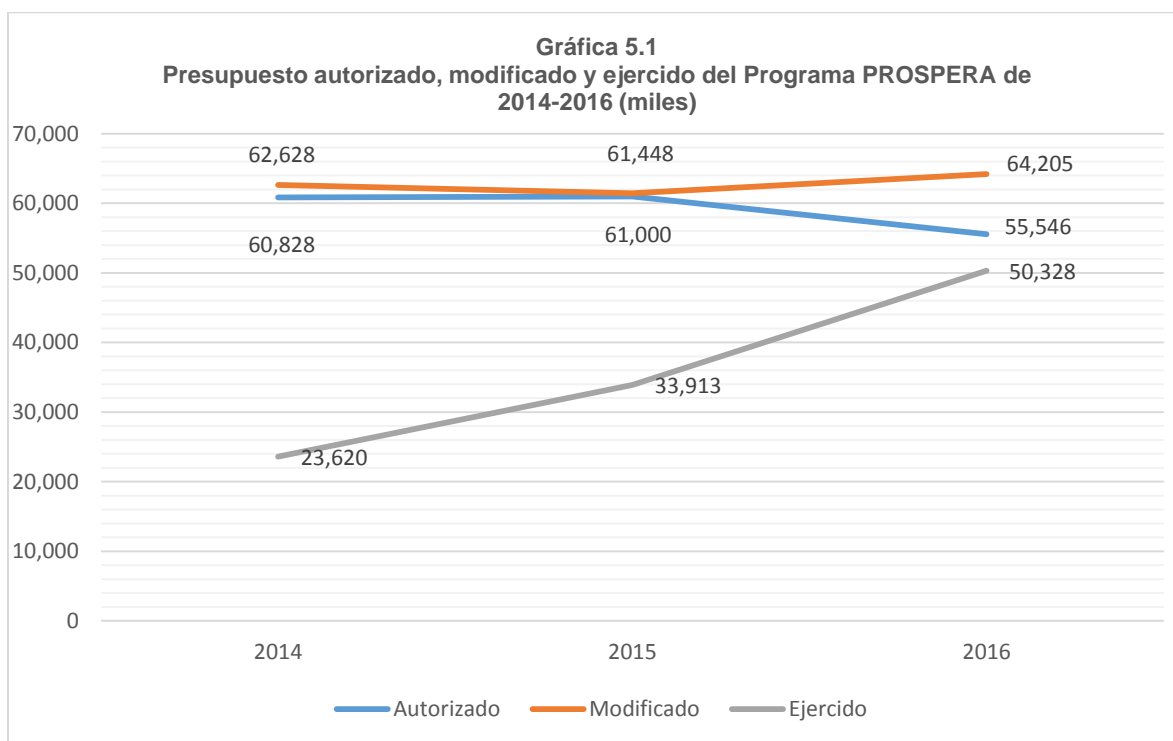
Presupuesto autorizado, modificado y ejercido del Programa PROSPERA de 2014-2016 (pesos)

Año	Autorizado	Modificado	Ejercido	Eficacia presupuestaria
2014 ⁸	60,828,974	62,628,590	23,620,348	37.7 %
2015	61,000,000	61,448,757	33,913,093	55.2 %
2016	55,546,000	64,205,877	50,328,361	78.4 %

Fuente: RS, PROSPERA. REPORTE DE SEGUIMIENTO DEL POA, CIERRE ANUAL. Chihuahua: SSC-PROSPERA, 2014-2016

⁹ El Convenio Específico de Colaboración en materia de transferencia de recursos para la ejecución de acciones de PROSPERA Programa de Inclusión Social, Componente Salud, que celebran la Secretaría de Salud y el Estado de CHIHUAHUA de 2015, se consiguió en una búsqueda intencionada en Internet, se obtuvo: <http://www.ssch.gob.mx/rendicionCuentas/archivos/CONV.%20ESPEC.%20DE%20COLAB.%202015%20DE%20LA%20SECRETARIA%20DE%20SALUD.pdf>, visitada el día 19/10/17

¹⁰ Para la cifra correspondiente al presupuesto 2014, se realizó una búsqueda intencionada del convenio de colaboración de ese año, obtenido de: http://www.dof.gob.mx/nota_to_doc.php?codnota=5348679, visitada el día 19/10/17



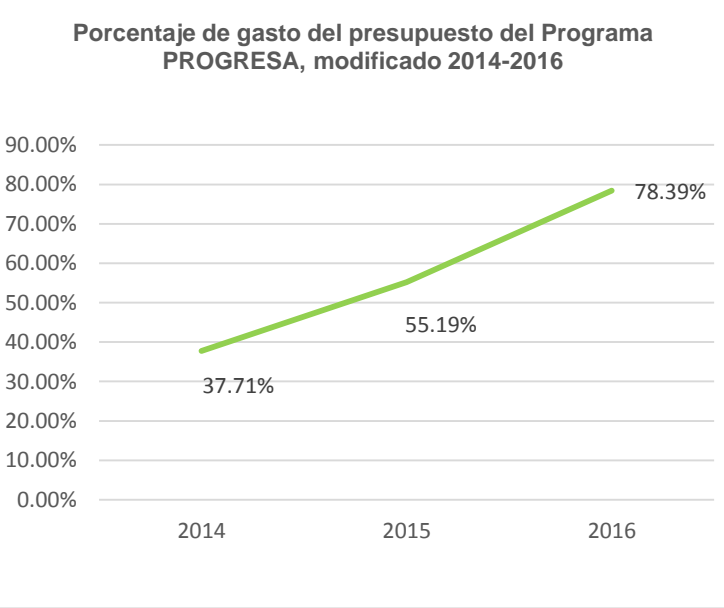
Fuentes: SEDESOL. «Diario Oficial de la Federación.» 13 de 06 de 2013. *Convenio Específico de Colaboración en materia de transferencia de recursos para la ejecución de acciones de PROSPERA Programa de Inclusión Social, Componente Salud, que celebran la Secretaría de Salud y el Estado de CHIHUAHUA de 2014.* http://www.dof.gob.mx/nota_to_doc.php?codnota=5348679. 19 de 10 de 2017.
RS, PROSPERA. *REPORTE DE SEGUIMIENTO DEL POA, CIERRE ANUAL. Chihuahua: SSC-PROSPERA, 2014-2016.*

El análisis anterior mostró que hay una cantidad de recursos que no fueron ejercidos en 2014 y 2015; y que el gasto se incrementó para 2016.

Porcentaje del gasto

Cuadro 5.2

Determinación del porcentaje que se gastó del Programa PROGRESA, respecto del presupuesto modificado, 2014 a 2016

Fórmula empleada	Resultados								
$\text{Porcentaje del gasto} = \frac{\text{Gasto del Programa}}{\text{Presupuesto Modificado}} \times 100$	<p style="text-align: center;">Porcentaje de gasto del presupuesto del Programa PROGRESA, modificado 2014-2016</p>  <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>Año</th> <th>Porcentaje de Gasto</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2014</td> <td>37.71%</td> </tr> <tr> <td>2015</td> <td>55.19%</td> </tr> <tr> <td>2016</td> <td>78.39%</td> </tr> </tbody> </table>	Año	Porcentaje de Gasto	2014	37.71%	2015	55.19%	2016	78.39%
Año	Porcentaje de Gasto								
2014	37.71%								
2015	55.19%								
2016	78.39%								

Fuente: RS, PROSPERA. REPORTE DE SEGUIMIENTO DEL POA, CIERRE ANUAL. Chihuahua: SSC-PROSPERA, 2014-2016.

De la información presentada se establece que el Programa ha sido más eficiente en el gasto de los recursos; el porcentaje de gasto se incrementó 23.20 puntos porcentuales que se relaciona con el indicador de la Actividad del Programa respecto de los resultados entre 2015 y 2016 con un valor de 0.61 por ciento que significó un incremento en el número de consultas que registró en 2015 un total de 439,044 a 2016 con un total de 441,752. (RS MIR)

Costo-Efectividad

La fórmula para determinar el costo-efectividad utiliza información relacionada con la población atendida y objetivo, el presupuesto autorizado y el gasto realizado (Cuadro 5.3).

Cuadro 5.3

Determinación del índice de costo-efectividad del Programa 2016

Fórmula empleada	Resultados					
$\text{Costo Efectividad*} = \frac{\frac{\text{Presupuesto Autorizado}}{\text{Población Objetivo}}}{\frac{\text{Gasto del Programa}}{\text{Población Atendida}}}$	55,546,000					
	----- = 781.337					
	71,091					
	----- = 1.136					
	50,328,361					
	----- = 687.781					
	73,175 ¹¹					
Escala de determinación de costo-efectividad del Programa						
Rechazable	Débil	Aceptable	Costo-Efectividad Esperado	Aceptable	Débil	Rechazable
0	0.49	0.735	1	1.265	1.51	2

Fuente: RS, PROSPERA. REPORTE DE SEGUIMIENTO DEL POA, CIERRE ANUAL. Chihuahua: SSC-PROSPERA, 2014-2016.

La aplicación de la fórmula de costo-efectividad indica que el Programa está en un rango aceptable, es decir, el costo de atención por persona se ubica en un rango de cumplimiento adecuado y se traduce en que los beneficiarios del Programa han sido atendidos e incluso se presenta un incremento en las personas atendidas, por lo que establece que esta población cumplió con el requisito de asistir a los servicios médicos por lo que son acreedores a recibir otro tipo de apoyos.

Una vez realizado el análisis del indicador y posterior a observar que el costo efectividad está en un rango aceptable, se comparó la población objetivo y la población atendida mostrando un incremento en la atención del orden del 2.93 por ciento.

¹¹ Se identificó que en los documentos entregados por el Programa no se menciona una población atendida, sin embargo, al analizar el documento de cierre del ejercicio 2016 del POA, se identificó la población que recibió las acciones del Programa, en la sección de metas de beneficiarios y avance acumulado, relacionado con las **Acciones Integradas en el paquete básico garantizado de salud otorgadas**.



VI. Enfoque Social

El componente de salud de Prospera Programa de Inclusión Social está incluido en la normatividad de sus Reglas de Operación que se publican cada año en el Diario Oficial de la Federación por la Secretaría de Desarrollo Social del gobierno de la República, con el visto bueno de los integrantes del Consejo del Programa conformado por los titulares de las dependencias del Ejecutivo Federal de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, la Secretaría de Desarrollo Social, la Secretaría de Economía, la Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación, la Secretaría de Educación Pública, la Secretaría de Salud, la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, la Coordinación Nacional de PROSPERA Programa de Inclusión Social y el Instituto Mexicano del Seguro Social. El Programa también cuenta con Lineamientos Operativos aprobados en el seno del Comité Técnico de la Coordinación Nacional con lo que se les da carácter de documento normativo que aplica a todo el país.

Esto implica que el Ente Público operador del programa no es el responsable de la determinación del contenido de la normatividad ni de su publicación. Sin embargo, las Reglas y los Lineamientos Operativos son la fuente para dar respuesta a los puntos solicitados en los Términos de Referencia para este tema (SEDESOLa) (SEDESOL-ROP).

En la operación del Prospera Programa de Inclusión Social participan los tres niveles de gobierno, a través de diferentes dependencias que se coordinan en los órganos de apoyo denominados comités técnicos por nivel de gobierno, con la representación de las dependencias federales, estatales y, en su caso, municipales. Para el componente de salud los gobiernos de las entidades federativas y las delegaciones del IMSS son responsables de operar y otorgar los servicios de atención a la salud de la población de acuerdo con su ámbito de responsabilidad y normativa aplicable.

Con el propósito de facilitar la descripción sobre las actividades que se realizan para la integración, depuración y actualización del padrón de beneficiarios, es necesario homogenizar algunos términos relativos al instrumento denominado padrón; estas definiciones se describen en el Glosario de las Reglas de Operación.

Familias beneficiarias.- Son hogares incorporados al Programa que, por el cumplimiento de sus corresponsabilidades, reciben los beneficios del Programa.

Familias incorporadas.- Son las familias que cumplen con los criterios de selección para ser beneficiarias y que ha sido validada por los servicios de salud y de educación, la capacidad para ser atendidas.

Familias atendidas en salud.- Son familias beneficiarias a quienes se les programó visita a los servicios de salud y asistieron. Una vez que la Coordinación Nacional del Programa integra el cumplimiento de corresponsabilidades genera el apoyo económico para la familia.

Formato Ficha de Atención.- Formato emitido por PROSPERA Programa de Inclusión Social, en el cual el personal operativo del programa registra las solicitudes de actualización de los datos de las familias, que tramitan los y las titulares. El personal operativo entrega al o a la titular el acuse de la solicitud del trámite.

Formato Notificación de la Incorporación.- Formato por medio del cual, la Coordinación Nacional de PROSPERA Programa de Inclusión Social, le notifica a la familia que, con base a la evaluación de la información que proporcionó sobre las características de su vivienda y de las condiciones socioeconómicas y demográficas de su hogar, es elegible para ser beneficiaria del Programa.

Formato S1.- Formato emitido por PROSPERA Programa de Inclusión Social, que se entrega a las unidades de salud rurales, para que registren la calendarización de las citas médicas y talleres de capacitación para el autocuidado de la salud, para cada uno de las y los integrantes de las familias beneficiarias. El formato es llenado por el personal de la unidad de salud.

Formato S1-U.- Formato emitido por PROSPERA Programa de Inclusión Social, que se entrega a las unidades de salud urbanas, para que registren la calendarización de las citas médicas y talleres de capacitación para el autocuidado de la salud, para cada uno de las y los integrantes de las familias beneficiarias. El formato es llenado por el personal de la unidad de salud.

Formato S1/CRUS.- Formato emitido por PROSPERA Programa de Inclusión Social, que se entrega a las titulares beneficiarias de nueva incorporación, para que acudan a la unidad de salud rural a registrarse y le sean programadas sus citas médicas y talleres de capacitación para el autocuidado de la salud. El formato es llenado por el personal de la unidad de salud.

Formato S1/CRUS-U.- Formato emitido por PROSPERA Programa de Inclusión Social, que se entrega a las titulares beneficiarias de nueva incorporación, para que acudan a la unidad de salud urbana a registrarse y le sean programadas sus citas médicas y talleres de capacitación para el autocuidado de la salud. El formato es llenado por el personal de la unidad de salud.

Formato S2.- Formato emitido por PROSPERA, Programa de Inclusión Social, que se entrega en las unidades de salud, que operan con el modelo de atención rural para que se registre el incumplimiento de corresponsabilidad de las familias beneficiarias a los servicios de salud. El formato es llenado por el personal de la unidad de salud. Una vez certificados los formatos, el sector salud a nivel estatal los recupera y entrega a las Delegaciones Estatales de PROSPERA, Programa de Inclusión Social.

Formato S2-U.- Formato emitido por PROSPERA, Programa de Inclusión Social, que se entrega en las unidades de salud que operan con el modelo de atención urbano, para que se registre el incumplimiento de corresponsabilidad de las familias beneficiarias a los servicios de salud. El formato es llenado por el personal de la unidad de salud. Una vez

certificados los formatos, el sector salud a nivel estatal los recupera y entrega a las Delegaciones Estatales de PROSPERA, Programa de Inclusión Social.

Padrón.- Conjunto de familias beneficiarias que abarca el padrón activo de Beneficiarios y el padrón base.

Padrón Activo de Beneficiarios.- Familias incorporadas que por el cumplimiento se mantienen en el padrón de beneficiarios del Programa recibiendo los apoyos monetarios.

Padrón Base.- Universo de familias que resultaron elegibles al evaluar sus condiciones socioeconómicas, susceptibles de incorporarse al Programa conforme a los espacios disponibles, a los procedimientos establecidos y al techo presupuestario autorizado.

PUB: Padrón Único de Beneficiarios.- Base de datos que contiene la información de todos los padrones de beneficiarios de todos los Programas de Desarrollo Social. Administrado por la Secretaría de Desarrollo Social, por medio de la Dirección General de Geo estadística y Padrones de Beneficiarios (SEDESOL).

Las Reglas de Operación contienen los procesos de planeación; criterios y requisitos de elegibilidad; selección de beneficiarios y mantenimiento de padrón; operativos; tipos y entrega de apoyos; derechos, corresponsabilidades, compromisos, suspensiones y bajas de las familias beneficiarias; seguimiento y evaluación, y, contraloría social, así como las responsabilidades que corresponden a cada instancia participante según sus atribuciones. De acuerdo con las Reglas de Operación, [...]

Las instituciones de salud en las entidades federativas, a través de los programas regulares del sector y con la participación que corresponda al Gobierno Federal y de acuerdo a los recursos presupuestarios disponibles, aplicarán una estrategia para reforzar la oferta de servicios de salud en las unidades de salud el primer nivel de atención en las que opera el Programa, así como para fortalecer la infraestructura de salud, favoreciendo un trato digno y de calidad a las y los usuarios, con base en programas de cada institución (SEDESOL).

La selección de beneficiarios del Programa está a cargo de la Coordinación Nacional que cuenta con una metodología de focalización para la identificación y permanencia de los hogares, que se basa en la información que las familias responden sobre sus condiciones socioeconómicas y demográficas.¹² Las familias elegibles para ingresar o reingresar al Programa son aquellas cuyo ingreso mensual per cápita estimado es menor a la Línea de Bienestar Mínimo ajustada.

La incorporación de familias al Esquema de Apoyos con Corresponsabilidad, está sujeto a “[...] contar con acceso a los servicios básicos de salud, así como, tener la capacidad de atención y accesibilidad a los

¹² La Coordinación Nacional de Prospera Programa de Inclusión Social es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Desarrollo Social del Gobierno de la República.

servicios de primaria y secundaria que permita operar en forma integral los componentes del Programa a nivel de localidad, AGEB y/o colonia” (SEDESOLa). Por lo anterior, el componente de salud opera únicamente en el Esquema de Apoyos con Corresponsabilidad del Programa; la responsabilidad de la Coordinación para la incorporación de familias al Programa es verificar si las unidades de salud de los Servicios de Salud de Chihuahua tienen capacidad de atención y accesibilidad para otorgar los servicios básicos de salud a nuevas familias, y no tiene atribuciones para la selección de beneficiarios.

El Sector Salud implementó en las unidades de salud que participan en PROSPERA Social, un modelo de operación para zonas rurales y para zonas urbanas considerando que las características de las localidades y la dinámica poblacional es diferente. De acuerdo con las Reglas de Operación los apoyos que se otorgan en el componente de salud son en especie y están vinculados a tres estrategias:

La primera, se refiere a proporcionar en unidades médicas del primer nivel de atención, de manera gratuita el Paquete Básico Garantizado de Salud, que puede llegar a abarcar hasta 27 intervenciones de salud pública del CAUSES incluyendo medicamentos, con base en las Cartillas Nacionales de Salud, de acuerdo con la edad, sexo y evento de vida de cada persona. Para otorgar el Paquete se programan consultas periódicas gratuitas para cada integrante de la familia en el documento Citas para la familia (rural y urbana), y se da **seguimiento** a su cumplimiento en los formatos S1 y S1U.

