



Evaluación de la Matriz de Indicadores para Resultados del Programa Presupuestario E014 Servicios de Salud Pública

Ejercicio Fiscal 2013

ÍNDICE

ÍNDICE	- 1 -
ÍNDICE DE CUADROS	- 3 -
ÍNDICE DE GRÁFICOS	- 4 -
GLOSARIO	- 5 -
PRESENTACIÓN	- 7 -
CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN	- 8 -
1.1. FUNDAMENTO LEGAL DE LA EVALUACIÓN	- 8 -
1.2. JUSTIFICACIÓN DE LA EVALUACIÓN.....	- 9 -
1.3. CONTENIDO DEL INFORME DE EVALUACIÓN.....	- 9 -
1.4. MARCO TEÓRICO PARA LA EVALUACIÓN	- 11 -
1.5. METODOLOGÍA PARA LA EVALUACIÓN DE MIR	- 11 -
1.5.1. Identificación del problema central.....	- 13 -
1.5.2. Definición del objetivo de propósito	- 13 -
1.5.3. Definición del objetivo de fin.....	- 14 -
1.5.4. Definición de objetivo de componentes.....	- 14 -
1.5.5. Definición de objetivo de actividades	- 14 -
1.5.6. Construcción de supuestos	- 15 -
1.5.7. Verificación de la lógica vertical.....	- 15 -
1.5.8. Calidad en la construcción de indicadores	- 17 -
1.5.9. Determinación de medios de verificación	- 19 -
1.5.10. Verificación de la lógica horizontal	- 20 -
1.6. RECOMENDACIONES PARA LA MEJORA DE LA MIR	- 21 -
CAPÍTULO 2. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROGRAMA	- 22 -
2.1. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROGRAMA	- 22 -
CAPÍTULO 3. LA MATRIZ DE INDICADORES PARA RESULTADOS	- 24 -
3.1. LA MIR 2013	- 24 -
CAPÍTULO 4. ÁRBOL DE PROBLEMAS Y ÁRBOL DE OBJETIVOS	- 31 -
CAPÍTULO 5. LA EVALUACIÓN DE LA LÓGICA VERTICAL DE LA MIR	- 32 -
5.1. LA EVALUACIÓN DE LOS OBJETIVOS DE LA MIR	- 32 -
5.1.1. Objetivo de Propósito	- 32 -
5.1.2. Objetivo de Fin.....	- 33 -
5.1.3. Objetivo de Componentes.....	- 33 -
5.1.4. Objetivo de Actividades	- 34 -
5.2. EVALUACIÓN DE LA CONSTRUCCIÓN DE SUPUESTOS.....	- 35 -

5.3. VERIFICACIÓN DE LA LÓGICA VERTICAL.....	- 37 -
CAPÍTULO 6. EVALUACIÓN DE LA LÓGICA HORIZONTAL DE LA MIR.....	- 38 -
6.1. CALIDAD EN LA CONSTRUCCIÓN DE INDICADORES.....	- 38 -
6.2. DETERMINACIÓN DE MEDIOS DE VERIFICACIÓN.....	- 40 -
6.3. VERIFICACIÓN DE LÓGICA HORIZONTAL.....	- 45 -
CAPÍTULO 7. PROPUESTAS DE MEJORA A LA MIR.....	- 47 -
7.1. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL.....	- 47 -
7.2. OBJETIVOS DE LA MIR.....	- 47 -
7.3. CONSTRUCCIÓN DE SUPUESTOS.....	- 47 -
7.4. CALIDAD EN LA CONSTRUCCIÓN DE INDICADORES.....	- 47 -
7.5. DETERMINACIÓN DE MEDIOS DE VERIFICACIÓN.....	- 48 -
CAPÍTULO 8. FICHA TÉCNICA DE LOS INDICADORES DE LA MIR.....	- 49 -
CAPÍTULO 9. CONCLUSIONES.....	- 50 -
ANEXOS.....	- 52 -
ANEXO 1. MATRICES DE INDICADORES PARA RESULTADOS.....	- 53 -
ANEXO 2. EVALUACIÓN DE LA MIR A (“INDICADORES”)......	- 81 -
ANEXO 3. EVALUACIÓN DE LA MIR “METAS DEL PROGRAMA”.....	- 92 -
ANEXO 4. FICHA TÉCNICA PARA LA DIFUSIÓN DE RESULTADOS.....	- 98 -

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1.5.1.1. Características en la definición del problema.....	- 13 -
Cuadro 3.1.1. Lineamientos para la MIR del ejercicio 2013.....	- 24 -
Cuadro 3.1.2. MIR 2013 E015 Servicios Públicos de Salud.....	- 25 -
Cuadro 5.2.1. Análisis de la calidad de los supuestos de la MIR.....	- 35 -
Cuadro 5.3.1. Preguntas para evaluar la calidad de la lógica horizontal de la MIR.	- 37 -
Cuadro. 6.1.1. Resumen de resultados de la evaluación de los indicadores de desempeño	- 38 -
Cuadro 6.1.2. Calificación de la calidad de los indicadores de desempeño de la MIR.....	- 39 -
Cuadro 6.2.1. Calificación de los Medios de Verificación de la MIR	- 41 -
Cuadro 6.3.1. Verificación de la lógica horizontal de la MIR	- 46 -

