

# **SECRETARÍA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL D ESTADO DE COLIMA**

---

MODELO DE EVALUACIÓN DE PROGRAMAS DE SALUD  
MANUAL OPERATIVO

---

COLIMA, COL., DE 2014

*La evaluación es una ciencia de gran trascendencia social cuyo valor en el campo de la salud no se discute, pero continúa aún en permanente proceso de construcción*

*Carol Weiss*

## Directorio

Secretario de Salud y Bienestar Social

***Dr. Agustín Lara Esqueda***

Director de Servicios de Salud

***Dr. Gustavo Gudiño Córdoba***

Director de Caravanas de la Salud y Oportunidades

***Dr. Edgardo Bueno Sánchez***

Comisionado Estatal de Protección contra Riesgos Sanitarios

***Ing. Ricardo Jiménez Herrera***

Comisionado Estatal de Protección Social en Salud

***Dr. José Ismael Mariscal***

Directora de Planeación

***Dra. Claudia Torres Lepe***

Director Administrativo

***Lic. Aurelio Buenrostro Mariscal***

*Departamento de Comunicación*  
**Lic. Carlos Hugo López Cariño**

Jurisdicción Sanitaria Num. 1

**Dr. Oscar Ramírez Carrillo**

Jurisdicción Sanitaria Num. 2

**Dr. Marcelo Andrés Martínez carrillo**

Jurisdicción Sanitaria Num. 3

**Dr. Marco Antonio Bueno Trujillo**

*Hospital Regional Universitario*

**Dr. Cristóbal Ruíz Gaitán López**

*Hospital General de Tecomán*

**Dr. Rubén Álvarez Gil**

*Hospital General de Manzanillo*

**Dr. César Pimentel Macedo**

*Hospital General de Ixtlahuacán*

**Dr. Ricardo Vázquez Díaz**

*Instituto Estatal de Cancerología*

**Dra. Xóchitl Briseño Gómez**

Coordinación Interna

**Dra. Claudia Torres Lepe**

**Esp. Luz del Carmen Covarrubias Ortíz**

**Ing. Elvin Guillermo Espinoza**

**L.E. Yadira Dhalet Macías Vázquez**

**MTS. Martín Toscano Reyes**

Coordinación y Asesoría Externa

**Dr. Carlos Humberto Alvarez Lucas**

## PRESENTACIÓN

---

*La publicación del presente Manual de Evaluación, constituye un esfuerzo más de la Secretaría de Salud y Bienestar Social del Estado de Colima, por mejorar la calidad y oportunidad de la atención médica, preventiva y de control de riesgos sanitarios que se otorga a la población general y los beneficiarios de los programas y servicios de salud (PSS). Su elaboración va más allá de los propósitos inicialmente definidos en esta institución, al contribuir, mediante su aplicación por parte del personal de salud, a la rendición de cuentas de la presente administración y al desarrollo de competencias profesionales en este significativo componente de la gestión de servicios de salud.*

*La importancia de su aplicación no solo estriba en la utilización de los conceptos y metodologías de evaluación aquí descritos, para llegar al conocimiento de lo que se está haciendo bien e identificar deficiencias que deben ser corregidas, sino también en el reconocimiento de la evaluación, como un imperativo ético y una responsabilidad social ante las comunidades, grupos de población y usuarios de los PSS a quienes van dirigidas las acciones.*

*El enfoque integral y metodológico del Manual, abre posibilidades para involucrar a todas las dependencias del Sector, organismos colegiados afines y a la propia sociedad civil para avanzar, desde una perspectiva democrática y de amplia participación social, a la construcción de una cultura de gestión en salud orientada a resultados y hacer de los PSS como bien se ha señalado, un mecanismo de redistribución de los recursos en salud que lleven a la reducción de las desigualdades, con criterios de equidad y justicia social.*

*Diseñado con una visión global y con contenidos didácticos sencillos, el Manual posibilita, mediante su aplicación continua y revisión crítica, el desarrollo de competencias y experiencias institucionales útiles para el personal de salud involucrado en desarrollo de las acciones de evaluación de los PSS. Incluye el marco general y las bases conceptuales de la evaluación, así como la metodología básica que conlleva el proceso de la evaluación, hasta su informe final. El contenido del Manual se complementa con una guía general de evaluación e información específica, que puede ser de utilidad a los lectores, para una mejor comprensión de su contenido y efectividad en la aplicación del mismo.*

**Dr. Agustín Lara Esqueda**  
**Secretario de Salud y Bienestar Social del Estado de Colima**

### **Introducción**

**Capítulo 1.** El contexto general de la evaluación en salud

**Capítulo 2.** Antecedentes, importancia y marco legal de la evaluación de programas de salud.

**Capítulo 3.** Bases conceptuales y metodológicas de la evaluación

3.1 Conceptos básicos y definiciones

3.2 Enfoques y alcances de evaluación

3.3 Modelo conceptual y metodológico de evaluación de programas

**Capítulo 4.** Guía Metodológica para la Evaluación de Programas

4.1 Propósitos de la guía

4.2 Etapas y pasos de la evaluación

4.3 Formulación de preguntas de evaluación de estudio.

4.4 Diseño de la evaluación y análisis de la información.

4.5 Organización, trabajo de campo y elaboración de informes.

**Bibliografía consultada**

**Anexos y Lecturas Complementarias**

## INTRODUCCIÓN

---

El objetivo de este Manual es el de proporcionar a los responsables de programas y servicios de salud, los fundamentos de evaluación que todo profesional de la salud pública y la práctica médica debe conocer para llevar a cabo y/o colaborar en el diseño de acciones institucionales de evaluación, dentro del ámbito de su competencia. Para ello se presentan los elementos básicos que involucran el proceso de la evaluación, con referencia especial a los conceptos, metodología, técnicas de recolección y análisis de información, así como los requisitos para la elaboración de informes de resultados.

El Manual cumple un doble objetivo al proporcionar en primera instancia, las bases para la autoevaluación en salud con participación de todo el equipo de salud e incidir por otro lado, en la capacitación de los responsables de los PSS en el Estado, como medida para contribuir al cumplimiento de la normatividad que establece el marco legal y programático de la gestión en salud, en sus distintos niveles de operación.

Constituye un esfuerzo de carácter institucional, que requiere de revisiones continuas para su utilización efectiva y consolidación progresiva dentro de los PSS a cargo de la Secretaría Estatal, por lo que se recomienda su aplicación cuidadosa para abordar de manera integral los diferentes aspectos y componentes de operación que serán objeto de estudio y evaluación. Dado el carácter introductorio del Manual y la complejidad que pueden llegar a revestir las Acciones de Evaluación de Programas (AEP), su aplicación requiere de la participación de equipos multidisciplinarios y profesionales de la salud que harán uso del mismo, para medir los resultados y fortalecer la conducción de los programas y áreas a su cargo.

Al formar parte de la rendición de cuentas, es conveniente involucrar a los distintos actores que intervienen en la operación de los programas que serán objeto de evaluación, es decir, al personal de salud de los SESA de Colima y sus

equivalentes en otras instituciones del Sector, sin dejar de lado la participación de otras dependencias afines y actores estratégicos de la sociedad civil afines a esta área de desarrollo social.

El presente Manual se estructura alrededor de 4 capítulos conformados de la siguiente manera:

Capítulo 1 y 2. Se analiza el contexto nacional y estatal del perfil de salud y de la prestación de servicios que justifican el desarrollo y mejora de los procesos de gestión en salud, en donde la evaluación y otros mecanismos de rendición de cuentas son la base para una adecuada y eficiente conducción de los procesos operativos. Se describen también los antecedentes, importancia y marco legal de la evaluación de programas de salud que le dan sustento a las acciones de evaluación.

Capítulo 3: Se revisan las bases teóricas y metodológicas de la evaluación, con énfasis en la revisión de conceptos y definiciones clave en torno a la evaluación de programas de salud. Se analizan distintos enfoques de la evaluación, como base para la propuesta de un Modelo de Evaluación aplicable a la evaluación de programas en el Estado de Colima.

Capítulo 4. Se desarrolla una guía simplificada para la evaluación de programas de salud que incluye la ejecución ordenada de los distintos pasos del proceso evaluativo. Se complementa con ejercicios prácticos que llevan a un mejor entendimiento de su contenido.

En este capítulo se presentan los elementos que conllevan la planeación y organización de la evaluación, su logística y definición de aspectos administrativos, así como los componentes de un informe, con la especificación de hallazgos y lecciones aprendidas. Finalmente, se anexan lecturas y casos de éxito que apoyan la comprensión del Manual y se enlista la bibliografía utilizada.

En todo momento, el Manual se ilustra con cuadros y gráficos que pretenden darle un sentido más didáctico a la información aquí contenida y se complementa con un ejercicio práctico a lo largo de todo el documento.



## Capítulo 1. El contexto general de la evaluación en salud

La prestación de los servicios de salud se encuentra inmersa en los grandes objetivos de gobierno y los requerimientos que emanan de los diferentes sectores de la población. Constituye en sí misma, un bien público que obliga a la conducción y manejo adecuado de los recursos que se destinan a los objetivos ya señalados y en consecuencia, al desarrollo de los mecanismos necesarios que permitan avanzar hacia el bienestar público y una mayor calidad de vida en la población.

Al vincularse estrechamente con la dinámica social, económica, cultural y otras esferas del entorno nacional, estatal y local, la salud forma parte de las necesidades de mayor trascendencia en las sociedades contemporáneas de todos los sectores de la población. Así se refleja para la población de México, en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.<sup>1</sup>

El reconocimiento formal de los derechos humanos definidos en la Carta Magna, sus Reformas, Leyes Secundarias y Disposiciones Reglamentarias, da cuenta de la importancia que reviste la salud de los mexicanos como componente ineludible del desarrollo nacional. El acceso a la prestación de los servicios de salud y las garantías individuales que protegen por igual a todos los habitantes del país, son derechos humanos esenciales<sup>2</sup> que no pueden dar marcha atrás: una visión en contrario, debe ser rechazada.

La prestación de los servicios de salud es un deber constitucional que se confiere al Estado Mexicano, en tanto este último dispone de recursos y la facultad que los ciudadanos le han delegado para una adecuada supervisión y organización de los mismos. De ello se desprende el compromiso del Estado Nacional para proteger a los individuos, la familia y la comunidad, por ser éstos, la

---

<sup>1</sup> Alvarez LC. Pandemias y Desastres. Retos para la Seguridad Nacional en México. Mimeo. INAP, México, 2012.

<sup>2</sup> Cárdenas Jaime y colaboradores. Para entender la Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos. Ediciones NOSTRA, México, 2007, p. 30.

base de la sociedad.<sup>3</sup> En este entendido, la administración pública y sus mecanismos de control de gestión, cobran una relevancia singular, al reflejar en sus principios básicos, la obligatoriedad que conlleva un adecuado y eficiente manejo de los recursos destinados a los propósitos del bienestar y el progreso social, entre ellos el derecho a la salud.

Con independencia de sus diferentes marcos de referencia, enfoques y esquemas de aplicación, la administración pública debe contribuir a la mejora y preservación de la salud para una vida más digna y con igualdad de oportunidades, al posibilitar los elementos para organizar, dirigir y controlar, los recursos dedicados a este importante rubro del desarrollo nacional. Con el devenir de la transformación política y social en México y el reconocimiento de la salud como un derecho universal, el Estado Mexicano y las instituciones encargadas de ello, se obligan también a asumir un rol preponderante en la búsqueda de una salud pública de resultados tangibles y moderna en su operación.<sup>4</sup> A ello también apunta el Plan Estatal de Desarrollo 2009-2015 del Estado de Colima.

De lo anterior se deriva la necesidad de una prestación de servicios inteligente, ágil y eficiente, que encare las necesidades reales de salud en una sociedad, donde los mayores esfuerzos se deben encausar hacia los sectores de población más desprotegidos y por tanto, a la emergencia ya presente de un perfil epidemiológico y demográfico en rápida transición que lleva, sin lugar a dudas, a mayores retos y compromisos para encarar en toda su dimensión, los daños y riesgos de mayor importancia para la salud pública presente y futura de la población mexicana.

La afectación por desastres naturales y las epidemias nacionales o brotes de enfermedades recurrentes, que también afectan al Estado de Colima, como el VIH/SIDA, la obesidad y la diabetes (ECNT)<sup>5</sup>, los accidentes viales, las adicciones,

---

<sup>3</sup> *Ibíd.* p, 46.

<sup>4</sup> Alvarez LC. Pandemias y Desastres. Retos para la Seguridad Nacional en México. *Op.cit.*

<sup>5</sup> De acuerdo con la OMS, la carga mundial de enfermedades no transmisibles (ENT) sigue aumentando y hacerle frente representa uno de los mayores desafíos para el desarrollo del siglo XXI. La OMS estima que dos tercios de los 57 millones de defunciones ocurridas a nivel mundial en 2008 se debieron a ENT y de

la influenza y el dengue, así como la precaria situación de vulnerabilidad climática y de exposición a riesgos sanitarios en amplias extensiones geográficas del país, son solo un recuento general de los retos nacionales y escenarios futuros en salud pública que se pueden agravar, de no actuar con la responsabilidad debida e iniciar las acciones requeridas de previsión y respuesta.

Al reconocer la importancia de estos hechos de interés público en salud, siempre presentes en el seno de la sociedad, se entiende la emergencia de profundizar en las opciones que ofrece la administración pública -y su componente de gestión de servicios de salud- como mecanismo de Estado, para coadyuvar al entendimiento y delimitación de los determinantes y la gravedad de las urgencias epidemiológicas que requieren de la acción de gobierno.

En este contexto de compromisos y retos institucionales, las nuevas prioridades de prevención y promoción de la salud, enmarcadas en los diferentes planes y programas del Sector y el marco legal vigente, constituyen el eje de la salud pública en México. Con ello, se busca avanzar a mejores condiciones de salud y acceso a la prestación de los servicios, lo que lleva a la necesidad de realizar cambios estructurales y progresos técnico-administrativos en el ámbito de la atención a la persona y la comunidad. El Estado de Colima no es ajeno a este conjunto de prioridades y expectativas en beneficio de su población.

Al igual que en otras entidades federativas y regiones del país, la población colimense ha mostrado una transformación favorable en sus indicadores de salud, si bien se reconoce la necesidad de consolidar los avances alcanzados a la fecha y en todo caso, aminorar los rezagos y las brechas de salud que persisten entre los distintos grupos sociales al interior de la entidad. La disminución paulatina de la mortalidad general y las tasas de natalidad son reflejo de lo anterior, al haber condicionado una mayor esperanza de vida y mayores niveles de bienestar en la población.

---

éstas, 80% se registraron en países de ingreso medio o bajo, ese mismo año. Los Estados Miembros de la ONU, convinieron por primera vez que dichas enfermedades constituían un obstáculo importante para el desarrollo económico, la sostenibilidad ambiental y la reducción de la pobreza. Disponible en: [http://www.who.int/nmh/2012/action\\_plan20726.pdf](http://www.who.int/nmh/2012/action_plan20726.pdf).

El cambio demográfico y los procesos de transición epidemiológica también presuponen transformaciones constantes que inciden en el panorama estatal de salud, representado décadas atrás por las enfermedades infecciosas, parasitarias y las asociadas con la presencia de riesgos sanitarios en amplios sectores de la población. A semejanza de lo que ocurre a nivel nacional, Colima enfrenta problemas de salud diversos, vinculados principalmente con los estilos de vida de la población y las condiciones del entorno que envuelven la vida cotidiana de los individuos, las familias y sus comunidades.

Destacan por su importancia, la mortalidad por enfermedades del corazón, tumores malignos, diabetes mellitus, accidentes, enfermedad cerebro vascular y otras más, como los suicidios y las lesiones de causa externa, que en conjunto concentran dos tercios de las causas de muerte en la población, si bien, la demanda de servicios no deja de lado la atención de enfermedades infecciosas de alta endemicidad, así como la atención del parto y otras necesidades preventivas y de control de la madre, recién nacidos y los adultos mayores.

La concentración urbana en algunos municipios y las dificultades de acceso a los servicios de salud en ciertos sectores, son variables significativas que contribuyen de igual forma a la creciente demanda de servicios y los altos costos de operación, lo que puede incidir en la viabilidad y sostenibilidad del Sistema Estatal de Salud (SES) en la entidad. Con el incremento de la demanda de servicios y la magnitud de la carga de enfermedad, se ejerce una presión muy importante que motiva a la modernización del SES para resolver los retos de la salud pública ya señalados.

Con este motivo, se definieron al inicio de esta administración, las prioridades en materia de salud en el marco del Plan Estatal de Desarrollo (PED) 2009-2015.<sup>6</sup> En ellas, se consideró la necesidad de contar con mecanismos permanentes de rendición de cuentas y transparencia en el manejo de los recursos institucionales, para informar a la ciudadanía sobre los resultados de su

---

<sup>6</sup> Gobierno de Colima. Plan Estatal de Desarrollo 2009-2015. Colima, 2009.

aplicación y avanzar así, a un gobierno democrático y eficiente, de cara a los compromisos con la sociedad. A ello contribuye la aplicación del presente Manual.

## **CAPÍTULO 2. Antecedentes, importancia y marco legal de la evaluación de programas de salud.**

La evaluación es una disciplina administrativa relativamente nueva, cuya importancia y utilización han empezado a cobrar fuerza en diversos países<sup>7</sup> y México no es la excepción. En el campo de la salud y otras esferas del desarrollo social, la evaluación también ha adquirido una relevancia cada vez mayor,<sup>8</sup> dadas las ventajas y beneficios que derivan de su aplicación para avanzar en la conducción y mejora continua de los programas y políticas públicas a cargo de las instituciones de gobierno, lo que se refleja en el compromiso de realizar acciones de evaluación más frecuentes y de mayor alcance, en los diversos ámbitos de la vida nacional.

En sus antecedentes generales, la evaluación en salud ha evolucionado significativamente en las últimas décadas, al pasar de la medición de metas y la eficiencia en la utilización de los recursos, a la evaluación de las distintas dimensiones y elementos que caracterizan la implementación y puesta en marcha de los PSS, incluidos los resultados inmediatos de su operación. Más adelante, con el surgimiento de la evaluación del desempeño de los sistemas de salud, impulsada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el enfoque de esta actividad se concentró en la valoración de las políticas públicas, el funcionamiento de los programas y los resultados de mayor alcance, para dar paso en fechas más

---

<sup>7</sup> Alvarez RJ. Gestión Pública y cultura de evaluación. Citado en [http://www.nacion.com/opinion/foros/Gestion-publica-cultura-evaluacion\\_0\\_1449055082.html](http://www.nacion.com/opinion/foros/Gestion-publica-cultura-evaluacion_0_1449055082.html).

<sup>8</sup> Según Garrido-La torre F y López-Moreno Sergio, la evaluación de las acciones y resultados alcanzados por los sistemas de salud es una de las principales expresiones de la rectoría del Estado. A decir de los autores, dichas acciones tienen una tendencia creciente en el mundo y actualmente no existe ningún país que pueda organizar seriamente su sistema de salud sin llevarlas a cabo. Para mayor información, consultar en: Evaluación de los programas y servicios de salud en México. Citado en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342011001000002](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011001000002).

recientes, a la evaluación del impacto de los sistemas de salud en las condiciones de salud de la población.<sup>9</sup>

De esta forma y en reconocimiento a su importancia, la evaluación resulta esencial en el terreno de las políticas públicas y el manejo efectivo de programas, particularmente en el contexto de la provisión de servicios de salud, por ser todos ellos, un medio necesario para avanzar en la atención de las necesidades de salud de la población y constituirse a la vez, en un mecanismo de redistribución de recursos que buscan compensar las desigualdades entre los distintos sectores de la sociedad, con criterios de equidad<sup>10</sup> y justicia social.