La segunda, considera promover la mejor nutrición de la población beneficiaria en especial para prevenir y atender la mala nutrición (desnutrición y obesidad) se programan consultas médicas y se realiza valoración y seguimiento del estado de nutrición, de los niños y niñas desde la etapa de gestación, así como de la entrega de suplementos alimenticios a niños y niñas de entre 6 y 59 meses de edad, mujeres embarazadas y en periodo de lactancia, estas últimas hasta por un año y del control de los casos de desnutrición.

De forma complementaria, la tercera establece “Fomentar y mejorar el autocuidado de la salud de las familias beneficiarias y de la comunidad mediante la comunicación educativa en salud, priorizando la educación alimentaria nutricional, la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y el apego a los tratamientos de pacientes crónicos” (SEDESOL).

Los temas educativos están organizados con un enfoque de Determinantes Sociales de Salud (DDS), por lo que los temas que se otorgan por unidad médica pueden variar dependiendo de la situación epidemiológica de riesgo o estacional de la región. En total se tiene una oferta de 49 subtemas, que incluyen temas de

interés asociados a los riesgos en salud de los jóvenes, los cuales pueden optar por tomar los talleres en línea.

Adicionalmente, durante la consulta, el equipo de salud otorga mensajes educativos para la salud, de información y orientación relacionados con el motivo de la consulta, promoviendo el autocuidado de la salud.

Asimismo, las familias beneficiarias asignadas al Esquema de Corresponsabilidades, deben cumplir con las siguientes corresponsabilidades en el componente de salud para el logro de los objetivos del Programa y para que reciban sus apoyos monetarios:

- Registrarse oportunamente en la unidad de salud que les sea asignada al momento de incorporarse o cuando se les reasigne una unidad de salud.
- Todas las personas integrantes de la familia beneficiaria deben asistir a sus citas programadas en los servicios de salud, incluyendo los adultos mayores.
- Participar en los Talleres Comunitarios para el autocuidado de la salud, de acuerdo al modelo rural o urbano (4 en Modelo Urbano y 6 en el Modelo Rural) del componente de salud que reciba la familia, preferentemente por parte del o la integrante de la familia beneficiaria de 15 hasta 60 años de edad que sea citado (a). Los talleres de estimulación temprana se otorgarán preferentemente a las madres y padres o cuidadores de los niños menores de cinco años. Se eximirá del cumplimiento de esta corresponsabilidad a los y las integrantes de la familia beneficiaria que presenten, en la unidad de salud a la que están asignados (as), un certificado médico expedido por el sector salud que haga constar que padecen de algún tipo de discapacidad que impida su asistencia a los talleres comunitarios.
- Si algún integrante de la familia cumple con una de las siguientes acciones, se podrá considerar como válida para certificar el cumplimiento de su asistencia al siguiente Taller programado.

Acciones para el cumplimiento de corresponsabilidades de salud:

- ✓ Niño o niña menor de 5 años con mala nutrición (desnutrición o sobrepeso-obesidad) que se recupera.
- ✓ Niño o niña de 5 años recuperado de anemia con base en los niveles de hemoglobina.
- ✓ Niño o niña menor de 5 años con prueba de Evaluación del Desarrollo Infantil aplicada.
- ✓ Diabético (a) o hipertenso (a) que se mantiene 6 meses en control y con parámetros normales según la NOM correspondiente.
- ✓ Mujer con vida sexual activa que inicia un método de planificación familiar de mayor continuidad (Dispositivo Intrauterino, DIU; Implante subdérmico; Oclusión Tubaria Bilateral, OTB).
- ✓ Mujer con vida sexual activa que se realice Papanicolaou.
- ✓ Mujer que se realice Exploración de Mama en la Unidad de Salud.
- ✓ Hombre con vida sexual activa que se realiza la vasectomía.
- ✓ Hombre que se realiza la detección de cáncer de próstata.
- ✓ Embarazada que acude a su primer control prenatal en el primer trimestre de gestación

- ✓ Embarazada que acuda por lo menos a 5 consultas prenatales y la atención institucional del parto.
- ✓ Embarazada con mala nutrición (desnutrición o sobrepeso-obesidad) que se recupera durante la gestación.
- ✓ Persona Adulta o joven con mala nutrición (desnutrición o sobrepeso-obesidad) que se recupera.
- ✓ Adolescente que participa en las sesiones informativas y/o recreativas establecidas por el Grupo de Adolescentes Promotores de Salud (GAPS) con una asistencia bimestral.
- En el caso del modelo rural, en ausencia de acciones obligatorias de salud en el bimestre, la certificación se realizará con la asistencia del o la integrante citado (a) de 15 a 60 años a la sesión del taller comunitario programado para el autocuidado de la salud.
- Y para el caso del modelo rural y urbano la participación del algún miembro de la familia en acciones comunitarias emprendidas por el personal de salud, por ejemplo, en caso de brotes epidemiológicos en la localidad (influenza, dengue, diarreas, etcétera).
- La participación de un miembro de la familia en otros cursos y/o talleres de capacitación a voluntarios organizados por el personal de salud.
- La participación de los becarios de educación media superior como Tutor (a) Comunitario (a) de Verano en el programa del CONAFE, podrá ser considerada como válida para certificar el cumplimiento de asistencia a los talleres comunitarios para el autocuidado de la salud del siguiente ciclo escolar.
- Los becarios de Educación Media Superior podrán optar por cumplir con su corresponsabilidad mediante el taller en línea a través de la página de internet: <http://saludxmi.seguro-popular.gob.mx/>, en el marco de los temas de Capacitación para el Autocuidado de la Salud.
- Las acciones de salud de la persona adulta mayor preferentemente deberán programarse en los meses de mayo-junio y noviembre-diciembre, es decir, en el último bimestre del semestre a certificar (SEDESOL).

Al seguimiento del cumplimiento de las acciones de corresponsabilidad en salud a las que se comprometen las familias se le denomina certificación del cumplimiento de la corresponsabilidad, y es responsabilidad del personal de salud de las unidades donde se atiende a las familias beneficiarias. Se identifican los siguientes momentos en los que se realiza la certificación:

1. Registro en las unidades de salud. La Coordinación Nacional del Programa elabora los formatos de registro de la familia beneficiaria a la unidad de salud (S1 y S1U), carnets de asistencia de las y los jóvenes de educación media superior a los talleres de capacitación para el autocuidado de la salud.

Las nuevas familias reciben el formato de Constancia de Registro a la Unidad de Salud (S1/CRUS o S1/CRUS U), con el que asistirán para su registro como familia beneficiaria del Programa a la unidad que les fue asignada o con el equipo de salud itinerante o brigada de salud que atienda la localidad.

Al registrarse recibirá el documento "Citas para la familia" con la programación de citas de cada integrante y de los talleres de capacitación para el autocuidado de la salud y el formato S1/CRUS o

S1/CRUS U sellado y firmado por el personal de salud para que lo devuelva al personal de la Coordinación Nacional del Programa como constancia de que se registró en la unidad de salud.

2. Registro de cumplimiento de las corresponsabilidades. En el formato S1 y S1U están detallados los datos de los integrantes de la familia que deben cumplir con sus corresponsabilidades, y sirve de apoyo para que el personal de salud registre la programación de consultas y talleres, y la asistencia a los mismos.
3. Certificación del cumplimiento de corresponsabilidades a los servicios de salud. La delegación estatal de Prospera entrega bimestralmente a la Coordinación Estatal del Componente de Salud los formatos para la “certificación de asistencia de las familias beneficiarias” (S2 y S2 U) donde el personal de salud de las unidades donde se atiende población beneficiaria del Programa registrará, únicamente, las familias que no cumplieron con las acciones de salud que estaban programadas durante el bimestre al que corresponda. Esta modalidad existe en versión impresa y en versión electrónica.

Además de los apoyos del componente de salud ya descritos, las y los titulares de las familias reciben apoyos económicos por subsidio que entrega directamente la Coordinación Nacional de acuerdo con el cumplimiento de sus corresponsabilidades. Aquellas familias que todos los integrantes cumplieron con las acciones del Componente de Salud reciben los siguientes apoyos dependiendo de su composición familiar: i) Alimentario, ii) Alimentario complementario, iii) Infantil, y, iv) Adultos mayores. Los primeros tres apoyos se suspenden cuando no se cumplió con la consulta programada, de algún integrante, o la asistencia al Taller para el Autocuidado para la Salud, en el caso del apoyo a Adultos mayores, sólo se suspende cuando el adulto mayor no asistió a sus consultas programadas, y no está sujeto a la corresponsabilidad del resto de los integrantes de la familia.

Además de los apoyos y las corresponsabilidades ya descritas, las familias asumen los siguientes **derechos y compromisos** asociados al componente de salud:

Derechos

- Recibir información y orientación clara, sencilla y oportuna sobre la operación del Programa;
- Recibir oportuna y gratuitamente los apoyos y beneficios del Programa;
- Recibir atención oportuna a sus solicitudes, quejas y sugerencias;
- Solicitar a las autoridades del sector salud su afiliación al Seguro Popular conforme lo establecido en la Ley General de Salud y su reglamento;

- Recibir gratuitamente las acciones del Paquete Básico Garantizado de Salud y la ampliación progresiva a las 27 intervenciones de Salud Pública del CAUSES con base en las Cartillas Nacionales de Salud y en lo establecido en estas (sic) Reglas de Operación.
- Recibir gratuita y oportunamente el suplemento alimenticio, considerando el área geográfica, la edad de los niños y niñas de 6 a 59 meses de edad y mujeres embarazadas y en periodo de lactancia, estas últimas hasta por un año.
- Recibir la Cartilla Nacional de Salud correspondiente al grupo de edad y sexo, para cada integrante de la familia beneficiaria.

Compromisos de las familias

- Destinar los apoyos monetarios del componente alimentario al mejoramiento de la alimentación y el estado de nutrición de los integrantes de la familia.
- Destinar los recursos del componente educativo al mejoramiento de la educación de sus hijas e hijos.
- Presentar la Cartilla Nacional de Salud en cada una de sus consultas.
- Participar en las acciones de salud acordadas por la asamblea comunitaria de la localidad, dirigidas al autocuidado de la salud y fomento de los entornos favorables para la salud, sin que éstas sean exclusivas para las familias beneficiarias.
- Es responsabilidad de la madre, padre o de la persona responsable de un niño o niña menor de cinco años, con algún grado de desnutrición, cumplir con la frecuencia de citas que indique el personal de salud, no sólo con el Paquete Garantizado de Servicios de Promoción y Prevención para una mejor salud (www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/cartillas/Manual_Salud_ok.pdf), sino con la Norma Oficial Mexicana para la Atención a la Salud del Niño <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/031ssa29.html>.
- Es responsabilidad de la titular, así como de cualquier integrante mujer de la familia, acudir a valoración cuando tenga planeado embarazarse, e iniciar su control desde el primer trimestre del embarazo, de conformidad con la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio (<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007ssa23.html>).
- En el caso de personas diabéticas o hipertensas, acudir a las citas que indique el personal de salud.
- Recibir y consumir suplementos alimenticios que le son entregados en la unidad de salud de manera bimestral para los niños y niñas de 6 a 59 meses y las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia, estas últimas hasta por un año (SEDESOL-ROP).

En las Reglas de Operación también están establecidas las causas por las cuales las familias pueden ser dadas de Baja del Padrón Activo de Beneficiarios donde la Coordinación Nacional del Programa nuevamente es la responsable. Las causales de baja establecidas en las Reglas de Operación, con las cuales finalizará la emisión de apoyos monetarios, son las siguientes:

- No se pueda comprobar la supervivencia del o la titular beneficiaria.
- Que el o la titular solidaria de la familia beneficiaria no cumple con los compromisos adquiridos con las y los integrantes de dicha familia.

- Que la o el titular beneficiario u otro (a) de los integrantes de una familia, asignada al Esquema de Apoyos con Corresponsabilidad, vendan o canjeen los suplementos alimenticios recibidos del Programa.
- Que la o el titular beneficiario u otro (a) de los integrantes del hogar han presentado documentación falsa o alterada o han pretendido acreditar una situación falsa, para intentar recibir los apoyos monetarios o los de otra familia beneficiaria.
- Que la o el titular beneficiario u otro (a) de los integrantes del hogar han utilizado el nombre del Programa con fines electorales, políticos, de proselitismo religioso o de lucro.
- La familia beneficiaria ya no cumple con los criterios de elegibilidad del Programa como resultado de la evaluación de las condiciones socioeconómicas para determinar su permanencia en el Programa (SEDESOL).
- No pueda comprobarse la veracidad de la certificación del cumplimiento de la corresponsabilidad a los servicios de salud.

El mecanismo de depuración y actualización del padrón de beneficiarios está descrito claramente en las Reglas de Operación y en los Lineamientos operativos del Programa, sin embargo, este mecanismo es responsabilidad exclusiva de la Coordinación Nacional, que ya se ha mencionado es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Desarrollo Social del gobierno de la República; no es posible que la Coordinación estatal presente evidencia para determinar si el mecanismo está sistematizado.

En cuanto a la información proporcionada por la Coordinación que integra el padrón de beneficiarios, se analizó el archivo “Padron_de_S2_Familias Incorporadas por SEDESOL a Prospera Nov-Dic 2016”, y se identificó que contiene las siguientes variables:

- CLUES.- Clave Única de Establecimientos de Salud
- Nombre de la Unidad.- Nombre de la Unidad de la Salud
- JUR.- Número de Jurisdicción Sanitaria
- Jurisdicción.- Nombre de la Jurisdicción Sanitaria
- MPIO.- Clave de Municipio de acuerdo a INEGI
- Municipio.- Nombre del Municipio
- Loc.- Clave de localidad de acuerdo con INEGI
- Localidad.- Nombre de la Localidad
- AGEB.- Área Geo Estadística Básica de acuerdo con INEGI
- Formatos.- Número de formatos S2 impresos
- Familias incorporadas.- Número de familias incorporadas por Unidad de Salud

El archivo, también contiene una tabla general y una tabla por cada jurisdicción sanitaria a nivel de localidad.

El Cuadro 6.1 “Reporte de impresión de formatos S2 bimestre noviembre-diciembre de 2016” resume el total de municipios, localidades, unidades de salud y familias en el Programa por jurisdicción sanitaria. Los formatos S2 donde se relacionan las familias (75,386 de acuerdo con el padrón) los imprime la Coordinación Nacional del Programa y entrega a los Servicios Estatales de Salud para que se registre el incumplimiento de las corresponsabilidades de las familias. La Coordinación Nacional integra lo reportado por familia del cumplimiento de sus corresponsabilidades para con salud y educación y establece y genera los apoyos monetarios (cuadro 6.1).

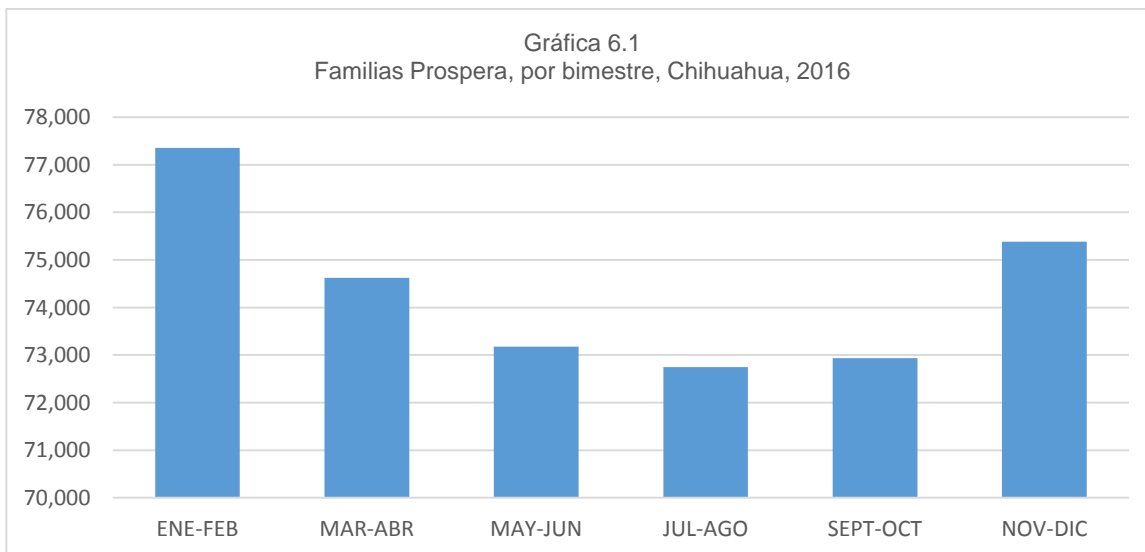
Cuadro 6.1

Reporte de impresión de formatos S2 bimestre noviembre-diciembre de 2016

Jurisdicción	Municipios	Localidades/ AGEB	Unidades	Titulares
Chihuahua	13	936	39	10,597
Juárez	4	1,572	22	22,400
Parral	12	1,007	39	12,535
Cuauhtémoc	9	356	37	5,502
Nuevo Casas Grandes	6	160	15	2,204
Camargo	4	179	13	2,338
Creel	5	373	23	4,989
Témoris	4	473	22	5,023
Ojinaga	3	83	4	510
Gómez Farías	3	85	11	1,062
Guachochi	2	894	20	8,226
TOTAL	65	6,118	245	75,386

Fuente: Coordinación Estatal del Componente de Salud de Prospera Programa de Inclusión Social en Chihuahua. PADRON_DE_S2_FAMILIAS INCORPORADAS POR SEDESOL A PROSPERA NOV-DIC 2016/Concentrado

Se observa que la mayor cantidad de familias y localidades se atienden en las jurisdicciones de Juárez, Parral, Chihuahua y Guachochi.



Fuente: Ente público ejecutor del Componente de Salud de Prospera Programa de Inclusión Social en Chihuahua. PADRON_DE_S2_FAMILIAS INCORPORADAS POR SEDESOL A PROSPERA NOV-DIC 2016/Concentrado

Es importante mencionar que los procedimientos de incorporación y baja del padrón se pueden dar de forma simultánea, lo cual implica que el padrón es dinámico, no estático, y cada bimestre pueden observarse diferentes resultados en el número de familias beneficiarias, y la relación de familias varía lo que se evidencia con el comportamiento que ha tenido el número de familias beneficiarias del Programa en 2016. Se puede observar disminución paulatina del número de familias en el Programa del principio de año hasta el bimestre julio-agosto con un regreso al incremento que no alcanza el número de familias al principio de año.

Las tablas proporcionadas por la Coordinación estatal en el archivo “PADRON_DE_S2_FAMILIAS INCORPORADAS POR SEDESOL A PROSPERA NOV-DIC 2016” no corresponde al padrón de beneficiarios los ejecutores del programa sólo recibe los formatos impresos con los nombres de las titulares de las familias; no cuenta con una versión en archivo electrónico que sea de utilidad para la evaluación. Son tablas que suman el número de familias por localidad y centro de salud de las cuales la Coordinación Nacional del Programa imprime formatos S2 en los cuales espera la confirmación de incumplimiento de la corresponsabilidad para con los servicios de salud.