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1.5.1. Etapas del proceso de construcción de la Matriz de Indicadores para Resultados.....	- 12 -
Gráfico 1.5.2.1. Sintaxis para la redacción del objetivo de Propósito.	- 13 -
Gráfico 1.5.3.1. Sintaxis para la redacción del objetivo de Fin.	- 14 -
Gráfico 1.5.4.1. Sintaxis para la redacción del objetivo de Componente.....	- 14 -
Gráfico 1.5.5.1. Sintaxis para la redacción del objetivo de Actividades.	- 15 -
Gráfico 1.5.7.1. Lógica vertical de la Matriz de Indicadores para Resultados	- 16 -
Gráfico 1.5.8.1. Definición de los indicadores por nivel de la MIR	- 17 -
Gráfico 1.5.8.2. Preguntas clave para la definición del indicador.....	- 18 -
Gráfico 1.5.8.3. Criterios de calidad de un indicador de desempeño.	- 18 -
Gráfico 1.5.9.1. Atributos de calidad de un Medio de Verificación.....	- 19 -
Gráfico 1.5.10.1. Lógica horizontal de la MIR.....	- 20 -
Gráfico 6.2.1. Captura de pantalla del sistema epicentro de salud pública	- 45 -

GLOSARIO

- AIUM:** Atención Inmediata de Urgencias Médicas
- ATVM:** Accidentes de Tráfico de Vehículos de Motor
- CACU:** Cáncer Cérvico Uterino
- CENADIC:** Centro Nacional para la prevención y el control de las Adicciones
- CONAC:** Consejo Nacional de Armonización Contable
- CONAPO:** Consejo Nacional de Población
- CONEVAL:** Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social
- GpR:** Gestión para Resultados
- INEGI:** Instituto Nacional de Estadística y Geografía
- ITS:** Infecciones de Transmisión Sexual
- LGCG:** Ley General de Contabilidad Gubernamental
- LGDS:** Ley General de Desarrollo Social
- LPET:** Ley de Planeación del Estado de Tabasco
- LPRHETM:** Ley de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria del Estado de Tabasco y sus Municipios
- MEF:** Ministerio de Economías y Finanzas
- MIR:** Matriz de Indicadores para Resultados
- MML:** Metodología de Marco Lógico
- PAE:** Programa Anual de Evaluación
- PbR:** Presupuesto basado en Resultados
- PLED:** Plan Estatal de Desarrollo
- PMD:** Plan Municipal de Desarrollo
- POA:** Programa Operativo Anual
- PoR:** Planeación orientada a Resultados
- Pp:** Programa presupuestario
- SAEH:** Subsistema Automatizado de Egresos Hospitalarios
- SEED:** Sistema Estatal Estadístico de Defunción
- SED:** Sistema de Evaluación del Desempeño

SEPLAFIN: Secretaría de Planeación y Finanzas

SHCP: Secretaría de Hacienda y Crédito Público

SICAM: Sistema de Información de Cáncer de la Mujer

SIS: Sistema de Información en Salud

SS: Secretaría de Salud

SUAVE: Sistema Único Automatizado de Vigilancia Epidemiológica

SV: Seguridad Vial

SVB: Soporte Vital Básico

TdR: Términos de Referencia

VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana

PRESENTACIÓN

El presente documento contiene el informe final de la Evaluación de la Matriz de Indicadores para Resultados 2013 del Programa Presupuestario E014 Servicios de Salud Pública.

El informe final de la Matriz de Indicadores para Resultados 2013 del Programa Presupuestario E014 Servicios de Salud Pública se presenta ante la Unidad de Evaluación del Desempeño (UED) de la Secretaría de Salud, en cumplimiento a lo establecido en los Términos de Referencia (TdR) para la evaluación y la Propuesta Técnica presentada por Romero Consultores; y tiene como finalidad presentar los resultados y recomendaciones a que llegó el equipo de Romero Consultores como producto del proceso de evaluación que se llevó a cabo. Es importante el señalar que el presente ejercicio de evaluación abarcó la operación, resultados e impacto del ejercicio fiscal 2013 del Programa Presupuestario E014 Servicios de Salud Pública, el cual forma parte del presupuesto ejercido por la Secretaría de Salud del Gobierno del Estado de Tabasco.

El presente documento consta de 9 capítulos: 1) Introducción; 2) Descripción general del programa; 3) La Matriz de Indicadores para Resultados; 4) Árbol de problemas y árbol de objetivos; 5) Evaluación de la lógica vertical de la MIR; 6) Evaluación de la lógica horizontal de la MIR; 7) Propuestas de mejora de la MIR; 8) Ficha técnica de los indicadores de la MIR; 9) Conclusiones.

CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN

1.1. FUNDAMENTO LEGAL DE LA EVALUACIÓN

En México la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) y el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) han trabajado desde el año 2007 en la elaboración de diversos instrumentos normativos y metodológicos para la realización de evaluaciones externas de desempeño a los programas federales, por parte de instituciones académicas y organismos especializados. Así mismo, se ha impulsado en los tres órdenes de gobierno la elaboración de matrices de indicadores de resultados, con base en la Metodología de Marco Lógico, por parte de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, esto con el fin de medir la cobertura, eficacia, eficiencia, calidad, economía e impacto de las acciones realizadas con los modelos de intervención gubernamental de cada programa presupuestario implementado.

En sintonía con las acciones implementadas por el Gobierno Federal; en Tabasco se realizó la actualización del marco legal gubernamental, para impulsar la implementación de la Gestión para Resultados (GpR), a que hace referencia el Artículo 134 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en la entidad; la reforma al marco legal comenzó con la reforma a la Ley de Planeación del Estado de Tabasco publicada el 2 de noviembre de 2011 en el suplemento 7216 del Periódico Oficial del Estado; en esta reforma estableció el marco legal para la implementación de la Gestión para Resultados en los órdenes de gobierno estatal y municipal de Tabasco. La segunda reforma al marco legal fue la creación de la Ley de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria del Estado de Tabasco y sus Municipios; publicada en el suplemento “E” al Periódico Oficial 7646 del 16 de diciembre del 2015.

La GpR requiere de las instancias de gobierno que realicen un ejercicio de Planeación orientada a Resultados para el Desarrollo Estatal, que facilite la programación y presupuestación del gasto público con base en objetivos y metas que permitan evaluar adecuadamente su cumplimiento, a fin de conocer los resultados obtenidos apoyándose en la metodología de Presupuesto Basado en Resultados y en un Sistema de Evaluación del Desempeño (SED).

De esta manera, en Tabasco el Plan Estatal de Desarrollo (PLED) 2013-2018, junto con el Programa Operativo Anual 2013; fueron la base para la toma de decisiones en materia de políticas públicas en el Estado, para la ejecución de políticas, públicas, programas presupuestarios y acciones que se encaminaron a alcanzar los objetivos de la planeación estatal.

Por lo que, el seguimiento y la evaluación de los programas presupuestarios tienen como propósitos particulares la medición de la eficiencia, calidad y eficacia en el cumplimiento de los objetivos trazados en la planeación estatal y sectorial, así como evaluar el impacto que las estrategias o líneas de acción definidas en el PLED 2013-2018 tienen en la población. El objetivo de la actual administración estatal es alcanzar una planeación, programación y presupuestación del gobierno estatal en la que los resultados de cada política o programa sean determinantes para la continuación o ampliación de sus actividades, así como para determinar la asignación de un presupuesto marginal o hasta la cancelación del programa con base en los resultados.

Una vez analizado lo antes descrito, podemos establecer el nuevo marco legal para la evaluación en Tabasco:

- a) La Ley General de Desarrollo Social (LGDS) de enero de 2004 que crea al CONEVAL;
- b) La Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria de Marzo de 2006, la cual detalla los requerimientos y el uso de indicadores de desempeño;
- c) La Reforma Fiscal de 2007, que detalla el Sistema de Evaluación de Desempeño (SED) y requiere que los estados y municipios adopten la Gestión basada en Resultados;
- d) Los Lineamientos Generales para la Evaluación de los Programas Federales de 2007;
- e) La Ley General de Contabilidad Gubernamental, 2009;
- f) La Ley de Planeación del Estado de Tabasco, reformada en mayo de 2013;
- g) La Ley de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria del Estado de Tabasco y sus Municipios, publicada el 15 de diciembre de 2015;
- h) Ley de Desarrollo Social del Estado de Tabasco; aprobada el 23 de junio de 2006, y
- i) Lineamientos Generales para la Evaluación del Desempeño de los Programas Presupuestarios del Estado de Tabasco.

De esta manera, el modelo de la GpR, los ordenamientos jurídicos federales y la misma legislación del estado de Tabasco en la materia, son el marco legal de la presente evaluación, la cual está enfocada a evaluar la calidad de la Matriz de Indicadores para Resultados del ejercicio fiscal 2013 del Programa Presupuestario E014 Servicios de Salud Pública del Estado de Tabasco; con la finalidad de contribuir a la mejora de las etapas de monitoreo y evaluación del gasto en la Secretaría de Salud del Gobierno del estado de Tabasco.

1.2. JUSTIFICACIÓN DE LA EVALUACIÓN

La presente evaluación específica de la Matriz de Indicadores para Resultados 2013 del Programa Presupuestario E014 Servicios de Salud Pública, se realiza en cumplimiento de lo establecido en Programa Anual de Evaluación 2017 del Gobierno del Estado de Tabasco, el cual fue emitido por la Secretaría de Planeación y Finanzas de Tabasco en marzo del presente año 2017.

1.3. CONTENIDO DEL INFORME DE EVALUACIÓN

El informe final de la evaluación específica de la Matriz de Indicadores para Resultados 2013 del Programa Presupuestario E014 Servicios de Salud Pública, se realizó tomando la MIR del Programa presupuestario (Pp) E015 Servicios de Salud Pública:

Lo anterior debido a que posteriormente al ejercicio fiscal 2013 la estructura programática de la Secretaría de Salud sufrió una reestructuración en la cual modificaron las claves de los programas presupuestarios; siendo la nueva clave asignada al Programa evaluado la de: E014 Servicios de Salud Pública.