De lo anterior se desprende que la evaluación es un mecanismo indispensable para una adecuada gestión de los servicios de salud, en tanto aporta información y conocimientos valiosos para orientar la toma de decisiones y el uso racional de los recursos destinados a tal fin. Mediante la aplicación de sus métodos y procedimientos, la evaluación permite valorar y fortalecer el funcionamiento de los PSS, desde sus etapas iniciales de formulación y diseño, hasta su implementación.

En este mismo sentido, contribuye a identificar problemas que afectan el desarrollo de los PSS en sus distintos componentes y las causas que determinan su éxito o fracaso y de esa forma, avanzar hacia un adecuada conducción de los mismos, con la consecuente incorporación de nuevas intervenciones de innovación y mejora,<sup>11</sup> con el fin de prevenir el riesgo de enfermar, proteger la vida y fomentar el autocuidado de la salud en la población. Entendida de esta manera, la evaluación debe ser considerada como un apoyo de importancia estratégica para la toma de decisiones y rendición de cuentas, más aún cuando se trata de

---

<sup>9</sup> *Op cit.* Garrido-La torre F y López-Moreno Sergio. Evaluación de los programas y servicios de salud en México.

<sup>10</sup> Cano RV. Importancia de la evaluación de programas sociales. Una revisión documental de algunas perspectivas. Citado en: <http://www.eumed.net/rev/cccss/20/vcgp.html>.

<sup>11</sup> Bertrand JT, Magnani RJ y Rutemberg N. Evaluación de Programas de Planificación Familiar. Con adaptaciones para salud reproductiva. Citado en: [http://ccp.ucr.ac.cr/cursoweb/man\\_ev.pdf](http://ccp.ucr.ac.cr/cursoweb/man_ev.pdf), p. 7.

informar a la ciudadanía, a sus órganos de representación y al conjunto de la sociedad, los logros alcanzados en este sensible rubro del desarrollo social.<sup>12</sup>

Las AEP, lo mismo que otros mecanismos de información y seguimiento, se encuentran fuertemente vinculados entre sí, por lo que requieren de recursos y medidas de reforzamiento, para contribuir a la gestión de los PSS en todo momento, e informar sobre sus resultados a los distintos sectores de gobierno y a la sociedad civil, particularmente, a los profesionales de la salud responsables del funcionamiento de dichos PSS, en sus distintos niveles de operación.

Ciertamente, la evaluación es de gran importancia para las instituciones del Sector, al posibilitar la generación de evidencias objetivas de lo que se está haciendo bien, identificar deficiencias que deben ser corregidas y tomar decisiones informadas sobre la conducción de cada programa, sobre todo en situaciones de restricción de recursos, donde la eficiencia y la transparencia del gasto ejercido es un requerimiento de gran valor<sup>13</sup> para el conjunto de la sociedad y las propias instituciones de gobierno encargadas de su aplicación.

La experiencia en la evaluación de programas, ha llevado al reconocimiento de que el simple otorgamiento de servicios a la población no es suficiente para una adecuada atención de la salud, ya que los resultados finales de la prestación de los mismos se puede desvirtuar, si no se logra un verdadero cambio en la calidad de vida y la mejora en los indicadores de salud. De ahí la necesidad de construir una cultura de gestión de programas por resultados, que se sustente en la aplicación de esquemas de evaluación y seguimiento sólidos y coherentes, para facilitar y promover la medición real del desempeño y el impacto de los programas en salud,<sup>14,15</sup> y no solo la cuantificación de las metas alcanzadas. A ello deben responder los mecanismos de evaluación y los esquemas de participación abierta, que lleven a la obtención de información completa, imparcial y con mayor apego a

---

<sup>12</sup> Secretaría de Salud y Bienestar Social del Estado de Colima. Diagnóstico de la Situación que Guardan los Mecanismos de Evaluación en el Estado de Colima, 2014. Mimeo, Secretaría Estatal de Salud, p, 3.

<sup>13</sup> Bertrand JT, Magnani RJ y Rutemberg N *Op. cit.* p. 7.

<sup>14</sup> PNUD. Manual de seguimiento y evaluación de resultados. Oficina de Evaluación del PNUD, Nueva York, NY, 2002.

<sup>15</sup> Metodología para la evaluación de programas de desarrollo rural (1ª parte). Citado en [http://www.infoagro.com/desarrollo/programas\\_desarrollo\\_rural3.htm](http://www.infoagro.com/desarrollo/programas_desarrollo_rural3.htm)

la realidad, para una toma de decisiones más democrática y de mayor contenido social.

Vista de este modo, la evaluación de programas debe ser concebida más allá de la tradicional visión técnica y administrativa que la circunscribe a la sola medición de los alcances de un programa y a la corrección de su diseño y operación, como base para la asignación de recursos presupuestales,<sup>16</sup> de ahí su valor estratégico para una adecuada gestión en salud, lo que lleva a reconocerla, como un imperativo ético y una responsabilidad social ante las comunidades, beneficiarios y usuarios de servicios a que van dirigidos los PSS.<sup>17,18,19</sup> A esta visión de conjunto apunta el desarrollo conceptual y metodológico de la propuesta de Manual de Evaluación, elaborado específicamente para los Servicios de Salud del Estado de Colima. (Ver cuadro 1).

### **Cuadro 1. Importancia de la evaluación de programas**

<b>¿Porqué es importante la evaluación?</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Determina el cumplimiento de metas y objetivos de los programas</li><li>• Fortalece el análisis crítico de los programas, su desempeño real e impacto en la población</li><li>• Identifica desviaciones y barreras que afectan el desarrollo de los programas</li><li>• Contribuye al establecimiento de propuestas de mejora con base en las lecciones aprendidas</li><li>• Fortalece y cohesiona la organización de los servicios alrededor de los programas</li><li>• Apoya la toma de decisiones y la reformulación de objetivos y cursos de acción</li><li>• Retroalimenta a los responsables de la conducción de programas</li><li>• Informa a la sociedad sobre los resultados de los programas en la población</li></ul>

Fuente: Modificado de: Cano RV. Importancia de la evaluación de programas sociales

Más allá de los aspectos que justifican las acciones de control de la gestión en salud, la evaluación y seguimiento de los programas cuenta con un marco normativo que les da sustento legal. Las disposiciones jurídicas y administrativas

<sup>16</sup> Cano RV. Importancia de la evaluación de programas sociales. Op. cit.

<sup>17</sup> Alvarez RJ. Gestión Pública y Cultura de Evaluación. Op. Cit.

<sup>18</sup> Licona GH. Importancia de la evaluación de programas sociales: Midiendo resultados. CONEVAL. 2008. Citado en: <http://www.cefp.gob.mx/foro/evaluacion/presed03.pdf>

<sup>19</sup> Cano RV. Importancia de la evaluación de programas sociales. Op. cit.



que determinan las atribuciones del Sistema Nacional de Salud (SNS), confiere competencias para evaluar las acciones de atención a la salud y sus distintas modalidades de oferta de servicios.

Con estos propósitos, se han establecido dentro del SNS, mecanismos de rendición de cuentas que obliga a las instituciones que le conforman y a las propias entidades federativas, a realizar acciones de evaluación de los principales PSS. Para garantizar la objetividad e imparcialidad de los resultados, la normatividad sanitaria establece que la evaluación de los PSS debe estar a cargo de instituciones académicas y de investigación u organismos especializados, de carácter nacional e internacional, que cuenten con amplio reconocimiento y experiencia en la materia,<sup>20</sup> lo que no exime a las dependencias del Sector a llevar a cabo ejercicios permanentes de esta actividad gerencial.

De hecho, las acciones institucionales de evaluación e información para la rendición de cuentas se inscriben en diversas disposiciones jurídicas y administrativas que les dan orientación y certeza jurídica, lo que incluye a la propia Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y sus leyes secundarias, además de Reglamentos, Normas Oficiales Mexicanas y otras disposiciones administrativas de naturaleza vinculante, como los Programas Nacionales y Estatales de Salud y los Acuerdos Nacionales para el fortalecimiento de la acción de gobierno en la materia, a nivel nacional, estatal e incluso municipal.

---

<sup>20</sup> Garrido-La torre F y López-Moreno Sergio. *Op. cit.*

## Capítulo 3. Bases conceptuales y metodológicas de la evaluación

### 3.1 Conceptos básicos y definiciones

En el desarrollo de programas de salud, es cada vez más frecuente la aparición del componente de evaluación como parte integral de su planeación, conducción y seguimiento. De acuerdo con Montero (2004) la evaluación “es quizá una de las nociones más sujetas a equívocos y controversias, dada la creencia de que se debe realizar cuando las cosas no andan bien, por lo que su sola mención puede poner nerviosa a mucha gente, especialmente a los encargados de la gestión y ejecución de los programas.”<sup>21</sup>

De hecho, es altamente conocido que antes de efectuar gastos de operación o de inversión para el diseño y puesta en marcha de un programa, es necesario realizar estudios de evaluación previa que permitan determinar la factibilidad del mismo y la capacidad para producir los cambios esperados en la población a que van dirigidas sus acciones. Sin embargo, en términos generales, esto no siempre se cumple y en ocasiones los programas no se evalúan en ninguna de sus fases de implementación, o en el mejor de los casos, se hace tardíamente o sin contar con los insumos necesarios para este ello.<sup>22</sup>

---

<sup>21</sup> Montero RE. Marco conceptual para la evaluación de programas de salud. Citado en: Población y Salud en Mesoamérica. Vol. 1, no. 2, 2004. De acuerdo con la autora, la evaluación puede ser empleada equivocadamente como un instrumento de castigo o cuando se usa como una forma de auditoría, por lo que no es recomendable para esos usos, ya que es quizá esta práctica de la evaluación lo que ha contribuido a darle a este concepto, una imagen punitiva y poco favorable.

<sup>22</sup> Tenorio AG y Victoria RP destacan que es “prácticamente imposible conocer la evolución de un programa o intervención en salud si no tenemos métodos de evaluación que nos permitan ajustar las estrategias,

Por otra parte, existe una acusada discrepancia sobre lo que implica la evaluación de un programa o más específicamente, en que lo que debe consistir dicha actividad. Sobre estos aspectos se han señalado diferentes enfoques de evaluación de programas, que van desde estudios de caso de naturaleza cualitativa, hasta esquemas cuantitativos más especializados y de alta complejidad. Algunos autores argumentan que las encuestas y los estudios de correlación son indispensables para ello, sin embargo, otros autores como Fairweather (1980) afirman que "...para realizar una evaluación exacta es absolutamente esencial que sea realizado un experimento con asignación aleatoria de los participantes,"<sup>23</sup> en tanto los esquemas de este tipo representan estudios explicativos que responden a un modelo lógico de inferencia causal.<sup>24</sup>

En un sentido contrario, Parlette y Hamilton (1978) proponen un punto de vista diferente. Al respecto señalan que el evaluador no debe controlar o manipular las variables involucradas, sino tomarlas como parte del contexto que rodea al programa objeto de estudio, por lo que su trabajo es desagregarlas y explicarlas. Este desacuerdo ha llevado a una discusión inacabada en torno a cuál es la forma más adecuada de llevar a cabo la evaluación de un programa de salud.<sup>25</sup>

En reconocimiento a tal desacuerdo, se acepta que la evaluación en sí, no se ajusta a un concepto único, ya que depende en todo caso, de las distintas circunstancias en que se realiza y la propia naturaleza del objeto de estudio, por lo tanto, su concepción, metodologías y técnicas de estudio presentarán diferencias sustanciales, sobre todo cuando se trata de intervenciones complejas, donde los distintos procesos involucrados y los resultados que se esperan de ellas, se

---

realizar cambios, optimizar los recursos y facilitar la toma de decisiones basadas en resultados." Citado en: Evaluación de Programas de Salud.

<sup>23</sup> Fairweather GW. Community psychology for the 1980s and beyond. Evaluation and Program Planning. Editorial SAGE, 1980.

<sup>24</sup> Infesta DG. Modelos experimentales: su utilidad en la formación metodológica en sociología. Citado en: <http://www.catedras.fsoc.uba.ar/ginfestad/biblio/2.1%20Infesta%20Dominguez.%20Disenos%20experimentales.pdf>

<sup>25</sup> Parlette M y Hamilton D. Evaluation and illumination: a new approach to the study of innovatory programs. In Hamilton *et. al.* (eds): Beyond the numbers game. Berkeley, California, McCutchan, 1978.

encuentran inmersas en una amplia red de causalidad, intereses y valores encontrados.<sup>26</sup>

De acuerdo con otras concepciones teóricas (Tenorio y Victoria 2008, citando a otros autores), la evaluación es la aplicación sistemática de procedimientos de investigación para determinar la conceptualización, el diseño, la implementación y la utilidad de los programas. Se entiende también como la recopilación sistemática de información relacionada con las características y resultados de programas implementados en poblaciones específicas, para mejorar con ello, la efectividad del programa y facilitar la toma de decisiones. Finalmente, se le ha llegado a definir como la compilación y uso de la información que facilita la toma de decisiones en un programa,<sup>27</sup> si bien se le puede entender también, como un concepto más amplio e intuitivo, que forma parte de nuestros propios procesos mentales a la hora de tomar dichas decisiones.<sup>28</sup> Otras definiciones y conceptos de evaluación de programas se describen en el cuadro 2.

En este mismo sentido, también se reconoce que evaluar un programa consiste en recoger información del conjunto de acciones encaminadas al logro de objetivos (Hernández, 1980). Dicha información debe servir de base para emitir un juicio de valor (Fernández Ballesteros, 1983) que permita a los encargados, tomar decisiones acerca de lo que resultó bien y lo que no sirvió para nada y por tanto, lo que debería adaptarse al programa o de lo contrario modificarse, todo lo cual, según Weiss (1975), solo puede responderse mediante la investigación evaluativa.

<sup>29,30</sup>

Entendida de esta manera, la evaluación de programas aplicada al ámbito de los PSS, se concibe como el proceso de medir, comparar y emitir un juicio de

---

<sup>26</sup> Alvarez LC. El Arte de Gobernar por Políticas Públicas. En: pandemias y desastres. Un reto para la seguridad Nacional en México. Mimeo. INAP, 2012.

<sup>20</sup> Tenorio AG y Victoria RP. *Op. cit.*

<sup>28</sup> Metodología para la evaluación de programas de desarrollo rural. *Op.cit.*

<sup>29</sup> La evaluación de programas como actividad científica. Citado en: Análisis cientimétrico, conceptual y metodológico de la investigación española sobre evaluación de programas educativos. (1975/2000)

<sup>30</sup> Weiss C. Investigación evaluativa. Editorial Trillas. México, 1985

valor sobre los logros alcanzados, mediante la aplicación de esquemas metodológicos que garanticen la confiabilidad de los procesos y la objetividad de la información obtenida.<sup>31</sup>

La evaluación es también una guía que permite efectuar acciones concretas con el fin de mejorar los procesos de atención a la salud en sus distintas dimensiones.<sup>32</sup> A partir de todos estos elementos, se reconoce que la evaluación es una herramienta poderosa que retroalimenta a quienes realmente toman decisiones, ayuda a identificar y corregir errores en la implementación de los programas y facilita el desarrollo de intervenciones más eficientes y efectivas.<sup>33</sup>

## **Cuadro 2.** Definiciones de evaluación de programas según distintos autores

**Riecken, 1972.** Es la medición de las consecuencias deseables o indeseables de una acción psicosocial ejecutada para facilitar la obtención de metas perseguidas por el sujeto

**Perloff, Perloff y Sussna, 1976.** Es la determinación de la medida en que un programa logró uno o más de sus objetivos, las razones por las cuales no los alcanzó y la relación existente entre los efectos de un programa y una diversidad de variables y características del programa

**Spaniol, 1975.** Es un procesos sistemático y continuo que proporciona información acerca del efecto o impacto de un programa, con el objeto de contribuir a adoptar una decisión política de trascendencia

**Ato, Quiñones, Romero y Rabadán, 1989.** La evaluación de programas es un proceso que consiste en valorar si el programa consiguió o no alcanzar los objetivos para cuya consecución fue ideado

**Fernández Ballesteros, 1995.** Es la sistemática investigación a través de métodos científicos de los efectos, resultados y objetivos de un programa, con el fin de tomar decisiones sobre él.

**Freeman y Rossi, 1993.** Es la aplicación sistemática de procedimientos de investigación social para evaluar la conceptualización, diseño, implementación y utilidad de los programas de intervención social

**Rossi, Freeman y Lipsey, 1999 .** Es el uso de procedimientos de investigación social para investigar sistemáticamente la efectividad de programas de intervención social

Fuente: tomado de: Conceptos básicos en evaluación de programas.

<sup>31</sup> *Op. Cit.* Secretaría de Salud y Bienestar Social del Estado de Colima. Diagnóstico de la Situación que guardan..., p. 4

<sup>32</sup> En: [http://www.monografias.com/trabajos98/importancia-evaluacion/importancia-evaluacion.shtml#ixzz319rd3FFo\\_](http://www.monografias.com/trabajos98/importancia-evaluacion/importancia-evaluacion.shtml#ixzz319rd3FFo_)

<sup>33</sup> Montero RL. *Op. cit.*, p.3.

Por otra parte, un programa se define como la respuesta organizada para eliminar o reducir uno o más problemas, en donde la respuesta incluye al menos, el establecimiento de objetivos, desarrollo de actividades y la aplicación de recursos destinados a su realización. Suchman (1967) destacó la naturaleza cíclica de la planeación y la administración en salud, con lo que se describe la secuencia típica de actividades que ocurren a través de la vida de un programa, en donde se incluyen los mecanismos de control de gestión que permiten, junto con los sistemas de información, apoyar al personal involucrado en los programas y sus procesos de mejora continua.<sup>34</sup>

En general, se identifican diversas dimensiones y/o aspectos prioritarios hacia donde apunta la evaluación de un programa, destacando entre ellas: 1) la pertinencia, 2) el progreso de las acciones establecidas por el programa, 3) la efectividad, 4) la eficiencia y, 5) el impacto.<sup>35</sup> Todas estas consideraciones pueden ser aplicables de manera secuencial o simultánea durante la evaluación de un programa, sin embargo, ello depende de la disponibilidad de recursos, las capacidades profesionales de los evaluadores y el interés de las propias autoridades a cargo de los programas.

Por evaluación de la pertinencia de un programa se entiende el estudio *a priori* (ex ante) o durante- de la factibilidad e impacto esperado de un programa para beneficio de un grupo de población específica o la resolución de un problema determinado. Por evaluación de los progresos, se comprende la valoración de la estructura, los procesos y resultados de un programa, en tanto que la efectividad, eficiencia y el impacto o eficacia (ex post) se refieren, respectivamente, al grado de consecución de las metas y actividades comprometidas; la relación adecuada de las acciones programadas en proporción al gasto en salud y finalmente; el resultado último en los indicadores de salud y calidad de vida de la población, sujeta a las acciones del programa.

---

<sup>34</sup> Suchman EA. Evaluative Research: New York, Russell SAGE Foundation, 1967.

<sup>35</sup> Vaney JE y Kaluzny AD. Evaluation and decision making for health service programs: Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice Hall, 1986.

En concordancia con los antecedentes, conceptos y definiciones antes descritos, las acciones de evaluación deben tener como una de sus principales finalidades, la generación de información y conocimientos suficientes sobre los progresos alcanzados por los programas en sus distintas etapas, para orientar a los responsables de su ejecución en la solución de los problemas y desviaciones detectadas e informar a los encargados en todos los niveles, sobre los hallazgos encontrados, en el marco de la normatividad institucional y la rendición de cuentas.