Adicionalmente, se identificó en la información de la carpeta 25 “Normatividad aplicable” de la evidencia proporcionada para esta evaluación, el oficio de solicitud del padrón de los Servicios de Salud de Chihuahua a la Coordinación Nacional del Programa, para responder la solicitud de Auditoría 677-DS-GF. La Coordinación Nacional responde que ha proporcionado el registro nominal de familias beneficiarias que reciben los apoyos monetarios, pero que de conformidad con los artículos 113 fracción I y último, 117 fracción I de la Ley de Transparencia Acceso a la Información Pública, y Artículo 38 de la Ley de Información Estadística y Geográfica, por los servidores públicos con facultades para conocerlos, están obligados a su protección” razón por la cual el Ente público operador del programa no puede entregar la evidencia sobre el padrón de beneficiarios del Programa; la Coordinación Nacional sólo informa sobre la distribución de familias beneficiarias.

Por tal motivo, se consultó la información complementaria que publica la SEDESOL en la página de internet. Datos incluidos en el Padrón Único de Beneficiarios (PUB) del Programa de Inclusión Social PROSPERA (S072); se identificó un total de 24,768,548 beneficiarios a nivel nacional, y 422,203 beneficiarios en el estado de Chihuahua que recibieron apoyos en el bimestre enero-febrero 2017. De los beneficiarios del estado de Chihuahua debe considerarse que incluye también a los que atiende el IMSS Prospera.

Fuente: <http://pub.sedesol.gob.mx/spp/resumenes/personasFisicas.jsp>

Variables de la base de datos del padrón

NUM.- Número índice consecutivo

CVE ENTIDAD.- Clave de la entidad federativa de acuerdo con INEGI

CVE MUNICIPIO.- Clave del municipio de acuerdo con INEGI

PRIMER APELLIDO.- Primer Apellido del beneficiario

SEGUNDO APELLIDO.- Segundo Apellido del beneficiario

NOMBRE.- Nombre del beneficiario

IMPORTE BENEFICIO.- Monto del apoyo económico que recibió el beneficiario

En relación con la existencia de un *mecanismo o proceso para medir la percepción de los beneficiarios que permita conocer si existe avance en la atención del problema o necesidad para el cual fue creado el programa*, se revisó la información proporcionada por los SSCH (operador del Programa) en la carpeta: 26. “Mecanismo o proceso para conocer la percepción de los beneficiarios” que contiene dos archivos:

- Lineamientos operativos del Sistema de Monitoreo para la Gestión de la Calidad, primer nivel
- Trato digno Resultados 2016

La iniciativa de instrumentar un Sistema de Monitoreo de la Calidad surge en el marco de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, con el objetivo de proporcionar a los pacientes trato digno y atención médica efectiva, ética, y segura como elementos que configuran la calidad de la atención; se definieron criterios sectoriales para estandarizar el monitoreo de los indicadores que permitiría generar evidencias de resultado sobre las mejoras de la calidad en los servicios de salud del país.

Otro de los objetivos, es el de incorporar a la población en la promoción de la calidad como sujeto activo del proceso de cambio, para motivar y reconocer los esfuerzos institucionales de la mejora continua y validar los resultados alcanzados como un mecanismo que contribuya a la rendición de cuentas y a dar transparencia del esfuerzo colectivo entre instituciones y ciudadanía.

En el Sistema de Monitoreo de la Calidad se clasifican las responsabilidades en su operación para las instituciones del sector con la representación de sus titulares estatales, un Comité Técnico Estatal de Calidad y las jurisdicciones sanitarias de la Secretaría de Salud. A nivel operativo están las unidades médicas, tanto de primero como de segundo niveles de atención.

El Sistema agrupa los indicadores en Trato Digno, Organización de Servicios, Atención Médica Efectiva y Estructura del Sistema; algunos de sus indicadores aplican tanto en unidades médicas del primer nivel de atención como en hospitales (Cuadro 6.2).

Cuadro 6.2.
Mapa de los 50 Indicadores

Tema	Primer Nivel	Hospitales	Ambos
Trato digno	1. Surtimiento de Recetas 2. Relación citas – fichas	12. Tiempo de espera para recibir atención de urgencias 13. Diferimiento quirúrgico 14. Amabilidad del personal en recepción 15. Consentimiento informado	25. Tiempo de espera para recibir cita * 26. Tiempo de espera para recibir consulta 27. Satisfacción con la amabilidad del personal en recepción * 28. Información a pacientes sobre diagnóstico y tratamiento 29. Confidencialidad en el manejo de la información 30. Satisfacción comparativa con otros servicios de la comunidad
Atención Médica	Cumplimiento de estándares de: 3. Atención Prenatal	Cumplimiento de estándares de: 16. Cesáreas	31. Mortalidad materna 32. Expediente clínico completo

**Cuadro 6.2.
Mapa de los 50 Indicadores**

Tema	Primer Nivel	Hospitales	Ambos
Efectiva	4. Manejo de EDA en menores de 5 años 5. Manejo de IRA en menores de 5 años 6. Manejo de Diabetes 7. Manejo de Hipertensión arterial 8. Manejo de la desnutrición infantil 9. Detección oportuna de CaCu 10. Detección oportuna de Ca de Mama 11. Eventos centinela	17. Infecciones nosocomiales 18. Manejo de infarto del miocardio 19. Manejo de las 3 causas más frecuentes de internamiento 20. Errores en ministración de medicamentos 21. Complicaciones post – quirúrgicas 22. Muerte post-operatoria temprana (48 hrs.) 23. Mortalidad hospitalaria 24. Re-ingresos	
Estructura de las organizaciones			Grado de: 33. Limpieza 34. Suficiencia de insumos 35. Suficiencia de recursos humanos 36. Satisfacción de prestadores 37. Mantenimiento de equipos 38. Mantenimiento de inmueble 39. Seguridad de instalaciones 40. Continuidad de sistemas de mejora 41. Mejoras sustantivas verificables 42. Ahorros derivados de procesos de mejora
Estructura del sistema			43. Variación de indicadores entre estados 44. Variación de indicadores entre sectores 45. Variación de indicadores entre instituciones 46. Continuidad de la atención entre niveles 47. Unidades certificadas por nivel de certificación 48. Unidades re-certificadas 49. Personal certificado 50. Profesionalización de alta dirección

Fuente: Lineamientos operativos del sistema de monitoreo para la gestión de la calidad Primer nivel, Julio

El sistema debe proveer información a los responsables de los servicios para:

- Tomar decisiones que permitan la gestión de los procesos de mejora
- Proporcionar a la población información
- Motivar la participación de la población.

- Evaluar sistemáticamente el proceso de cambio.

Estos lineamientos describen,

- ¿Qué se mide?
- ¿Cómo medir?
- ¿Quién mide?
- ¿Quién y cómo concentra?
- ¿Cómo se informa?
- ¿Cómo se analiza la información y para qué?
- Flujo de captura y procesamiento de datos
- Formas de cálculo de los indicadores, tamaños de muestra dependiendo del número de consultas y formatos de captura.

Se observa que la mayoría de los resultados de los indicadores de trato digno, oportunidad de la atención, información proporcionada por el médico y trato recibido, se encuentran con porcentajes superiores al 95 por ciento, es decir son satisfactorios. En el caso del indicador de surtimiento de medicamentos en ninguno de los cuatrimestres, el promedio estatal alcanza el 95 por ciento que es valor estándar (meta) establecido, por lo que su resultado no es adecuado; destacan los municipios de Témoris, Creel, Gómez Farías y Guachochi en los cuales, en algunos cuatrimestres, sí se cumple con el estándar. Llama la atención que dos jurisdicciones sanitarias no hayan informado de los resultados del monitoreo de calidad (Cuadro 6.3).

Cuadro 6.3

Resultados de la medición de indicadores de trato digno, en los Servicios Estatales de Salud de Chihuahua 2016.

Primer Cuatrimestre 2016	Trato Digno	Porcentaje de satisfacción por:			
		Oportunidad de la atención	Información proporcionada por el médico	Surtimiento de medicamentos	Trato recibido
Chihuahua	97.27	96.47	99.39	92.88	98.12
Juárez	95.47	95.21	98.03	88.71	97.11
Parral	96.10	93.51	98.19	94.25	96.18
Cuauhtémoc	97.34	95.23	98.36	94.40	99.18
Nuevo Casas Grandes	95.71	98.63	99.80	83.90	97.36
Camargo	98.14	98.68	99.55	92.87	99.73
Creel	97.48	97.76	98.88	95.11	97.29

Primer Cuatrimestre 2016	Trato Digno	Porcentaje de satisfacción por:			
		Oportunidad de la atención	Información proporcionada por el médico	Surtimiento de medicamentos	Trato recibido
Ojinaga	93.35	93.96	96.06	92.88	96.56
Gómez Farías	98.34	99.70	99.63	95.94	97.74
Guachochi	90.97	72.57	96.10	91.64	93.73
Témoris	93.01	80.00	100.00	100.00	86.70
Estatal	96.15	95.22	98.49	91.02	97.33

Fuente: SSCh, Fuente: <http://dqces.salud.gob.mx/INDICASII/> Bases de datos de Jurisdicciones y Unidades. 2016 (SSCh).

Segundo Cuatrimestre 2016	Trato Digno	Porcentaje de satisfacción por:			
		Oportunidad de la atención	Información proporcionada por el médico	Surtimiento de medicamentos	Trato recibido
Chihuahua	96.93	96.73	99.27	90.96	98.30
Juárez	95.15	93.89	97.65	89.38	96.72
Parral	97.08	92.70	98.82	95.68	98.18
Cuauhtémoc	96.13	95.28	99.24	87.19	98.88
Nuevo Casas Grandes	95.70	97.14	99.34	85.98	97.21
Camargo	NO REPORTÓ				
Creel	97.76	94.31	99.68	96.40	98.14
Ojinaga	94.88	94.22	97.22	90.96	95.20
Gómez Farías	99.82	99.11	99.97	99.79	100.00
Guachochi	94.85	77.28	98.64	99.10	96.38
Témoris	95.70	93.84	97.83	93.85	95.38
Estatal	96.08	94.60	98.49	90.79	97.52

Fuente: SSCh, Fuente: <http://dqces.salud.gob.mx/INDICASII/> Bases de datos de Jurisdicciones y Unidades. 2016

Tercer Cuatrimestre 2016	Trato Digno	Porcentaje de satisfacción por:			
		Oportunidad de la atención	Información proporcionada por el médico	Surtimiento de medicamentos	Trato recibido

Tercer Cuatrimestre 2016	Trato Digno	Porcentaje de satisfacción por:			
		Oportunidad de la atención	Información proporcionada por el médico	Surtimiento de medicamentos	Trato recibido
Chihuahua	97.72	97.49	99.4	92.74	99.21
Juárez	95.03	93.88	97.53	90.62	95.63
Parral	97.47	97.69	98.94	91.83	99.4
Cuauhtémoc	97.43	96.06	98.77	93.45	99.2
Nuevo Casas Grandes	95.71	97.03	99.29	83.29	99.16
Camargo	NO REPORTÓ				
Creel	96.18	90.73	98.41	94.59	97.36
Ojinaga	96.98	99.37	99.56	92.74	98.11
Gómez Farías	98.71	99.3	99.23	96.47	99.3
Guachochi	97.16	99.05	98.23	99.05	93.7
Témoris	NO REPORTÓ				
Estatad	96.3	95.6	98.43	91.2	97.56

Fuente: SSCh, Fuente: <http://dgces.salud.gob.mx/INDICASII/> Bases de datos de Jurisdicciones y Unidades, 2016

▪ **Hallazgos**

En este apartado se abordan los principales hallazgos detectados durante la evaluación; son presentados de manera enunciativa, destacando las buenas prácticas y las áreas de oportunidad (Cuadro 7.1).

Cuadro 7.1
Hallazgos de la evaluación de desempeño del programa prospera, 2016

Buenas Prácticas	Áreas de oportunidad
Datos Generales	
Síntesis del Programa presupuestario	
Se identifica una alineación correcta del componente de Salud del Programa PROSPERA, con Plan Nacional de Desarrollo, el Programas Sectorial de Salud federal, el Plan Estatal de Desarrollo y al Programas Sectorial de Salud estatal.	
El desarrollo del Programa se fundamenta en las Reglas de Operación del PROSPERA federal.	
Coincidencias y complementariedades	
Se identifican complementariedades con programas estatales de atención a la salud.	
Resultados y Productos	
Descripción del Programa presupuestario	
Hay inconsistencia entre el problema identificado (Existe población en pobreza extrema sin atención médica) con la alternativa de solución que se plantea en la MIR	La revisión del problema y, en consecuencia, la construcción del Árbol del problema y de la MIR, en su conjunto.
Se encuentra documentada la construcción del Árbol del problema y de la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR).	La revisión de las lógicas vertical y horizontal.
Vinculación con indicadores de Planes de Desarrollo y con Programas de Mediano Plazo	
Los indicadores del Programa presentan congruencia con los indicadores estatales y nacionales de salud.	
Indicadores para resultados (estratégicos y de gestión)	
Se cuenta con una MIR específica para el Programa. El Programa maneja cuatro indicadores, uno para cada nivel de objetivos de la MIR.	Los indicadores de Propósito y Fin de la MIR en 2014, 2015 y 2016, hacen referencia a los años 2012 y 2013. El indicador de Componente engloba todas las actividades del Programa. El indicador de Actividad contempla únicamente consultas.
Cobertura	
El Programa tiene definidos cinco tipos de poblaciones: de	No se identificó una definición de la población atendida.

Cuadro 7.1

Hallazgos de la evaluación de desempeño del programa prospera, 2016

Buenas Prácticas	Áreas de oportunidad
referencia; la no afectada por el problema; población potencial; población de postergada; y la población objetivo.	En los documentos normativos y programáticos del Programa, se identifican tres elementos diferentes de la población: hogares (ROP), familias (padrón de beneficiarios) y Personas (reportes de seguimiento).
Identifica una población de referencia	Se identifican una variación de 229,505 personas a la baja entre 2014-2015 y nuevamente la misma cifra al alza entre 2015 y 2016.
El Programa cubre en 11 jurisdicciones y atiende 66 municipios.	
El Programa identifica y cuantifica durante 2014 a 2016, los cinco tipos de población.	No se identificó a qué tipo de beneficiarios se refieren las definiciones; no se clarifica si atiende a hogares, familias o personas.
Seguimiento a los aspectos susceptibles de mejora	
La Coordinación Estatal del Componente de Salud del Programa aceptó todas las recomendaciones emitidas por la Evaluación del Desempeño de 2014; está avanzando en las acciones comprometidas en los Aspectos Susceptibles de Mejora (ASM).	
De acuerdo con los documentos de seguimiento de los ASM derivados de la Evaluación del Desempeño de 2014 se estableció el compromiso al 30 de septiembre de 2016 de atenderlos; del análisis realizado se identifica que se han cumplido cinco de los trece ASM.	Del análisis de la evidencia documental relacionada con los ASM se considera que cinco de las recomendaciones se han cumplido ASM 1, 7, 8, 9 y 12 y, ocho ASM: los números 2, 3, 4, 5, 6, 10, 11 y 13 están en proceso de atención.
Se ha implementado la Metodología del Marco Lógico como instrumento para la conceptualización del componente de salud de Prospera Programa de Inclusión Social.	
Se utiliza la MIR como el eje central de la operación del componente de salud para atender otros ASM asociados a la construcción del Árbol de problema, Árbol de objetivos y la definición de las poblaciones objetivo y atendida.	
Existe un seguimiento sistemático y periódico para recopilar la percepción de los usuarios de los servicios de salud en el estado de Chihuahua, y se utiliza como medio para valorar la percepción de los beneficiarios de Prospera.	Del análisis de las evidencias se identifica que no se capta la percepción de los beneficiarios del Programa en la mejora de las condiciones de salud, que se sugiere considera medir como resultado del Programa.
La Coordinación Nacional del Programa es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Desarrollo Social del gobierno de la República; es la responsable de la selección de beneficiarios y de la integración del padrón de beneficiarios, como está establecido en las Reglas de Operación y	

Cuadro 7.1

Hallazgos de la evaluación de desempeño del programa prospera, 2016

Buenas Prácticas	Áreas de oportunidad
Lineamientos del Programa.	
Presupuesto	
Se realizan convenios (en su caso los respectivos modificatorios) para formalizar la transferencia de recursos entre las secretarías de Salud federal y la estatal.	
Durante los años 2014 al 2016, se presentó un incremento en el presupuesto original del Programa.	
En 2016 el presupuesto modificado ascendió a 64,205,877 pesos, con una eficacia en el ejercicio del gasto de 78 por ciento.	

▪ **Análisis FODA**

Para el análisis de las Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas (FODA), se emplearon los criterios mencionados en los Términos de Referencia (Cuadro 8.1)

Cuadro 8.1
Análisis de las Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas

Fortaleza y Oportunidad/Debilidad o Amenaza
Fortaleza y Oportunidad
Datos Generales
Síntesis del Programa presupuestario
F. El componente de salud del Programa Prospera, se encuentra alineado al Plan Nacional de Desarrollo, al Plan Estatal de Desarrollo y a los Programas Sectorial de Salud federal y estatal.
F. Se considera para la ejecución del Programa la utilización de las Reglas de Operación del Prospera federal.
Coincidencias y complementariedades
F. El Programa tiene complementariedad con programas estatales de atención a la salud.
Seguimiento a los aspectos susceptibles de mejora
F. Los Servicios Estatales de Salud de Chihuahua cuenta con una red de servicios con una cobertura amplia.
F. Existe coordinación entre la Secretaría de Salud y la Secretaría de Hacienda del Estado en la atención de los ASM.
F. Los Servicios Estatales de Salud del Estado realizan monitoreo sistemático para medir la opinión de los usuarios de los servicios.
O. El programa tiene apoyo federal intersectorial (educación y desarrollo social), sujeto a Reglas de Operación.
O. Los procesos y responsabilidades por nivel de gobierno e instancia gubernamental están claramente delimitadas en las Reglas de Operación y los Lineamientos Operativos del Programa.
O. El Programa cuenta con presupuesto específico, principalmente para gasto operativo.

Cuadro 8.1

Análisis de las Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas

Fortaleza y Oportunidad/Debilidad o Amenaza
Presupuesto
F. Se realizan convenios (en su caso los respectivos modificatorios) para formalizar la transferencia de recursos entre la Secretaría de Salud federal y la estatal.
Debilidad o Amenaza
Resultados y Productos
Descripción del Programa presupuestario
D. La construcción del Árbol del problema, presenta una inadecuada definición del problema por atender.
D. La MIR 2016 presenta problemas de construcción; las lógicas vertical y horizontal no se cumplen en función de ser insuficientes los Componentes y las Actividades.
Análisis de los indicadores para Resultados (estratégicos y de gestión).
D. La MIR 2016 considera cuatro indicadores, uno para cada nivel de objetivos, de los cuales el de Propósito y Fin hacen referencia a los años 2012 y 2013.
D. El indicador de Propósito es insuficiente para medir el logro del problema; sólo considera la mortalidad infantil por desnutrición.
D. En los niveles de Componente y de Actividad de la MIR del Programa no se considera otras acciones de salud por el nivel de interacción, que puede ser diferenciadas a nivel individual, por grupos de edad o de comunidad.
Cobertura
D. El Programa maneja cinco tipos de poblaciones: de referencia; la no afectada por el problema; población potencial; población de postergada; y la población objetivo. Se identifica ambigüedad al no establecer el ámbito de acción del Programa, es decir, no se puede identificar si van a atender personas, familias u hogares.