El informe final tiene la siguiente estructura, en apego a lo establecido en los Términos de Referencia que para la evaluación emitió la Unidad de Evaluación de Desempeño de la Secretaría de Salud del Gobierno del estado de Tabasco:

1. Introducción
2. Descripción general del Programa
3. MIR
4. Árbol de problemas y Árbol de objetivos
5. Evaluación de la lógica vertical
6. Evaluación de la lógica horizontal
7. Propuesta de mejora a la MIR
8. Fichas técnicas de los indicadores de la MIR
9. Conclusiones y Recomendaciones
10. Bibliografía
11. Anexos
 - Anexo 1. MIR (Formato libre)
 - Anexo 2. Evaluación de Indicadores (Formato libre)
 - Anexo 3. Análisis de las metas de la MIR (Formato libre)
 - Anexo 4. Ficha técnica para la difusión de resultados (Formato CONAC)

Introducción. – En este apartado se presenta un texto que permitirá al lector conocer el objetivo, alcances y contenido del informe final de la evaluación específica de la MIR 2013 del Programa Presupuestario E014 Servicios de Salud Pública.

Descripción general del Programa. – El capítulo contiene la descripción del Programa, incluyendo el objetivo del Programa Presupuestario, lineamientos operativos, cobertura, criterios de focalización, lineamientos de seguimiento, control y evaluación.

MIR. – Este apartado describe la Matriz de Indicadores de Desempeño que la Secretaría de Salud integró para el ejercicio fiscal 2013 del Programa Presupuestario E014 Servicios de Salud Pública; incluyendo los 4 elementos de los 4 niveles que la integran; incluyendo un apartado específico para las fichas de los indicadores de desempeño y sus respectivos medios de verificación; acorde con los lineamientos que para la integración de las MIR estableció el entonces Consejo Estatal de Evaluación del Desempeño del Estado de Tabasco.

Árbol de problemas y Árbol de objetivos. – Este apartado contiene la valoración que el equipo de Romero Consultores hará sobre los arboles de problemas y objetivos que determinó la Secretaría de Salud para establecer la base de la Matriz de Indicadores para Resultados del ejercicio fiscal 2013 del Programa Presupuestario evaluado.

Evaluación de la lógica vertical. – El capítulo presenta las conclusiones del equipo evaluador sobre la calidad, lógica y alineación de los objetivos de los 4 niveles de la MIR con la Metodología de Marco Lógico y los documentos de la planeación del desarrollo nacional, estatal y sectorial.

Evaluación de la lógica horizontal. - El capítulo describe las conclusiones del equipo evaluador sobre la calidad, y pertinencia de los objetivos, indicadores medios de verificación y supuestos de los 4 niveles de la MIR con la Metodología de Marco Lógico.

Propuesta de mejora a la MIR. – Se enlistan las recomendaciones encaminadas a mejorar el diseño de la MIR para contribuir a garantizar la lógica horizontal y vertical de la MIR; así como también mejorar la calidad y economía de los indicadores de desempeño y medios de verificación; todo esto con la finalidad de contribuir a un mejor el seguimiento

y evaluación que el sistema estatal de evaluación del desempeño hace sobre el Programa Presupuestario E014 Servicios del Salud Pública.

Fichas técnicas de los indicadores de la MIR. – El apartado contiene la valoración de la calidad de los indicadores con base en la información de las fichas técnicas de los indicadores de desempeño.

Conclusiones y Recomendaciones. – Este apartado contiene las principales conclusiones derivadas de la evaluación de la Matriz de Indicadores para Resultados del Programa Presupuestario evaluado, conclusiones que permitirán conocer el grado de valoración sobre la calidad de la MIR del Pp.

1.4. MARCO TEÓRICO PARA LA EVALUACIÓN

La Metodología de Marco Lógico es una herramienta para facilitar el proceso de conceptualización, diseño, ejecución y evaluación de proyectos. Su énfasis está centrado en la orientación por objetivos, la orientación hacia grupos beneficiarios y el facilitar la participación y la comunicación entre las áreas interesadas dentro de la administración estatal.

El ciclo de la Metodología de Marco Lógico para la construcción de programas públicos contempla 5 etapas:

1. Detección de la problemática a atender;
2. Análisis de involucrados;
3. Árbol de problemas;
4. Árbol de objetivos, e
5. Integración de la MIR.

En estricto sentido las 5 etapas de la Metodología de Marco Lógico se utilizan cuando se implementa la metodología desde la etapa de la planeación de una política pública. No obstante, el Programa Presupuestario, considerado para el presente ejercicio de evaluación de Matrices de Indicadores para Resultados (MIR's), ya existían previamente a la construcción de las MIR's ya que no provienen de un ejercicio Planeación orientada a Resultados, si no que provienen de un ejercicio de programación y presupuestación inercial, donde los programas presupuestarios responden a una necesidad de registrar la distribución de los recursos entre las diferentes unidades de gasto, y no la atención de una problemática específica.