### **3.2 Enfoques y alcances de evaluación**

Existen diferentes posturas en relación a los enfoques que debe asumir la evaluación de programas. En general se advierten dos grandes corrientes de evaluación: la enfocada al estudio de la estructura y proceso que involucra un programa y la enfocada a resultados. A estas posturas se les identifica también como enfoques de evaluación “globalizadora” -o general- y de “producto”, respectivamente. En la primera se presta más atención al contexto, a los insumos, a los procesos y a los resultados inmediatos, mientras que en la segunda se toman en cuenta los resultados intermedios y de largo plazo y la congruencia de éstos, con los objetivos previamente establecidos.<sup>36</sup>

Para otros autores, el enfoque de la evaluación se puede clasificar en dos categorías: analítica y global. El de naturaleza analítica se caracteriza por abordar en mayor o menor medida los componentes estructurales de un programa y puede considerar la evaluación parcial de algunos de sus componentes; utiliza métodos cuantitativos y cualitativos de estudio e investigación. El enfoque global apunta a evaluaciones integrales y emplea preferentemente métodos cualitativos de investigación, si bien en la práctica de la evaluación de programas, con frecuencia se combinan los enfoques y procedimientos de ambos modelos, lo que responde a la necesidad de encontrar alternativas “...que respondan a las necesidades y

---

<sup>36</sup> Paradigmas, enfoques – orientaciones y modelos evaluativos. Citado en: Correa US, Puerta ZA y Restrepo GB. Investigación evaluativa. Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior. Arfo editores, 2002, p. 87.

requerimientos del programa que se va a evaluar, así como a las características y limitaciones que existen a su alrededor.”<sup>37</sup> Existen variadas formas de integrar ambos abordajes que conducen por diferentes caminos, producen diferentes resultados y tienen implicaciones variadas<sup>38</sup>

Los enfoques de la evaluación también se pueden clasificar de acuerdo a una orientación formativa o sumativa. La visión formativa, es aquella que se realiza regularmente para guiar y en su caso corregir, el desempeño de un programa. Su objetivo fundamental es contribuir a la mejora continua. La sumativa busca conocer la medida en que un programa, una vez finalizado, ha generado en la población los cambios esperados en las variables de resultado o impacto.<sup>39</sup>

Las evaluaciones de proceso también consideradas formativas, se relacionan con el control, aseguran la calidad de la práctica y son usadas para evaluar la manera como se han implementado los procesos. La evaluación con base en resultados o sumativa, se entiende como un abordaje de tipo comparativo que se enfoca, tanto en los logros, como en los procesos que se desprenden de la misión, objetivos y actividades del programa.<sup>40</sup>

Con independencia de la clasificación adoptada, los distintos enfoques de la evaluación de programas se enmarcan dentro de los dos grandes paradigmas de la investigación cuantitativa y la cualitativa discutidos ampliamente en la literatura científica, con las diferencias y ventajas que cada uno conlleva.

La evaluación cuantitativa es aquella en la que se recogen y analizan datos numéricos sobre distintas variables vinculadas con los programas; la cualitativa evita la cuantificación. Los investigadores cualitativos usan registros narrativos de los fenómenos que son estudiados mediante técnicas como la observación participante, estudios de caso y entrevistas no estructuradas, mientras que

---

<sup>37</sup> *Ibidem.*

<sup>38</sup> Pita Fernández, S. y Pértegas Díaz, S. Investigación cuantitativa y cualitativa. CAD ATEN PRIMARIA 2002; 9: 76-78.

<sup>39</sup> Montero RE. *Op. cit.* p. 3

<sup>40</sup> La evaluación de los programas como actividad científica. *Op. cit.* p. 33.



quienes optan por la evaluación cuantitativa, lo hacen con una visión positivista, donde el experimento y el tratamiento estadístico de la información se convierten en sus principales herramientas de estudio.<sup>41</sup> (Ver Cuadro 3)

La diferencia fundamental entre ambas posturas es que la cuantitativa se orienta al estudio de la asociación o relación entre variables y la cualitativa lo hace en contextos estructurales y situacionales. La evaluación cualitativa busca identificar la naturaleza misma de la realidad, su sistema de relaciones y su estructura dinámica; la cuantitativa se enfoca a determinar la fuerza de asociación o correlación entre variables, la generalización y objetividad de los resultados a través de una parte representativa de la población, para hacer inferencia a la totalidad de la misma o a un subconjunto específica de ella.<sup>42</sup>

Cuadro 3. Diferencias de los métodos cualitativos y cuantitativos

Métodos cualitativos	Métodos cuantitativos
Centrada en la fenomenología y su comprensión	Basada en la inducción probabilística del positivismo lógico
Observación naturista sin control	Medición penetrante y controlada
Subjetiva	Objetiva
Inferencias de sus datos	Inferencias más allá de los datos
Exploratoria, inductiva y descriptiva	Confirmatoria, inferencial, deductiva
Orientada al proceso	Orientada al resultado
Datos "ricos y profundos"	Datos "sólidos y repetibles"
No generalizable	Generalizable
Holista	Particularista
Realidad dinámica	Realidad estática

**Fuente.** Tomado de: Pita Fernández, S., Pértegas Díaz, S. Investigación cuantitativa y cualitativa. CAD ATEN PRIMARIA 2002; 9: 76-78.

En este marco de referencia, es de suyo conocido que los métodos cuantitativos son muy potentes en términos de validez externa ya que con una muestra representativa de la población llevan a inferencias en la población objeto

<sup>41</sup> Pita Fernández, S., Pértegas Díaz, S. *Op. cit.* pp. 76-78.

<sup>42</sup> *Ibid.* pp.76-78

de estudio con una seguridad y precisión definidas, lo que contrasta con las desventajas de los métodos cualitativos para generalizar sus resultados.<sup>43</sup> Hoy en día existe un predominio claro de la investigación cuantitativa sobre la cualitativa, no obstante, una combinación adecuada de ambos enfoques puede ser de gran valor para acercarnos con mayor precisión y sentido de la realidad a la búsqueda de mejores respuesta en torno a la conducción y resultados de un programa.<sup>44</sup>

Algunos enfoques predominantes de la evaluación se han orientado hacia la evaluación de los objetivos, los procesos gerenciales o administrativos y las propias necesidades de los usuarios de los programas. Otros más comprenden la evaluación de impactos y la calidad de la atención,<sup>45</sup> ya sea con participación de expertos externos o los propios encargados de los programa, así como con o sin la participación de la comunidad donde operan los programas.

En este entendido, la evaluación en salud se puede realizar en distintos niveles: medición de las necesidades de salud en la población a que van dirigidas las políticas, programas o servicios de salud; evaluación operativa de la estructura y procesos de la atención a la salud y los medios para otorgarla a los beneficiarios de los PSS, y estudios e investigaciones evaluativas de los resultados derivados de la provisión de servicios y operación de programas, ya sea a nivel de productos y metas intermedias o de su impacto final en las condiciones de salud de la población.<sup>46</sup>

Se trata en todo caso de evaluaciones con objetivos diversos, orientadas a conocer el quehacer de las instituciones de gobierno en materia de prestación de servicios y su impacto en salud, cuya valoración comprende la aplicación de distintos enfoques conceptuales y esquemas técnicos y metodológicos específicos de evaluación e investigación evaluativa. De ello se dará cuenta en los siguientes capítulos.

---

<sup>43</sup> Montero RE. Op. cit.

<sup>44</sup> *Ibid.*

<sup>45</sup> Donabedian, A. La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación. La Prensa Médica Mexicana, México, 1984

<sup>46</sup> Garrido-La torre F y López-Moreno Sergio. *Op cit.*

### 3.3 Modelo conceptual y metodológico para la evaluación de programas

Un Modelo se puede definir como un esquema teórico que representa una realidad compleja o un proceso complicado, el cual sirve para facilitar su comprensión.<sup>47</sup> Es aquello que se utiliza de referente para tratar de producir algo de manera similar.<sup>48</sup> En el terreno de la evaluación en salud, se puede concebir como un patrón conceptual a través del cual se esquematizan las partes y elementos del proceso de la evaluación,<sup>49</sup> cuya utilidad y vigencia depende del contexto en que operan los programas y que por sus características, es susceptible de imitación o reproducción.<sup>50, 51</sup>

En los antecedentes de la elaboración de modelos de evaluación de programas destacan las aportaciones de Tyler, Scriben, Stufflebeam y Stake. El modelo de Tyler, se orienta a la comparación de los objetivos del programa y sus resultados; mientras que el de Scriben, de carácter más interpretativo, se centra en la valoración de los efectos y las necesidades, prescindiendo de los objetivos del programa.<sup>52</sup>

Por su parte, el modelo de Stufflebeam, que afirma que el propósito de la evaluación es el perfeccionamiento del programa, se enfoca en el contexto, insumos, procesos y productos. Finalmente, el modelo de Sake se basa en la obtención de información sobre 1) las condiciones existentes antes del inicio del programa; 2) actividades realizadas por el programa y, 3) los efectos o resultados del programa acorto y largo alcance.<sup>53</sup>

Para efectos del presente Manual, el Modelo aquí propuesto tiene un propósito gerencial; es de carácter participativo y su alcance es institucional y sectorial. Su aplicación requiere de la utilización de herramientas de las ciencias

---

<sup>47</sup> Citado en: <http://es.thefreedictionary.com/modelo>

<sup>48</sup> *Ibíd*

<sup>49</sup> Citado en: <http://definicion.de/modelo/#ixzz3IP3rhU5q>

<sup>50</sup> Citado en: <http://definicion.de/modelo-educativo/#ixzz3IP4nOHmM>

<sup>51</sup> Citado en: <http://definicion.de/modelo-de-gestion/#ixzz3IP5dvXFP>

<sup>52</sup> Casarrubias MM y colaboradores. Investigación evaluativa.

<sup>53</sup> *Ibíd*.

sociales y administrativas, tales como la salud pública, epidemiología, estadística y la propia administración, así como del manejo de sistemas de información y de investigación, sea esta última, de naturaleza cualitativa, o cuantitativa y/o carácter mixto y progresivo. Se caracteriza por ser integral, normativo, funcional, multietápico y de alta sensibilidad. La utilidad y aplicación del Modelo es de alcance estatal, jurisdiccional o local.<sup>54</sup>

Es integral porque permite, mediante la participación coordinada de los distintos niveles de operación de los programas y actores externos a los mismos, la valoración exhaustiva de distintos componentes y dimensiones de los programas prioritarios o la selección de aquellos aspectos que resulten más representativos para conocer el desempeño institucional, con una visión holística y búsqueda de soluciones a corto, mediano o largo plazo.

Es normativo, porque permite la participación colegiada de distintas instancias del Sistema Estatal de Salud, acorde a los compromisos establecidos al interior de las instituciones y el marco normativo y programático de su implementación. Asimismo, es funcional, porque se adapta a las necesidades de recursos, tiempo y habilidades del personal evaluador para su aplicación operativa y es multietápico, porque permite la planeación y desarrollo progresivo de la evaluación (formativa o sumativa), cuando las condiciones de operación de los servicios, la metodología de estudio y las capacidades institucionales, así lo requieren. (Figura 1)

Finalmente, es de alta sensibilidad porque posibilita la utilización de diferentes enfoques metodológicos (cuantitativos o cualitativos) y diseños de estudio (experimentales o de observación), para la valoración objetiva y a profundidad de los componentes de cada programa, sus respectivos resultados y el impacto en la población.

---

<sup>54</sup> *Op. Cit.* Secretaría de Salud y Bienestar Social del Estado de Colima. Diagnóstico de la Situación que Guardan los Mecanismos de Evaluación, p, 23. Las conclusiones derivadas del diagnóstico referido así lo estiman, en tanto existe el consenso del personal encuestado, sobre la necesidad de contar con esquemas metodológicos de evaluación prácticos, sencillos y factibles que puedan ser aplicables a los distintos niveles y componentes de operación de los programas, particularmente del ámbito local.

El esquema propuesto ilustra los criterios generales a los que se apega la evaluación, así como el proceso que conlleva su realización, en el entendido que dicho proceso es aplicable en las distintas etapas de operación de un programa, ya sea con o sin intervención externa, lo que incluye expresamente la determinación de evaluar y la difusión de los resultados una vez llevada a cabo las AEP.

**Figura 1. Modelo Integral para la evaluación de programas de salud**



Fuente: elaboración propia

## Capítulo 4. Guía Metodológica para la Evaluación de Programas

### 4.1 Propósitos de la guía

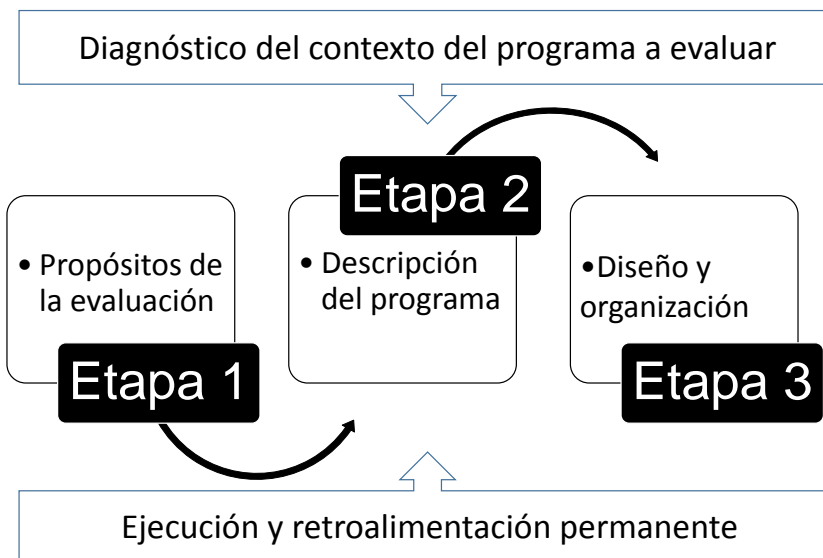
La intención de esta guía es conducir al lector, mediante un esquema simplificado al desarrollo de acciones de evaluación de un programa. Se describen los pasos a seguir para diseñar y organizar las AEP en forma ordenada. Su justificación subyace en el reconocimiento de que la evaluación es una herramienta esencial para la toma de decisiones y el mejoramiento paulatino de los programas.

Quienes conducen programas de salud o una parte de ellos, deben estar ampliamente capacitados en los mecanismos de evaluación y seguimiento para llevarlos a buen término, por lo que la utilización de la guía puede ser de utilidad para contribuir a lo anterior.

**5.2. Etapas y pasos de la evaluación.** Para la evaluación de un programa se requiere de una planeación y organización cuidadosa de los aspectos que involucra su realización. En términos generales, el proceso de evaluación de un programa o alguno de sus componentes, se puede dividir en tres grandes etapas: 1) diagnóstico del entorno del programa y definición de propósitos generales de la evaluación, 2) Descripción del programa a evaluar y 3) diseño metodológico y trabajo de campo, incluidos los aspectos relativos a la elaboración de informes y retroalimentación a los usuarios de la información. (Ver figura 2) La secuencia de actividades específicas de la evaluación de las etapas referidas se muestra a continuación:

1. Reconocimiento del contexto de operación del programa
2. Determinación de los propósitos de la evaluación
3. Descripción del programa a evaluar
4. Formulación de preguntas de evaluación
5. Diseño de estudio y plan de acción
6. Definición de instrumentos y fuentes de información
7. Organización, ejecución y supervisión del trabajo de campo
8. Elaboración de informes y retroalimentación

**Figura 2. Etapas de la evaluación de programas**



Fuente: elaboración propia

**Paso 1. Reconocimiento del contexto de operación del programa.** Es una actividad relevante que debe ser considerada antes de dar inicio a la planeación y desarrollo de las AEP. Esta actividad inicial es de gran utilidad para los evaluadores externos y el propio equipo de evaluación de la institución, al brindar un acercamiento y diagnóstico general del Programa.

Específicamente, permite reconocer el ambiente que rodea al Programa y los problemas generales que envuelven su operación, además de aquellos aspectos trascendentales que pueden incidir en el desarrollo de las AEP. Visitas de campo, entrevistas informales con funcionarios a cargo del programa y los mismos trabajadores o beneficiarios del mismo, así como la observación exploratoria en terreno, pueden ser de importancia para un reconocimiento inicial. La elaboración de un listado de requerimientos de información o aspectos relevantes del funcionamiento del programa y los lugares donde se llevan a cabo las actividades permitirá sistematizar la información en esta primera fase de acercamiento inicial.

Cuando la evaluación es de base poblacional, es de sumo interés reconocer las características de las localidades, población general, servicios de salud, perfiles del personal, usuarios de servicios y otras unidades de observación

(centros de salud, archivos, consultorios, equipo, etc.), que serán objeto de estudio y fuentes de datos para la evaluación. Los horarios de trabajo, las costumbres locales, las telecomunicaciones y el acceso a los lugares donde opera el programa son ejemplos de lo anterior y fuente de información para asegurar el desarrollo de las AEP e identificar posibles expectativas de los usuarios de la evaluación en torno a la misma. Un diagnóstico rápido de las capacidades de evaluación, los sistemas de información disponibles y la disposición del personal para colaborar en las AEP, puede contribuir a lo anterior.<sup>55</sup>(Ver anexo1)

Cuando no sea posible llevar a cabo estas actividades de manera presencial o directa, será de utilidad la comunicación a distancia con el personal directivo a cargo de los programas y en su caso, la revisión de información relevante en medios de comunicación, diagnósticos locales de salud y evaluaciones previas, en especial cuando la premura de tiempo, disponibilidad de recursos y las instancias que soliciten la evaluación, así lo condicionen.

**Paso 2. Determinación de los propósitos de la evaluación.** La definición precisa de los propósitos generales de evaluación reviste un especial importancia, al permitir que las AEP se orienten conforme a las expectativas de quienes van a ser los usuarios principales de sus resultados. Con ello, se asegura la utilización de la información en la búsqueda de soluciones a los problemas encontrados.<sup>56</sup>

Con bastante frecuencia, los propósitos que se quieren alcanzar son múltiples y no siempre responden a los requerimientos de información de quien toma decisiones. En otros casos, los propósitos que establece el responsable de la evaluación, van más allá o en sentido contrario a las necesidades reales del programa. Por ello, siempre se deberá contar con la participación de los encargados del programa y los niveles directivos, al interior de la institución.

---

<sup>55</sup> Secretaría de Salud y Bienestar Social del Estado de Colima. *Op. Cit.* pp. 27-28. Las conclusiones de estudio realizado entre el personal de salud de la institución concluyó que se dispone de capital humano y recursos valiosos para contribuir en las AEP, así como un alto grado de disposición para colaborar en las mismas.

<sup>56</sup> Fink A y Kossekoff R. *A prime evaluation.* USA. SAGE, 1980.



En la determinación de los propósitos de la evaluación se deberá procurar la mayor precisión posible, atendiendo a los criterios referidos con anterioridad en los capítulos 2 y 3 de este Manual, en particular, en los aspectos relativos a la relevancia y el progreso de las acciones establecidas por el programa, así como la efectividad, eficiencia y el impacto final, si bien, existen otros criterios específicos que pueden ser de interés para el personal directivo, tales como la calidad de la atención, la evaluación de necesidades y el cumplimiento de la normatividad institucional. Ejemplos de lo anterior lo constituyen los siguientes propósitos generales:

- 1) Evaluar el desempeño real de los programas prioritarios de la Secretaría Estatal de Salud durante un periodo 2009-2015.
- 2) Determinar las coberturas de atención de los programas de prevención y promoción de la salud a nivel de la población usuaria de servicios.
- 3) Identificar el comportamiento de los principales indicadores epidemiológicos asociados a las enfermedades de mayor importancia estatal y las necesidades de salud de la población
- 4) Determinar la calidad de la atención médica hospitalaria para población adscrita al Sistema de Protección Social en Salud y el grado de satisfacción de sus usuarios.
- 5) Conocer el cumplimiento de la normatividad de programas de atención a la salud en situaciones de contingencia que puedan poner en riesgo la seguridad en salud de las zonas afectadas.
- 6) Determinar la sensibilidad, cobertura y oportunidad del Sistema Estatal de Vigilancia Epidemiológica.
- 7) Precisar el grado de acceso de la población a los servicios de salud del Seguro Popular.

Como ya se señaló previamente, distintos propósitos generales de evaluación se pueden alcanzar de manera simultánea o progresiva, pero es necesario tomar en cuenta que cada uno de ellos comprende la aplicación de distintas metodologías, instrumentos y criterios de medición y por lo tanto, de

fuentes de información directa o indirecta que requerirán de una mayor cantidad de recursos materiales y financieros, así como de personal y tiempo necesarios para su realización. Se deberán explicitar por escrito, todos y cada uno de los propósitos y compromisos que se busca alcanzar con las AEP a lo largo de su ejecución. La falta de claridad en esta etapa puede llevar a evaluaciones cuyos resultados no serán utilizados.