Cuadro 8.1

Análisis de las Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas

Fortaleza y Oportunidad/Debilidad o Amenaza
D. La población de referencia tiene variaciones en la población. Un total de 229,505 personas a la baja entre 2014-2015 y nuevamente al alza entre 2015 y 2016 de la población de referencia.
Seguimiento a los aspectos susceptibles de mejora
D. No se cuenta con una propuesta de planeación para el ejercicio de los recursos presupuestarios específicos para la operación y mejora operativa del Componente de Salud.
D. La aplicación de la Metodología de Marco Lógico se enfoca al desarrollo de la Matriz de Indicadores para Resultados, sin considerar que las herramientas adicionales como el Árbol del problema, son previas y fundamentales para la definición de la MIR.
D. En la fórmula del indicador “Acciones Integradas del Paquete”, no es clara la forma en que se medirá el número de acciones otorgadas dado que el Paquete Básico puede tener hasta 27 intervenciones de salud pública.
D. No existe una metodología específica para medir la percepción de los beneficiarios del Programa sobre los servicios de salud, donde se incluya su opinión sobre su salud.
D. Se identifican pendientes en la atención de los ASM de la evaluación de 2014 para concluir los ASM 2, 3, 4, 5 y 10 que están relacionados con la construcción de la Matriz de Indicadores para Resultado.
A. La metodología para la medición de la calidad de la atención de los servicios depende de la Secretaría de Salud federal.
A. Que el Programa se convierta solo en certificador de la corresponsabilidad y pierda su esencia como estrategia educativo preventiva para la población registrada.
Presupuesto
D. Se aprecia una baja eficacia en el ejercicio del gasto.
D. En 2016 sólo se gastó el 78 por ciento del presupuesto modificado.

Conclusiones

Las conclusiones se construyen de forma analítica con la finalidad de aportar elementos para la toma de decisiones que contribuyan a la mejora del desempeño del Programa.

Datos Generales

La revisión de los documentos normativos y programáticos del Programa se encuentran alineados al Plan Nacional de Desarrollo; al Plan Estatal de Desarrollo; y a los Programas Sectoriales de Salud, estatal y federal; dando sustento al ejercicio del Programa en función de la necesidad de brindar atención a las personas en situación de pobreza extrema; y contribuyendo al logro de las metas estatales y nacionales.

La complementariedad con otros programas de salud estatales, contribuye a incrementar el logro de las metas estatales y nacionales; al brindar atención médica y mejorar el estado de salud de la población del estado.

Resultados y Productos

El tener documentada la construcción del Árbol del problema y de la MIR, es un recurso valioso que permite monitorear el desarrollo del Programa; sin embargo, es necesario revisar la definición del problema y la construcción del Árbol del Problema. La MIR no cumple con la lógica vertical al no ser suficientes los Componentes y las Actividades para lograr el objetivo (Propósito) del Programa. En la lógica horizontal se requiere revisar los indicadores de Propósito, Componente y Actividad; no permiten tener un seguimiento adecuado del Programa y evaluar el logro de los objetivos. Los indicadores del Programa tienen vinculación con los indicadores estatales y nacionales de salud; sin embargo, se considera que son insuficientes para medir el desempeño del Programa.

Se recomienda revisar la construcción de todos los indicadores; en el caso de Propósito y Fin se identificó que de 2014 a 2016, se hace referencia solamente a los años 2012 y 2013; se infiere que los indicadores son actualizados cada año por lo que se debe expresar de manera adecuada en la MIR. Para el indicador de Componente se identifica la agrupación de actividades (promoción de la salud, capacitación, consultas, inmunización, etc.), por lo que se sugiere valorar la división del Componente en dos: Componente 1.- Promoción de la salud y capacitación y Componente 2.- Consultas e inmunizaciones. En lo que respecta a actividades, se considera únicamente consultas, en este sentido, se sugiere incluir cuatro Actividades:

Actividad 1.- Promoción de la Salud, Actividad 2.- Capacitación para la Salud, Actividad 3.- Consultas y Actividad 4.- Inmunizaciones aplicadas.

Cobertura

El Programa debe revisar la construcción de los cinco tipos de poblaciones que maneja (referencia; no afectada por el problema; población potencial; población de postergada; y población objetivo), en función de existir una diferencia en los documentos normativos y programáticos del Programa, en los que se identifican tres tipos de beneficiarios: hogares (ROP), familias (padrón de beneficiarios) y Personas (reportes de seguimiento). Se recomienda especificar el tipo de beneficiarios del Programa en la construcción de la definición del tipo de población.

El análisis de la población de referencia permite identificar una variación de 229,505 personas a la baja entre 2014-2015 y nuevamente al alza entre 2015 y 2016; se sugiere revisar la determinación de la población de referencia en función del impacto en la determinación de las poblaciones potencial y objetivo.

La revisión del Padrón de beneficiarios permitió identificar la división de los 66 municipios que atiende el Programa, en 11 jurisdicciones; la jurisdicción de Juárez conglomerada el 29.7 por ciento de los titulares inscritos en el Programa; Ojinaga sólo atiende al 0.68 por ciento, por lo que se recomienda revisar la distribución de los recursos con la adscripción de los beneficiarios.

Seguimiento a los aspectos susceptibles de mejora

Los Servicios de Salud de Chihuahua y la Secretaría de Hacienda del estado han trabajado de forma coordinada para atender los ASM derivados de la Evaluación del Desempeño de 2014; han establecido un procedimiento para el seguimiento a las acciones comprometidas al 30 de septiembre de 2016.

En el Tercer informe de seguimiento se reporta que se han cumplido al 100 por ciento con ocho de los trece ASM; cinco están en proceso de atención. Sin embargo, con base en la evidencia documental entregada por los operadores del programa, se considera que sólo cinco de las recomendaciones se han cumplido al 100 por ciento y ocho están en proceso de atenderse.

En cinco de los ASM (2, 3, 4, 5 y 10) que están relacionados con la construcción de la MIR se podrán atender una vez que se realice la reunión entre la Coordinación Estatal del Componente de Salud y los departamentos de Programación Orientada a Resultados y Planeación Estratégica y Evaluación de la

Coordinación PBR/SED de la Secretaría de Hacienda del Estado para la elaboración final de los documentos probatorios pendientes de 2017.

Con base en los informes de seguimiento de atención de los ASM se identificó que, en el primero, se comprometió a “rediseñar el árbol del problema y el de objetivos de forma que se exprese de manera adecuada el problema que atiende el programa [...]” (CHIH, EDOc). En el tercer informe se manifestó que este ASM fue logrado al 100 por ciento; aseveración que se soporta con la evidencia SH-PRG3. De la revisión de este documento se observa que la definición del problema no cumple con los criterios establecidos en la metodología de marco lógico (cfr. Apartado II. a).

Es importante mencionar que en el ASM 9 el ente público ejecutor del Programa asumió la responsabilidad de la elaboración de un Manual de Procedimientos de la Coordinación del Programa, en el Manual elaborado no se identifica la participación de los responsables del componente de salud en el Sistema de Monitoreo de la Calidad.

Presupuesto

El Programa en seguimiento de los aspectos administrativos normativos cumple con la función de realizar convenios (en su caso los respectivos modificatorios) para formalizar la transferencia de recursos entre las secretarías de Salud federal y la estatal. Este elemento es importante en función de proporcionar transparencia en la recepción de los recursos y su posterior ejecución.

Se sugiere que el Programa evalúe la planeación presupuestal en función del calendario anual de las ministraciones, para definir estrategias operativas que permitan continuar con la tendencia hacia la mejora en la eficacia en el ejercicio del presupuesto.

Enfoque Social

El componente de salud de Prospera está incluido en la normatividad que le aplica a Prospera Programa de Inclusión Social, particularmente, en sus Reglas de Operación que se publican cada año en el Diario Oficial de la Federación por la Secretaría de Desarrollo Social del gobierno de la República; son Reglas de Operación de aplicación general a nivel nacional. También se han establecido Lineamientos de Operación que están reconocidos como un documento normativo para la operación.

En las Reglas de Operación están especificadas las responsabilidades de cada nivel de gobierno, así como de cada institución participante.

Del análisis a la información proporcionada por el ente público ejecutor se confirma que el padrón de beneficiarios del Programa es responsabilidad de la Coordinación Nacional; en consecuencia, en el estado no se cuenta con el detalle nominal de los beneficiarios en un sistema. Las Reglas de Operación establecen los criterios con los cuales se puede modificar el padrón derivado de inclusión o salida de familias del Programa, y la responsabilidad de la aplicación de los mismos recae en la Coordinación Nacional.

Por otro lado, el ente público ejecutor utiliza la metodología del Sistema de Monitoreo para la Gestión de la Calidad, primer nivel para valorar la opinión de los beneficiarios del Programa, ya que no es una metodología que se utilice exclusivamente para la población objetivo del componente de salud. Se destacan las siguientes consideraciones:

- Los resultados presentados por el ente público ejecutor no reflejan la tendencia a la mejora de la calidad, los indicadores fluctúan entre resultados más o menos constantes. Para los resultados de algunas jurisdicciones donde los logros son inferiores al nivel de satisfacción o del promedio estatal, no se presentan acciones para atender esos espacios de mejora.
- Existen otros medios para recopilar las opiniones, dudas o propuestas de las familias beneficiarias como son los Comités de Promoción Comunitaria o mecanismos de contraloría social, y el buzón de quejas; estos medios son referidos en las Reglas de Operación del Programa, sin embargo, no es sistemática la recopilación de la opinión de los beneficiarios respecto de la atención en los servicios de salud y no se recibió evidencia de que se esté utilizando esta información.
- Finalmente, si bien el Sistema de Monitoreo contiene elementos para identificar la percepción del usuario respecto de la calidad de la atención en salud, el objetivo central en el Árbol de objetivos, es que las “familias beneficiarias reciban atención médica oportuna”, misma que tendrá efecto en la frecuencia de enfermedad y mortalidad, no obstante, en el Sistema de Monitoreo no se pregunta a los beneficiarios si perciben mejoría en su estado de salud.

Sírvanse las conclusiones del presente informe de evaluación para observar lo dispuesto en el numeral 28 del “Acuerdo por el que se establecen las disposiciones generales del Sistema de Evaluación del Desempeño” que a la letra dice:

La información de los resultados alcanzados en el cumplimiento de los objetivos, metas y la obtenida de las evaluaciones realizadas en los ejercicios fiscales anteriores y en curso, será un elemento a considerar, entre otros derivados de los diversos sistemas o mecanismos de evaluación, para la toma de decisiones para las asignaciones de recursos y la mejora de las políticas, de los Programas presupuestarios y del desempeño institucional. (...) (SHCP).

▪ **Aspectos susceptibles de mejora**

En esta sección se muestran por tema las áreas de oportunidad que se encontraron en la revisión de la información del ejercicio 2016.

Aspectos Susceptibles de Mejora		
Nombre del Ente Público evaluado: Servicios de Salud de Chihuahua		
Nombre del programa evaluado: PROSPERA Programa de Inclusión Social		
Tipo de evaluación realizada: Evaluación Especifica de Desempeño con Enfoque Social		
Ejercicio fiscal evaluado: 2016		
Tema	Aspectos Susceptibles de Mejora	Recomendaciones
Tema I. Datos Generales	No aplica	No aplica
Tema II. Resultados y Productos	Árbol del problema inadecuada definición del problema central	Analizar y modificar el Árbol del problema, así como sus efectos y causas; mediante cursos o capacitación relacionada con la construcción de las MIR y programas presupuestarios; con el objetivo de mejorar el problema que tendrá un impacto en los objetivos y en la MIR del programa
	La MIR 2016, presenta problemas de construcción por ser insuficientes en sus componentes y actividades	Revisar, complementar y transformar la construcción de la MIR; se requiere una evaluación de diseño; con el objetivo de mejorar los indicadores del todos los niveles de la MIR.
	La MIR 2016 considera cuatro indicadores, uno para cada nivel hace referencia a los años 2012 y 2013	Revisar, analizar y modificar la información de los indicadores de los años 2014-2016; con la información actualizada realizar el ejercicio de la MIR con el objetivo de fortalecer la medición y el seguimiento del Programa
	Fichas Técnicas desactualizadas e incompletas.	Actualizar las fichas técnicas de los indicadores; mediante la revisión y capacitación para ajustar la información como, fechas al año del ejercicio presupuestal correspondiente, línea de base, entre otros.
	El componente de la MIR 2104-2016 es insuficiente.	Incluir otro componente en el que se consideren promoción para la salud, capacitación o inmunizaciones.
Tema III. Cobertura	El Programa maneja cinco tipos de poblaciones de referencia; la no afectada por el problema; población potencial; población de postergada; y la población objetivo. Se identifica ambigüedad al no establecer el ámbito de acción del Programa, es decir, no se puede identificar si van a atender personas, familias u hogares.	Analizar e identificar, las poblaciones del Programa, buscando mejorar la redacción de los conceptos de las poblaciones, con el objetivo de mejorar la definición de las mismas.
	La población de referencia tiene	Analizar e identificar la población de referencia con la

Aspectos Susceptibles de Mejora		
Nombre del Ente Público evaluado: Servicios de Salud de Chihuahua		
Nombre del programa evaluado: PROSPERA Programa de Inclusión Social		
Tipo de evaluación realizada: Evaluación Específica de Desempeño con Enfoque Social		
Ejercicio fiscal evaluado: 2016		
Tema	Aspectos Susceptibles de Mejora	Recomendaciones
	variaciones en la población a la baja entre 2014-2015	revisión de los censos estatales o proyecciones de CONAPO con el objetivo ver las tasas de crecimiento de la población por grupos de edad u origen socioeconómico.
	Se identifica la ausencia de dos elementos centrales en primer lugar no se hace una diferencia entre hogares (Reglas de Operación de 2014-2016), familias (padrón de beneficiarios) y personas (RS); el segundo elemento es la ausencia de una definición de población atendida que se mide al final del año (RS).	Identificar, diferenciar y establecer la medición de la población hogares, familias o personas con la revisión de los censos con el objetivo de centralizar y unificar los criterios para la medición de la población
Tema IV. Seguimiento a los Aspectos Susceptibles de Mejora	En el último trimestre del año fiscal el Programa no cuenta con los instrumentos actualizados de la metodología del Marco Lógico para el ejercicio fiscal 2017, los cuales deberían ser elaborados, al menos al inicio del año.	1. Elaborar un programa de trabajo que permita dar continuidad a las acciones susceptibles de mejora implementadas en los siguientes ejercicios presupuestarios para fortalecer la planeación, ejecución y evaluación del programa. 2. Capacitar al equipo del ente executor del programa que participa en el uso y seguimiento de la aplicación de la Metodología del Marco Lógico para la implementación del Modelo de Gestión Basado en Resultados.
	La metodología para la medición de la calidad de la atención de los servicios depende de la Secretaría de Salud federal	Realizar encuestas de calidad, para conocer la percepción que tienen los beneficiarios del Programa sobre la mejora de sus condiciones de salud.
	Revisar los aspectos susceptibles de mejora, número: 6,10,11 y 12	Revisar los comentarios a los aspectos susceptibles de mejora para contribuir a eficientar el Programa.
Tema V. Presupuesto	Se aprecia una baja eficacia en el ejercicio del gasto.	Revisar procesos y definir estrategias para evitar el subejercicio presupuestal.
	En 2016 sólo se gastó el 78 por ciento del presupuesto modificado.	Analizar el patrón de gasto y programar los capítulos específicos de gasto con el fin de evitar la solicitud de ampliación presupuestal sin utilizar.
Tema VI. Enfoque Social	De acuerdo con las Reglas de Operación el Programa cuenta con otros medios para recopilar las opiniones, dudas o propuestas de las familias beneficiarias como son los Comités de Promoción Comunitaria o mecanismos de contraloría social, y el buzón de quejas,	Establecer con la Coordinación Estatal del Programa Prospera el mecanismo para que la Coordinación Estatal del Componente de Salud tenga acceso a la información que se genera en los otros medios de participación ciudadana donde se reciben opiniones de los beneficiarios, con el propósito de identificar posibles áreas de mejora.

▪ Avances del programa en el ejercicio fiscal actual

En el análisis de la información del 2017 se identifican algunos aspectos con cambios con respecto del ejercicio anterior; es el caso de la MIR que se encuentra fortalecida; sin embargo, hay otros aspectos que no tienen modificaciones y se sugiere valorar su adecuación.

Cambios en el Programa con respecto del ejercicio 2016

Con respecto de la MIR, se identifica un fortalecimiento en su construcción al sustituir y ampliar sus indicadores.

- Con respecto del indicador de Fin de 2016, se identifica que fue sustituido por dos variaciones porcentuales; la “Variación porcentual anual de la tasa de mortalidad infantil por desnutrición del año en curso con respecto al año anterior” (P. 2. SSE); y la “Variación porcentual anual de la razón de mortalidad materna del año en curso con respecto a la del año anterior”, siendo dos tareas importantes no solo del Programa, también de las secretarías de Salud estatal y de la federal, así como su contribución a los cuarto y quinto Objetivos de Desarrollo del Milenio (ONU), estos indicadores ofrecen información que apoya a la medición del Programa y de los avances del sector salud.
- A nivel de Propósito, se observa la sustitución del indicador de variación porcentual, por el “Incremento porcentual en la recuperación de la desnutrición infantil” (P. 2. SSE), que de igual forma es una variación porcentual del año de ejercicio respecto del año anterior.
- A nivel de Componente se conserva el indicador “Porcentaje del total de acciones integradas en el paquete básico garantizado de salud otorgadas” (P. 2. SSE); y se agrega otro Componente Talleres de promoción y consejería para el autocuidado de salud de las familias incrementando un indicador “Porcentaje de talleres de autocuidado de salud realizada” (P. 2. SSE); esta acción es adecuada, sin embargo, se sugiere considerar la conveniencia de agregar como componentes la promoción de la salud y la capacitación; así como, las consultas e inmunizaciones que otorga el Programa para mejorar su operación y medición de avances.
- A nivel de Actividad se conserva el indicador de “Porcentaje de consultas otorgadas” (P. 2. SSE); y se agrega otra Actividad Impartición de capacitación de promoción y consejería para el autocuidado de la salud a beneficiarios del Programa incrementando un indicador “Porcentaje de personas

capacidades” (P. 2. SSE); esta acción es adecuada, sin embargo, se sugiere revisar la propuesta de incluir otras actividades del Programa.

La revisión del documento titulado “Focalización de la Población Objetivo”, proporcionado por el área responsable de la operación del Programa, mostró cambios de aplicación en las cifras mencionadas para 2016 con respecto de 2017, sin proporcionar un documento de justificación del cambio en sus cifras; se identificó la modificación al pasar de 3,635,970 personas a 807,994 familias en la población de referencia; de 3,561,138 personas a 734, 819 familias que no son afectadas; la población potencial disminuyó de 74,932 a 73,175 familias; la población postergada disminuyó de 3,741 a 1,567 familias; la población objetivo se incrementó de 71,091 a 71,608; además, en el documento mencionado, a las definiciones de las poblaciones se les incorpora como un elemento externo a la definición, entre paréntesis, el término familias; mismo que debe ser incluido en el cuerpo de las definiciones, no como un elemento externo (F. 2. SSE).

