

● Descripción del Programa

El Programa Caravanas de la Salud (PCS) propone una estrategia de acercabilidad y complemento de las Redes de Servicios de Salud a poblaciones con bajo Índice de Desarrollo Humano y a localidades dispersas y marginadas, con un enfoque centrado en la persona, familia y comunidad. Para cumplirlo, se pretende ampliar la cobertura de atención resolutive y garantizar el acceso a comunidades que no cuentan con servicios de salud; otorgar provisión de servicios con calidad, con sensibilidad intercultural, perspectiva de género y respeto a la diversidad; promover la participación social y comunitaria. El PCS opera "bajo una combinación de modalidades de extensión de cobertura itinerante" con Unidades Médicas Móviles con diversos niveles de capacidad resolutive en rutas programadas, con un paquete básico de 128 intervenciones de atención médica ambulatoria y 20 preventivas.

● Resultados (Cumplimiento de sus Objetivos) Efectos Atribuibles

* El programa no cuenta con evaluaciones de impacto debido a cuestiones relacionadas con:
- La insuficiencia de información

● Otros Efectos

Es de reconocer que el Programa, como vínculo con la red de servicios, es una estrategia cuyas acciones demuestran una elevada productividad que coadyuva al logro de las metas de mejorar las condiciones de salud de la población y reducir las desigualdades atendiendo grupos vulnerables, pero que resulta insuficiente al considerar las necesidades reales en salud de la población que ampara. (ER2012)

● Otros Hallazgos

1. Acciones del programa con elevada productividad, pero insuficiente para resolver las necesidades de salud. Las acciones son más con enfoque biológico y asistencial.
2. Falta de definición de la población objetivo y sistematización de las localidades objetivo.
3. Se requiere un sistema de registro confiable.
4. Falta de procedimientos sistematizados de referencia y contrareferencia. (ER2012)

Áreas de oportunidad en: 1. Criterios de planeación (validación en grados de marginación, tiempos de traslado, falta de cobertura y validación de rutas). 2. Falta de sistemas de información. 3. Recursos técnicos y normativos (programas de trabajo no homologados y falta de manuales de organización). 4. Operación, por insuficiencia de recursos y capacitación. 5. Carencia de sistema de supervisión. (EPR2010)

1. El modelo de servicios es exitoso y ha ampliado su cobertura en número de rutas y localidades que atiende. 2. El Programa ha logrado la aceptación y reconocimiento de las comunidades donde trabaja. 3. Falta focalización adecuada, fortalecimiento de gestión efectiva. 4. Requiere identificar y cuantificar sus poblaciones. (EED2011)

● Acciones que el programa realiza para mejorar derivado de las evaluaciones

Avance en las acciones de mejora comprometidas en años anteriores

1. Mejorar la definición de FIN de la Matriz de Indicadores MIR (Avance 50%).
 2. Definir indicadores de resultado en salud adecuados al FIN (Avance 20%).
- Nota: Durante marzo del 2013, se realizó la propuesta de modificación del indicador a la SHCP, la cual no fue autorizada. En el proceso de mejora de la matriz de indicadores a realizarse en julio del presente año se propondrán nuevamente las modificaciones al indicador de FIN. Por lo anterior, el indicador continúa como hasta ahora está registrado en el Portal Aplicativo de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

Aspectos comprometidos en 2013

1. Contar con una herramienta informática para la integración, organización y análisis de las rutas del Programa Caravanas de la Salud en operación, propuestas de nuevas rutas o modificación a las mismas.
2. Contar con un archivo en formato de base de datos que contenga códigos de identificación para cada localidad, municipio y entidad que permita el cumplimiento de los propósitos del programa y para favorecer la transparencia y rendición de cuentas.