**Paso 3. Descripción del Programa a evaluar.** La descripción del Programa a evaluar es una de las actividades más delicadas. Constituye un acercamiento formal del evaluador con el objeto de estudio y por lo tanto, el conocimiento en detalle de todos y cada uno de sus componentes. Uno de los problemas que se enfrentan con frecuencia, es la incorporación tardía de la evaluación a los programas de intervención o incluso su ausencia total dentro de los mecanismos de control de gestión. A esto se llega a sumar la falta de criterios, indicadores y parámetros de comparación específicos, que limitan aún más las tareas de control y seguimiento de los objetivos, metas y actividades de los programas, cuando éstos llegan a existir.

La importancia de lo anterior se refleja en la necesidad de focalizar los esfuerzos de las acciones de evaluación en los aspectos más relevantes del programa y los factores que inciden en la funcionalidad y resultados del mismo. A decir de algunos autores, la descripción del programa a evaluar se justifica en virtud de las siguientes consideraciones:

- 1) Con frecuencia, los programas son ambiguos, poco claros y con ausencia de metas precisas y actividades, lo que dificulta su evaluación objetiva y seguimiento,
- 2) El desarrollo de un Programa no solo conlleva la sola realización de actividades y consecución de metas, también involucra resultados adicionales de trascendencia que no siempre se contemplan en el diseño del mismo,

- 3) Todo programa comprende la aplicación de recursos materiales y gastos de operación, que deben analizarse para obtener mayor comprensión de sus resultados.<sup>57</sup>

En el caso de los programas institucionales, tradicionalmente se precisan y cuantifican los objetivos, intervenciones metas e indicadores que se esperan alcanzar en un lapso de tiempo determinado, para incidir en la morbilidad, mortalidad y otros resultados intermedios. En ellos se sustentan los lineamientos, organización y recursos de programación y es responsabilidad de los servicios de salud contribuir a su clarificación, con apoyo del equipo de evaluación, en tanto servirán de orientación a las AEP. Cuando no se dispone de una versión definitiva o actualizada, se debe contar con la participación de todas las áreas involucradas para la descripción del mismo.

La descripción debe contener al menos los siguientes elementos:

- 1) Objetivos que se persiguen con la realización del Programa, incluyendo en ellos las dimensiones de temporalidad, ámbito geográfico, grupos de población y/o beneficiarios a que van dirigidas sus acciones.
- 2) Recursos de operación y principales intervenciones a realizar, procurando su correspondencia con los objetivos señalados.
- 3) Indicadores y Metas de resultados intermedios o de impacto. De ser posible se sugiere considerar efectos colaterales que en forma adicional se pueden esperar como consecuencia del programa de intervención o alguna de sus actividades.
- 4) Financiamiento asignado al programa con calendario de aplicaciones y conceptos de gasto.
- 5) Adicionalmente, se debe considerar un listado de evidencias de las acciones realizadas y de ser necesario, de otros recursos ejercidos por el programa.<sup>58</sup>

---

<sup>57</sup> Fink A y Kossekoff R. A prime evaluation. *Op. cit.*

<sup>58</sup> *Ibíd.*

La información antes descrita no es limitativa, por lo que la obtención de otros elementos de información puede ser igualmente útil para el desarrollo de las AEP, además de constituir un soporte esencial para verificar directa o indirectamente, la existencia y aplicación del programa. Algunos elementos adicionales que pueden ser tomados en cuenta son:

- 1) Resumen de antecedentes y problemática que justifican el programa
- 2) Alineación del Programa al marco institucional y sectorial
- 3) Estrategias y líneas de Intervención específicas del Programa
- 4) Niveles de participación de otras dependencias e instancias de Gobierno y sociedad Civil
- 5) Documentos oficiales de carácter normativo

Lo que en principio resulta sencillo, puede resultar demasiado complejo si no se cuenta con el apoyo de todo el personal que ha intervenido en el diseño y operación del Programa. A mayor especificación de la información proporcionada, mayor será la posibilidad de realizar mediciones objetivas y comparables de los resultados. Una descripción adecuada del Programa contribuirá al éxito de la evaluación, además de que facilitará la realización de las distintas etapas que involucra el proceso evaluativo. Para efectos ilustrativos, se presenta a continuación un ejemplo de lo anterior:

#### ***Ejemplo de descripción de un Programa***

***Denominación:*** Programa de Acción Específico de Prevención y Control de la Tuberculosis

***Ámbito de Aplicación:*** Nacional; Estatal y Local

***Institución Responsable:*** Secretaría de Salud

***Unidad a cargo del Programa:*** CENAPRECE

#### ***I. Resumen de antecedentes y problemática del Programa:***

- 1) *En México se presentan alrededor de 19 mil casos nuevos de tuberculosis en todas sus formas y cerca de 2,000 defunciones cada año.*

- 2) *La tuberculosis es una enfermedad asociada a la pobreza y el rezago social.*
- 3) *Afecta con mayor fuerza a grupos de población vulnerable, entre ellos las personas que viven con VIH/SIDA, diabetes, desnutrición, así como indigentes, migrantes, jornaleros agrícolas y personas privadas de la libertad.*
- 4) *La tuberculosis pulmonar contribuye con más del 80% de los casos.*
- 5) *El comportamiento de la enfermedad se ha mantenido relativamente estable en los últimos años, por lo que de seguir la tendencia observada no se esperan modificaciones importantes para fin del presente sexenio.*
- 6) *En 2012 y 2013, la incidencia de la enfermedad alcanzó cifras de 16.8 y 16.6 casos por cada 100 mil habitantes, respectivamente. Para 2018 se espera una tasa de 16.4; la forma pulmonar de la enfermedad afecta en mayor medida a los mayores de 15 años.*
- 7) *Las tasas de mortalidad en 2012 y 2013 fueron de 1.9 y 1.8 defunciones por cada 100 mil habitantes, respectivamente. De seguir la tendencia observada en los últimos años se estima una tasa de mortalidad de 1.6 para el 2018*
- 8) *Las tasas más altas de incidencia y mortalidad se concentran en las entidades federativas del norte del país y de mayor rezago económico y social.*
- 9) *Se observan grandes índices de comorbilidad con pacientes que viven con VIH/SIDA y Diabetes.*
- 10) *Los retos más importantes de la prevención y control se concentran en la necesidad de fortalecer la estrategia TAES y mantener en control los casos con resistencia a medicamentos.*

## **II. Alineación al marco institucional y sectorial.**

- *El programa se alinea al PND 2013-2018 en su componente “México Incluyente” el cual se orienta a cerrar las brechas de desigualdad social que enfrentan amplios sectores de la población.*

## **III. Objetivos del Programa Específico de acción y alineación con el PNS.**

- *Se anexan en el cuadro 1.*

## **IV. Recursos de operación y principales actividades del Programa.**

*En el caso del Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis que nos ocupa, los recursos (entradas o insumos) utilizados en su operación, están representados por lo siguiente:*

- *Medicamentos de primera línea y segunda línea adquiridos para el fortalecimiento de la estrategia de Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (TAES) y ante casos de MDR, mediante compras consolidadas.*
- *Infraestructura de diagnóstico e insumos del Laboratorio Nacional y la Red de Laboratorios de Salud Pública en los Estados*

- *Personal voluntario contratado para las actividades de promoción y detección de casos en la comunidad*
- *Registros estatales y valoraciones clínicas de casos con MDR para la aplicación de esquemas individuales de tratamiento con participación sectorial.*
- *Asignaciones presupuestales de Ramos 12 y 33, Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos y aportaciones estatales, para reforzamiento de las acciones de rectoría, capacitación, supervisión operativa, adquisición de unidades móviles y elaboración de materiales educativos para la comunidad e insumos médicos y de laboratorio.*

*Las acciones del programa están conformadas principalmente por:*

1. *Fomento de la normatividad e incremento de la supervisión operativa*
2. *Capacitación y sensibilización del personal en consulta externa y de laboratorio.*
3. *Fortalecimiento de la participación sectorial y de grupos organizados de la comunidad en las reuniones de los Comités Estatales y Locales de Lucha contra la Tuberculosis.*
4. *Seguimiento individualizado de casos nuevos y recaídas, para su incorporación a la estrategia TAES.*
5. *Coordinación interprogramática para la atención de pacientes con tuberculosis y comorbilidad a VIH/Sida y Diabetes en Unidades Médicas Especializadas de Enfermedades Crónicas en las entidades federativas.*
6. *Desarrollo de talleres comunitarios de promoción a la salud en localidades de alta endemicidad.*
7. *Reconquista de casos en abandono para evitar fármaco-resistencia.*
8. *Establecimiento de sistemas de control y seguimiento de la disponibilidad y suficiencia de insumos y medicamentos en centros de salud.*
9. *Reforzamiento de las acciones de interinstitucionales de vigilancia epidemiológica, con énfasis en grupos vulnerables.*

**V. Metas e indicadores del Programa Específico de acción**

- *Se citan ejemplos de incidencia y mortalidad en los cuadros 4 y 5.*

**VI. Financiamiento del programa para el ejercicio presupuestal 2013.**

- *La importancia de conocer el financiamiento estriba en la necesidad de verificar la coherencia del gasto ejercido con las acciones realizadas. Una acción de tratamiento de pacientes con MDR no es posible sin la asignación de presupuesto para la adquisición de medicamentos de segunda línea, sobre todo en poblaciones de difícil acceso. La corroboración de esta relación del gasto en medicamentos y cobertura de atención en casos MDR es una evidencia de mérito del programa. (Ver cuadro 6)*

**Cuadro 4. Alineación con el PROSESA y Objetivos del Programa de Tuberculosis**

Objetivos del PROSESA	Estrategias del PROSESA	Líneas de acción del PROSESA	Objetivo del PAE
1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades.	1.3. Realizar acciones orientadas a reducir la morbilidad y mortalidad por enfermedades transmisibles de importancia epidemiológica o emergentes reemergentes.	1.3.7. Promover la participación del personal de salud y de la población para la detección y tratamiento oportuno de la tuberculosis.	1. Alcanzar las metas establecidas en acuerdos internacionales para el control de la tuberculosis, relacionadas con incidencia, mortalidad y éxito terapéutico. 2. Fortalecer la instrumentación de la Estrategia TAES y realizar visitas de supervisión asesoría a los estados/ unidades de salud. 3. Consolidar la Estrategia Nacional para la Atención de Casos de Tuberculosis Multifármacorresistente. 4. Mejorar la atención integral de las comorbilidades TB-VIH; TB-DM. 5. Fomentar el conocimiento del personal de salud, personas afectadas y comunidad en general, para incrementar la corresponsabilidad ante la tuberculosis. 6. Fomentar el desarrollo de investigaciones operativas.
	2. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad.	2.2. Mejorar la calidad de los servicios de salud del Sistema Nacional de Salud.	
2.3. Crear redes integradas de servicios de salud interinstitucionales.		2.3. Reforzar las redes de servicios y procesos para la detección oportuna, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados	

Fuente: CENAPRECE/Secretaría de Salud

**Cuadro 5. Indicador de Incidencia y Metas del programa de Tuberculosis, 2014- 2018**

Elemento	Características				
Indicador 1	Tasa de incidencia asociada a la tuberculosis todas las formas.				
Objetivo del PAE	Alcanzar las metas establecidas en acuerdos internacionales para el control de la tuberculosis, relacionadas con incidencia, mortalidad y éxito terapéutico.				
Descripción general	El indicador mide los casos nuevos de tuberculosis todas formas por cada 100,000 habitantes al año.				
Observaciones	Método de cálculo: Numerador: Casos nuevos de tuberculosis todas formas / Denominador: Población total a mitad del periodo por 100,000 habitantes. Unidad de medida: Tasa Indicador de impacto, sectorial y forma parte de los ODM.				
Periodicidad	Anual.				
Fuente	Numerador: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE), PUI Módulo de Tuberculosis. Denominador: Proyecciones de la Población de México, 2010-2050. CONAPO.				
Referencias adicionales	CENAPRECE				
Metas intermedias	2014	2015	2016	2017	2018
	17.3	17.5	17.1	16.8	16.4
Línea base 2013			Meta Sexenal		
16.6 por 100,000 habitantes.			16.4 por 100,000 habitantes.		

Fuente: CENAPRECE/Secretaría de Salud

**Cuadro 6. Presupuesto del Programa de Tuberculosis, según concepto.**

Tipo de gasto	Original	Modificado (A)	Ejercido (B)	Por ejercer B/A	% ejercido B/A
Servicios Personales					
Materiales y suministros					
Servicios generales					
Transferencias, subsidios, asignaciones y otras ayudas					
Bienes muebles, inmuebles e intangibles					
Inversión pública					
Total					

Fuente: CENAPRECE/Secretaría de Salud

## VII. Evidencias documentales del Programa

### 1. Programa de Acción Específico 2007-2012



2. *Programa de Acción Específico 2013-2018*
3. *Publicación de la NOM Prevención y Control de la Tuberculosis*
4. *Manual de atención de casos de fármaco-resistencia en México*
5. *Informes de Cuenta Pública 2013 y 2014*
6. *Programas de capacitación a profesionales de Salud 2013 y 2014*
7. *Boletín de Evaluación “Caminando a la Excelencia” 2012 y 2013*

La información antes descrita proporciona una visión general de las características del Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis para el período de estudio. La descripción resumida del mismo y su presentación en forma gráfica posibilita entender su marco programático, todo lo cual se puede complementar con información adicional sobre la normatividad que le sustenta, el marco conceptual y otros aspectos de relevancia como las instituciones de salud y otras instancias de los sectores público, social y privado participantes.

#### **Paso 4. Formulación de preguntas de evaluación de estudio.**

La determinación de las preguntas de evaluación constituye la parte central de todo proceso de evaluativo, por lo que su establecimiento debe ser congruente con los criterios de evaluación que establece el modelo y estar estrechamente vinculados con los propósitos de evaluación que se persiguen con las AEP. Su selección final, condiciona la metodología general, diseños, instrumentos y fuentes de información que serán utilizados por el equipo de trabajo.<sup>59</sup>

Para efectos de seleccionar adecuadamente las preguntas de evaluación, se sugiere seguir las siguientes recomendaciones o principios generales:

1. Procurar un ejercicio conjunto de exhaustividad en la formulación de las preguntas, con la participación de todo el personal estratégico que forma parte del Programa. No se debe pasar de lado la congruencia de las mismas con los propósitos generales de evaluación ya señalados.<sup>60</sup>

---

<sup>59</sup> Fink A y Kossekoff R. *Op.cit.*

<sup>60</sup> *Ibíd.*

Así por ejemplo, una pregunta que busca conocer el nivel de conocimientos del personal en materia de prestación de servicios de salud a pacientes que de tuberculosis que viven con VIH/SIDA, puede no ser congruente con el propósito inicial de la evaluación cuya orientación se orienta expresamente a la medición de la productividad sectorial. La aplicación de este principio permite disponer de un abanico amplio de ideas para su discusión y selección inicial.

2. Establecer el consenso y/o acuerdo con los tomadores de decisiones en la lista preliminar de preguntas. Con ello se asegura la utilidad de los productos derivados del estudio y se logra una mayor especificidad en la búsqueda de información sobre los alcances que ha tenido el Programa durante en su desarrollo.
3. Proceder a la selección final y agrupación de preguntas. Ello permite identificar bloques de preguntas que pueden ser estudiadas bajo un mismo enfoque metodológico y/o la aplicación de diseños de evaluación comunes.<sup>61</sup>

La selección de un listado amplio de preguntas involucra una metodología de evaluación más compleja y puede llevar a la aplicación de uno o más diseños de estudio, que pueden aplicarse en forma secuencial o simultánea, según las necesidades del programa y disponibilidad de recursos.<sup>62</sup> A decir de Montero (2010) no necesariamente se deben contestar en un solo proceso todas las preguntas formuladas, ya que ello depende del grado de desarrollo que presenten los programas y los propósitos de la evaluación, por lo que el proceso de la misma se puede concentrar en la contestación de las preguntas más relevantes o hacerlo de manera progresiva.<sup>63</sup>

---

<sup>61</sup> Fink A y Kossekoff R. *Op.cit.*

<sup>62</sup> *Ibid.*

<sup>63</sup> Montero RE. *Op. cit. p., 7*

Algunas preguntas básicas de evaluación referentes a la pertinencia, productividad, efectividad y eficiencia del Programa Nacional de Tuberculosis en materia de supervisión, fomento de la normatividad y cobertura de atención pueden plantearse de la siguiente manera:

*¿Cuál es el promedio anual de acciones de supervisión y fomento de la normatividad realizadas a unidades de primer nivel de atención durante el periodo 2006-2012?*

*¿Cuál es el índice de recaídas entre los enfermos adscritos a las unidades de salud de primer contacto?*

*¿Cuentan las unidades de salud con normas de prevención y control de la tuberculosis?*

*¿Cuentan las unidades de salud con suficiencia de medicamentos para la Estrategia de TAES?*

*¿Es suficiente el personal voluntario para la detección oportuna y referencia de casos sospechosos de tuberculosis a las unidades de salud para su diagnóstico y tratamiento?*

*¿Se ejerció con oportunidad el presupuesto asignado a la adquisición de medicamentos para el reforzamiento de la Estrategia TAES?*

*¿Se dispone de insumos suficientes para la toma y envío de muestras de baciloscopía en los centros de salud?*

*Cuando las preguntas tienen un sentido de comparación o de cumplimiento de metas programadas, las preguntas pueden orientarse conforme a lo siguiente:*

*¿Se cumplieron las metas anuales supervisión del programa a las unidades de primer nivel de atención?*

*¿En qué medida han avanzado las acciones de supervisión y fomento de la normatividad en los últimos cuatro años?*

*¿Se ha mejorado el abasto de medicamentos e insumos para la toma y envío de muestras de pacientes con tuberculosis, respecto al inicio del programa?*

*¿Ha disminuido la tasa de abandono al tratamiento en los pacientes adscritos a la unidad?*

*¿Han mejorado las coberturas de detección y tratamiento de casos respecto al inicio de la administración?*

*¿Cuenta el personal médico y de enfermería con conocimientos suficientes para la detección y tratamiento de enfermos?*

*¿Cumplen con los estándares de calidad las muestras de baciloscopía tomadas por el personal de los centro de salud?*

Cuando el enfoque de las preguntas conlleva relaciones de causalidad o hipótesis de evaluación, es útil contar con esquemas o modelos lógicos de causalidad que expliquen la forma en que las intervenciones/acciones llevan a los resultados esperados.<sup>64</sup> De acuerdo con algunos autores (Montero citando a Rossi y colaboradores,1999), la matriz de causalidad se puede definir como el conjunto de supuestos sobre la forma en que el programa provoca los beneficios que se espera que se produzcan, incluyendo las estrategias y tácticas adoptadas para lograr las metas y los objetivos.<sup>65</sup>

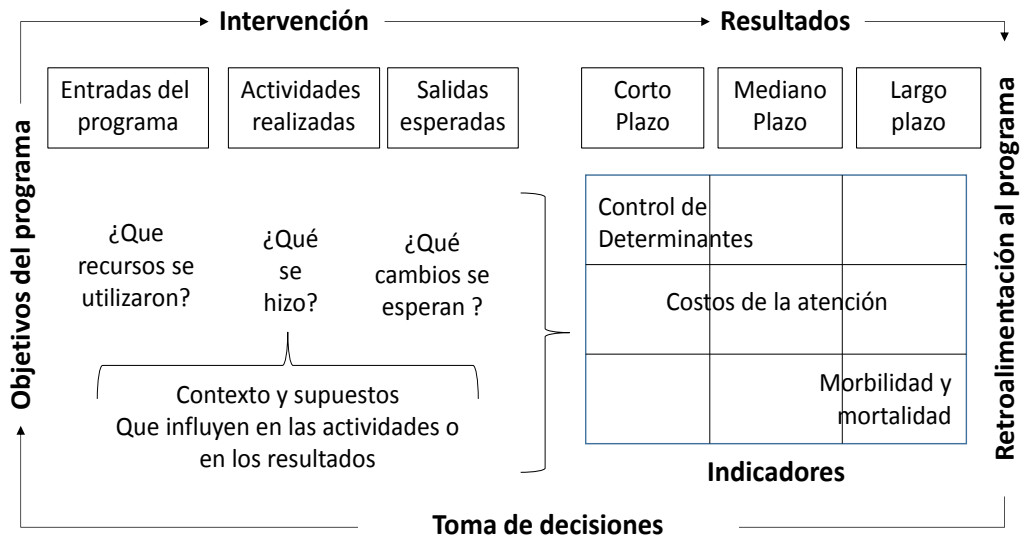
El modelo lógico es una forma de describir gráficamente las actividades y sus efectos a nivel gerencial y operativo. Es en cierto modo, la teoría del programa, es decir, las razones por las que se piensa que el programa va a funcionar, de ahí su vinculación con las preguntas o hipótesis de evaluación. La matriz de causalidad o marco lógico, debe reflejar lo que es el programa y presentar de forma sintética y lógica los objetivos, recursos, acciones y resultados esperados y sus relaciones de causalidad. Sirve para evaluar si se han conseguido los objetivos y para definir los factores externos al programa que pueden incidir en su consecución. (Ver figura 3)

**Figura 3.** Modelo lógico de causalidad para la evaluación de programas

---

<sup>64</sup> *Ibidem.* p. 7.