Cabe mencionar que la especificación de la población como Familias, es un elemento que tienen solo una función descriptiva, debido a que siguen haciendo la distribución de la Población en función de la cantidad de personas beneficiadas.

Sin modificaciones en el Programa con respecto del ejercicio anterior

Se identificó que el Programa para su programación de 2017, no hace cambios en el Árbol del problema y deja como problema central “Existe Población en Pobreza extrema sin atención médica”, se reitera la sugerencia de modificar la conceptualización del problema por: *Familias en el estado de Chihuahua en condiciones de pobreza extrema presentan problemas de salud*; la modificación en la definición del problema impactará en la construcción del Árbol del problema, del Árbol de objetivos y en la MIR.

Otro aspecto importante es la falta de coordinación en la construcción de los documentos del Programa debido a que no se presentan cambios en la medición de la población de referencia, potencial, postergada y objetivo; y, por otra parte, en el documento titulado focalización se hacen ajustes a las cifras, por lo que se sugiere homologarlos (P. 2. SSE).

▪ **Fuentes de Información**

Fuentes de Información		
Directorio	Archivos	Contenido
\Chihuahua2016\1. Formato SH-PRG2 Definición de la Población Objetivo 2016, 2015 y 2014		
	2014 SH-PRG2 Focalización de la Población Objetivo.xlsx	
		FORMATO SH-PRG2 Focalización de la Población Objetivo, 2014
	2015 SH-PRG2 Focalización de la Población Objetivo.xlsx	
		FORMATO SH-PRG2 Focalización de la Población Objetivo, 2015
	2016 SH-PRG2 Focalización de la Población Objetivo.xlsx	
		FORMATO SH-PRG2 Focalización de la Población Objetivo, 2016
\Chihuahua2016\2. Formato SH-PRG1 Definición del Programa - Planteamiento del Problema		
	2014 SH-PRG1 Definición del Programa - Planteamiento del Problema.xlsx	
		FORMATO SH-PRG1 Definición del Programa - Planteamiento del Problema, 2014
	2015 SH-PRG1 Definición del Programa - Planteamiento del Problema.xlsx	
		FORMATO SH-PRG1 Definición del Programa - Planteamiento del Problema, 2015
	2016 SH-PRG1 Definición del Programa - Planteamiento del Problema.xlsx	
		FORMATO SH-PRG1 Definición del Programa - Planteamiento del Problema, 2016
\Chihuahua2016\3. Formato SH-PRG3 Árbol del Problema, 2016, 2015 y 2014		
	2014 SH-PRG3 Árbol del Problema.pdf	
		FORMATO SH-PRG3 Árbol del Problema, 2014
	2015 SH-PRG3 Árbol del Problema.pdf	
		FORMATO SH-PRG3 Árbol del Problema, 2015
	2016 SH-PRG3 Árbol del Problema.pdf	
		FORMATO SH-PRG3 Árbol del Problema, 2016
\Chihuahua2016\4. Reporte PRBRREP101 Seguimiento a las Metas del Programa Operativo Anual - Cierre Anual 2016, 2015 y 2014		
	PRBREP101-POA 2014 CIERRE ANUAL.pdf	
		PRBREP101-POA 2015 CIERRE ANUAL.pdf
		PRBREP101-POA 2016 CIERRE ANUAL.pdf
\Chihuahua2016\5. Reporte PRBRREP102 Seguimiento de Metas de Indicadores - Cierre Anual 2016, 2015 y 2014		
	PBRREP102-SEGUIMIENTO DE MIRCIERRE2014.pdf	
		PBRREP102-SEGUIMIENTO DE MIRCIERRE2015.pdf
		PBRREP102-SEGUIMIENTO DE MIRCIERRE2016.pdf
\Chihuahua2016\6. Reporte PRBRREP513 Matriz de Indicadores para Resultados 2016, 2015 y 2014		
	PRBREP013_MIR 2014.pdf	
		PRBREP013_MIR 2015.pdf
		PRBREP013_MIR 2016.pdf
\Chihuahua2016\8. Nota informativa 1		
	a. vigencia del programa.PDF	
		b. Inicio de operaciones.PDF
		c. Estructura organizacional del programa.PDF

Fuentes de Información		
Directorio	Archivos	Contenido
	d. Anexo General ROP 2016.PDF	
		Nota de la Coordinación: Numerales de las Reglas de Operación con posible interés a la empresa evaluadora
\Chihuahua2016\9. Formato SH-PRG5 Diseño Inverso de la Matriz de Marco Lógico 2016, 2015 y 2014		
	SH-PRG5 - MATRIZ INVERSA OPO PbR 2014.xls	
	SH-PRG5 - MATRIZ INVERSA PRO PbR 2015.xls	
	SH-PRG5 - MATRIZ INVERSA PRO PbR 2016.xlsx	
\Chihuahua2016\10. Reporte PRBRREP511 Matriz de Marco Lógico 2016, 2015 y 2016		
	MML 2014.pdf	
	MML 2015.pdf	
	MML 2016.pdf	
\Chihuahua2016\11. Copia del Programa Sectorial al que se haya alineado durante el periodo de 2010 a 2016		
	Plan Sectorial de Salud 2011_2016.pdf	
	Reporte de alineación a nivel COMPONENTES Y ACTIVIDADES.pdf	
	Reporte de alineación a nivel PROGRAMA PRESUPUESTARIO.pdf	
\Chihuahua2016\12. Copia del Plan Estatal de Desarrollo 2010 a 2016		
	Plan Estatal de Desarrollo 2010_2016.pdf	
	Reporte de alineación a nivel COMPONENTES Y ACTIVIDADES.pdf	
	Reporte de alineación a nivel PROGRAMA PRESUPUESTARIO.pdf	
\Chihuahua2016\13. Informe de Ejecución PED 2010-16 por línea de acción		
	Informe de Ejecución PED 2010-16 por línea de acción.pdf	
\Chihuahua2016\14. Reporte PRBRREP574, Cierre Anual a Metas de Indicadores Estratégicos		
	Cierre Anual.pdf	
	Segundo trimestre.pdf	
\Chihuahua2016\15. Reporte PRBRREP014, Ficha Técnica del Indicador 2016, 2015 y 2014		
	PRBRE014-FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR 2014.pdf	
	PRBRE014-FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR 2015.pdf	
	PRBRE014-FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR 2016.pdf	
\Chihuahua2016\16. Reportes de Reprogramación		
	REPORTE REPROGRAMACIÓN 2017.pdf	
\Chihuahua2016\17. Nota informativa_POBLACION		
	Nota informativa_Padrón.PDF	
\Chihuahua2016\17. Nota informativa_POBLACION\ a. Formato de Focalización PO		
	2014 SH-PRG2 Focalización de la Población Objetivo.xlsx	
	2015 SH-PRG2 Focalización de la Población Objetivo.xlsx	
	2016 SH-PRG2 Focalización de la Población Objetivo.xlsx	
\Chihuahua2016\17. Nota informativa_POBLACION\ b. SEGUIMIENTO DE METAS DEL POA		
	PRBRE101-POA 2014 CIERRE ANUAL.pdf	
	PRBRE101-POA 2015 CIERRE ANUAL.pdf	

Fuentes de Información		
Directorio	Archivos	Contenido
	PRBREP101-POA 2016 CIERRE ANUAL.pdf	
\Chihuahua2016\17. Nota informativa_POBLACION\c. Padrón_Familias		
	PADRON_DE_S2_FAMILIAS INCORPORADAS POR SEDESOL A PROSPERA NOV-DIC 2014.xlsx	
	PADRON_DE_S2_FAMILIAS INCORPORADAS POR SEDESOL A PROSPERA NOV-DIC 2015.xlsx	
	PADRON_DE_S2_FAMILIAS INCORPORADAS POR SEDESOL A PROSPERA NOV-DIC 2016.xlsx	
\Chihuahua2016\17. Nota informativa_POBLACION\d. Oficio seguimiento padrón		
	Oficios de Seguimiento a padron PROSPERA.PDF	
\Chihuahua2016\17. Nota informativa_POBLACION\e. sobre ROP		
	NOTA INFORMATIVA SOBRE PADRON.docx	
	Nota ROP 2016.PDF	
	Tema 3.- Referente a sistema de captura del padrón.PDF	
\Chihuahua2016\18. Documento interno_Beneficiarios		
	PADRON_DE_S2_FAMILIAS INCORPORADAS POR SEDESOL A PROSPERA NOV-DIC 2014.xlsx	
	PADRON_DE_S2_FAMILIAS INCORPORADAS POR SEDESOL A PROSPERA NOV-DIC 2015.xlsx	
	PADRON_DE_S2_FAMILIAS INCORPORADAS POR SEDESOL A PROSPERA NOV-DIC 2016.xlsx	
\Chihuahua2016\19. Aspectos Susceptibles de Mejora\ a. Formato SH-ASM1 Documento de Trabajo		
	Oportunidades_SH-ASM1_DOCUMENTO DE TRABAJO.pdf	
	Formato SH-ASM1 Documento de Trabajo	
	SH-ASM1 DOCUMENTO DE TRABAJO.PDF	
	Oficio de envío a la SH Formato SH-ASM1 Documento de trabajo	
\Chihuahua2016\19. Aspectos Susceptibles de Mejora\ b. Formato SH-ASM2 Reporte de Seguimientos		
	Oportunidades_SH-ASM2_1er seguimiento.pdf	
	Formato SH-ASM Documento de trabajo, primer seguimiento	
	Oportunidades_SH-ASM2_2do seguimiento.pdf	
	Formato SH-ASM Documento de trabajo, segundo seguimiento	
	Oportunidades_SH-ASM2_3er seguimiento.pdf	
	Formato SH-ASM Documento de trabajo, tercer seguimiento	
	SH-ASM2 PRIMER SEGUIMIENTO.PDF	
	Oficio de envío a la Secretaría de Hacienda con anexo SH-ASM2	
	SH-ASM2 SEGUNDO SEGUIMIENTO.PDF	
	Oficio de envío a la Secretaría de Hacienda con anexo SH-ASM2	
	SH-ASM3 PROGRAMA DE MEJORA DE LA GESTIÓN Servicios de Salud.pdf	
	Formato SH-ASM3 Programa de mejora de la gestión pública	
\Chihuahua2016\19. Aspectos Susceptibles de Mejora\ c. Formato SH-ASM3 PMG		
	SH-ASM3 Servicios de Salud.pdf	
	Formato SH-ASM3 Programa de mejora de la gestión pública	
\Chihuahua2016\19. Aspectos Susceptibles de Mejora\ d. Nota informativa y anexos		
	Anexo General ROP 2016.PDF	
	Difusion de resultados Oportunidades 2014.pdf	

Fuentes de Información		
Directorio	Archivos	Contenido
		Formato para la Difusión de los Resultados de las Evaluaciones
		TDR Tema 4 Fuentes y Comentarios.PDF
		Nota a los ASM de 2014 de la evaluadora INTEGRAM
\Chihuahua2016\19. Aspectos Susceptibles de Mejora\Soporte		
		Soporte SH-ASM 1_2_3_4_5_8_10.pdf
		Formatos del tercer seguimiento de los ASM; 1, 2, 3, 4, 5, 8, 10 Formato SH-PRG3 Árbol de problemas Formato SH-PRG4 Árbol de objetivos Cuadro Datos del Programa Presupuestario Seguimiento a la matriz de indicadores cierre 2014 Formato SH-PRG2 Focalización de la población objetivo
		Soporte SH-ASM 6.pdf
		Formato del tercer seguimiento de los ASM; 4 Proceso de evaluación y monitoría del programa Procesa por ámbito de competencia Oficios de solicitud a las jurisdicciones de acciones de mejora a indicadores Oficio de respuesta: acciones de mejora Jurisdicción Chihuahua
		Soporte SH-ASM 7.pdf
		Formato del tercer seguimiento del ASM; 7 Oficios a las Jurisdicciones solicitud de resultados de supervisión Oficios a las Jurisdicciones seguimiento de supervisión y cierre N-ISO Oficio DGPO al Estado cierre de indicadores 2015 Oficio a las Jurisdicciones de información soporte del seguimiento Oficio a las Jurisdicciones solicitud de seguimiento a los N-ISO Matriz de responsabilidades de la supervisión
		Soporte SH-ASM 9.pdf
		Formato del tercer seguimiento del ASM; 9 Manual de funciones de la Coordinación de Prospera, Programa de Ampliación de Cobertura, Cirugía Extramuros y Tamiz Neonatal Datos del Programa Presupuestario Seguimiento a la Matriz de Indicadores Cierre 2014
		Soporte SH-ASM 11.pdf
		Formato del tercer seguimiento del ASM; 11 Reportes de SIS-SIP Cubos de información 2016 Nota: Interpretación del término familias incorporadas – registradas Tabla concentrada por jurisdicción de familias incorporadas MIR ajustada Datos del Programa Presupuestario 2016. Seguimiento a los indicadores cierre 2014
		Soporte SH-ASM 12.pdf
		Formato del tercer seguimiento del ASM; 12 Oficio de DGPO solicitando la capacidad de atención por unidad

Fuentes de Información		
Directorio	Archivos	Contenido
		Oficio de respuesta de la capacidad de atención por unidad Oficio a las jurisdicciones de solicitud de capacidad de atención Acta de la reunión de subcomité técnico para incrementar el número de familias
	Soporte SH-ASM 13.pdf	
		Formato del tercer seguimiento del ASM; 13 SH-ASM3 Programa de mejora de la gestión pública, 2016 Ejercicio Fiscal 2014 Programa Operativo Anual 2016 Prospera Oficio de DGPO solicitando el POA Convenio de colaboración Prospera 2016 Oficio envío de POA a la DGPO Programación presupuestal Plantilla de personal contratado 2016 Relación del parque vehicular 2016 Oficio de aceptación del POA 2016 Nuevos lineamientos de compra
\Chihuahua2016\20. Informe Final de Evaluación		
	INFORME FINAL EVALUACIÓN ProgOport2014.pdf	
\Chihuahua2016\21. Reporte CORPCTRL0158DI Cierre Contable Clasificación Poder, Dependencia, Programa 2016		
	CIERRE CONTABLE PROSPERA 2016.pdf	
\Chihuahua2016\22. Reporte CORPINFO0038DI Cuenta Pública, Clasificación por Fuente, Programa 2016		
	CUENTA PUBLICA PROSPERA 2016.pdf	
\Chihuahua2016\23. MIR y Ficha Técnica de Indicadores Federal en caso de aplicar		
	MIR FEDERAL 1401500.xlsx	
	MIR FEDERAL 1401500.xml	
\Chihuahua2016\24. Reglas de Operación 2016, 2015 y 2014		
	REGLAS DE OPERACION OPORTUNIDADES 2014.pdf	
		Reglas de operación del Programa Oportunidades 2014
	REGLAS DE OPERACION PROSPERA 2015.pdf	
		Reglas de operación del Programa Prospera 2015
	REGLAS DE OPERACION PROSPERA 2016.pdf	
		Reglas de operación del Programa Prospera 2016
\Chihuahua2016\25. Normatividad aplicable		
	CONVENIO DE COLABORACION 2017.pdf	
	Convenio de Colaboracion 2016.pdf	
	Guia Aoperativa de Contraloria Social.pdf	
	Lineamientos Operativos Aprobados Ejercicio 2016.pdf	
	Oficios de Seguimiento a padron PROSPERA.PDF	
	PADRON_DE_S2_FAMILIAS INCORPORADAS POR SEDESOL A PROSPERA NOV-DIC 2016.xlsx	
	REGLAS DE OPERACION OPORTUNIDADES 2014.pdf	

Fuentes de Información		
Directorio	Archivos	Contenido
		Reglas de operación del Programa Prospera 2014
		REGLAS DE OPERACION PROSPERA 2015.pdf
		Reglas de operación del Programa Prospera 2015
		REGLAS DE OPERACION PROSPERA 2016.pdf
		Reglas de operación del Programa Prospera 2016
		TDR Tema 6 Fuentes y Comentarios.PDF
\Chihuahua2016\26. Mecanismo o Proceso para conocer la percepción de los beneficiarios		
		Trato Digno Resultados 2016.pdf
		Resultados de los indicadores de trato digno 2016
		Trato Digno_Lineamientos_PrimerNivel 2016.pdf
		Lineamientos operativos del sistema de monitoreo para la gestión de la calidad, primer nivel 2002
\Chihuahua2016\27. Información que se solicita a los beneficiarios		
		Lineamientos_Operativos Aprobados Ejercicio 2016.pdf
		PADRON_DE_S2_FAMILIAS INCORPORADAS POR SEDESOL A PROSPERA NOV-DIC 2016.xlsx
\Chihuahua2016\28. Selección beneficiarios		
		Lineamientos_Operativos Aprobados Ejercicio 2016.pdf
		REGLAS DE OPERACION PROSPERA 2016.pdf
		Reglas de operación del Programa Prospera 2016
\Chihuahua2016\29. Depuración y actualización Padrón Beneficiarios		
		Lineamientos_Operativos Aprobados Ejercicio 2016.pdf
		REGLAS DE OPERACION PROSPERA 2016.pdf
		Reglas de operación del Programa Prospera 2016
\Chihuahua2016\30. Información Relevante del Programa		
		c. Informacion relevante del Programa.PDF
\Chihuahua2016\31. Información relevante del Ejercicio Fiscal 2017		
		2017 SH-PRG3 Árbol del Problema.xlsx
		2017 SH-PRG4 Árbol de Objetivos.xlsx
		2017 SH-PRG1 Definición del Programa - Planteamiento del Problema.xlsx
		2017 SH-PRG2 Focalización de la Población Objetivo.xlsx
		CONVENIO DE COLABORACION 2017.pdf
		Lineamientos_Operativos_de_PROSPERA_2017.pdf
		MML 2017.pdf
		PRBREP001- ALINEACION 2017.pdf
		PRBREP013- MIR 2017.pdf
		REGLAS DE OPERACION PROSPERA 2017.pdf
		Reglas de operación del Programa Prospera 2017
		Reporte Reprogramación.pdf

- **Calidad y suficiencia de la información disponible para la evaluación**

El Programa de manera inicial proporcionó 31 carpetas con 108 documentos en diferentes formatos; la información que se entregó contiene los temas de Población, Árbol del problema y objetivos, POA, MIR, Fichas técnicas de los indicadores, padrón de beneficiarios, aspectos susceptibles de mejora, cuenta pública, normatividad, entre otros. La información proporcionada, cubrió la mayor parte de los requerimientos. No obstante, se solicitó la confirmación de la información referente a focalización, en función de ser similar en los años 2014 al 2016; además, se solicitó ampliar la información referente a los aspectos susceptibles de mejora para la que se entregaron 7 documentos más.

En términos generales, la información entregada y la solicitada posteriormente, cumplen con los criterios de calidad suficientes para hacer la valoración del Programa; por lo que no se tienen recomendaciones referentes a la presentación de la información.