● Avance de Indicadores y Análisis de Metas

Los Indicadores de Fin y Propósito desde su línea base (2008) han sido ascendentes aunque con variaciones, logrando 98% de cumplimiento. La construcción de las metas es acorde con la Misión y Visión del Programa. Sin embargo, es importante considerar que este avance puede ser poco real debido a la poca claridad de las definiciones de las poblaciones y del concepto de "atención regular". Respecto a los Indicadores de Servicios y Gestión, el de actividad "Unidades médicas móviles...." ha mostrado un ascenso importante con 14 puntos porcentuales (pp) y superar la meta 9pp en el año 2012. El indicador de capacitación al personal con línea base (2010) de 90% ha llegado a 100%, 10pp más que la meta establecida, si bien parece que el valor en el año de inicio está sobreestimado (225). Para todos los indicadores de servicios y gestión, el avance del Programa hace necesario su replanteamiento, lo que es evidente al analizar las metas, que a excepción del correspondiente a las UMM, se han marcado a 100% de su cumplimiento y que resultan demasiado laxas, en gran parte debido a que consideran denominadores de Programación.

● Avances del Programa en el Ejercicio Fiscal 2013

Las Reglas de Operación del Programa para el ejercicio 2013 están publicadas y se actualizó la vigencia de contratos de comodato de bienes de ejercicios anteriores hasta 2010, aunque aún no se entregan más de 1,500 bienes cuya firma de contratos está en proceso. Se han completado gestiones para los recursos del Sistema de Protección Social en Salud para la operación del Programa y se han elaborado 33 convenios para transferencia de recursos específicos que están en gestión de firma. Se cuenta con el programa de supervisión operativa para las 32 entidades federativas y está en elaboración el programa de mantenimiento y aseguramiento. De las 133 Unidades Médicas Móviles (UMM) programadas para formalización de comodato, se han entregado 13 (10%). Falta por resolver el proyecto "Red de servicios de telemedicina a través de UMM", autorización de nuevas plazas para 88 rutas, recursos adicionales por 50.0 millones de pesos para la operación del Programa y la validación de nuevas rutas para fortalecer los 400 Municipios de la Cruzada Nacional contra el Hambre.

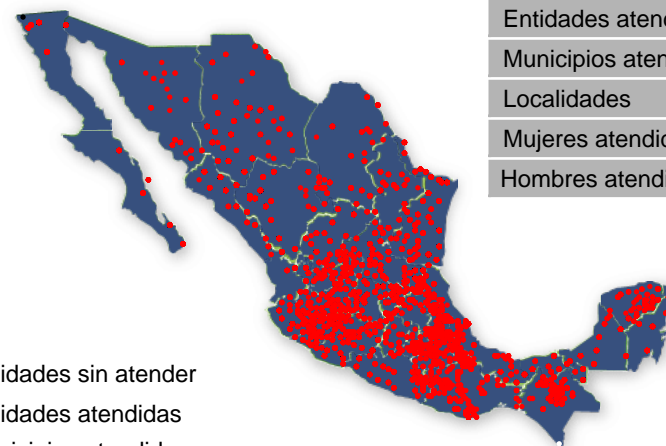
● Población

Definición de Población Objetivo

La Población Objetivo del Programa Caravanas de la Salud la constituye toda la población que cuenta con acceso a primer nivel de atención a través de una unidad médica móvil.

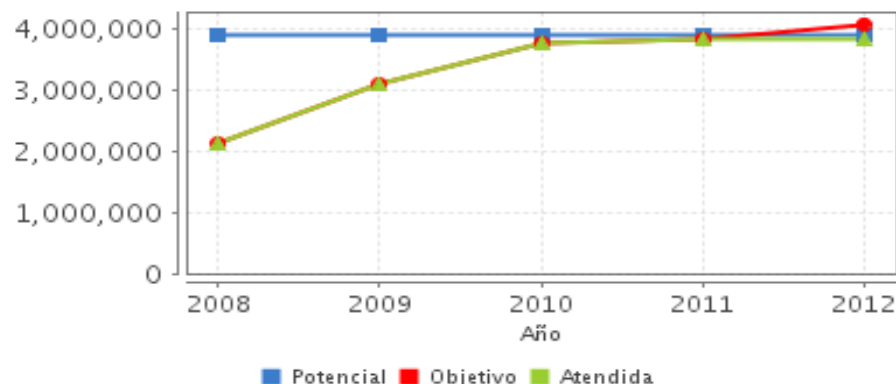
	Unidad de Medida	2012	Incremento en cobertura respecto de 2011
Población Potencial	Personas	3,900,000	0%
Población Objetivo	Personas	4,086,469	6.44%
Población Atendida	Personas	3,839,056	0%
Pob. Aten. / Pob. Obj.	Porcentaje	93.95%	-6.05%