<sup>65</sup> *Ibidem.* p. 7



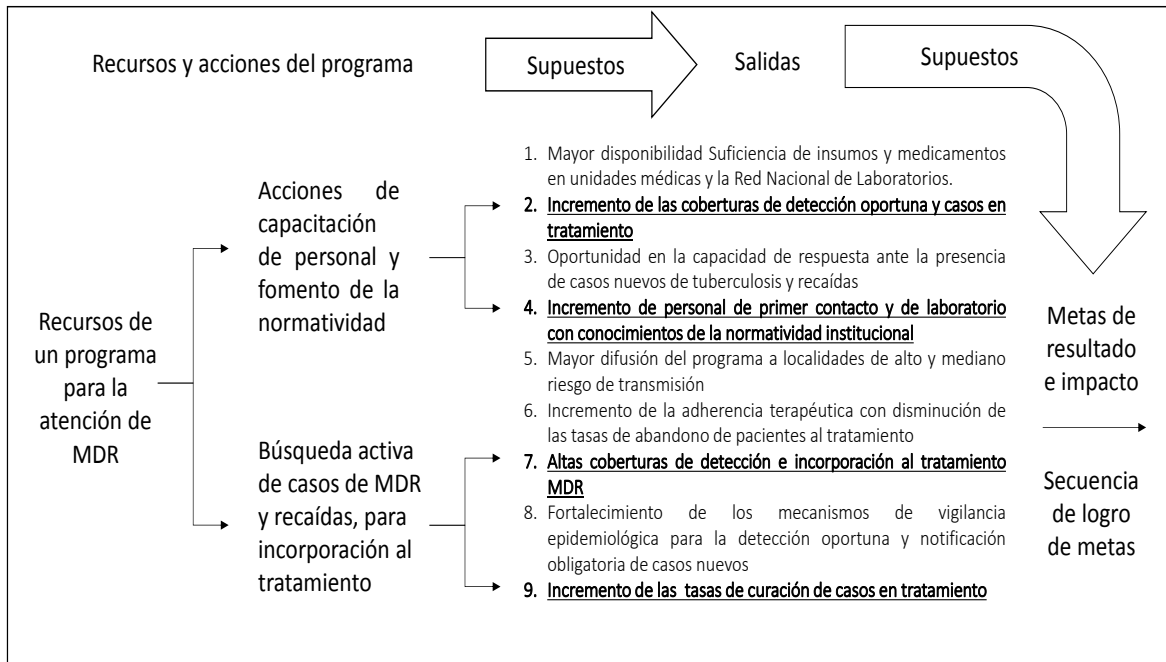
**Fuente:** Esquema adaptado del modelo lógico para la evaluación de programas de salud. Centros de Control de Enfermedades de Atlanta. USA.

De acuerdo a lo anterior, para la construcción de una matriz o marco lógico del programa, es útil seguir el procedimiento que se describe a continuación: 1) enlistar los efectos esperados o resultados de las actividades y recursos aplicados, 2) organizar secuencias de tiempo de los resultados y, 3) establecer los supuestos de causalidad entre las diferentes acciones y los resultados.<sup>66</sup> (Ver figura 4)

Una vez definidos los recursos, actividades y salidas del programa, se deben establecer los supuestos que definen las relaciones de causalidad que subyacen a la asociación de los recursos y actividades con las metas de corto, mediano y largo plazo, medidas a través de sus respectivos indicadores, todo lo cual se puede sintetizar en el siguiente esquema y ejemplos que se presentan a continuación:

**Figura 4.** Supuestos de causalidad entre acciones y resultados esperados

<sup>66</sup> Modelo de evaluación de programas de salud. CDC de Atlanta.



**Fuente:** elaboración propia con base al Modelo Lógico de Causalidad de la figura 3.

Un ejemplo sencillo que permite entender los esquemas anteriores se puede describir conforme a la siguiente secuencia de hechos y supuestos de causalidad:

**Hechos:**

1. Ejercicio oportuno de los recursos financieros para la adquisición de medicamentos e insumos para la toma de muestras
2. Suficiencia de insumos para el diagnóstico y tratamiento de casos que acuden a la unidad y los referidos desde la comunidad.
3. Coberturas eficientes de detección, tratamiento y casos en control conforme a los estándares nacionales y las metas del programa

**Supuestos de causalidad:**

*El incremento en la cobertura de detección y tratamiento y altas tasas de curación tiene un efecto positivo en la reducción de la incidencia.*

**Formulación de Pregunta**

¿Cómo afectan las coberturas de detección, tratamiento y tasas de curación en las tasas de incidencia de población mayor de 15 años en el Estado de Colima?

Siguiendo el esquema metodológico del modelo lógico para la formulación de preguntas, se pueden realizar ejercicios similares con base en las salidas o resultados esperados del Programa Nacional de Tuberculosis que se presentan a continuación.

1. *Incremento de las coberturas de: detección oportuna y casos en tratamiento*
2. *Incremento de tasa de curación de casos en tratamiento*
3. *Oportunidad en la capacidad de respuesta ante la presencia de casos nuevos de tuberculosis y*
4. *Altas coberturas de vacunación en menores de edad*
5. *Incremento de la adherencia terapéutica con disminución de las tasas de abandono de pacientes al tratamiento*
6. *Incremento de personal de primer contacto y de laboratorio con conocimientos de la normatividad institucional*
7. *Mayor difusión del programa a localidades de alto y mediano riesgo de transmisión*
8. *Fortalecimiento de los mecanismos de vigilancia epidemiológica para la detección oportuna y notificación obligatoria de casos nuevos*
9. *Altas coberturas de detección y tratamiento oportuno de casos de MDR*
10. *Suficiencia de insumos y medicamentos en unidades médicas y la Red Nacional de Laboratorios de Tuberculosis.*

Otro ejemplo de lo anterior se puede secuenciar de la siguiente forma:

**Hechos:**

1. *Altas coberturas de ingreso a tratamiento en casos de primera vez detectados*
2. *Intensificación de la supervisión del TAES en poblaciones de pacientes con altos índices de abandono.*
3. *Disminución de casos con MDR*

**Supuestos de causalidad:**

*El incremento en la cobertura de ingreso a tratamiento y la intensificación de las acciones de supervisión en pacientes de primera vez tiene un efecto positivo en la reducción de la MDR.*

**Formulación de Pregunta**

*¿Cómo afectan las coberturas altas de ingreso a tratamiento y la intensificación de las acciones de supervisión en pacientes de primera vez en la MDR?*

Como se puede advertir de lo anterior, la formulación de preguntas en esta fase del proyecto puede ser exhaustiva, pero el deber del equipo de evaluación es avanzar hacia el consenso y selección final de las mismas, si bien se insiste que su selección última dependerá de los intereses y expectativas del personal directivo, de los encargados de programas y de otros beneficiarios de la información. El reto mayor estriba en la formulación de preguntas relevantes, su síntesis final y su coherencia con las necesidades del programa y los propósitos de evaluación previamente establecidos, considerando a la vez, los recursos y el tiempo disponibles para ello.

#### **Paso 5. Diseño de la evaluación y análisis de la información.**

Una vez definido lo que se va a estudiar, el paso siguiente consiste en determinar cómo llevar a cabo la evaluación. En esta etapa se definen los procedimientos de estudio (diseño de estudio); se selecciona a las personas o unidades de estudio que habrán de ser estudiadas (determinación del universo y plan de muestreo) y se definen las variables (operacionalización de conceptos y variables) e instrumentos que se aplicarán para la recolección de la información. A esta parte del proceso se le denomina diseño de la evaluación o metodología general de estudio.

El diseño de estudio es el plan de acción del evaluador para alcanzar los objetivos del mismo y contestar las preguntas definidas con anterioridad. Al seleccionar los diseños más adecuados para la evaluación, se busca maximizar la confiabilidad y validez de los datos, así como reducir al mínimo, los errores posibles en los resultados. El diseño de estudio forma parte de la metodología general de evaluación.

En general se pueden aplicar distintos diseños de estudio. Su selección dependerá sin embargo de las preguntas de evaluación seleccionadas y el enfoque adoptado, así como de sus posibilidades de aplicación, es decir, la



factibilidad técnica del mismo y su viabilidad financiera. El diseño de estudio permite establecer un sistema lógico de organización de las unidades de observación para acceder a la información requerida durante la evaluación, por lo tanto, su grado de complejidad dependerá de lo que se desee evaluar.

Uno de los aspectos más importantes en el momento de decidir un diseño de evaluación es conocer claramente el tipo de información requerida por los tomadores de decisiones. Así por ejemplo, si se desea evaluar la disponibilidad de medicamentos en un servicio, bastará con usar un diseño de una sola medición, ya sea mediante la aplicación de una encuesta transversal o la revisión de los registros estadísticos de la institución. Por otro lado, si lo que se desea es conocer el impacto en los indicadores de salud alcanzados posteriormente a una intervención o programa, la evaluación requerirá de diseños comparativos y longitudinales, es decir:

1. La medición antes y después de la aplicación del programa o intervención
2. La comparación de los resultados con grupos de población no expuestos al programa o la intervención
3. La medición de los indicadores durante la ejecución del programa y al término del mismo.

Desde la perspectiva de utilización de los métodos cuantitativos, se reconocen en general tres diseños de estudio: 1) no experimentales, 2) experimentales y 3) cuasiexperimentales.<sup>67</sup> Mediante su aplicación, se busca lograr la mayor objetividad (validez interna) y generalización de los resultados (validez externa) derivados de la evaluación.

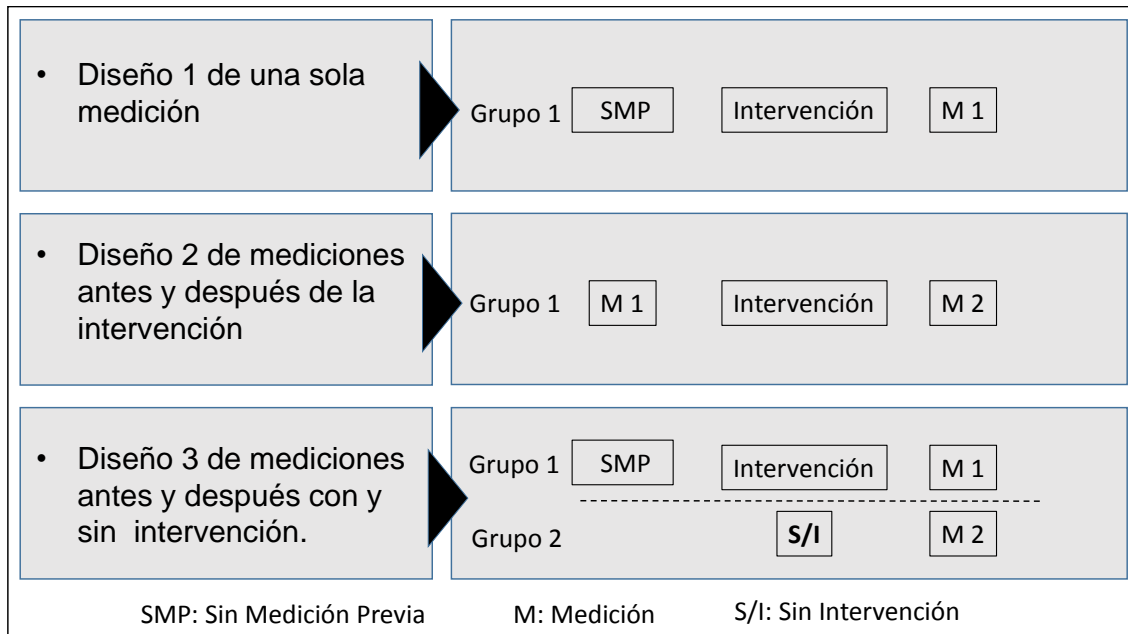
Los diseños no experimentales comprenden los estudios de: 1) una sola medición, 2) mediciones antes y después de la intervención y 3) medición antes y

---

<sup>67</sup> Campbell D y Stanley J. Diseños experimentales y cuasiexperimentales en investigación social. Buenos Aires, Amorrurtu Editores, 1970.

después con y sin intervención. Una descripción gráfica de lo anterior se puede observar en la figura 4.

**Figura 4.** Diseños no experimentales para la evaluación de programas



**Fuente.** Basado en Campbell y Stanley. Diseños experimentales y cuasiexperimentales.

Siguiendo nuevamente el Programa Nacional de Tuberculosis, un ejemplo de la aplicación del diseño de una sola medición, sería el levantamiento de una encuesta de transversal, para conocer la prevalencia de casos de MDR en la población, en el entendido que se han realizado acciones previas para la atención de la misma en los grupos de riesgo. En el caso de la introducción de acciones de fortalecimiento de la supervisión y fomento de la normatividad para la consolidación de la estrategia TAES, se podrían utilizar los diseños 2 y 3, lo que permitiría determinar posibles cambios en los indicadores asociados a dichas intervenciones, tales como las cobertura de detección y tratamiento de casos de casos nuevos, tasas de curación de casos en tratamiento, o disminución de los índices de abandono al programa.

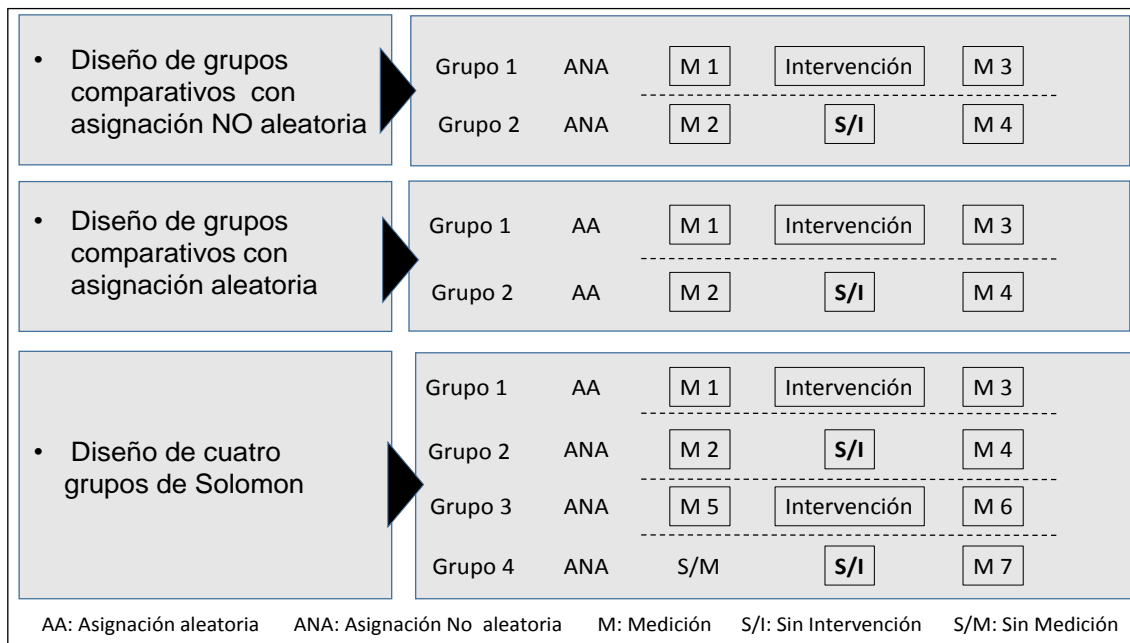
En los diseños 2 y 3 se realizan comparaciones de las mediciones en tiempos y grupos de comparación diferentes, si bien se reconoce que dichos

diseños resultan insuficientes para controlar variables externas que inciden en las mediciones, además de que presentan serias limitaciones para la generalización de los hallazgos encontrados durante la evaluación, por lo que no se alcanzan los criterios de validez interna y externa esperados en una evaluación de programas. La validez interna de una evaluación se refiere a la objetividad y confiabilidad de los resultados encontrados durante la evaluación, mientras que la validez externa implica la generalización o extrapolación de éstos a otros sectores o ámbitos de aplicación del programa.

A diferencia de los esquemas de estudio antes descritos, los diseños de evaluación experimentales y cuasiexperimentales pretenden asegurar que los resultados obtenidos sean explicados por el programa y no por factores de confusión, sesgos o el azar. Una de las grandes limitaciones los diseños experimentales es que requieren de la presencia del evaluador antes del inicio del programa para asignar aleatoriamente los grupos de estudio de acuerdo a la intervención. (Ver figura 5 y 6)

El rigor científico de los diseños experimentales, puede ocasionar que las circunstancias en las que se llevan a cabo dichos experimentos sean diferentes a las condiciones reales, lo que impide la extrapolación de los resultados, afectando con ello la validez externa. Los grandes esfuerzos para aumentar la validez interna de este diseño, pueden afectar la validez externa y su utilidad en el momento de tomar decisiones basadas en los resultados.

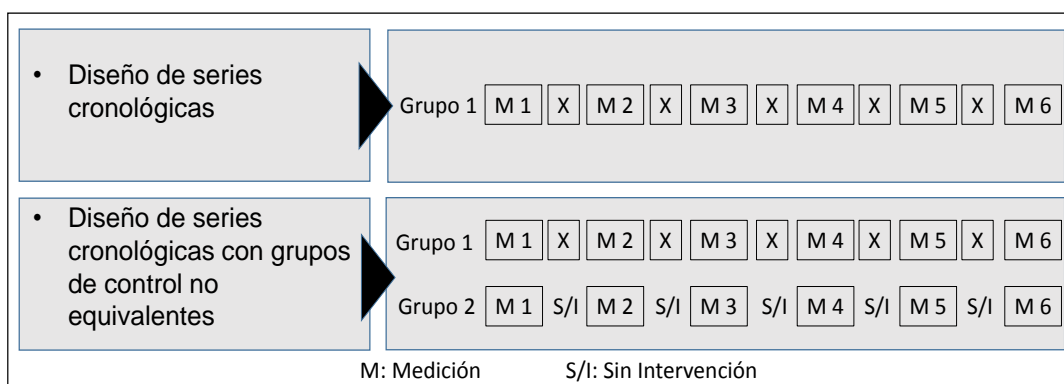
**Figura 5.** Diseños experimentales para la evaluación de programas



**Fuente.** Basado en Campbell y Stanley. Diseños experimentales y cuasiexperimentales.

En los cuasiexperimentos, se aprovechan las condiciones que involucran al programa o la intervención en forma natural si bien, es posible que el evaluador pueda intervenir en las condiciones bajo las cuales se conducirá en estudio. Ejemplos de este tipo de diseños se describen en la figura 7.