1.5. METODOLOGÍA PARA LA EVALUACIÓN DE MIR

El equipo de Romero Consultores, con la finalidad de poder llevar a cabo el presente ejercicio de evaluación de las MIR's del Programa Presupuestario E014 Servicios de Salud Pública del Estado de Tabasco, revisó la bibliografía existente a nivel nacional e internacional para poder construir el método de evaluación. Dentro de la bibliografía revisada se encuentra la siguiente:

- Eduardo Aldunate / Julio Córdoba. (2011). Formulación de programas con la metodología de marco lógico. Santiago de Chile: ILPES-CEPAL.

- Edgar Ortégón / Juan Francisco Pacheco / Adriana Prieto. (2005). Metodología del marco lógico para la planificación, el seguimiento y la evaluación de proyectos y programas. Santiago de Chile: ILPES - CEPAL.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2013). Guía para la Elaboración de la Matriz de Indicadores para Resultados. México D.F.: CONEVAL.
- Secretaría de Hacienda y Crédito Público / Secretaría de la Función Pública / Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2011). Guía para la construcción de la Matriz de Indicadores para Resultados. México D.F.: SHCP.

Derivado de la revisión de la bibliografía antes mencionada y las condiciones en que fueron generadas las MIR a ser evaluadas, se determinó realizar la evaluación tomando como eje la Guía para la Elaboración de la Matriz de Indicadores para Resultados 2013 del CONEVAL; en la cual se define que un “proceso de calidad para la construcción de una Matriz de Indicadores para Resultados debe cumplir con 10 pasos”:

Gráfico 1.5.1. Etapas del proceso de construcción de la Matriz de Indicadores para Resultados



Fuente: Romero Consultores, Construcción propia con base en Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Guía para la Elaboración de la Matriz de Indicadores para Resultados. México, DF: CONEVAL, 2013.

Con la finalidad de evaluar la calidad de las MIR's 2013 del Programa Presupuestario E014 Servicios de Salud Pública del Estado de Tabasco, se evaluó el cumplimiento de cada uno de los 10 pasos descritos en gráfico 1.5.1.; para lo cual el equipo de Romero Consultores estableció una serie de criterios de calidad y formatos para la evaluación de estos en cada una de las MIR's evaluadas.

1.5.1. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL

La calidad en el proceso para la determinación del problema central, es imprescindible para un buen ejercicio de marco lógico; para comprobar que la determinación de la situación o problemática que se pretende atender cumple con la metodología, este debe cumplir con ciertas características:

Cuadro 1.5.1.1. Características en la definición del problema

Característica	Ejemplo
Resume la situación problemática de forma clara y breve.	Elevada percepción de inseguridad de la población urbana de la entidad
Se formula como un hecho negativo, o como una situación que debe ser revertida.	Alta tasa de enfermedades gastrointestinales
No se debe confundir la falta de un bien o servicio con un problema	Faltan becas / Alta tasa de deserción escolar
Define la población afectada o área de enfoque	Estudiantes de familias con ingresos por debajo de 3 salarios mínimos
Describe la situación de la problemática central	Elevado nivel de deserción escolar en la educación media superior
Hace una referencia cuantitativa que permite una verificación empírica	Deserción del 60% de los estudiantes en educación media superior

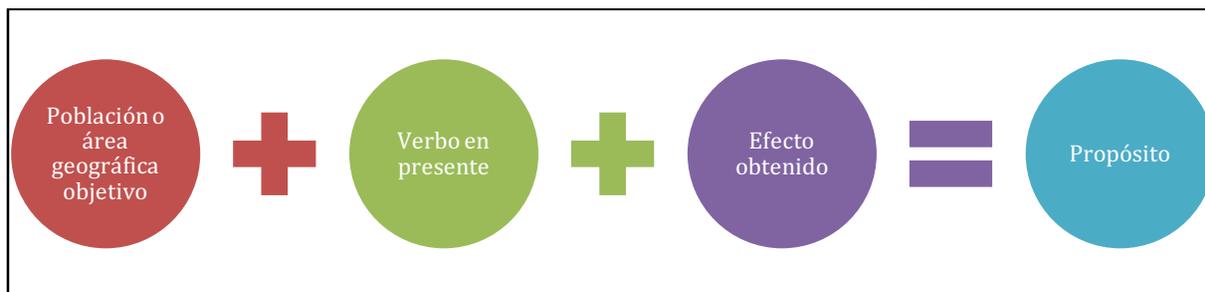
Fuente: Romero Consultores, Construcción propia, con base en el marco teórico y la Metodología de Marco Lógico.

1.5.2. DEFINICIÓN DEL OBJETIVO DE PROPÓSITO

Para poder establecer los criterios para la evaluación del objetivo de nivel de propósito, es necesario establecer qué es el propósito dentro de la MIR. El objetivo de nivel propósito se refiere al resultado o cambio que el Ente Público pretende lograr en la población o área geográfica objetivo atendida por el Programa Presupuestario, después de entregar los bienes o servicios producidos por el Programa.