● Cobertura



Entidades atendidas	32
Municipios atendidos	1,009
Localidades	17,484
Mujeres atendidas	-
Hombres atendidos	-

● Evolución de la Cobertura



● Análisis de Cobertura

Se aprecian problemas en la conceptualización de las poblaciones potencial y objetivo. Asimismo, el Programa tiene una limitación importante para la cuantificación de sus poblaciones objetivo y atendida, lo que en gran medida es derivado de la carencia de un Padrón de Beneficiarios, que impide la identificación de la población que recibe los servicios otorgados, así como de su distribución de acuerdo a su afiliación al SPSS y a la que no cuenta con esquema de aseguramiento público. Probablemente debido a estas limitaciones, las cifras de evolución de la cobertura (población atendida/ población objetivo) son irreales, ya que ambas poblaciones muestran valores idénticos en el periodo 2008-2011, con lo que artificialmente se obtiene una cobertura de 100%; en 2012 se mantuvo la misma cifra de población atendida del año previo con un denominador un poco mayor (posiblemente por un número mayor de UMM), lo que disminuye la cobertura. Por lo anterior, los datos no son interpretables para establecer una valoración apropiada de la evolución de la cobertura. Debido a que la cuantificación de la población potencial se ha mantenido sin cambios porque toma como referente a "la población que habita en localidades sin acceso regular identificadas en el año 2007", en los años recientes las cifras de poblaciones objetivo y atendida la han prácticamente alcanzado y en 2012 la población objetivo es ya mayor que la potencial.

Alineación de la Matriz de Indicadores con el PND 2007-2012

Objetivo del PND 2007-2012

Reducir la pobreza extrema y asegurar la igualdad de oportunidades y la ampliación de capacidades para que todos los mexicanos mejoren significativamente su calidad de vida y tengan garantizados alimentación, salud, educación, vivienda digna y un medio ambiente adecuado para su desarrollo tal y como lo establece la Constitución.

Objetivo Sectorial 2007-2012

Reducir las brechas o desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas

Indicador Sectorial 2007-2012

Nombre:

Avance:

Meta:

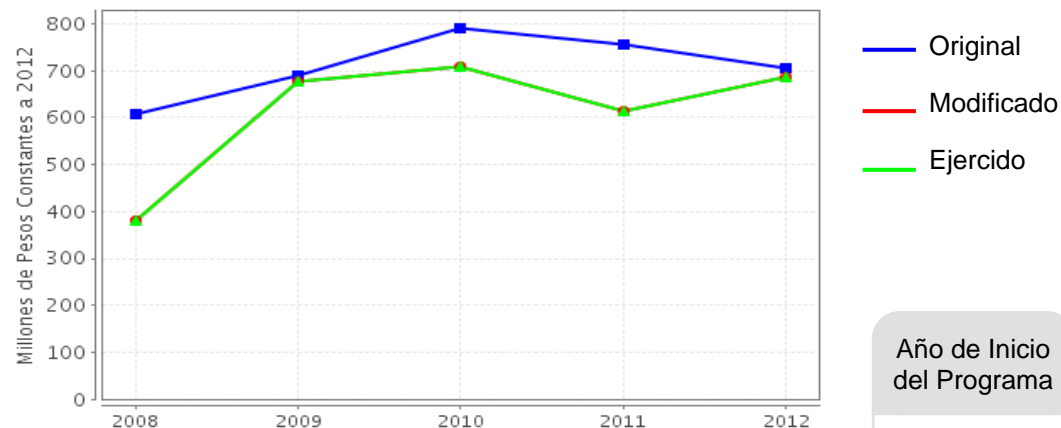
Fin

Contribuir a mejorar las condiciones de salud de la población sin acceso o con acceso limitado a los servicios de salud, a través de la oferta de servicios de prevención, promoción y atención médica ambulatoria.