**Figura 6.** Diseños cuasiexperimentales para la evaluación de programas



**Fuente.** Basado en Campbell y Stanley. Diseños experimentales y cuasiexperimentales.

Los diseños experimentales y cuasiexperimentales se pueden aplicar por ejemplo, a conocer la eficacia de la introducción de nuevos esquemas de capacitación y promoción de la participación comunitaria para disminuir las tasas de abandono en los pacientes del programa. En la medición de los resultados

obtenidos se debe determinar si las diferencias encontradas son estadísticamente significativas, para atribuir los hallazgos a las nuevas intervenciones del programa. En este caso, las pruebas de significancia se pueden concebir como un atributo de la calidad de los datos obtenidos.

Las pruebas de significancia estadística implican la comparación de dos hipótesis: la hipótesis nula ( $H_0$ ) y la alternativa ( $H_a$ ). Mediante su aplicación a los datos encontrados se busca determinar hasta qué punto la variabilidad de los datos de una muestra puede ser responsable de los resultados de un estudio en particular. Resumiendo:

- La hipótesis nula es la afirmación de que no existe asociación entre las variables estudiadas (asociación de las variables “nuevos esquemas de capacitación y promoción de la participación comunitaria” con la variable “tasa de abandono en los pacientes del programa”)
- La hipótesis alternativa afirma que hay algún grado de relación o asociación entre las variables de estudio.
- Las pruebas de significancia nos ayudan a tomar la decisión de que hipótesis debemos elegir.
- La decisión tomada puede ser afirmada con una seguridad que establecida previamente.
- Como primer paso a seguir, se determina la magnitud de la diferencia que hay entre los grupos con intervención y los grupos control
- En seguida se verifica si la magnitud o valor absoluto es mayor que un error estándar definido, multiplicado por una seguridad definida. Si es así, se concluye que la diferencia es significativa entre ambos grupos. Finalmente se acepta la hipótesis alternativa y se rechaza la hipótesis nula, en caso contrario se invierten, es decir, se rechaza la hipótesis alternativa y se acepta la hipótesis nula

Ejemplo:

Se dispone de una relación de municipios en los que se aplicaron los nuevos esquemas de capacitación y promoción de la participación comunitaria y se cuenta con una lista de municipios que mantuvieron los esquemas anteriores del programa (Municipios tipo A y Municipios tipo B). Los municipios tipo A tenían 450 casos en tratamiento y los municipio tipo B, solo 435. La respuesta de no abandono del programa en los Municipios con nuevos esquemas de capacitación y fomento de la participación comunitaria (Municipios A) fue de 310, en tanto que en los municipios control (Municipios B) fue de 330. ¿Existe diferencia significativa los resultados encontrados?

$H_0$  (hipótesis nula) = No existen diferencias.

$H_a$  (hipótesis alternativa) = Sí existe diferencia.

Siguiendo este planteamiento tenemos:

Esquema	N	% de respuesta con cada esquema
Municipio A	450	$310/450 = 0.7$ ( $p_1$ )
Municipios B	435	$330/435 = 0.8$ ( $p_2$ )

Si la diferencia de  $p_1 - p_2$ , es mayor que el producto de 1.96 multiplicado por el error estándar, concluimos que la diferencia es significativa.

Por lo tanto:

$$1. \quad p_1 - p_2 = 0.7 - 0.8 = 0.1$$

$$2. \quad p = \frac{p_1 + p_2}{2} = \frac{0.7 + 0.8}{2} = 0.75$$

$$3. \quad Z_{\alpha=0.05} = 1.96$$

4 Error estándar:  $\sqrt{p(1-p)(1/n_1 + 1/n_2)} = \sqrt{0.75(1-0.75)(1/450 + 1/435)} = 0.007$

5 Error estándar \* 1.96 = 0.0007 \* 1.96 = 0.001 ← - · vs

6 Dado que la diferencia =  $|p_1 - p_2| = |0.70 - 0.80| = 0.20$

Supera el valor 0.001 concluimos que la diferencia entre 0.70 y 0.80 no es estadísticamente significativa.

Por lo tanto :  
Podemos aceptar la  $H_a$  (hipótesis alternativa) y rechazar la  $H_0$  (hipótesis nula)

Fuente: Adaptado de: Pita FS y Pértegas DS. *Op. cit.* pp. 76-78:

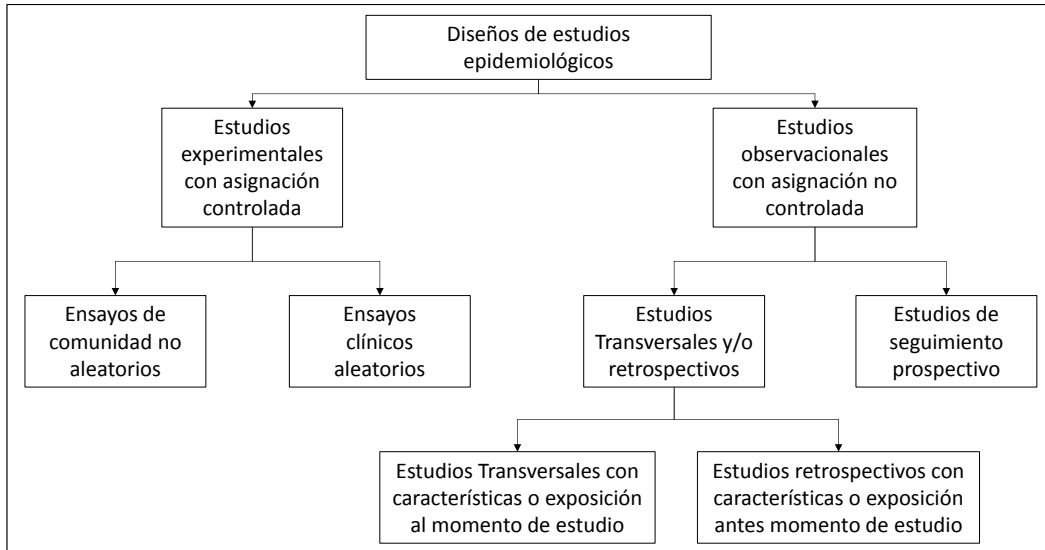
Cabe destacar que el proceso de aceptación o rechazo de una hipótesis conlleva el riesgo de aceptar la hipótesis alternativa como cierta, cuando la cierta podría ser la hipótesis nula. Una seguridad del 95% comprende un valor de  $p < 0.05$  y una seguridad del 99% implica una  $p < 0.01$ . Cuando rechazamos la  $H_0$  (hipótesis nula) y aceptamos la  $H_a$  (hipótesis alternativa) como probablemente cierta, afirmando que hay una asociación, o que hay diferencia, estamos diciendo en otras palabras que es muy poco probable que el azar fuese responsable de dicha asociación.<sup>68</sup>

Desde una perspectiva epidemiológica, se pueden identificar también dos categorías de estudio: los diseños observacionales y los estudios experimentales aplicados estos últimos, casi siempre a ensayos clínicos y de comunidad. La mayor diferencia entre ellos, es que en los primeros, el evaluador no puede

<sup>68</sup> Pita FS y Pértegas DS. *Op. cit.* pp. 76-78.

determinar las condiciones bajo las cuales se conducirá en estudio, mientras que en los segundos, si hay manera de controlar dichas condiciones.<sup>69</sup> (Ver Figura 7)

**Figura 7.** Diseños de estudios epidemiológicos.



**Fuente:** Tomado de Lilienfield y Lilienfield D. Fundamentos de Epidemiología. Fondo Educativo Interamericano. 1983. p., 173.

Entre los diseños observacionales, se incluyen los estudios transversales, retrospectivos y los de naturaleza prospectiva. En los primeros, un grupo de personas que tiene la enfermedad (casos) se compara con otro grupo que no la tiene (controles), por ello se les ha denominado estudios de casos y controles, mientras que a los transversales o de una sola medición, se les conoce como estudios de prevalencia; los estudios prospectivos se denominan también estudios de casos. En ellos se utilizan principalmente las técnicas de entrevista y análisis de archivos para la recolección de datos que permitan determinar si la característica o factor de riesgo está o estuvo presente en los dos grupos.<sup>70</sup>

La finalidad de los estudios epidemiológicos se centra principalmente en la determinación de la magnitud de las cargas de enfermedad y muerte en la población general o en grupos específicos de población afectada, así como en el establecimiento de factores causales asociados a las mismas. Los procedimientos

<sup>69</sup> Lilienfield A y Lilienfield D. Fundamentos de Epidemiología. Fondo Educativo Interamericano. 1983., pp. 172-229.

<sup>70</sup> *Ibid.* pp., 174-175.



para establecer las asociaciones en estudios retrospectivos incluyen las medidas de riesgo relativo y riesgo atribuible. Para analizar los resultados de los estudios prospectivos, también llamados de cohorte, de incidencia, longitudinales o de seguimiento se utiliza preferentemente el riesgo relativo para medir los efectos de la exposición, así como las tablas de vida o actuariales, tasas de incidencia y mortalidad y modelos mayor complejidad estadística, como la regresión logística.

Ciertamente, ante la posibilidad de escoger entre un diseño experimental y uno de observación, los investigadores optarían por el primero, no obstante, esta posibilidad metodológica no siempre se encuentra al alcance de los evaluadores,<sup>71</sup> dadas las implicaciones, éticas, financieras y de duración que los diseños experimentales suelen presentar.

Hasta aquí, resulta necesario enfatizar que distintas preguntas de evaluación pueden derivar en distintos diseños de estudio y en contraparte, un mismo diseño puede dar lugar a la contestación simultánea de múltiples preguntas, objetivos e hipótesis de evaluación. En ello estriba la importancia de focalizar y agrupar las preguntas de evaluación, para delimitar de manera razonable y eficiente, el estudio del objeto de estudio y los recursos que requeridos para su realización.

En el lado alterno de los diseños cualitativos, destacan por su importancia, los grupos focales, estudios de caso, entrevistas no estructuradas, estudios de sombra y otros de naturaleza etnográfica, que al combinarse con los diseños antes descritos, llevan a perfeccionar y complementar la metodología general de estudio para la evaluación integral y a profundidad de los programas de salud. Su utilización se ha incrementado los últimos años, dada la importancia de los mismos para entender los componentes sociales de un programa y por representar una alternativa valiosa para la evaluación.

De los resultados obtenidos en las fases cuantitativas se puede realizar: 1) el análisis de frecuencias absolutas y relativas, 2) análisis de correlación, y 3) análisis crudo y estratificado de las variables de estudio a nivel de entidad

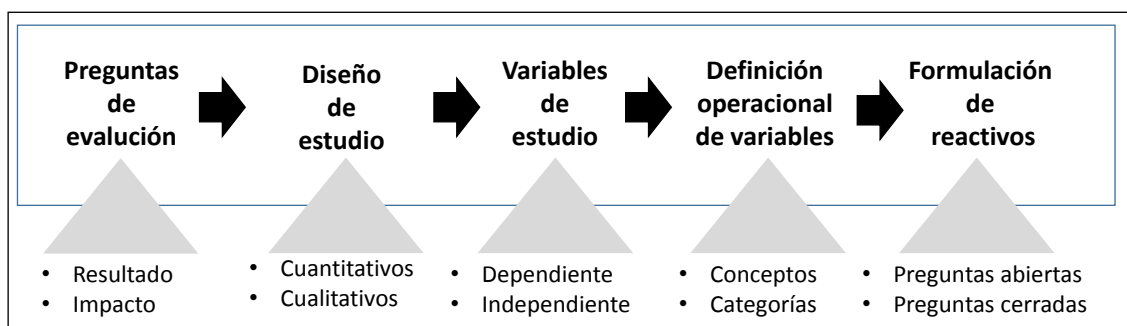
---

<sup>71</sup> *Ibid.* p. 172

localidad, municipio, federativa, región y país. Dependiendo la naturaleza del diseño adoptado, el análisis de la información se debe complementar con pruebas de significancia estadística para una mayor certeza en el análisis de los hallazgos sobre las distintas variables de estudio. La incorporación de cuadros y gráficos facilita lo anterior. El análisis de los resultados de los diseños cualitativos, son casi siempre de carácter descriptivo e interpretativo, lo que permitir dar un mayor entendimiento de los hallazgos, en el marco de la realidad que envuelve la operación del programa objeto de estudio.

Finalmente, la operacionalización de variables tiene como propósitos el establecer y definir los criterios y procedimientos específicos de obtención de información que se utilizarán para medir los resultados de un programa y definir de manera precisa, los términos que serán empleados para evitar confusiones entre el personal a cargo del acopio de datos. El proceso de operacionalización constituye la columna vertebral de la información a ser recolectada. De hecho, la definición de variables inicia el proceso de construcción de instrumentos, a la vez que implica la definición de las fuentes de información. En la figura 8 siguiente se presenta un esquema básico que permite el entendimiento de dicho proceso.

Figura 8. Esquema secuencial para la operacionalización de variables.



Fuente: Elaboración propia.

#### 4.6. Organización, trabajo de campo y elaboración de informes.

La organización de las actividades de campo requiere de un programa de trabajo o al menos un listado de actividades a realizar a lo largo del tiempo que

implica la evaluación. Es importante contar con un coordinador o equipo de trabajo que conduzca las diferentes actividades técnicas y administrativas a fin de hacer más eficiente el trabajo programado. Una planeación y organización defectuosas puede derivar en atrasos y falta de precisión en la obtención de información y calidad de la misma.

En lo posible, el equipo de trabajo deberá estar conformado por un coordinador general, uno o más investigadores de apoyo, un técnico en estadística o informática y uno a más capturistas, además de un administrador de los recursos financieros asignados al proyecto. La elaboración de un cronograma de actividades claramente definidas y asignadas a cada miembro del equipo, posibilitará una mayor eficiencia y logros de los objetivos de la evaluación.

Por lo que se refiere a la retroalimentación de resultados, cabe señalar la importancia de hacerlo a lo largo de todo el proceso de la evaluación y no solamente al final de la misma, ya que ello permitirá garantizar los productos esperados del estudio. El estilo y contenido de los informes de evaluación en forma escrita dependerá de los propósitos inicialmente establecidos y el perfil de las personas a quienes vayan dirigidos. Se deben considerar los siguientes elementos generales al momento de redactar un informe:

- El documento debe escribirse con claridad, mediante el empleo de un lenguaje sencillo, con oraciones y párrafos cortos.
- El título debe explicar el tema estudiado, por ejemplo: “Evaluación del Programa Nacional de Tuberculosis 2006-2012 en México.”
- El informe deberá ser concreto y bien estructurado.
- Una versión preliminar del mismo deberá ser discutida antes de la redacción final.
- El informe deberá contener al menos las siguientes secciones:

- **Hoja frontal.** Debe incluir el título completo, los nombres de sus autores y sus cargos e instituciones de procedencia. Se pueden incorporar logos de la dependencia para mayor formalidad de la publicación.
- **Resumen:** es conveniente ubicarlo inmediatamente después de la página frontal. Para atraer la atención del lector, procurando mencionar los hallazgos más relevantes y su extensión no deberá ser mayor a media cuartilla a renglón cerrado.
- **Introducción:** esta sección debe incluir los antecedentes de la evaluación, los propósitos de la misma y las razones que lo sustentan. Cualquier información relevante sobre el tema o trabajos previos serán de utilidad.
- **Objetivos de la evaluación:** se deberán redactar en forma precisa, evitando ambigüedad y falta de claridad.
- **Material y métodos:** se describirá el tipo de diseño utilizado, la población a que fue dirigida la evaluación, los procedimientos de recolección y análisis de información, así como las limitaciones del diseño y problemas operativos que podrían haber afectado los resultados de la evaluación.
  - En caso de estudios de base poblacional, se deberá informar sobre la tasa de o respuesta.
  - Es pertinente discutir en este apartado la representatividad de la muestra y su comparabilidad con la población de origen.
  - Se deben describir los métodos de acopio de datos y las fuentes de información utilizadas, así como las medidas establecidas para garantizar la homogeneidad en la recolección de la información

por parte del personal de campo, así como los resultados de las pruebas piloto realizadas al inicio de la evaluación

- **Resultados.** Se deberá iniciar con una descripción detallada y secuencial de los hallazgos, donde se incluyas tabla y gráficos que permitan dar claridad al texto.

Las tablas, gráficos y figuras deben ser autoexplicativas, con títulos, leyendas y notas a pie de cuadro claras. Cada cuadro o figura debe mostrar el menor número de aspectos relevantes para facilitar su comprensión. En el caso de las tablas, se revisará la precisión de los totales. Por regla general, las cifras debe presentarse con una precisión de tan solo un decimal.

- **Discusión e interpretación.** En este apartado se interpretan los resultados a la luz de la teoría existente y los objetivos de la evaluación. Se puede realizar comparaciones con otros estudios similares; asimismo los autores debe contribuir con sus opiniones, sugerir explicaciones y en su caso, exponer las razones que llevan el hilo conductor de la discusión.

Este apartado se puede complementar con un listado de recomendaciones y lecciones aprendidas, lo que incluye: 1) acciones que se deben realizar para la mejora o perfeccionamiento del programa o alguna de sus intervenciones, y 2) recomendación de acciones futuras para anticipar desviaciones o resultados no deseados del programa.

- **Conclusiones:** se deberán desarrollar y redactar en forma concreta, procurando su correspondencia con los propósitos de la evaluación y las preguntas elaboradas a partir de ellos. Las conclusiones son el aspecto medular de la evaluación pues en ellas se sustenta la toma

decisiones en torno al futuro del programa y los recursos que puedan requerir para su fortalecimiento y continuidad.

- **Bibliografía y anexos.** Estos aspectos se deben considerar en todo estudio para lectura complementaria por los usuarios de la evaluación.

## **Bibliografía y lecturas recomendadas.**

1. Blalock H. Introducción a la Investigación Social. Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1982, cap. 2.
2. Calero JL. Investigación Cualitativa y Cuantitativa. Problemas no Resueltos en los Debates Actuales. Rev Cubana Endocrinol 2000;11(3):192-.
3. Campbell DT y Stanley JC. Diseños Experimentales y Cuasiexperimentales en la Investigación Social. Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1970.
4. Fink A y Kossekoff R. A prime evaluation. USA. SAGE, 1980
5. Lilienfield A y Lilienfield D. Fundamentos de Epidemiología. Venezuela, Fondo Educativo Interamericano, 1983, cap., 8, 9 y 11.
6. Pita Fernández, S., Pértegas Díaz, S. Investigación Cuantitativa y Cualitativa. CAD ATEN PRIMARIA 2002; 9: 76-78.
7. Sellitz y colaboradores. Métodos de Investigación en las Relaciones Sociales. Madrid, Ediciones Rialp, 1965, cap., 3 y 4.
8. Weiss C. Investigación Evaluativa. Editorial Trillas. México, 1985.

## Anexo 1

### Diagnóstico de la Situación que Guardan los Mecanismos de Evaluación en el Estado de Colima, 2014

#### 1 INFORME EJECUTIVO

---

- Se realizó una encuesta de opinión a funcionarios de la Secretaría de Salud del Estado de Colima (SESA/Col) en los niveles Estatal, Jurisdiccional y Hospitalario. En total se encuestaron 127 funcionarios, principalmente mandos medios y de confianza. Los resultados obtenidos al momento permiten identificar las características profesionales del personal y las capacidades de la SESA/Col para realizar acciones formales de evaluación en las áreas o programas donde se encuentran adscritos. La mayoría (96%) afirma que los servicios realizan acciones de evaluación. A decir de la mayoría, la frecuencia de las mismas es de al menos una vez al año (83%). Más de un tercio de los encuestados (38%) señala que sus áreas o programas de adscripción disponen de personal suficiente y capacitado para efectuar acciones de evaluación; nueve de cada diez (93%) enfatiza que son suficientes o parcialmente suficientes los mecanismos actuales de información y seguimiento para la evaluación y ocho de cada diez (81%) destaca que se tienen recursos para ello. Se advierte una amplia aceptación (94%) del personal para participar en el proyecto. Se recopilaron propuestas administrativas, técnicas y metodológicas para la mejora de los mecanismos de evaluación, entre las que destacan: 1) capacitación, actualización y disponibilidad de personal; 2) acceso a bases de información y tecnologías informáticas; 3) uniformidad de criterios, indicadores e instrumentos de evaluación; 4) comunicación efectiva, coordinación y seguimiento periódico de resultados; 5) asesoría y apoyo técnico y 6) disponibilidad de un modelo estandarizado de evaluación y acceso a nuevas metodologías de evaluación por niveles de aplicación, entre otras propuestas mencionadas.