Bibliografía

- CHIH, EDO. *TdR7 Términos de Referencia para la Evaluación Específica del Desempeño con Enfoque Social*. Chihuahua: GOB EDO CHIHUAHUA, 2007.
- CHIH, EDO. «Formatos SH-ASM3.» 2016.
- CHIH, EDOa. «Soporte SH ASM 6.» CHIH. EDOa Soporte ASM 6, ASM 7, ASM 9, ASM 11, ASM 12, ASM 13, 2016.
- CHIH, EDOc. «CHIH, EDO. Formatos SH-ASM1 y SH-ASM2.» s.f.
- CHIH. EDOb. «CHIH. EDO. Soporte ASM 1 y Soporte ASM 8.» s.f.
- Chihuahua, Gobierno del estado de. *Alineación de los Programas Presupuestarios a planes y Programas*. Sistema Hacendario PbR Sed. Chihuahua: Gobierno del estado de Chihuahua, 2017. Digital: entregado por el Programa.
- . *Alineación de los Programas Presupuestarios a planes y Programas*. Sistema Hacendario PbR Sed. Chihuahua: Gobierno del estado de Chihuahua, 2017. Digital: entregado por el Programa.
- . *E10201 Programa PROSPERA MIR 2016*. Cierre Anual 2016. Chihuahua: GEC, 2017. Digital: entregado por el Programa.
- CONAPO. *ESTIMACIONES Y PROYECCIONES DE LA POBLACIÓN POR ENTIDAD FEDERATIVA*. PROYECCIONES ESTADÍSTICAS DEL ESTDO DE CHIHUAHUA. MÉXICO: SEGOB, CONAPO, 2017.
http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones_Datos.
- CONEVAL. *Evaluación de Programas Sociales, Glosario*. CDMX, 23 de 10 de 2017.
<http://www.coneval.org.mx/Evaluacion/Paginas/Glosario.aspx>.
- . *Guía para la Elaboración de la Matriz de Indicadores para Resultados*. MÉXICO: CONEVAL, 2013.
http://www.coneval.org.mx/Informes/Coordinacion/Publicaciones%20oficiales/GUIA_PARA_LA_ELABORACION_DE_MATRIZ_DE_INDICADORES.pdf.
- . *Guía para la Elaboración de la Matriz de Indicadores para Resultados*. MÉXICO: CONEVAL, 2013.
http://www.coneval.org.mx/Informes/Coordinacion/Publicaciones%20oficiales/GUIA_PARA_LA_ELABORACION_DE_MATRIZ_DE_INDICADORES.pdf.
- FOCALIZACIÓN, SSCH. *SH PGR2 FOCALIZACIÓN DE LA POBLACIÓN OBJETIVO*. INFORME EXCEL. CHIHUAHUA: SSCH, 2014-2016.
- FTI, PROSPERA. *FICHAS TÉCNICAS DE INDICADORES*. Chihuahua: SSA-PROGRESA, 2014-2016.
- GUERRA, DRA. SUSANA OLGA LIRA. *NOTA INFORMATIVA TEMA 1*. NOTA INFORMATIVA. CHUHUAHUA: SALUD CHIHUAHUA, 2017.

—. *NOTA INFORMATIVA TEMA 1. NOTA INFORMATIVA. CHIHUAHUA: SALUD CHIHUAHUA, 20017.*

INEGI. *Información por entidad.* 2015.

http://www.cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/chih/territorio/div_municipal.aspx?tema=me&e=08. 24 de 10 de 2017.

Informe, SSC. *Rendición de Cuentas del Estado (Informe de Salud).* 30 de 06 de 2016.

<http://www.ssch.gob.mx/rendicionCuentas/archivos/SERVICIOS%20DE%20SALUD%20RECURSOS%20DEST%20OPERSPECTIVA%20DE%20GENERO%20do%20TRIM%202016.pdf>. 10 de 10 de 2017.

INTEGRAM. *EVALUACIÓN ESPECÍFICA DEL DESEMPEÑO DEL PROGRAMA OPORTUNIDADES 2014.* EVALUACIÓN. CHIHUAHUA: GOBIERNO DE CHIHUAHUA, 2015. INTEGRAM ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS, S.A. DE C.V.

ONU. *Informe 2015 de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.* Anual. Nueva York: ONU, ONU.

http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/2015/mdg-report-2015_spanish.pdf.

PED, GECH. *Plan Estatal de Desarrollo.* Chihuahua: Gobierno del Estado, 2011.

PROSPERA, MIR. *Matriz de Indicadores para Resultado del Programa PROSPERA.* MIR. Chihuahua: SSA Estatal, 2016.

PSSE, SSE. *Programa sectorial de Salud (estatal).* Chihuahua: SSE, 2011.

Republica, Presidencia de la. «Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018.» 2013. *Secretaría de Salud.* Digital:

<http://itcampeche.edu.mx/wp-content/uploads/2016/06/Plan-Nacional-de-Desarrollo-PND-2013-2018-PDF.pdf>. 08 de octubre de 2017.

República, Presidencia de la. «Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018.» 2013. *Secretaría de Salud.* Digital:

<http://itcampeche.edu.mx/wp-content/uploads/2016/06/Plan-Nacional-de-Desarrollo-PND-2013-2018-PDF.pdf>. 08 de octubre de 2017.

RS, PROSPERA. *REPORTE DE SEGUIMIENTO DEL POA, CIERRE ANUAL.* Chihuahua: SSC-PROSPERA, 2014-2016.

Salud, Secretaría de. «Secretaría de Salud.» 2013. *Programa Sectorial de Salud 2013-2018.* Digital:

http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dged/descargas/index/ps_2013_2018.pdf. 08 de octubre de 2017.

SEDESOL. *ACUERDO, 2015.* SOCIAL, SECRETARIA DE DESARROLLO. CDMX, 2015.

—. «Diario Oficial de la Federación.» 13 de 06 de 2013. *Convenio Específico de Colaboración en materia de transferencia de recursos para la ejecución de acciones de PROSPERA Programa de Inclusión Social, Componente Salud, que celebran la Secretaría de Salud y el Estado de CHIHUAHUA de 2014.*

http://www.dof.gob.mx/nota_to_doc.php?codnota=5348679. 19 de 10 de 2017.

SEDESOL ROP. «ACUERDO por el que se emiten las Reglas de Operación de PROSPERA Programa de Inclusión Social, para el ejercicio fiscal 2016.» ROP. México: DOF, 30 de diciembre de 2015.

SEDESOL, PB. *Padrón de beneficiarios*. EXCEL. CHIHUAHUA: SEDESOL, 2014-2016. PADRON_DE_S2_FAMILIAS INCORPORADAS POR SEDESOL A PROSPERA NOV-DIC 2016.xlsx.

SEDESOLa. *Lineamientos 2016*. SEDESOL. CDMX, 2016.

SEDESOL-ROP. «ACUERDO por el que se emiten las Reglas de Operación de PROSPERA Programa de Inclusión Social, para el ejercicio fiscal 2016.» ROP. México: DOF, 30 de diciembre de 2015.

SHCP. <https://www.gob.mx/shcp/documentos/acuerdo-por-el-que-se-establecen-las-disposiciones-generales-del-sistema-de-evaluacion-del-desempeno>. 27 de octubre de 2015. 20 de octubre de 2017.
<<https://www.gob.mx/shcp/documentos/>>.

SSCH. [http://dgces.salud.gob.mx/INDICASII/ Bases de datos de Jurisdicciones y Unidades](http://dgces.salud.gob.mx/INDICASII/Bases%20de%20datos%20de%20Jurisdicciones%20y%20Unidades). 2016. 20 de octubre de 2017. <[http://dgces.salud.gob.mx/INDICASII/ Bases de datos de Jurisdicciones y Unidades](http://dgces.salud.gob.mx/INDICASII/Bases%20de%20datos%20de%20Jurisdicciones%20y%20Unidades)>.

SSE, Focalización 2017. *Focalización de la Población Objetivo, 2017*. Excel. Chihuahua: SSE, 2017. Entregado por el programa.

SSE, PROSPERA 2017. *Matriz de Indicadores para Resultados 2017*. MIR. Chihuahua: SSE, 2016-2017.

Anexos

Anexo I. Complementariedad y coincidencias entre programas presupuestarios.

Nombre del Programa: PROSPERA Programa de Inclusión Social							
Ente Público: Servicios de Salud de Chihuahua							
Área Responsable: Dirección Médica de los Servicios de Salud de Chihuahua							
Tipo de Evaluación: Evaluación Específica de Desempeño con Enfoque Social							
Año de la Evaluación y ejercicio fiscal evaluado: Año de la evaluación 2017 y ejercicio fiscal evaluado 2016							
Nombre del Programa (complementario o coincidente)	Ente Público	Propósito	Población Objetivo	Tipo de Apoyo	Cobertura Geográfica	Fuentes de Información	Comentarios Generales
Salud de la mujer	Servicios de Salud de Chihuahua.	Conjunto de acciones de atención, promoción y prevención en salud enfocadas en garantizar condiciones de vida óptimas a la población de mujeres en edad fértil.	Mujeres del estado (edad fértil)	Servicios acciones Médicas	Estado de Chihuahua	Plan Estatal de Desarrollo, Servicios de Salud de Chihuahua.	Complementario En la definición del Programa se establece que es el: Conjunto de acciones que brindan servicios de atención en salud de primer nivel a la población abierta y a la población de responsabilidad del programa PROSPERA, con el fin de cubrir de forma satisfactoria sus necesidades en salud. Incluye mujeres en edad fértil inscritas al Programa PROSPERA
Salud de personas adultas	Servicios de Salud de Chihuahua.	Conjunto de acciones de atención, promoción y prevención en salud enfocadas en garantizar condiciones óptimas de vida a la población de personas adultas y personas adultas mayores.	Adultos mayores del estado	Servicios acciones Médicas	Estado de Chihuahua	Plan Estatal de Desarrollo, Servicios de Salud de Chihuahua.	Complementario En la definición del Programa se establece que es el: Conjunto de acciones que brindan servicios de atención en salud de primer nivel a la población abierta y a la población de responsabilidad del programa PROSPERA, con el fin de cubrir de forma satisfactoria sus necesidades en salud. Incluye mujeres adultos mayores inscritos al Programa PROSPERA.

Nombre del Programa: PROSPERA Programa de Inclusión Social							
Ente Público: Servicios de Salud de Chihuahua							
Area Responsable: Dirección Médica de los Servicios de Salud de Chihuahua							
Tipo de Evaluación: Evaluación Específica de Desempeño con Enfoque Social							
Año de la Evaluación y ejercicio fiscal evaluado: Año de la evaluación 2017 y ejercicio fiscal evaluado 2016							
Nombre del Programa (complementario o coincidente)	Ente Público	Propósito	Población Objetivo	Tipo de Apoyo	Cobertura Geográfica	Fuentes de Información	Comentarios Generales
Fomento a la salud en la población	Servicios de Salud de Chihuahua.	Fomentar programas de participación comunitaria que provean de herramientas a la población en general para mejorar las condiciones de salud de las personas que habitan en la Entidad.	Población responsable SSH (Población abierta)	Servicios acciones Médicas	Estado de Chihuahua	Plan Estatal de Desarrollo, Servicios de Salud de Chihuahua.	Complementario En la definición del Programa se establece que es el: Conjunto de acciones que brindan servicios de atención en salud de primer nivel a la población abierta y a la población de responsabilidad del programa PROSPERA, con el fin de cubrir de forma satisfactoria sus necesidades en salud. Incluye promoción de la salud personal y comunitaria a los inscritos al Programa PROSPERA
Estrategias Institucionales para apoyo a la salud	Servicios de Salud de Chihuahua.	Estrategias Institucionales para apoyo a la salud: Disminuir los riesgos de morbilidad y mortalidad de la población en general, estableciendo programas médicos para la atención de problemas emergentes, con la participación comunitaria como elemento distintivo de la política de salud Estatal, así como garantizar la cobertura médica	Total de la población del estado	Servicios acciones Médicas	Estado de Chihuahua	Plan Estatal de Desarrollo, Servicios de Salud de Chihuahua.	Complementario En la definición del Programa se establece que es el: Conjunto de acciones que brindan servicios de atención en salud de primer nivel a la población abierta y a la población de responsabilidad del programa PROSPERA, con el fin de cubrir de forma satisfactoria sus necesidades en salud. Incluye atención del primer nivel a los inscritos al Programa PROSPERA

Nombre del Programa: PROSPERA Programa de Inclusión Social							
Ente Público: Servicios de Salud de Chihuahua							
Área Responsable: Dirección Médica de los Servicios de Salud de Chihuahua							
Tipo de Evaluación: Evaluación Específica de Desempeño con Enfoque Social							
Año de la Evaluación y ejercicio fiscal evaluado: Año de la evaluación 2017 y ejercicio fiscal evaluado 2016							
Nombre del Programa (complementario o coincidente)	Ente Público	Propósito	Población Objetivo	Tipo de Apoyo	Cobertura Geográfica	Fuentes de Información	Comentarios Generales
		de primer nivel de atención en las áreas rurales y urbanas mediante unidades de atención móviles e impulsar un programa de sangre segura para la atención médica en el Estado de Chihuahua.					

Anexo II. Criterios Generales para la Valoración y Selección de los Indicadores de la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR)

Con base en los criterios señalados en este apartado se realizó el análisis de los cuatro únicos indicadores del Programa entre 2014-2016. El análisis se encuentra en el cuerpo del documento en Tema II. Resultados y productos.

Datos de los indicadores de la MIR del componente de salud del Programa PROSPERA en Chihuahua (PROSPERA), (FTI) y (RS)

Datos	Indicador			
	Nivel	FIN	PROPÓSITO	COMPONENTE
Resumen narrativo	Contribuir en la disminución de la mortalidad mediante la prevención y atención médica oportuna	La población responsable de los SSCH mejora su condición de salud	Acciones Integradas en el paquete básico garantizado de salud otorgadas	Consultas de primer nivel a los integrantes de las familias beneficiarias del programa oportuna
Nombre del indicador	Variación porcentual anual del índice de morbilidad en la entidad	Variación porcentual del Índice de mortalidad Infantil por desnutrición de la población responsable de los SSCH	Variación porcentual del total de acciones integradas en el paquete básico garantizado de salud otorgadas	Porcentaje de consultas otorgadas
Fórmula	$((TIMt/TIMt_1)*100)$	$((TMIDPRSSCHEt/TMIPRSCHEt_1)-1)*100)$	$((TAIPBGSO/TAIPBGSP)*100)$	$((TCO/TCP)*100)$
Descripción de la Fórmula	TIMt = Mide de la variación del índice de mortalidad 2013 TIMt_1 = Índice de mortalidad 2012	TMIDPRSSCHEt = Mide la variación del Índice de mortalidad infantil por desnutrición de la población de responsabilidad de SSCH en la entidad 2012 TMIPRSCHE morbilidad infantil de la población de responsabilidad de SSCH en la entidad 2013	TAIPBGSO = Total de acciones integradas en el paquete básico garantizado de salud otorgadas TAIPBGSP = Total de acciones integradas en el paquete básico garantizado de salud programadas	TCO = Variación Porcentual del Total de consultas otorgadas TCP = Total de consultas programadas
Unidad de Medida	PORCENTUAL	VARIACION_PORCENTUAL	PORCENTUAL	VARIACION_PORCENTUAL
Frecuencia de medición del indicador	Anual	Anual	Anual	Anual
Año de base del indicador	2016	2016	2016	2016
Meta Programada del Indicador (2016)	95.00	-1	95.00	95.00
Meta reprogramada del indicador (en caso de aplicar) 2016¹³	100.00	0	100.00	99.00
Meta lograda al cierre del ejercicio fiscal 2016	95.00	-1	95.00	95.00
Resultados del indicador en el	76.08	0	97.56	90.00

13 Se presenta una diferencia entre la MIR y el reporte de seguimiento, las programaciones y reprogramaciones no corresponden con las mencionadas en la MIR.

**Datos de los indicadores de la MIR del componente de salud del Programa
PROSPERA en Chihuahua (PROSPERA), (FTI) y (RS)**

Datos	Indicador			
	FIN	PROPÓSITO	COMPONENTE	ACTIVIDAD
ejercicio fiscal 2015				
Resultados del indicador en el ejercicio fiscal 2014	100	75.69	96.45	98.71

Fuente: FTI, PROSPERA. *FICHAS TÉCNICAS DE INDICADORES*. Chihuahua: SSA-PROGRESA, 2014-2016.
 RS, PROSPERA. *REPORTE DE SEGUIMIENTO DEL POA, CIERRE ANUAL*. Chihuahua: SSC-PROSPERA, 2014-2016.
 PROSPERA, MIR. *Matriz de Indicadores para Resultados del Programa PROSPERA*. MIR. Chihuahua: SSA Estatal, 2016.