Propósito

La población de localidades geográficamente dispersas y de difícil acceso, cuenta con servicios regulares de promoción, prevención y atención médica mediante equipos de salud itinerantes y unidades médicas móviles.

Evolución del Presupuesto (Millones de Pesos Constantes a 2012)



Fuente: Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP).

Valores a precios constantes promedio de 2012, actualizados con el Índice Nacional de Precios al Consumidor (INPC).

Presupuesto 2012 (MDP)

Original

704.1

Modificado

685.74

Ejercido

685.74

Consideraciones sobre la Evolución del Presupuesto

La evolución del presupuesto es coherente con los logros en la población atendida por el Programa. Del año 2008, primero que registra datos presupuestales, al 2009, se incrementó el presupuesto ejercido prácticamente al doble, coincidiendo con un incremento de 50% en la población atendida, que continúa para 2010 aunque en menor proporción; a partir de esta fecha solo hay pequeñas variaciones en ambas variables. Cabe mencionar que los presupuestos modificado y ejercido son similares y que el Programa recibe, adicional al presupuesto Federal, recursos del Seguro Popular para la atención a sus afiliados, que en 2011 correspondió a 15% del total de presupuesto y en 2012 se incrementó al 28%, con lo que casi se ha duplicado en un año.

Debido a que el Programa no cuenta con un padrón de beneficiarios que permita estimar la población atendida con precisión, no es posible identificar eficiencia en las acciones.

Año de Inicio
del Programa

2007

● Conclusiones del Evaluador Externo

El Programa Caravanas de la Salud parte de premisas y objetivos muy ambiciosos, con una cartera de servicios amplia para atención primaria ambulatoria que incluye prevención y atención curativa, así como gestión para la continuidad de la atención en mayores niveles de complejidad dirigida a población vulnerable por falta de acceso regular a servicios de salud y por condiciones de marginación y ruralidad. A la fecha, el alcance en población atendida ha alcanzado la meta planeada; no obstante, dicha atención y la estimación de la cobertura están sustentadas en definiciones poblacionales débiles y en una cuantificación que se establece por "los reportes de productividad que realizan las entidades federativas a través de las coordinaciones estatales del Programa de manera mensual". Adicionalmente, la carencia de un padrón de beneficiarios impide la identificación de la distribución de la atención a su población, de acuerdo a condición de afiliación al Seguro Popular o sin esquema de aseguramiento (en esta segunda categoría se incluyen los beneficiarios al Programa de Desarrollo Humano Oportunidades). Es necesario por lo tanto contar con mayor evidencia que permita establecer el acceso real a los servicios ofrecidos. Los indicadores son débiles para medir el propósito del Programa y se requiere de sistemas de registro que permitan evaluar adecuadamente la provisión de servicios a la población de acuerdo a su necesidad de atención, la calidad de los mismos y la continuidad de la atención y no acciones aisladas que solo reflejan productividad. Si bien el presupuesto se ha mantenido estable desde 2008, el incremento progresivo de los recursos provenientes del Seguro Popular, que se duplicaron para el año fiscal 2012 respecto al año previo, podría ser un elemento favorecedor para mejoras sustantivas en el Programa, prioritariamente su sistema de información, lo que hará más eficiente su operación.

● Fortalezas

1. Alcance del Programa a la población más vulnerable.
2. Infraestructura en condiciones apropiadas para la operación y personal de salud capacitado.
3. Representa una ampliación a la Red de Servicios de Salud de los estados que aprovecha su organización.
3. Respuesta de la población objetivo a la oferta de servicios.
4. Avance en los aspectos susceptibles de mejora relevantes para la operación del Programa.