El presente diagnóstico se inscribe en un proyecto de trabajo metodológico más amplio, cuyos propósitos generales se enfocan a la elaboración de un Modelo de Evaluación Integral para su aplicación sistemática a las distintas áreas y programas de la Secretaría de Salud del Estado de Colima (SESA/Col). Se pretende contar con un esquema de evaluación accesible a los responsables de las áreas y programas estratégicos de esta dependencia, para valorar el desempeño alcanzado durante el periodo 2009-2014 y enriquecer con ello, el proceso institucional de rendición de cuentas que establece la legislación vigente en la materia, ante la proximidad del cambio de administración previsto para finales de 2015.

La SESA/Col se ha esforzado en mejorar la calidad, cobertura y oportunidad de la atención a la salud, con una visión incluyente, de amplia coordinación sectorial, liderazgo y largo plazo. Así lo establece el Plan Estatal de Desarrollo de Colima 2009-2015 y la propia Secretaría de Salud. Durante la presente administración, el C. Gobernador de la entidad, Lic. Mario Anguiano Moreno, ha perfilado las acciones de de salud, como una prioridad permanente de la acción de gobierno, por constituirse junto con otros mecanismos de desarrollo social y económico, en un mecanismo esencial para alcanzar una mejor calidad de vida en los distintos sectores de la población colimense.

El fortalecimiento de las instituciones de salud del Sector, encabezadas por la SESA/Col, se ha constituido en una de las principales demandas de la población y la sociedad colimense, lo mismo que la eficacia y transparencia en la aplicación de los recursos destinados para tal fin. Lo anterior se traduce en un mayor compromiso y la necesidad de incrementar la capacidad resolutive ante los distintos problemas de salud que aquejan a la población, es decir, la atención impostergable y anticipada de los daños y riesgos que afectan a distintos sectores de la población en el Estado de Colima, particularmente en los grupos de mayor rezago socioeconómico, cultural y de acceso a los servicios de salud.

La prevención y control del dengue, la contención efectiva de la mortalidad materna e infantil, los problemas asociados con las enfermedades no transmisibles como la diabetes y obesidad, el mantenimiento de las coberturas de vacunación universal, la prevención y control de riesgos sanitarios de importancia epidemiológica y otras enfermedades del rezago como el paludismo y la tuberculosis, además otras situaciones de riesgo permanente como la ocurrencia cada vez mayor de ciclones, tormentas tropicales y sismos, son problemas trascendentales de seguridad en salud que no admiten dilación alguna en su atención. A ello contribuye la realización del presente trabajo.

En general, la evaluación de los servicios de salud conlleva el compromiso de medir objetivamente los avances alcanzados en un periodo determinado de la administración, así como los aspectos negativos y positivos que incidieron en la prestación de los mismos. Debe ser entendida como un apoyo permanente a la toma de decisiones, más

aún cuando se trata de informar a la ciudadanía, a sus órganos de representación y al conjunto de la sociedad, los logros alcanzados en este sensible rubro del desarrollo social. A ello también contribuye la participación del personal involucrado en las áreas o programas objeto de evaluación y de los especialistas externos, además de otras instancias internas y externas a la institución y del propio Sector Salud.

Entendida de esta manera, la evaluación de programas y servicios de salud, lo mismo que de otras áreas de atención ciudadana, se concibe como el proceso de medir, comparar y emitir un juicio de valor sobre los logros alcanzados, mediante la aplicación de esquemas metodológicos que garanticen la confiabilidad de los procesos y la objetividad de la información obtenida. Su realización no es sencilla ni automática, por lo que se requiere de conocimientos y recursos específicos para tal fin.

En general se necesita de especialistas formados en la materia y ante todo, de la motivación y aportes del personal involucrado en la operación de los programas de salud y servicios de este tipo, incluido el personal directivo a cargo de los mismos, si bien, en el ámbito de la administración pública, estas actividades se efectúan cada vez más, con un enfoque de política pública, en donde la transparencia de la información y la rendición de cuentas, de cara a la sociedad y otros sectores de gobierno, son un premisa aceptada, donde los esquemas verticales de evaluación y seguimiento deben ser ampliamente valorados. De ahí la necesidad de incorporar las capacidades de los trabajadores de la salud y sus propias propuestas de mejora, a las acciones de evaluación de las áreas y programas donde prestan sus servicios.

La visión democrática del gobierno de Colima, moderna en su administración y abierta en su aplicación, permea ciertamente en el ámbito de la salud, al ir más allá de la inercia tradicional que impide la innovación y

el cambio deseado en salud, es decir, con la vocación y ética de servicio requeridos y con la participación entera de la sociedad en el diseño e instrumentación de las políticas públicas y la valoración consecuente de sus alcances, particularmente en los programas y áreas de atención a la salud más sensibles para el logro de la protección colectiva y bienestar de la población.

En ello se centra la importancia y trascendencia del presente trabajo, en tanto permitirá identificar el potencial del personal y las capacidades reales de los SESA/Col para realizar acciones formales de evaluación y avanzar así a la sistematización de las mismas durante lo que resta del periodo de Gobierno actual y futuras administraciones, es decir, mediante la propuesta de un Modelo Integral de Evaluación que se sume, por medio de su aplicación e integración de los resultados, a la rendición de cuentas del Gobierno de Colima en materia de Salud, con visión sectorial, participación ciudadana y de otros sectores de la sociedad colimense.

### 3 OBJETIVOS DE ESTUDIO

---

- Conocer las características y capacidades del personal de salud para realizar acciones de evaluación y seguimiento de las áreas y programas estratégicos de la SESA/Col.
- Conocer el estado que guardan los recursos y mecanismos actuales de información y seguimiento para la evaluación del desempeño e impacto de los programas y servicios en la población.
- Identificar factores que limitan los procesos de evaluación y seguimiento de las acciones de salud.
- Integrar propuestas técnicas y administrativas para fortalecer los mecanismos de evaluación con participación de personal operativo y mandos medios de la SESA/Col.
- Identificar características esenciales de un modelo de evaluación integral que se adapte al perfil de funcionamiento y de recursos de la SESA/Col en sus distintos niveles de operación.

El presente estudio se realizó mediante la aplicación de una metodología de diagnóstico por aproximaciones sucesivas y criterios de colaboración mixta, que permitió la participación de funcionarios de salud en tres niveles de operación de la SESA/Col: Estatal, Jurisdiccional y Hospitalario. La metodología de estudio consideró una encuesta de opinión y talleres de consenso y complementariedad de la información para el diagnóstico de los mecanismos de evaluación en el Estado.

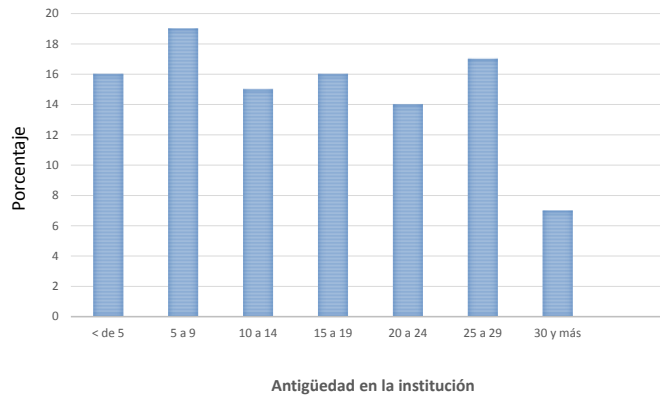
La encuesta de opinión se realizó mediante la aplicación de un cuestionario simplificado de corta duración, con preguntas cerradas de opción múltiple a nivel nominal y ordinal. De manera complementaria se incluyeron preguntas abiertas, encaminadas principalmente a la identificación de propuestas de fortalecimiento de los mecanismos actuales de evaluación, con prioridad en aspectos administrativos, conceptuales, técnicos y metodológicos.

La aplicación del cuestionario de opinión fue realizada de manera presencial por un equipo de trabajo adscrito al área de planeación de la SESA/Col y un coordinador externo, quienes visitaron al personal de los tres niveles de operación involucrados en el estudio. A nivel estatal participaron directores de área, jefes de programas y personal de confianza de las áreas de: Servicios de Salud, Caravanas de la Salud, Regulación Sanitaria, Seguro Popular y Administración. En el nivel de Jurisdicciones Sanitarias se contó con la participación de sus jefes de Jurisdicción, coordinadores de programa y personal de confianza y en el ámbito hospitalario, hicieron lo propio, los respectivos directores de de cada unidad, personal de confianza y jefes de servicios, principalmente.

En una segunda etapa se realizaron talleres dinámicos en grupos pequeños con personal clave, a quienes se les presentó la información de la encuesta para su valoración y análisis crítico, así como para la solicitud de nuevas propuestas de información. El ejercicio permitió enriquecer la información y establecer un consenso de los resultados alcanzados y nuevas propuestas de orientación en torno al Modelo Integral de Evaluación para la SESA/Col, en proceso de elaboración. A continuación se presenta el informe de los resultados de la encuesta y talleres de consenso, además de las conclusiones y recomendaciones correspondientes.

De un total de 127 personas encuestadas, 53% correspondió al nivel estatal, 25% a jurisdicciones sanitarias y el restante 22% a la red de hospitales, incluidos el Instituto Estatal de Cancerología y el Hospital Regional Universitario. La mediana de edad de los encuestados fue de 45 años, con un rango de 20 a 65 años de edad; de ellos 44% pertenece al sexo femenino y 56% al masculino. En general, 16% del personal encuestado tiene una antigüedad menor a cinco años en la institución; 33% señala una antigüedad de 5 a 14 años y la mitad restante (51%), una de 15 años y más laborando en la institución. (Ver fig. 1)

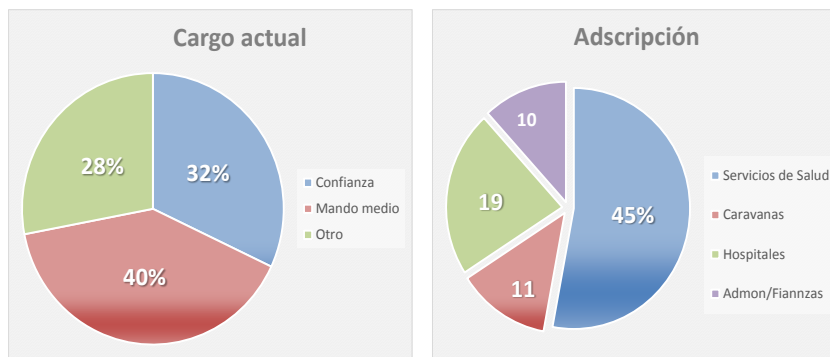
**Fig. 1 Distribución de encuestados antigüedad en la institución. Secretaría de Salud de Colima, Col. 2014**



**Fuente:** Encuesta de Opinión sobre Evaluación de Programas y Servicios de Salud. SESA/Colima, 2014

Por lo que se refiere a la distribución de encuestados según sus cargos actuales y áreas de adscripción, cuatro de cada diez (40%) ocupan cargos de mando medio y una cuarta parte (28%) son trabajadores de confianza, en tanto que la mayoría de ellos (45%) señala pertenecer al área de Servicios de Salud, seguidos de las áreas de hospitales (19%), Caravanas de la Salud (11%) y de Administración (10%). Porcentajes menores a 10% de participación en el estudio, pero no menos importantes, corresponden a las áreas de Regulación Sanitaria y el Seguro Popular cada una. (Ver figuras 2 y 3)

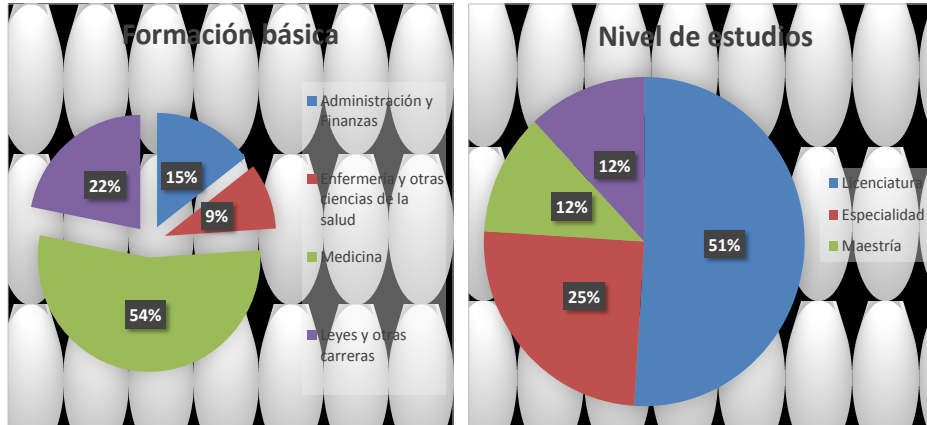
**Fig. 2 y 3 Distribución de encuestados según cargo actual y adscripción**



**Fuente:** Encuesta de Opinión sobre Evaluación de Programas y Servicios de Salud. SESA/Colima, 2014

Más de la mitad de los encuestados (54%) tiene como profesión de origen la rama médica y uno de cada cuatro (22%) la de enfermería y otras ciencias de la salud (incluidas las de odontología y psicología). Asimismo se identifica que uno de cada seis (15%) tiene una carrera administrativa y solo uno de cada diez (10%) corresponde a otras áreas no médicas ni administrativas. En relación al nivel máximo de estudios alcanzados, la mitad (51%) de los profesionales antes señalados cuentan con licenciatura, una cuarta parte (25%) con algún tipo de especialidad y solo uno de cada diez participantes tiene maestría (12%) o estudios técnicos (12%), respectivamente. (Ver figuras 4 y 5)

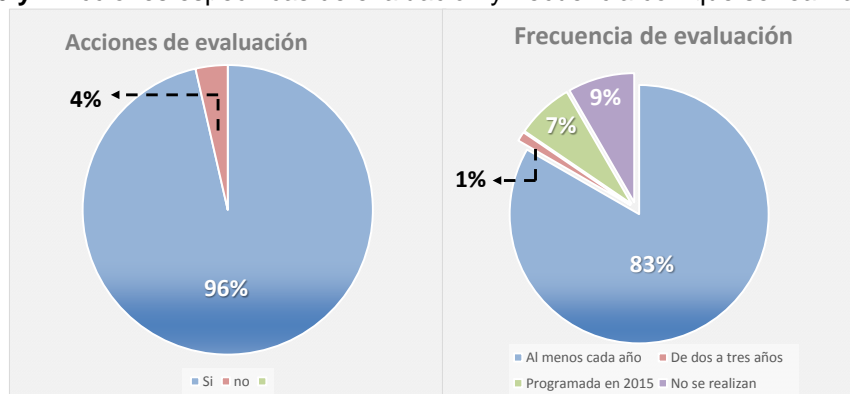
**Fig. 4 y 5** Distribución de encuestados según formación básica y nivel máximo de estudios alcanzados



Fuente: Encuesta de Opinión sobre Evaluación de Programas y Servicios de Salud. SESA/Colima, 2014.

En el ámbito de evaluación, la mayoría del personal (96%) destaca que las áreas o programas realizan acciones específicas evaluación, siendo igualmente mayoritaria la proporción de quienes señalan que la frecuencia con la que se llevan a cabo estas acciones es de al menos una vez en el año (83%); solo uno de cada diez comenta que dichas acciones no se llevan a cabo (9%) o están programadas hacia finales del próximo año (7%) (Ver figuras 6 y 7).

**Fig. 6 y 7** Acciones específicas de evaluación y frecuencia con que se realizan

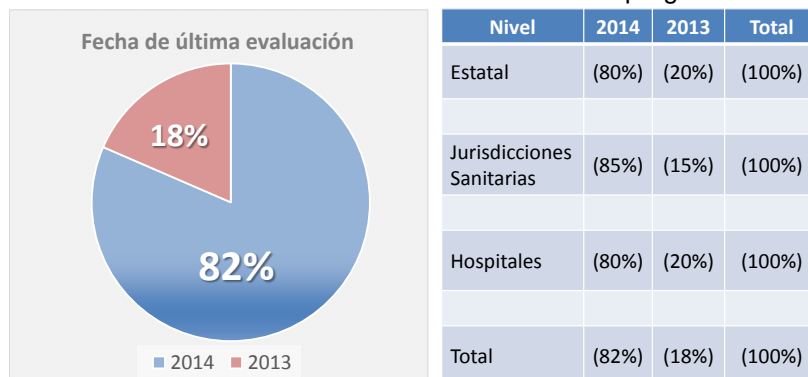


Fuente: Encuesta de Opinión sobre Evaluación de Programas y Servicios de Salud. SESA/Colima, 2014.

De acuerdo con la información obtenida, ocho de cada diez funcionarios (82%) señala que la última vez que llevaron a cabo acciones de evaluación en las áreas o programas a su cargo fue o ha sido a lo largo de 2014, cifra comparativamente similar a lo señalado en los tres niveles de operación involucrados en el estudio. (Fig. 8) Una

cantidad menor de participantes en el estudio (18%), señaló que las últimas evaluaciones se efectuaron en 2013, llegando en ambos años a realizarse con una periodicidad trimestral e incluso mensual, con participación de diversas instancias del orden federal, estatal y local.

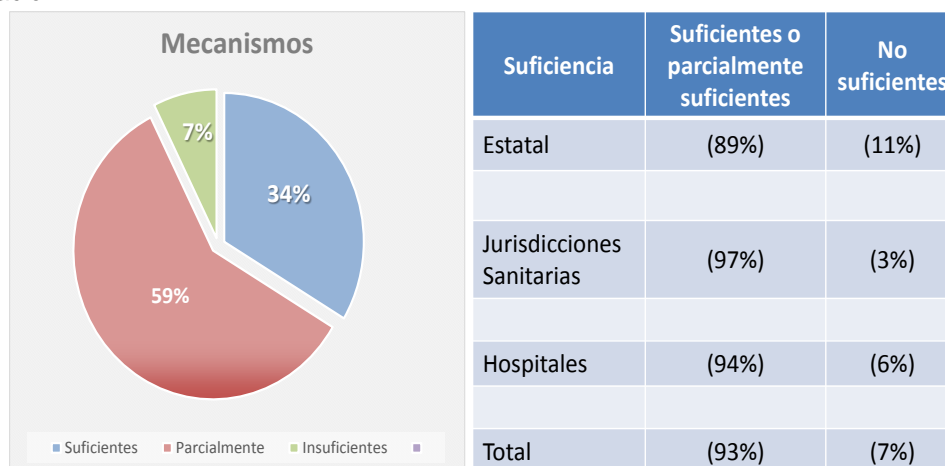
**Fig. 8** Fecha de última evaluación realizada en las áreas o programas



**Fuente:** Encuesta de Opinión sobre Evaluación de Programas y Servicios de Salud. SESA/Colima, 2014.

Una proporción relativamente importante de los encuestados (38%) considera que el personal disponible en las áreas o programas a su cargo es suficiente y está capacitado para realizar acciones de evaluación, si bien las mayores carencias en este rubro se aprecian a nivel de hospitales. Con relación a los mecanismos actuales de información y seguimiento para la evaluación, nueve de cada diez encuestados (93%) comentó que existen dichos mecanismos de apoyo en sus respectivas áreas o programas, ya sea con suficiencia o suficiencia parcial. Los mayores índices se registran en las jurisdicciones sanitarias y hospitales al alcanzar cifras de 97% y 94%, respectivamente (Ver figura 9).