La redacción del objetivo del nivel de propósito debe cumplir con la siguiente sintaxis:

Gráfico 1.5.2.1. Sintaxis para la redacción del objetivo de Propósito



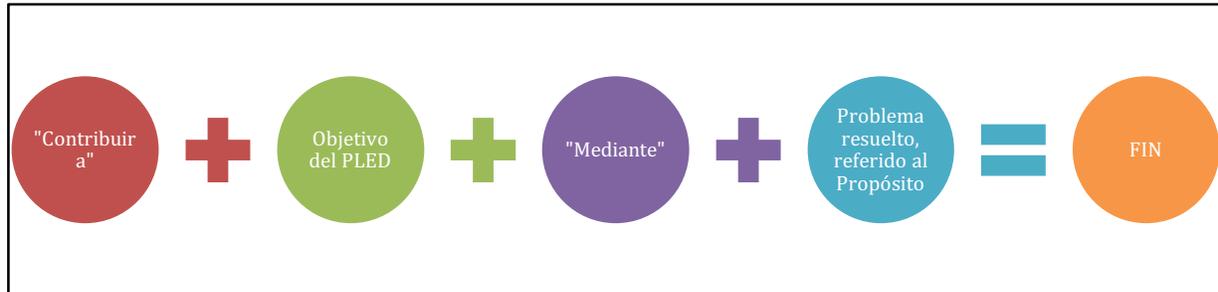
Fuente: Romero Consultores, Construcción propia, con base en la Metodología de Marco Lógico para la construcción de matrices de indicadores para resultados.

Cada MIR debe contar con un único propósito y debe referirse a la situación esperada en la población o área geográfica objetivo, una vez que se resuelva la problemática que se pretende atender con el Programa Presupuestario.

1.5.3. DEFINICIÓN DEL OBJETIVO DE FIN

El objetivo de Fin dentro de la MIR debe ser único y se refiere a la contribución del Programa Presupuestario a un objetivo estratégico de desarrollo estatal. Este debe estar referido a la contribución lograda mediante la atención del problema central. La redacción del objetivo del nivel de Fin debe cumplir con la siguiente sintaxis:

Gráfico 1.5.3.1. Sintaxis para la redacción del objetivo de Fin



Fuente: Romero Consultores, Construcción propia, con base en la Metodología de Marco Lógico para la construcción de matrices de indicadores para resultados.

1.5.4. DEFINICIÓN DE OBJETIVO DE COMPONENTES

El nivel de componente dentro de la MIR se refiere a los bienes o servicios que entrega el Programa Presupuestario a la población o área geográfica objetivo con la finalidad de revertir la problemática, carencia o situación negativa detectada.

La redacción del objetivo del nivel de Componente debe cumplir con la siguiente sintaxis:

Gráfico 1.5.4.1. Sintaxis para la redacción del objetivo de Componente



Fuente: Romero Consultores, Construcción propia, con base en la Metodología de Marco Lógico para la construcción de matrices de indicadores para resultados.

En este nivel de la MIR, es posible la inclusión de más de un objetivo, dependiendo de la cantidad de bienes o servicios que entrega el Programa Presupuestario entrega a la sociedad.

1.5.5. DEFINICIÓN DE OBJETIVO DE ACTIVIDADES

Las actividades dentro de la MIR se refieren a los principales o más importantes procesos o acciones que el Ente Público debe implementar para producir los bienes o servicios que el Programa presupuestario entrega a la sociedad.

Para fortalecer la lógica vertical de la MIR, las Actividades deben registrarse agrupadas por cada componente, de acuerdo al orden cronológico para la producción del bien o servicio; empero, cuando se registren actividades compartidas o transversales, esto es actividades que contribuyan a dos o más componentes, estas deberán registrarse primero de forma individual, antes de las actividades particulares de cada componente.

La redacción del objetivo del nivel de Actividades debe cumplir con la siguiente sintaxis:

Gráfico 1.5.5.1. Sintaxis para la redacción del objetivo de Actividades



Fuente: Romero Consultores, Construcción propia, con base en la Metodología de Marco Lógico para la construcción de matrices de indicadores para resultados.

Un aspecto importante para la calidad de la MIR en este nivel es que las actividades registradas para cada componente de la MIR son las necesarias para la generación de los bienes o servicios que el Programa Presupuestario compromete con la sociedad.

1.5.6. CONSTRUCCIÓN DE SUPUESTOS

Los Supuestos dentro de la MIR se refieren a los riesgos externos, ajenos al control de la administración estatal y que pueden comprometer el logro de los objetivos de los diferentes niveles de la MIR; las fuentes para la determinación de los supuestos son:

- Otros Órdenes de Gobierno
- Fenómenos climatológicos
- Inestabilidad económica o social

Para calificar la pertenencia de los supuestos en una MIR se deben responder los siguientes interrogantes:

- ¿El riesgo es externo?
- ¿Está fuera del control de la administración estatal?
- ¿La ocurrencia del supuesto compromete el logro del objetivo de la MIR?
- ¿Qué tan probable es la ocurrencia del supuesto?
- ¿El supuesto está redactado como un hecho positivo realizado?