Anexo III Seguimiento a los Aspectos Susceptibles de Mejora

Aspectos Susceptibles de Mejora de ejercicio fiscal 2016		
Nombre del Ente Público evaluado: Servicios de Salud de Chihuahua		
Nombre del programa evaluado: PROSPERA Programa de Inclusión Social		
Tipo de evaluación realizada: Evaluación Especifica de Desempeño con Enfoque Social		
Ejercicio fiscal evaluado: 2016		
Tema	Aspectos Susceptibles de Mejora	Recomendaciones
Tema I. Datos Generales	No aplica	No aplica
Tema II. Resultados y Productos	Árbol del problema inadecuada definición del problema central	Analizar y modificar el Árbol del problema, así como sus efectos y causas; mediante cursos o capacitación relacionada con la construcción de las MIR y programas presupuestarios; con el objetivo de mejorar el problema que tendrá un impacto en los objetivos y en la MIR del programa
	La MIR 2016, presenta problemas de construcción por ser insuficientes en sus componentes y actividades	Revisar, complementar y transformar la construcción de la MIR; se requiere una evaluación de diseño; con el objetivo de mejorar los indicadores de todos los niveles de la MIR.
	La MIR 2016 considera cuatro indicadores, uno para cada nivel hace referencia a los años 2012 y 2013	Revisar, analizar y modificar la información de los indicadores de los años 2014-2016; con la información actualizada realizar el ejercicio de la MIR con el objetivo de fortalecer la medición y el seguimiento del Programa
	Fichas Técnicas desactualizadas e incompletas.	Actualizar las fichas técnicas de los indicadores; mediante la revisión y capacitación para ajustar la información como, fechas al año del ejercicio presupuestal correspondiente, línea de base, entre otros.
	El componente de la MIR 2104-2016 es insuficiente.	Incluir otro componente en el que se consideren promoción para la salud, capacitación o inmunizaciones.
Tema III. Cobertura	El Programa maneja cinco tipos de poblaciones de referencia; la no afectada por el problema; población potencial; población de postergada; y la población objetivo. Se identifica ambigüedad al no establecer el ámbito de acción del Programa, es decir, no se puede identificar si van a atender personas, familias u hogares.	Analizar e identificar, las poblaciones del Programa, buscando mejorar la redacción de los conceptos de las poblaciones, con el objetivo de mejorar la definición de las mismas.
	La población de referencia tiene variaciones en la población a la baja entre 2014-2015	Analizar e identificar la población de referencia con la revisión de los censos estatales o proyecciones de CONAPO con el objetivo ver las tasas de crecimiento de la población por grupos de edad u origen socioeconómico.
	Se identifica la ausencia de dos	Identificar, diferenciar y establecer la medición de la

Aspectos Susceptibles de Mejora de ejercicio fiscal 2016		
Nombre del Ente Público evaluado: Servicios de Salud de Chihuahua		
Nombre del programa evaluado: PROSPERA Programa de Inclusión Social		
Tipo de evaluación realizada: Evaluación Específica de Desempeño con Enfoque Social		
Ejercicio fiscal evaluado: 2016		
Tema	Aspectos Susceptibles de Mejora	Recomendaciones
	elementos centrales en primer lugar no se hace una diferencia entre hogares (Reglas de Operación de 2014-2016), familias (padrón de beneficiarios) y personas (RS); el segundo elemento es la ausencia de una definición de población atendida que se mide al final del año (RS).	población hogares, familias o personas con la revisión de los censos con el objetivo de centralizar y unificar los criterios para la medición de la población
Tema IV. Seguimiento a los Aspectos Susceptibles de Mejora	En el último trimestre del año fiscal el Programa no cuenta con los instrumentos actualizados de la metodología del Marco Lógico para el ejercicio fiscal 2017, los cuales deberían ser elaborados, al menos al inicio del año.	1. Elaborar un programa de trabajo que permita dar continuidad a las acciones susceptibles de mejora implementadas en los siguientes ejercicios presupuestarios para fortalecer la planeación, ejecución y evaluación del programa. 2. Capacitar al equipo del ente ejecutor del programa que participa en el uso y seguimiento de la aplicación de la Metodología del Marco Lógico para la implementación del Modelo de Gestión Basado en Resultados.
	La metodología para la medición de la calidad de la atención de los servicios depende de la Secretaría de Salud federal	Realizar encuestas de calidad, para conocer la percepción que tienen los beneficiarios del Programa sobre la mejora de sus condiciones de salud.
	Revisar los aspectos susceptibles de mejora, número: 6,10,11 y 12	Revisar los comentarios a los aspectos susceptibles de mejora para contribuir a eficientar el Programa.
Tema V. Presupuesto	Se aprecia una baja eficacia en el ejercicio del gasto.	Revisar procesos y definir estrategias para evitar el subejercicio presupuestal.
Tema VI. Enfoque Social	De acuerdo con las Reglas de Operación el Programa cuenta con otros medios para recopilar las opiniones, dudas o propuestas de las familias beneficiarias como son los Comités de Promoción Comunitaria o mecanismos de contraloría social, y el buzón de quejas,	Establecer con la Coordinación Estatal del Programa Prospera el mecanismo para que la Coordinación Estatal del Componente de Salud tenga acceso a la información que se genera en los otros medios de participación ciudadana donde se reciben opiniones de los beneficiarios, con el propósito de identificar posibles áreas de mejora.

Anexo III-1 Aspectos Susceptibles de Mejora evaluaciones anteriores. Avances y observaciones

Ejercicio fiscal	Aspectos Susceptibles de Mejora	Resultado Esperado	% de Avance		Observaciones del área responsable			Comentarios INSAD
			Seguimientos (1,2 y 3)	Evidencia documental	1er. seguimiento	2do. seguimiento	3er. seguimiento	
Características del Programa que opera con Recursos Federales Transferidos								
2014	1. Rediseñar el Árbol de problema y el de objetivos, de forma que se exprese de manera adecuada el problema que atiende el programa y se determinen los entregables necesarios y suficientes para cubrir el aspecto de los objetivos en congruencia con el problema definido.	Árbol de problemas y objetivos acorde a la metodología del marco lógico	0% 0% 100%	100%	MIR en proceso de elaboración	MIR en proceso de elaboración (La MIR se llevó a validación a la Secretaría de Hacienda en el mes de mayo y fue rechazada para incrementar a dos componentes)	En conjunto con la Subdirección de Planeación y Evaluación de SSCH se adecuaron los formatos SH-PRG3 y SH-PRG4, mismos que se anexan en el soporte documental de esta ASM	En el primer y segundo reportes de seguimiento se notificó como avance de este ASM que la MIR estaba en proceso de elaboración, lo cual no corresponde con el aspecto que se debía atender, aun cuando el Árbol del Problema y la Matriz de Indicadores para Resultados son parte de la Metodología del Marco Lógico. De acuerdo con esta metodología la identificación del problema es la primera etapa a desarrollar. Con base en esta evidencia se recomienda que el equipo del Estado de Chihuahua que participa en el uso y seguimiento de la aplicación de la Metodología del Marco Lógico para la implementación del Modelo de Gestión Basado en Resultados reciba capacitación.
2014	2. Analizar la normatividad aplicable para la construcción de la Matriz de Marco Lógico, en la cual se indica el máximo y mínimo de componentes y actividades que debe contemplar un programa.	Normatividad aplicada en la matriz de marco lógico para el ejercicio presupuestal 2016	0% 0% 50%	50%	MIR en proceso de elaboración	MIR en proceso de elaboración (La MIR se llevó a validación a la Secretaría de Hacienda en el mes de mayo y fue rechazada para incrementar a dos componentes)	MIR Actualizada a septiembre de 2016. Se incrementa a dos componentes y dos actividades, así como el ajuste en la redacción del fin. Documento validado por la Subdirección de evaluación de SSCH. Queda pendiente llevar a cabo una reunión con el personal adscrito a los departamentos de Programación y Planeación	De acuerdo con la observación en tercer seguimiento de atención de los ASM, la MIR fue actualizada en septiembre de 2016, y autorizada por la Subdirección de Evaluación de la Secretaría de Hacienda del Estado. Se incrementó a dos componentes y dos actividades, y se ajustó la redacción de FIN, lo que se confirma con la documentación enviada de la MIR 2016. Cabe mencionar que derivado del cambio en la redacción del FIN se modificaron también los indicadores, se eliminó el indicador original y se definieron dos indicadores asociados con la mortalidad, el primero de ellos con la Razón de mortalidad materna del año en curso en relación con el año anterior; y el segundo, mide la variación porcentual anual de la tasa de mortalidad infantil

Anexo III-1 Aspectos Susceptibles de Mejora evaluaciones anteriores. Avances y observaciones

Ejercicio fiscal	Aspectos Susceptibles de Mejora	Resultado Esperado	% de Avance		Observaciones del área responsable			Comentarios INSAD
			Seguimientos (1,2 y 3)	Evidencia documental	1er. seguimiento	2do. seguimiento	3er. seguimiento	
							Estratégica y Evaluación de la Coordinación PBR/SED de la Secretaría de Hacienda para llevar a cabo el acompañamiento en la elaboración final de los documentos para 2017.	por desnutrición del año en curso con respecto al año anterior.
2014	3. Analizar el nivel asignado del componente y la actividad con las que cuenta actualmente el programa, para determinar si se debe modificar	Matriz de indicadores para resultados con componente y actividades modificadas	0% 0% 50%	50%	MIR en proceso de elaboración	MIR en proceso de elaboración (La MIR se llevó a la validación a la Secretaría de Hacienda en el mes de mayo y fue rechazada para incrementar a dos componentes)	MIR Actualizada a septiembre de 2016. Se incrementa a dos componentes y dos actividades, así como el ajuste en la redacción del fin. Documento validado por la Subdirección de evaluación de SSCH. Queda pendiente llevar a cabo una reunión con el personal adscrito a los departamentos de Programación Orientada a Resultados y Planeación Estratégica y Evaluación de la Coordinación PBR/SED de la Secretaría de Hacienda para llevar a cabo el acompañamiento en la elaboración final de los documentos para 2017.	De acuerdo con la observación en tercer seguimiento de atención de los ASM, la MIR fue actualizada en septiembre de 2016, y autorizada por la Subdirección de Evaluación de la Secretaría de Hacienda del Estado. Se incrementó a dos componentes y dos actividades, y se ajustó la redacción de FIN, lo que se confirma con la documentación enviada de la MIR 2016.
Planeación Estratégica								



Anexo III-1 Aspectos Susceptibles de Mejora evaluaciones anteriores. Avances y observaciones

Ejercicio fiscal	Aspectos Susceptibles de Mejora	Resultado Esperado	% de Avance		Observaciones del área responsable			Comentarios INSAD
			Seguimientos (1,2 y 3)	Evidencia documental	1er. seguimiento	2do. seguimiento	3er. seguimiento	
2014	4. Se recomienda ajustar la redacción del Fin, para que éste refleje la vinculación del objetivo superior al cual está alineado (puede ser del Plan Estatal de Desarrollo o del Programa Sectorial) y adecuar la sintaxis.	Redacción de fin ajustado al Plan Estatal de Desarrollo	0% 0% 50%	50%	MIR en proceso de elaboración	MIR en proceso de elaboración (La MIR se llevó a validación a la Secretaría de Hacienda en el mes de mayo y fue rechazada para incrementar a dos componentes)	MIR Actualizada a septiembre de 2016. Se incrementa a dos componentes y dos actividades, así como el ajuste en la redacción del fin. Documento validado por la Subdirección de evaluación de SSCH. Queda pendiente llevar a cabo una reunión con el personal adscrito a los departamentos de Programación y Planeación Estratégica y Evaluación de la Coordinación PBR/SED de la Secretaría de Hacienda para llevar a cabo el acompañamiento en la elaboración final de los documentos para 2017.	De acuerdo con la observación en tercer seguimiento de atención de los ASM, la MIR fue actualizada en septiembre de 2016 y autorizada por la Subdirección de Evaluación de la Secretaría de Hacienda del Estado. Se incrementó a dos componentes y dos actividades, y se ajustó la redacción de FIN, lo que se confirma con la documentación enviada de la MIR 2016. Cabe mencionar que derivado del cambio en la redacción del FIN se modificaron también los indicadores, se eliminó el indicador original y se definieron dos indicadores asociados con la mortalidad, el primero de ellos con la Razón de mortalidad materna del año en curso en relación con el año anterior; y el segundo, mide la variación porcentual anual de la tasa de mortalidad infantil por desnutrición del año en curso con respecto al año anterior.
2014	5. Mas contribución al objetivo superior o política pública identificada en el PED o Programa Sectorial a través de la solución al problema (relación con el propósito del programa)	MIR adecuada que contribuya al logro del objetivo superior.	0% 0% 50%	50%	MIR en proceso de elaboración	MIR en proceso de elaboración (La MIR se llevó a validación a la Secretaría de Hacienda en el mes de mayo y fue rechazada para	MIR Actualizada a septiembre de 2016. Se incrementa a dos componentes y dos actividades, así como el ajuste en la redacción del fin. Documento validado por la Subdirección de evaluación de SSCH. Queda pendiente llevar	De acuerdo con la observación en tercer seguimiento de atención de los ASM, la MIR fue actualizada en septiembre de 2016, y autorizada por la Subdirección de Evaluación de la Secretaría de Hacienda del Estado. Se incrementó a dos componentes y dos actividades, y se ajustó la redacción de FIN, lo que se confirma con la documentación enviada de la MIR 2016.

Anexo III-1 Aspectos Susceptibles de Mejora evaluaciones anteriores. Avances y observaciones

Ejercicio fiscal	Aspectos Susceptibles de Mejora	Resultado Esperado	% de Avance		Observaciones del área responsable			Comentarios INSAD
			Seguimientos (1,2 y 3)	Evidencia documental	1er. seguimiento	2do. seguimiento	3er. seguimiento	
						incrementar a dos componentes)	a cabo una reunión con el personal adscrito a los departamentos de Programación Orientada a Resultados y Planeación y Evaluación de la Coordinación PBR/SED de la Secretaría de Hacienda para llevar a cabo el acompañamiento en la elaboración final de los documentos para 2017.	
Variación de la cobertura de Atención								
2014	6.Establecer los mecanismos pertinentes para la cuantificación, control y monitoreo de la población atendida.	Proceso formal del seguimiento del Programa implementado	0% 0% 100%	50%	Oficio en proceso de elaboración	Oficio en proceso de elaboración	El mecanismo de cuantificación y control del programa definido por la federación son los indicadores N-ISO, de los cuales derivan las áreas de mejora a monitorear. Como estrategia de seguimiento se enviaron oficios a las Jurisdicciones, donde se solicitan acciones de mejora a indicadores N-ISO. La documentación soporte están compartidos con la SH-ASM 7. Los oficios de respuesta de las Jurisdicciones están en	Si bien en el formato "SH-ASM3 Programa de Mejora de la Gestión Servicios de Salud" se tiene un avance del 100%, en el proceso documentado en el formato SH-ASM6, se establecen las acciones a realizar por nivel de responsabilidad desde la Coordinación Estatal, la Jurisdicción Sanitaria y las Unidades de Salud para el proceso de evaluación y monitoria. En este documento, sólo se evidencian dos de las actividades de la Coordinación Estatal (evaluación del cumplimiento de las jurisdicciones y oficios con los resultados) por lo que, como bien se especifica en el reporte del tercer seguimiento hacen falta los oficios de respuesta de las jurisdicciones, por lo que INSAD considera que este ASM está en proceso.

Anexo III-1 Aspectos Susceptibles de Mejora evaluaciones anteriores. Avances y observaciones

Ejercicio fiscal	Aspectos Susceptibles de Mejora	Resultado Esperado	% de Avance		Observaciones del área responsable			Comentarios INSAD
			Seguimientos (1,2 y 3)	Evidencia documental	1er. seguimiento	2do. seguimiento	3er. seguimiento	
							proceso. El proceso documentado está definido en el Proceso de evaluación y monitoreo del Programa PROSPERA por ámbito de competencia.	
2014	7. Hacer un seguimiento documentado de la cobertura del programa, donde se muestren informes del monitoreo de la población atendida.	Proceso formal de monitoria del Programa implementado.	0% 0% 100 %	100%	Oficio en proceso de elaboración	Oficio en proceso de elaboración	El mecanismo de control del programa definido por la federación son los indicadores N-ISO, de los cuales derivan las áreas de mejora a monitorear. Como estrategia de seguimiento se enviaron oficios a las Jurisdicciones, donde se solicitan acciones de mejora a indicadores N-ISO incluidas las acciones de supervisión de los cuales a la fecha no tenemos respuesta de las Jurisdicciones. Se anexa ejemplo de matriz de responsabilidad de supervisión donde se evidencian las vertientes monitoreadas del programa para mejorar las acciones otorgadas a la Población Atendida.	En el reporte del tercer seguimiento ("SH-ASM3 Programa de Mejora de la Gestión Servicios de Salud") se reporta un avance del 100%. Los documentos entregados en el formato SH-ASM6, son evidencia de que la Coordinación Estatal realizó la evaluación del cumplimiento de las jurisdicciones con base en los indicadores N-ISO.

Anexo III-1 Aspectos Susceptibles de Mejora evaluaciones anteriores. Avances y observaciones

Ejercicio fiscal	Aspectos Susceptibles de Mejora	Resultado Esperado	% de Avance		Observaciones del área responsable			Comentarios INSAD
			Seguimientos (1,2 y 3)	Evidencia documental	1er. seguimiento	2do. seguimiento	3er. seguimiento	
2014	8. Evaluar si se debe replantear el análisis de la focalización de la población objetivo y adecuar las definiciones de Población Atendida, Objetivo y Potencial.	Población del Programa replanteada y focalizada	0% 0% 100 %	100%	MIR en proceso de elaboración	MIR en proceso de elaboración (La MIR se llevó a la validación a la Secretaría de Hacienda en el mes de mayo y fue rechazada para incrementar a dos componentes)	En conjunto con la Subdirección de planeación y evaluación de SSCH se adecuaron los formatos SH-PRG2 y el cual se anexa en el soporte documental de esta ASM que fue el que aplicó para el ejercicio 2016.	En el primer y segundo reportes de seguimiento se notificó como avance de este ASM que la MIR estaba en proceso de elaboración, lo cual no corresponde con el aspecto que se debía atender. Con base en esta evidencia se recomienda que el equipo del Estado de Chihuahua que, participa en el uso y seguimiento de la aplicación de la Metodología del Marco Lógico para la implementación del Modelo de Gestión Basado en Resultados reciba capacitación.
Operación del Programa								
2014	9. Elaborar un Manual de Procedimientos que permita conocer la forma de llevar a cabo cada uno de los procesos, con el fin de mejorar la eficacia y eficiencia de los mismos.	Contar con un manual de organización de la institución actualizado.	0% 0% 100%	100%	Manual de procedimientos en proceso de integración	Manual de procedimientos en proceso de integración	Manual de procedimientos y funciones de la Coordinación PROSPERA validado por la Dirección Médica de SSCH. Cabe mencionar que no se realizó cronograma de actividades para la elaboración de dicho manual.	En el formato "SH-ASM3 Programa de Mejora de la Gestión Servicios de Salud" se tiene un avance del 100%, lo que se documenta con el soporte SH-ASM9, con el Manual de funciones de la Coordinación Prospera, Programa de Ampliación de Cobertura, Cirugía Extramuros y Tamiz auditivo neonatal e intervención temprana. Este documento integra las funciones de la Coordinación y los elementos normativos más relevantes de las Reglas de Operación de Prospera Programa de Inclusión Social, por lo que se cuenta con el sustento del ASM comprometido.
Avance en el cumplimiento de Resultados								
2014	10. Establecer la congruencia entre el nombre del indicador, la	Indicadores congruentes con la lógica del programa	0% 0% 50%	50%	MIR en proceso de elaboración	MIR en proceso de elaboración (La MIR se	MIR Actualizada a septiembre de 2016. Se hacen los ajustes de nombre del indicador y	De acuerdo con la observación en tercer seguimiento de atención de los ASM, la MIR fue actualizada en septiembre de 2016, y autorizada por la Subdirección de Evaluación de la

Anexo III-1 Aspectos Susceptibles de Mejora evaluaciones anteriores. Avances y observaciones

Ejercicio fiscal	Aspectos Susceptibles de Mejora	Resultado Esperado	% de Avance		Observaciones del área responsable			Comentarios INSAD
			Seguimientos (1,2 y 3)	Evidencia documental	1er. seguimiento	2do. seguimiento	3er. seguimiento	
	fórmula, y la unidad de medida que se plantea y determinar si se medirá como un porcentaje, un promedio o una variación porcentual para establecer la congruencia entre estos elementos.					llevó a la validación a la Secretaría de Hacienda en el mes de mayo y fue rechazada para incrementar a dos componentes)	<p>Documentado sus unidades de medida. Documento validado por la Subdirección de evaluación de SSCH. Queda pendiente llevar a cabo una reunión con el personal adscrito a los departamentos de Programación y Planeación Orientada a Resultados y Evaluación de la Coordinación PBR/SED de la Secretaría de Hacienda para llevar a cabo el acompañamiento en la elaboración final de los documentos para 2017.</p>	<p>Secretaría de Hacienda del Estado. Se incrementó a dos componentes y dos actividades, y se ajustó la redacción de FIN, lo que se confirma con la documentación enviada de la MIR 2016. Cabe mencionar que derivado del cambio en la redacción del FIN se modificaron también los indicadores, se eliminó el indicador original y se definieron dos indicadores asociados con la mortalidad, el primero de ellos con la Razón de mortalidad materna del año en curso en relación con el año anterior; y el segundo, mide la variación porcentual anual de la tasa de mortalidad infantil por desnutrición del año en curso con respecto al año anterior.</p> <p>Si bien cada uno de los indicadores se definió conforme a la recomendación de la evaluación, en la fórmula del indicador "Acciones Integradas del Paquete", no es clara la forma en que se medirá el número de acciones otorgadas dado que el Paquete Básico puede tener hasta 27 intervenciones de salud pública, sería conveniente definir esta forma de seguimiento y registro para todos los indicadores para homogeneizar el proceso en todas las unidades de salud y que pueda ser monitoreado.</p>
2014	11. Analizar las causas del incumplimiento de la totalidad de las metas establecidas y definir estrategias para cumplir las planteadas en el programa con	Captura eficiente y oportuna de información en sistemas oficiales	0% 0% 100%	50%	Proceso en trámite	Proceso en trámite	Al momento de realizar la meta se toma al número de familias registradas al inicio del ejercicio presupuestal, misma que varía conforme avanzan los bimestres, por las bajas de familias por incumplimiento en su	<p>Se recibió evidencia documental (archivo: Soporte SH-ASM 11.pdf) de: i) Tablas de datos de los cubos dinámicos, Ajustes a las metas de la MIR, Interpretación del concepto de familias incorporadas y registradas y ajustes a la MIR Prospera.</p> <p>El ASM es respecto al análisis de las causas de incumplimiento de todas las metas establecidas, sin embargo, la evidencia aporta información de</p>