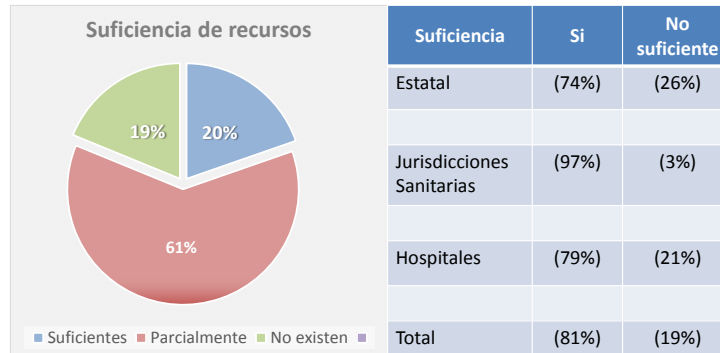
**Fig. 9** Suficiencia de los mecanismos actuales de información y seguimiento para la evaluación



**Fuente:** Encuesta de Opinión sobre Evaluación de Programas y Servicios de Salud. SESA/Colima, 2014

En materia de recursos para la evaluación, la mayoría (81%) también reitera que se dispone con suficiencia o suficiencia parcial de dichos recursos. A semejanza del rubro arriba descrito, los mayores índices se registran en el conjunto de las tres jurisdicciones sanitarias, al alcanzar cifras de 97% (Ver figura. 10).

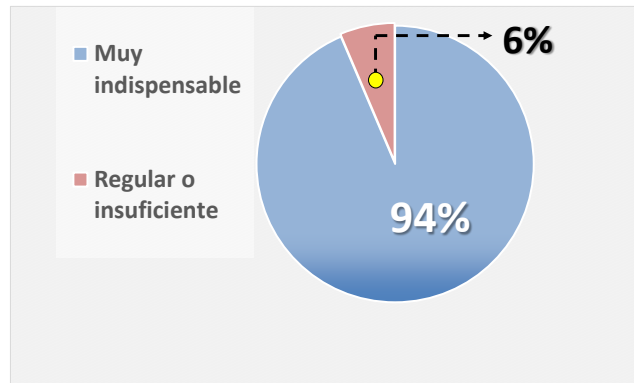
**Fig. 10** Disponibilidad de recursos materiales y financieros para la evaluación



**Fuente:** Encuesta de Opinión sobre Evaluación de Programas y Servicios de Salud. SESA/Colima, 2014.

En general, se identifica un amplio reconocimiento de la evaluación, como base para la mejora continua de las áreas o programas de la dependencia, dado que 94% de la totalidad de los participantes la señalan como muy indispensable. (Ver fig. 11)

**Fig. 11** Valoración de la evaluación en apoyo a las áreas o programas de salud por parte del personal

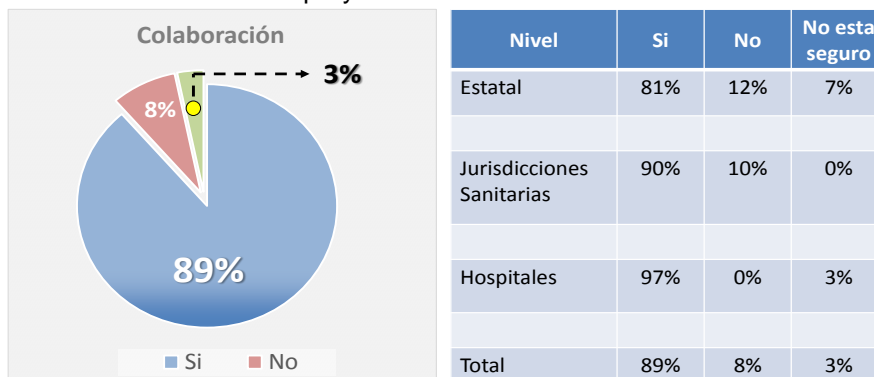


**Fuente:** Encuesta de Opinión sobre Evaluación de Programas y Servicios de Salud. SESA/Colima, 2014.

En el mismo sentido, se advierte un alto grado de interés para participar en las actividades de evaluación institucional. Como se puede apreciar en la figura siguiente, nueve de cada diez (89%) funcionarios afirmaron su interés de participar en las acciones de evaluación del proyecto específico aquí propuesto y solamente un porcentaje marginal lo hizo en sentido contrario (8%) o no estaba seguro (3%) de poder participar; la mayoría de ellos en el nivel estatal y de jurisdicciones sanitarias, si bien en el área de hospitales se identificó un interés casi total de participar en estas actividades específicas de evaluación institucional (Ver fig. 12)



**Fig. 12** Disposición a colaborar en un proyecto de evaluación de la Secretaría Estatal de Salud



**Fuente:** Encuesta de Opinión sobre Evaluación de Programas y Servicios de Salud. SESA/Colima, 2014.

Conforme a la información registrada, entre los motivos primarios que limitan el interés de participar entre aquellos que no desean participar (8%) o no está seguros de poder hacerlo (3%), destacan: falta de experiencia en la materia, sobrecargas de trabajo en las áreas donde laboran y poca disponibilidad de tiempo, así como de personal suficiente, principalmente. De acuerdo con la opinión de los encuestados, las instancias que debieran participar en las acciones de evaluación institucional de esta naturaleza son -ya sea solas o en combinación con distintas instancias internas y externa-, por orden de importancia: las propias áreas y/o programas donde laboran (67%) y los especialistas externos (50%), si bien se considera que otras áreas técnicas y administrativas de los propios SESA/Col, también debieran de participar ampliamente (43%). Porcentajes menores de participación corresponden a otras instituciones del Sector Salud, Organizaciones de la Sociedad Civil y finalmente, medios de comunicación, con cifras porcentuales de 13%, 12% y 3% respectivamente. (Fig. 13)

**Fig. 13** Instancias que deben participar en la evaluación y usuarios de los resultados

Instancias Participantes		Usuarios de resultados	
Concepto	No.	Concepto	No.
Especialistas externos más otras instancias	62 (50%)	Especialistas externos más otras instancias	96 (77%)
Área/programas más otras instancias	84 (67%)	Área/programa más otras instancias	99 (79%)
Otras áreas/ de la Ssa/ Colima más otras instancias	54 (43%)	Otras áreas Ssa/Colima más otras instancias	54 (43%)
Otras instituciones del SS/ Colima más otras categorías	16 (13%)	Otras instituciones del SS/Colima más otras categorías	24 (19%)
Organizaciones civiles más otras afines	15 (12%)	Organizaciones civiles más otras afines	17 (1%)
Medios de comunicación más otras instancias	4 (3%)	Medios de comunicación más otras instancias	8 (6.4%)

**Fuente:** Encuesta de Opinión sobre Evaluación de Programas y Servicios de Salud. SESA/Colima, 2014.

**Nota:** Las categorías de análisis son mutuamente excluyentes.

De manera semejante, se señaló que los usuarios principales de la información en orden de importancia deberían ser las tres primeras instancias señaladas anteriormente, ya que ocho de cada diez (79%) consideran que los primeros usuarios de los resultados de la evaluación deben ser las áreas o programas donde laboran, seguidos de los expertos externos (77%) y otras áreas de la propia SESA/Col (43%). Nuevamente destacan con cifras menores, otras instituciones del Sector Salud, las Organizaciones de la Sociedad Civil y los medios de comunicación, con porcentajes de 17% o menos (Fig. 13).

Las propuestas de fortalecimiento, agrupadas con la información vertida por encuestados en los tres niveles de participación -ya sea de naturaleza administrativa o de tipo metodológico y técnico-, una vez validadas por los grupos específicos de discusión, consideraron principalmente:

- 1) Impulso a la capacitación, actualización y disponibilidad de personal calificado en evaluación;
- 2) Acceso a bases de información y tecnologías informáticas;
- 3) Uniformidad de criterios, indicadores e instrumentos (guías) de evaluación;
- 4) Fomento de la comunicación efectiva y coordinación multiniveles efectiva para la evaluación y seguimiento periódico de resultados;
- 5) Mayor participación del personal a cargo de las áreas y programas en los procesos de evaluación y seguimiento de programas;
- 6) Asignación específica de recursos materiales, financieros y personal de apoyo y condiciones de trabajo para la evaluación;
- 7) Asesoría y apoyo técnico para el desarrollo y estructuras básicas para la evaluación y seguimiento
- 8) Sistematización de las acciones de evaluación y bases de información;
- 9) Disponibilidad de un modelo estandarizado de evaluación y acceso a nuevas metodologías de evaluación por niveles de aplicación, y finalmente,
- 10) Enfoque de la evaluación y seguimiento con prioridad en la toma de decisiones para mayor capacidad resolutive en la mejora de procesos y calidad de la atención.

En los tres niveles participantes (estatal, de Jurisdicción Sanitaria y Hospitales), se advierten ciertas semejanzas en la formulación de propuestas, pero el énfasis mayor es en: la uniformidad y disponibilidad de instrumentos y metodologías de base para la evaluación; talleres de actualización y formación de personal; reforzamiento de la comunicación entre los distintos niveles jerárquicos, incluido el primer nivel de atención, y acceso a la información.

Como se puede observar del análisis de la información presentada, la Secretaría Estatal de Salud del Estado de Colima dispone de capital humano y recursos valiosos para contribuir en las acciones de evaluación que requieren las áreas y programas bajo su responsabilidad.

El perfil de formación de los profesionales de salud, razonablemente formado en distintos campos de la salud pública y con una estructura multidisciplinaria diversa, posibilita el impulso de estas acciones para beneficio de los programas de la dependencia, si bien se reconocen ciertas necesidades de recursos y apoyo institucional que deben ser atendidos de manera constante para un mejor desempeño de las funciones del personal, incluidos los componentes de gerencia y evaluación en salud. El diagnóstico de las características y capacidades del personal aquí descrito, así lo refleja.

En coincidencia con lo anterior, se identifica que al menos un tercio del personal a cargo de las áreas y programas de la SESA/Col, tiene un grado de especialidad o maestría, y poco más de la mitad cuenta con experiencia de trabajo de más de 15 años laborando en la dependencia, lo que representa un área de oportunidad para el desarrollo de éste y otros componentes de la gestión de programas y servicios de salud a la población.

El resto del personal, con menor tiempo de antigüedad en la SSA/Col, vislumbra capacidades de desarrollo que ciertamente requieren de mayor impulso y seguimiento, dada la disposición y sensibilidad que manifiestan para su actualización y adiestramiento en ésta y otras áreas prioritarias que requieren de su participación.

En general, las acciones de evaluación, entendidas por los participantes del estudio, como el seguimiento periódico de metas e indicadores, se encuentran presentes en todo momento de las dinámicas de trabajo de la dependencia y en casi todas las áreas de la SESA/Col, particularmente en la de Servicios de Salud, donde la evaluación, enfocada principalmente a la medición del desempeño, se realiza conforme a lineamientos federales, de manera permanente y con una frecuencia mayoritariamente trimestral e incluso en periodos más cortos, en los que se analizan los avances de los programas para la toma de decisiones, en especial del ámbito estatal y jurisdiccional.

Esquemas específicos y metodologías de evaluación aplicados en otras áreas de la SESA/Col, como la valoración de la calidad de la atención en población afiliada al Seguro Popular, la certificación de procesos y provisión de servicios por parte de COEPRIS y la medición de necesidades en poblaciones rurales por parte de Caravanas de la Salud y Oportunidades, son procesos que se suman a lo anterior.

La necesidad del seguimiento a los resultados de evaluación y la retroalimentación al personal de los programas, es una constante explícita que refleja la importancia de incluir a dicho personal, en los procesos específicos de evaluación y toma de decisiones para un mejor aprovechamiento de los resultados obtenidos y transitar así, de los modelos tradicionales con orientación informativa, a verdaderos esquemas de evaluación para la toma de decisiones. Así se percibe en los tres niveles de operación involucrados durante el presente estudio, particularmente de las áreas que brindan servicio directo a usuarios de la institución y aquellas en que la omisión de acciones

oportunas para una mejor capacidad de respuesta, puede tener graves consecuencias en la salud de la población.

La calidad de la atención al público, el diferimiento excesivo de los servicios hospitalarios y el surtimiento oportuno de medicinas e insumos médicos a las unidades de salud, lo mismo que la contención de brotes y la prevención de eventos de alto impacto epidemiológico en municipios y zonas geográficas de alto riesgo, así como el fortalecimiento de la infraestructura y el gasto oportuno en salud, son una muestra de lo anterior que puede afectar por igual a todas las instituciones prestadoras de servicios y la imagen misma del Gobierno del Estado, cuando no se atienden con la oportunidad y diligencia debidas.

Ciertamente, el acervo de recursos y los mecanismos actuales de información y seguimiento para la evaluación requiere de mayor fortalecimiento, pero al contar con una proporción importante de los mismos en las distintas áreas de operación del Sistema, se está ante una oportunidad de mejora que no admite demora alguna para su aprovechamiento. El amplio espectro de información para la vigilancia epidemiológica, los indicadores y procesos del sistema “Caminando a la Excelencia”, los avances alcanzados en la aplicación del expediente clínico y las bases de información para el control administrativo, son un reflejo de lo anterior, si bien se reconoce la necesidad de abrir a la estructura del personal, mayores opciones de acceso y manejo de los productos de información para su explotación y análisis, lo que llevará sin duda a una mejora gradual de los distintos programas y áreas técnicoadministrativas de la institución.

El fomento constante de la comunicación entre los distintos niveles de operación en materia de evaluación y el acceso a las plataformas de información, tecnologías y esquemas metodológicos de evaluación sencillos, también puede contribuir a lo anterior, sobre todo si se dispone de personal de apoyo capacitado y asesoría y capacitación específica, con retroalimentación oportuna de los resultados de la evaluación y un mayor nivel de participación del personal en los distintos procesos de la evaluación que se practica en las áreas y programas donde se encuentran adscritos.

Como se señaló anteriormente, existe una amplia disposición del personal para participar en las acciones de evaluación, lo que refleja el compromiso hacia el trabajo que realizan y su vocación de servicio, si bien se advierten ciertas limitaciones que impiden la participación de un reducido número de funcionarios en estas actividades de gerencia en salud, señaladamente por la falta de experiencia, sobrecargas de trabajo y falta de tiempo y personal suficiente en algunas áreas de la SESA/Col. En ellos se requiere de esfuerzos de sensibilización y en todo caso, el diagnóstico de las condiciones de trabajo y sus perfiles de formación para revertir esta condición no deseada de carencia de motivación.

Las propuestas expresadas abiertamente por la mayoría de los encuestados son abundantes y variadas, tanto desde la perspectiva técnica y metodológica, como de carácter administrativo, no así las de naturaleza conceptual, que fueron de menor cuantía e importancia para los objetivos del presente diagnóstico. En general, se advierte cierta homogeneidad en las formulaciones de las propuestas por parte de las instancias participantes, la mayoría de ellas encausadas a garantizar la uniformidad de criterios y metodologías de evaluación asequibles al personal y la capacitación continua en la materia.

Destaca de manera específica, la necesidad de contar con grupos de tarea y un Sistema Único de Evaluación que faciliten la valoración periódica de los avances en la

operación de los programas y la oportunidad de sus resultados, para lo cual se propuso la creación y actualización de indicadores, lineamientos, guías y formularios de aplicación por niveles, acordes a las necesidades específicas de cada programa y áreas de atención al público.

La coordinación efectiva entre los distintos niveles de operación, el seguimiento periódico de los resultados, la asignación específica de recursos materiales, financieros y de personal capacitado y la asesoría técnica en materia de evaluación, son medidas que deben estar presentes en todo momento, para una mayor capacidad de repuesta y calidad de la atención que se ofrece a la población, todo lo cual sería más factible al contar con esquemas de evaluación prácticos, sencillos, factibles en su aplicación y de participación mixta, donde los involucrados, tanto internos como externos, colaboren de manera objetiva a los objetivos que se persiguen con el impulso a las acciones y mecanismos de evaluación que requiere la institución y el Sector Salud en su conjunto.

Un aspecto crucial que se deja para la reflexión final, es lo relacionado con las instancias que deben participar activamente en los procesos de evaluación y los usuarios finales de sus respectivos hallazgos. De la opinión vertida en esta fase diagnóstica, destaca claramente una tendencia que privilegia a las propias áreas o programas de adscripción de los encuestados, como primera opción para participar y hacer uso de los productos de la evaluación, seguidos por la participación combinada de evaluadores externos y otras áreas internas de la propia institución, con cifras de aceptación que van desde 43% hasta 79%.

A diferencia de lo anterior, se advierte una baja aceptación, acotada de forma explícita por los funcionarios de esta dependencia, para que otras instancias externas, ya sea del mismo Sector Salud o de la Sociedad Civil y medios de comunicación, sean colaboradores o usuarios activos de los resultados de la evaluación.

De hecho, no queda clara la razón de esta situación particular, pero una respuesta alternativa a ello, es la necesidad de evitar posibles distorsiones de los resultados y errores de interpretación que dañen la conducción de los programas y acciones a cargo de la propia Secretaría de Salud. Con todo, queda claro que la participación abierta de la sociedad y el enfoque sectorial de la evaluación puede enriquecer los resultados obtenidos durante el proceso de evaluación y la calidad de la toma de decisiones, por más complejos que sean los problemas detectados y las metodologías aplicadas.

A ello aspira la visión objetiva de una administración pública moderna y el enfoque de políticas públicas, en tanto la génesis del quehacer institucional nace de los propios problemas que subyacen en el seno de la sociedad misma y en consecuencia, su valoración objetiva requiere de una coparticipación Gobierno-Sociedad abierta, democrática y transparente, de cara a las necesidades actuales de una población ávida de soluciones a sus problemas cotidianos, donde la salud ocupa un lugar preponderante para el logro del bienestar social y la calidad de vida esperados. En éstos y otras aspectos de estudio, se centran los objetivos de las distintas etapas de trabajo que conlleva el desarrollo del Modelo de Evaluación Integral, de apoyo a la rendición de cuentas en materia de salud 2009-2015.

- 1) Se dispone de capital humano y recursos valiosos para contribuir en las acciones de evaluación que requieren las áreas y programas bajo la responsabilidad de la Secretaría Estatal de salud.
- 2) Las acciones de evaluación, presentes en distintas modalidades, se enfocan principalmente a la medición del desempeño basado en el alcance de metas e indicadores; se requiere incorporar metodologías alternas que permitan una visión profunda de los aciertos y errores en la conducción de los programas y su impacto real en la población.
- 3) Es indispensable dar seguimiento a los resultados de evaluación y la retroalimentación al personal a cargo de los programas para un mejor aprovechamiento de los resultados obtenidos.
- 4) Los recursos y mecanismos de información disponibles para la evaluación pueden constituirse en una oportunidad de mejora para el funcionamiento de los distintos programas. El reforzamiento de la comunicación y el acceso efectivo a la información, las tecnologías informáticas y esquemas metodológicos de evaluación sencillos contribuye a lo anterior.
- 5) Es indispensable retroalimentar y promover un mayor grado de participación del personal en los distintos procesos de evaluación para el logro de mejores resultados y calidad en la toma de decisiones.
- 6) Existe una amplia disposición del personal para participar en las acciones de evaluación que pueden coadyuvar al desarrollo institucional y la gerencia en salud.
- 7) Las acciones de mejora de los mecanismos de evaluación deben considerar principalmente la coordinación y la capacitación continua en metodologías y técnicas de evaluación.
- 8) La creación de grupos de tarea y de un Sistema Único de Evaluación puede facilitar las acciones de evaluación y la oportunidad de sus resultados, siempre que se ajusten a las necesidades locales.
- 9) Existe consenso sobre la necesidad de contar con métodos de evaluación prácticos, sencillos, factibles en su aplicación y de participación mixta.
- 10) La participación abierta de la sociedad y el enfoque sectorial de la evaluación puede contribuir a un mayor éxito en la aplicación de evaluación de las acciones institucionales.