1.5.7. VERIFICACIÓN DE LA LÓGICA VERTICAL

Uno de los aspectos de mayor relevancia en la calidad de una MIR son las relaciones de causalidad y efecto entre los diferentes niveles que la integran. Esta relación de causalidad y efecto se refiere a la consecución lógica del siguiente

nivel de la MIR una vez que la unidad responsable del Programa Presupuestario logró el objetivo del nivel y si se cumplen los supuestos, esto debe llevar al siguiente nivel y así sucesivamente hasta alcanzar el nivel de Fin.

Se dice que una MIR presenta una adecuada lógica vertical cuando se responde de modo afirmativo a las preguntas presentadas en el gráfico 1.5.7.1:

Gráfico 1.5.7.1. Lógica vertical de la Matriz de Indicadores para Resultados



Fuente: Romero Consultores, Construcción propia, con base en la Metodología de Marco Lógico para la construcción de matrices de indicadores para resultados.

Para poder evaluar la lógica vertical de las MIR's 2013 del Programa Presupuestario E014 Servicios de Salud Pública del Estado de Tabasco, se diseñaron una serie de 10 reactivos, mismos que se presentan a continuación:

1. ¿Las actividades detalladas son las necesarias y suficientes para producir o entregar cada componente?
2. ¿Los componentes son los necesarios y suficientes para lograr el propósito del Programa?
3. ¿El propósito es único y representa un cambio específico en las condiciones de vida de la población objetivo?
4. ¿Es razonable esperar que el logro del propósito implique una contribución significativa al logro del Fin?
5. ¿El Fin está claramente vinculado a algún objetivo estratégico de la institución que opera el Programa?
6. ¿Los supuestos de sustentabilidad en el Fin representan situaciones externas al ámbito de control del Programa?
7. ¿Los supuestos en el propósito representan situaciones externas al ámbito de control del Programa?
8. ¿Los supuestos en los componentes representan situaciones externas al ámbito de control del Programa?
9. ¿Los supuestos en las actividades representan situaciones externas al ámbito de control del Programa?
10. ¿Existe duplicidad entre los cuatro niveles de objetivos (mismo objetivo en dos niveles con distintas palabras)?

En resumen, se podrá afirmar que una MIR cumple con la lógica vertical si:

1. La institución responsable ejecuta las Actividades previstas y se cumplen los Supuestos de las actividades, entonces se logran los Componentes;
2. Se obtienen los Componentes y se cumplen los Supuestos de los componentes, entonces se alcanza el Propósito;
3. Se alcanza el Propósito y se cumplen los Supuestos del propósito, entonces se alcanza el Fin.

1.5.8. CALIDAD EN LA CONSTRUCCIÓN DE INDICADORES

Los indicadores de desempeño son un instrumento metodológico que entrega información cuantitativa respecto del logro de un objetivo de un programa. Estos pueden corresponder a aspectos cuantitativos o cualitativos que permiten monitorear y evaluar el logro de los objetivos de la MIR de un Programa Presupuestario; los indicadores son un elemento indispensable de la MIR; se deben incorporar, considerando que cada indicador mide un aspecto diferente de cada objetivo y nivel de la MIR.

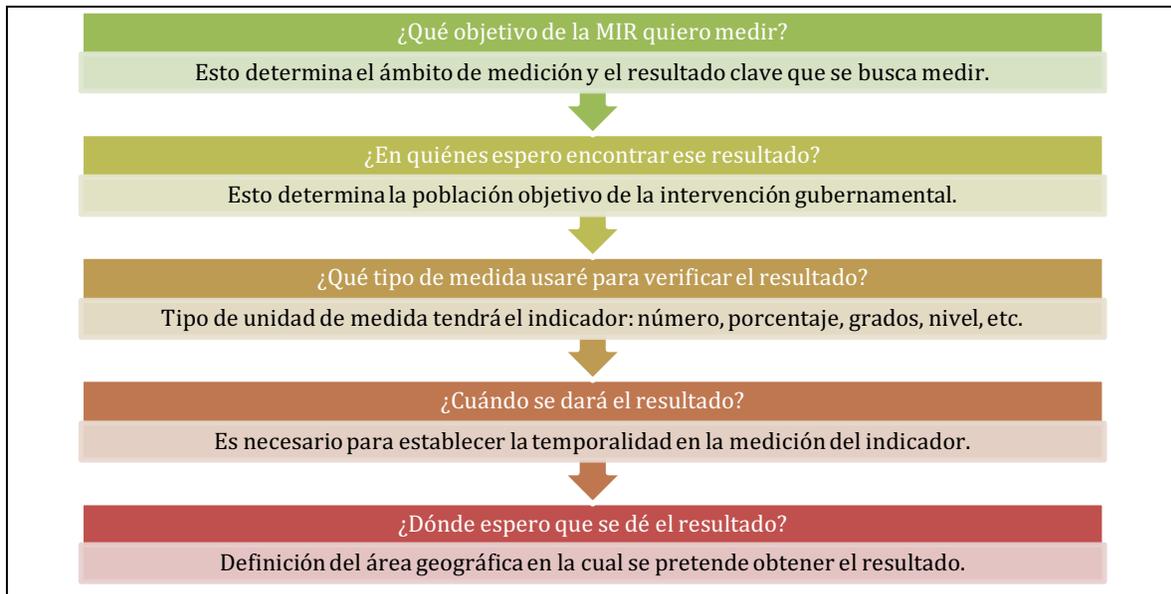
Gráfico 1.5.8.1. Definición de los indicadores por nivel de la MIR