● Retos y Recomendaciones

1. Conceptualización de las poblaciones potencial y objetivo con base en las necesidades de salud que se establecen en las Reglas de Operación del Programa.
2. Establecimiento de un sistema de información confiable para la elaboración del padrón de beneficiarios.
3. Construcción de mejores indicadores de Fin y Propósito que permitan medir de manera

- Observaciones del CONEVAL

La carencia por acceso a los servicios de salud disminuyó 7.7 puntos porcentuales en 2012 respecto a 2010, esto representó una reducción de 8.2 millones de personas que no tenían derecho a recibir servicios médicos de alguna institución pública que los presta o los servicios médicos privados. Las entidades federativas con el porcentaje de población más alto de carencia por acceso a los servicios de salud en 2012 eran Puebla (29.6), Michoacán (28.6), Veracruz (25.7), Guerrero (25.4) y Estado de México (25.3). A pesar de haber disminuido el nivel de esta carencia en 2012 respecto a 2010, Puebla y Guerrero siguen siendo estados con los niveles más altos de población sin acceso a los servicios de salud por lo que se sugiere considerar la posibilidad de efectuar acciones específicas en dichas entidades. La importancia de Caravanas de la Salud puede entenderse mejor en el contexto de un sistema de salud en el que la afiliación a un sistema no garantiza en todos los casos el acceso efectivo a los servicios de salud (atención con capacidad resolutoria) con estándares de calidad aceptables, en especial en el caso de la población que reside en localidades pequeñas y dispersas de difícil acceso. La dispersión de las localidades rurales es un desafío clave para asegurar el acceso efectivo. De acuerdo con el Censo de Población y Vivienda 2010, en México hay 112.3 millones de mexicanos que habitan en 192,245 localidades. De éstas, el 98.1 por ciento son rurales y ahí viven 26 millones de personas. Más de la mitad de las localidades del país, 103 mil localidades, tienen menos de 20 habitantes, y otras 36.2 mil localidades tienen entre 20 y 99 habitantes; en ellas, vive el 2.7 por ciento de la población del país, lo que potencialmente representa un reto en la instrumentación de cualquier política pública y en la provisión de servicios. El 30.9 por ciento de las localidades rurales entre 1,500 y 2,500 habitantes, por ejemplo, carece de algún establecimiento médico en la comunidad.

- Opinión de la Dependencia (Resumen)

En esta evaluación el programa ha atendido tres elementos centrales para la planeación y evaluación del desempeño. Se ha planteado adecuar las definiciones de la población potencial y objetivo y mejorar los indicadores de fin y propósito del programa. Asimismo, planea modificar los registros de productividad conforme a las nuevas definiciones de población potencial y objetivo, con la intención de contar con un sistema que permita presentar resultados por aspectos de salud relevantes y número de beneficiarios atendidos.

● Indicadores de Resultados

Fin

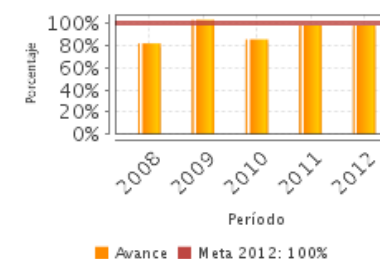
Contribuir a mejorar las condiciones de salud de la población sin acceso o con acceso limitado a los servicios de salud, a través de la oferta de servicios de prevención, promoción y atención médica ambulatoria.

Propósito

La población de localidades geográficamente dispersas y de difícil acceso, cuenta con servicios regulares de promoción, prevención y atención médica mediante equipos de salud itinerantes y unidades médicas móviles.

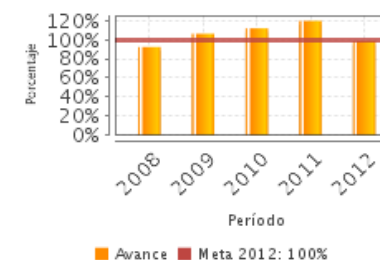
1. Porcentaje del total de población que habita en comunidades aisladas y con alta marginación que es atendida por el programa

Unidad de Medida	Año Base	Frecuencia	Meta 2012	Valor 2012	Valor 2011
Porcentaje	2008	Anual	100.00	98.39	98.39



2. Porcentaje de localidades atendidas respecto de las localidades geográficamente dispersas y de difícil acceso.

Unidad de Medida	Año Base	Frecuencia	Meta 2012	Valor 2012	Valor 2011
Porcentaje	2008	Anual	100.00	98.68	119.61



SD: Sin Dato ND: No Disponible

Fuente: Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP).