Anexo III-1 Aspectos Susceptibles de Mejora evaluaciones anteriores. Avances y observaciones

Ejercicio fiscal	Aspectos Susceptibles de Mejora	Resultado Esperado	% de Avance		Observaciones del área responsable			Comentarios INSAD
			Seguimientos (1,2 y 3)	Evidencia documental	1er. seguimiento	2do. seguimiento	3er. seguimiento	
	recurso asignado.						<p>corresponsabilidad, situación que ocasionó que al momento de la revisión no se cumpliera con la meta al 100%, ya que, para ese bimestre, se dieron de baja familias por la SEDESOL por el incumplimiento de las familias con los componentes del programa. Se adjuntan los reportes del SIP, que son un extracto de las bases de datos de los cubos dinámicos con la información exclusiva de PROSPERA generadas por las unidades de salud para el 2016.</p>	<p>las diferencias en el concepto de familia, la modificación de metas y los resultados alcanzados, más no las estrategias para alcanzar las metas planteadas con los recursos asignados, de los cuales además el estado no había ejercido el 100%. Por ejemplo: Aunque la construcción de los indicadores es motivo de otros Aspectos Susceptibles de Mejora, se identifica que no hay precisión en la construcción de algunos de ellos, por ejemplo, el indicador que cuantifica las acciones del Paquete Básico, cuya meta parece referirse al número de familias registradas, sin embargo, no hay elementos para verificarlo, por lo que puede ser una causa que genere el incumplimiento al que se refiere este ASM. Inclusive la carpeta "16 Reportes de Reprogramación" contiene un documento de solicitud de Reprogramación de metas e indicadores de fecha muy reciente 25/07/2017, más no las estrategias para alcanzar las metas programadas. Por lo que si bien en el formato "SH-ASM3 Programa de Mejora de la Gestión Servicios de Salud" se tiene un avance del 100% con base en lo explicado se considera que la atención de este ASM está en proceso</p>
Ejercicio de los recursos								

Anexo III-1 Aspectos Susceptibles de Mejora evaluaciones anteriores. Avances y observaciones

Ejercicio fiscal	Aspectos Susceptibles de Mejora	Resultado Esperado	% de Avance		Observaciones del área responsable			Comentarios INSAD
			Seguimientos (1,2 y 3)	Evidencia documental	1er. seguimiento	2do. seguimiento	3er. seguimiento	
2014	12. Analizar la capacidad del programa para ampliar la cobertura de atención del Programa y las estrategias para otorgar los bienes y/o servicios del Programa Oportunidades 2014.	Notificación de respuesta oficial por parte de la Federación de la gestión realizada	0% 0% 100%	100%	Oficio en proceso de elaboración	Oficio en proceso de elaboración	Se anexan los oficios del proceso. 1 solicitud federal 2016. 2 solicitud a jurisdicciones 2016. 3 respuesta a la federación. 4 acta de autorización de nuevas familias PROSPERA 2015. Cabe mencionar que la notificación está en proceso de revisión y autorización por la Federación, es un reporte anual, donde el correspondiente a 2016 está en proceso de resolución por lo general el subcomité sesiona los bimestres septiembre-octubre y noviembre - diciembre. Se considera al 100% debido a que se cuenta con la autorización en comité para el bimestre septiembre - octubre de 2015, conforme a acta anexa.	Se recibió la documentación Soporte SH-ASM12 con los Oficios de solicitud de la capacidad de atención por unidad de salud de la Dirección General del Programa Prospera (DGPP) a los Servicios de Salud de Chihuahua (SSCH), así mismo los oficios de solicitud de la capacidad de atención de los SSCH a las Jurisdicciones Sanitarias, respuesta de los SSCH a la DGPP con una capacidad de cobertura de 112,772 familias, superior en cerca del 50% de la cobertura al cierre de 2016, así como el acta de la reunión del Subcomité Técnico Estatal de Programa de 2015, donde se evidencia que de forma colegiada se aprueba la validación de cobertura de los servicios de salud del Estado. Por lo que se coincide con el alcance del 100% descrito en formato "SH-ASM3 Programa de Mejora de la Gestión Servicios de Salud"

Anexo III-1 Aspectos Susceptibles de Mejora evaluaciones anteriores. Avances y observaciones

Ejercicio fiscal	Aspectos Susceptibles de Mejora	Resultado Esperado	% de Avance		Observaciones del área responsable			Comentarios INSAD
			Seguimientos (1,2 y 3)	Evidencia documental	1er. seguimiento	2do. seguimiento	3er. seguimiento	
2014	13. Analizar las causas del incumplimiento del ejercicio del recurso aprobado, y el destino del mismo al finalizar el ejercicio fiscal 2014, para definir estrategias que permitan prevenir dicha situación en ejercicios subsecuentes.	Notificación de respuesta oficial por parte de la Federación de la gestión realizada. Notificación de respuesta oficial de la Dirección Administrativa de los lineamientos que agilicen los procesos de compra y contratación de personal.	0% 0% 100%	50%	Oficio en proceso de elaboración	Oficio en proceso de elaboración	Proceso documentado	Se recibió documentación soporte de: i) Descripción del proceso correspondiente al POA ii) Oficio de la Federación de la autorización de recursos del ejercicio fiscal; ii) Convenio de colaboración 2016. En la cláusula sexta se establece que en el caso de que "LA ENTIDAD" no haya realizado la erogación total de los recursos deberá señalar las causas y justificaciones, y contará hasta el 30 de junio del siguiente año para ejercer el total del recurso. iv) POA con las acciones que se realizarán; y, v) el procedimiento de adquisiciones. Por lo que si bien en el formato "SH-ASM3 Programa de Mejora de la Gestión Servicios de Salud" se tiene un avance del 100% y se cuenta con evidencia para confirmar que, si se apega a los lineamientos, no se recibieron las causas del incumplimiento del ejercicio 2014, y las estrategias para prevenir esta situación en ejercicios subsecuentes, por lo que se considera que es un ASM en proceso de atención.

Anexo IV. Formato para la Difusión de los Resultados de las Evaluaciones

Nota: El Ente Público deberá proporcionar la información necesaria a la ITE para el llenado adecuado del presente anexo.

Formato para la Difusión de los Resultados de las Evaluaciones	
1. Descripción de la Evaluación	
1.1 Nombre de la Evaluación: Evaluación Específica de Desempeño con Enfoque Social del Programa PROSPERA Programa de Inclusión Social de Los Servicios de Salud de Chihuahua.	
1.2 Fecha de inicio de la evaluación (dd/mm/aaaa): 01/10/2017	
1.3 Fecha de término de la evaluación (dd/mm/aaaa): 08/12/2017	
1.4 Nombre de la persona responsable de darle seguimiento a la evaluación y nombre de la unidad administrativa a la que pertenece:	
Nombre: Lic. Tania Prieto Cano	Unidad administrativa: Jefa del Departamento de Evaluación de los Servicios de Salud de Chihuahua
1.5 Objetivo general de la evaluación:	
<p>Contar con una valoración del desempeño y conocer el avance en el cumplimiento de objetivos y metas programadas, mediante el análisis de indicadores del desempeño de los Programas presupuestarios, que permita retroalimentar la operación y la gestión de los mismos, de manera que se cuente con información que contribuya a mejorar la toma de decisiones y el uso eficiente y eficaz de los recursos.</p>	
1.6 Objetivos específicos de la evaluación:	
<p>i. Reportar los resultados de la gestión mediante el análisis de los indicadores del desempeño;</p> <p>ii. Analizar el avance de las metas de los indicadores de la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) 2016, respecto de años anteriores y su relación con el avance en las metas establecidas;</p> <p>iii. Analizar la evolución de la cobertura y el presupuesto;</p> <p>iv. Analizar los hallazgos relevantes derivados de evaluaciones anteriores;</p> <p>v. Identificar las principales fortalezas y debilidades para emitir las recomendaciones pertinentes; e</p> <p>vi. Identificar los principales Aspectos Susceptibles de Mejora (ASM).</p>	
1.7 Metodología utilizada en la evaluación:	
Cuestionarios <input type="checkbox"/>	Entrevistas <input type="checkbox"/>
Formatos <input type="checkbox"/>	Otros (Especifique) <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Análisis de gabinete.	
1.8 Descripción de las técnicas y modelos utilizados:	
<p>La Unidad Técnica de Evaluación(UTE), representada por el Departamento de Planeación Estratégica y Evaluación, adscrito a la Coordinación de Presupuesto Basado en Resultados y Sistema de Evaluación del Desempeño de la Secretaría de Hacienda del Estado elaboró los Términos de Referencia para la Evaluación Específica del Desempeño con Enfoque Social.</p> <p>La técnica utilizada fue el análisis de gabinete, que consta de una revisión documental de los elementos que</p>	

Formato para la Difusión de los Resultados de las Evaluaciones

permitan conocer el desempeño del Programa; desde los elementos normativos, de diseño, operativos y de resultados; los cuales, permiten emitir una valoración consistente del avance y logro de los objetivos y las metas propuestas; los indicadores establecidos en la MIR; el avance en el objetivo de cobertura; y los logros en materia de los aspectos susceptibles de mejora. La evaluación genera información consistente y útil para contribuir a la toma de decisiones.

2. Principales Hallazgos de la Evaluación

2.1 Describir los hallazgos más relevantes de la evaluación:

- ✓ El componente de Salud del Programa Prospera, se encuentra alineado a los Programas Sectorial de Salud estatal y federal; al Programa Estatal de Desarrollo; y al Plan Nacional de Desarrollo.
- ✓ Inconsistencia en la construcción del Árbol del problema y de la MIR.
- ✓ No se cumplen las lógicas vertical y horizontal.
- ✓ Se deben revisar los indicadores de los cuatro niveles de la MIR.
- ✓ No se tiene definición de población atendida.
- ✓ En los documentos normativos y programáticos del programa, se identifican tres elementos diferentes de población hogares (ROP), familias (padrón de beneficiarios) y Personas (reportes de seguimiento).
- ✓ Del análisis de la evidencia documental relacionada con los ASM se considera que cinco de las recomendaciones se han cumplido ASM 1, 7, 8, 9 y 12 y, ocho ASM 2, 3, 4, 5, 6, 10, 11 y 13 están en proceso de atención.

2.2 Señalar cuáles son las principales Fortalezas, Oportunidades, de acuerdo con los temas del Programa, estrategia o instituciones:

2.2.1 Fortalezas:

- ✓ El componente de Salud del Programa Prospera, se encuentra alineado a los Programas Sectorial de Salud estatal y federal; al Programa Estatal de Desarrollo; y al Plan Nacional de Desarrollo
- ✓ El Programa tiene complementariedad con programas estatales de atención a la salud.
- ✓ Los Servicios Estatales de Salud de Chihuahua cuenta con la red de servicios con una cobertura amplia.

2.2.2 Oportunidades:

- ✓ Los procesos y responsabilidades por nivel de gobierno e instancia gubernamental están claramente delimitadas en las Reglas de Operación y los Lineamientos Operativos del Programa
- ✓ El Programa cuenta con presupuesto, específico principalmente para gasto operativo
- ✓ El programa tiene apoyo federal intersectorial (Educación y Desarrollo Social), sujeto a Reglas de Operación.

2.2.3 Debilidades:

- ✓ Se detectó que la construcción del Árbol del problema, presenta una inadecuada definición del problema central.
- ✓ La MIR 2016, presenta problemas de construcción debido a que las lógicas vertical y horizontal no se cumplen en función de ser insuficientes los componentes y las actividades.
- ✓ Las Fichas Técnicas de los indicadores están desactualizadas.

2.2.4 Amenazas:

- ✓ La metodología para la medición de la calidad de la atención de los servicios depende de la Secretaría de Salud Federal.
- ✓ Que el Programa se convierta solo en certificador de la corresponsabilidad y pierda su esencia como estrategia educativo preventiva para la población registrada.

3. Conclusiones y Recomendaciones de la Evaluación

3.1 Describir brevemente las conclusiones de la evaluación:

Formato para la Difusión de los Resultados de las Evaluaciones

- ✓ La complementariedad con otros programas de salud estatales, contribuye a incrementar el logro de las metas estatales y nacionales; al brindar atención médica y mejorar el estado de salud de la población del estado.
- ✓ Los indicadores del Programa tienen afinidad con los indicadores estatales y nacionales de salud; sin embargo, se considera que son insuficientes para medir el avance del Programa.
- ✓ El Programa debe revisar la construcción de los cinco tipos de poblaciones que maneja, en función de existir una diferencia en los documentos normativos y programáticos del Programa, en los que se identifican tres tipos de beneficiarios: hogares (ROP), familias (padrón de beneficiarios) y Personas (reportes de seguimiento). Se recomienda especificar el tipo de beneficiarios del Programa en la construcción de la definición del tipo de población.
- ✓ El Programa en seguimiento de los aspectos administrativos normativos cumple con la función de realizar convenios (en su caso los respectivos modificatorios) para formalizar la transferencia de recursos entre las secretarías de Salud federal y la estatal. Este elemento es importante en función de proporcionar transparencia en la recepción de los recursos y su posterior ejecución.
- ✓ Con base en los informes de seguimiento de atención de los ASM se identificó que, en los primeros reportes las acciones para atender los ASM asociados a la construcción del Árbol de problema, Árbol de objetivos y la definición de las poblaciones atendida y objetivo se enfocaron en la definición de la Matriz de Indicadores para Resultados, por lo que es posible que la Metodología de Marco Lógico no se esté aplicando adecuadamente.
- ✓ El componente de salud de Prospera Programa de Inclusión Social está incluido en la normatividad que le aplica a Prospera Programa de Inclusión Social, particularmente, en sus Reglas de Operación que se publican cada año en el Diario Oficial de la Federación por la Secretaría de Desarrollo Social del Gobierno de la República, son Reglas de Operación de aplicación general a nivel nacional.

3.2 Describir las recomendaciones de acuerdo a su relevancia:

1. Analizar y modificar el Árbol del problema, así como sus efectos y causas; mediante cursos o capacitación relacionada con la construcción de las MIR y programas presupuestarios; con el objetivo de mejorar el problema que tendrá un impacto en los objetivos y en la MIR del programa
2. Revisar, complementar y transformar la construcción de la MIR; se requiere una evaluación de diseño; con el objetivo de mejorar los indicadores de todos los niveles de la MIR.
3. Analizar e identificar, las poblaciones del Programa, buscando mejorar la redacción de los conceptos de las poblaciones, con el objetivo de mejorar la definición de las mismas.
4. Realizar encuestas de calidad, para conocer la percepción que tienen los beneficiarios del Programa sobre la mejora de las condiciones de salud.
5. Revisar procesos y definir estrategias para evitar el subejercicio presupuestal.

4. Datos de la Instancia Técnica Evaluadora

4.1 Nombre del coordinador de la evaluación:

Dr. Manuel Urbina Fuentes

4.2 Cargo:

Socio Investigador

4.3 Institución a la que pertenece:

Investigación en Salud y Demografía (INSAD)

4.4 Principales colaboradores:

Act. Javier Enrique Jiménez Bolón

Dr. Gregorio Ornelas García

4.5 Correo electrónico del coordinador de la evaluación:

murbina@insad.com.mx

4.6 Teléfono (con clave lada):

52+(55) 56-15-82-52

5. Identificación del (los) Programa(s)



Formato para la Difusión de los Resultados de las Evaluaciones			
5.1 Nombre del (los) Programa(s) evaluado(s): PROSPERA Programa de Inclusión Social			
5.2 Siglas: PROSPERA			
5.3 Ente público coordinador del (los) Programa(s): Servicios de Salud de Chihuahua			
5.4 Poder público al que pertenece(n) el(los) Programa(s):			
Poder Ejecutivo:	<input checked="" type="checkbox"/>	Poder Legislativo:	<input type="checkbox"/>
		Poder Judicial:	<input type="checkbox"/>
		Ente Autónomo:	<input type="checkbox"/>
5.5 Ámbito gubernamental al que pertenece(n) el(los) Programa(s):			
Federal:	<input type="checkbox"/>	Estatal:	<input checked="" type="checkbox"/>
		Local:	<input type="checkbox"/>
5.6 Nombre de la(s) unidad(es) administrativa(s) y del (los) titular(es) a cargo del (los) Programa(s):			
Dr. Alejandro Chávez Arévalo, Director de Atención Médica.			
5.6.1 Nombre(s) de la(s) unidad(es) administrativa(s) a cargo de (los) Programa(s):			
Coordinación Estatal del Componente de Salud Prospera			
5.6.2 Nombre(s) de (los) titular(es) de la(s) unidad(es) administrativa(s) a cargo de (los) Programa(s) (nombre completo, correo electrónico y teléfono con clave lada):			
Nombre: Dra. Susana Olga Lira Guerra		Unidad administrativa: () Coordinación Estatal del Componente de Salud PROSPERA	
6. Datos de Contratación de la Evaluación			
6.1 Tipo de contratación:			
6.1.1 Adjudicación Directa	<input checked="" type="checkbox"/>	6.1.2 Invitación a tres	<input type="checkbox"/>
		6.1.3 Licitación Pública Nacional	<input type="checkbox"/>
		6.1.4 Licitación Pública Internacional	<input type="checkbox"/>
		6.1.5 Otro (Señalar):	<input type="checkbox"/>
6.2 Unidad administrativa responsable de contratar la evaluación: Coordinación Estatal del Componente de Salud Prospera			
6.3 Costo total de la evaluación: \$ \$205,320.00			
6.4 Fuente de Financiamiento: Federal (Ramo 12)			
7. Difusión de la Evaluación			
7.1 Difusión en internet de la evaluación:			
http://ihacienda.chihuahua.gob.mx/tfiscal/cacech/cacech_quince17.pdf			
7.2 Difusión en internet del formato:			
http://ihacienda.chihuahua.gob.mx/tfiscal/cacech/cacech_quince17.pdf			