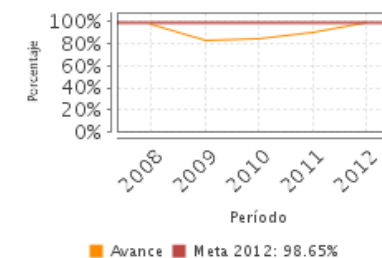
● Indicadores de Servicios y Gestión

Componentes

1. Servicios de promoción y prevención ambulatoria de la salud y de participación comunitaria proporcionadas a la comunidad.

1. Porcentaje de unidades médicas móviles en operación y totalmente equipadas que cuentan con equipo itinerante completo y capacitado.

Unidad de Medida	Año Base	Frecuencia	Meta 2012	Valor 2012	Valor 2010
Porcentaje	2008	Trimestral	98.65	98.55	84.00



SD: Sin Dato ND: No Disponible

Fuente: Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP).

Fuentes de Información

MIR 2012, 2011 y 2010, Reglas de Operación (ROP) 2012 y 2013, Informes trimestrales 2012, DT del Programa período 2012-2013, Programa de Trabajo 2013, EED 2008, 2009-2010 y 2010-2011, Evaluación externa del Programa Caravanas de la Salud 2012, Evaluación de Diseño 2007, Evaluación Externa 2009 del Programa Caravanas de La Salud, Diseño y aplicación de instrumentos de monitoreo para la planeación estratégica y supervisión operativa del programa caravanas de la salud en las 25 entidades federativas no prioritarias 2010, Evaluación Externa del Programa Caravanas De La Salud 2012, Definición y justificación de la Población Potencial, Objetivo y Atendida 2012, Indicadores y Metas 2012 y Justificación, Aspectos Susceptibles de Mejora y Posición Institucional 2012, Resumen Informe Gerencial 2012, Justificación ausencia de Padrón de Beneficiarios.

* En el Informe Completo se puede consultar el Glosario de Siglas y Acrónimos

Calidad y Suficiencia de la Información disponible para la Evaluación

Se contó con información suficiente y de calidad en la mayoría de los apartados solicitados en el MEED para elaborar la evaluación. Para algunos rubros en particular faltó incorporar mayor detalle, es el caso de las consideraciones sobre la evolución del Presupuesto, que incluyó exclusivamente los datos numéricos sin detalles que permitieran un mayor análisis al respecto. La plantilla de población atendida no fue filtrada por el Programa, lo que hizo necesario que el equipo evaluador solicitara mayor explicación de su construcción para hacer los ajustes necesarios para su inclusión en el informe.

Información de la Coordinación y Contratación

Contratación:

- Forma de contratación del evaluador externo: Convenio
- Costo de la Evaluación: \$ 98,060.213
- Fuente de Financiamiento: Recursos Fiscales

Datos generales del evaluador:

1. Instancia Evaluadora: Instituto Nacional de Salud Pública
2. Coordinador de la Evaluación: Hortensia Reyes Morales
3. Correo Electrónico: hortensia.reyes@insp.mx
4. Teléfono: 7771012954

Datos de Contacto CONEVAL:

Thania de la Garza Navarrete tgarza@coneval.gob.mx (55) 54817245
Manuel Triano Enríquez mtriano@coneval.gob.mx (55) 54817239
Camilo Vicente Ovalle cvicente@coneval.gob.mx (55) 54817294
Alejandra Cervantes Zavala mcervantes@coneval.gob.mx (55) 54817284

Unidad Administrativa Responsable del Programa:

Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud

Datos del Titular:

Nombre: Fernando Alvarez del Río
Teléfono: 52560113 ext 307
Correo Electrónico: fernando.alvarez@salud.gob.mx