FIN	PROPÓSITO	COMPONENTE	ACTIVIDAD
<ul style="list-style-type: none"> •Miden la contribución del programa a la solución de un problema de desarrollo o a la consecución del objetivo estratégico de la planeación estatal 	<ul style="list-style-type: none"> •Miden el cambio generado por el programa en la población objetivo; por lo regular se mide en el mediano plazo 	<ul style="list-style-type: none"> •Miden la calidad, oportunidad y cobertura de los bienes o servicios producidos por el Programa Presupuestario 	<ul style="list-style-type: none"> •Miden los procesos que se llevan a cabo para la producción de los componentes y su medición puede hacerse con una periodicidad menor a lo de los otros 3 niveles

Fuente: Romero Consultores; Construcción propia con base en la Metodología de Marco Lógico para la construcción de matrices de indicadores para resultados.

Para poder hablar de que el proceso de construcción de los indicadores de desempeño fue de calidad y apegado a la Metodología de Marco Lógico, es indispensable que la unidad administrativa, responsable de la construcción de la MIR, de respuesta a 5 preguntas clave relacionadas con el resultado que se pretende medir.

Gráfico 1.5.8.2. Preguntas clave para la definición del indicador



Fuente: Romero Consultores; Construcción propia con base en la Metodología de Marco Lógico para la construcción de matrices de indicadores para resultados.

Para la evaluación de los indicadores de las MIR, objeto de la presente evaluación, se tomarán en cuenta tanto el nivel de respuesta del indicador a las preguntas claves planteadas en el Gráfico 1.5.8.2. así como, también el cumplimiento de los criterios de calidad establecidos para los indicadores de desempeño por la Metodología de Marco Lógico.

Gráfico 1.5.8.3. Criterios de calidad de un indicador de desempeño



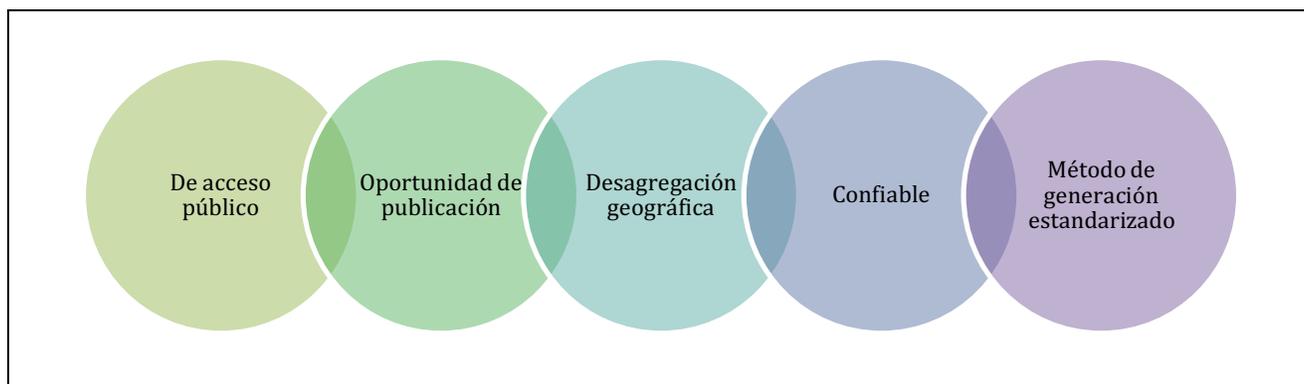
Fuente: Romero Consultores; Construcción propia con base en la Metodología de Marco Lógico para la construcción de matrices de indicadores para resultados.

Adicionalmente a los criterios de calidad, se analizarán las metas propuestas para cada indicador a la luz de la claridad, orientación a resultados, factibilidad y coherencia con el objetivo de la MIR. Para esto se diseñaron una serie de formatos que permitirán presentar de forma sintética la evaluación de la calidad de los indicadores y sus metas.

1.5.9. DETERMINACIÓN DE MEDIOS DE VERIFICACIÓN

Los medios de verificación son la fuente de información que nos permite conocer el valor de las variables que integran al indicador, siendo estos son muy importantes para garantizar la calidad y transparencia de los indicadores dentro de la MIR. Para que un medio de verificación sea considerado de calidad debe cumplir con los siguientes atributos:

Gráfico 1.5.9.1. Atributos de calidad de un Medio de Verificación



Fuente: Romero Consultores; Construcción propia con base en la Metodología de Marco Lógico para la construcción de matrices de indicadores para resultados.

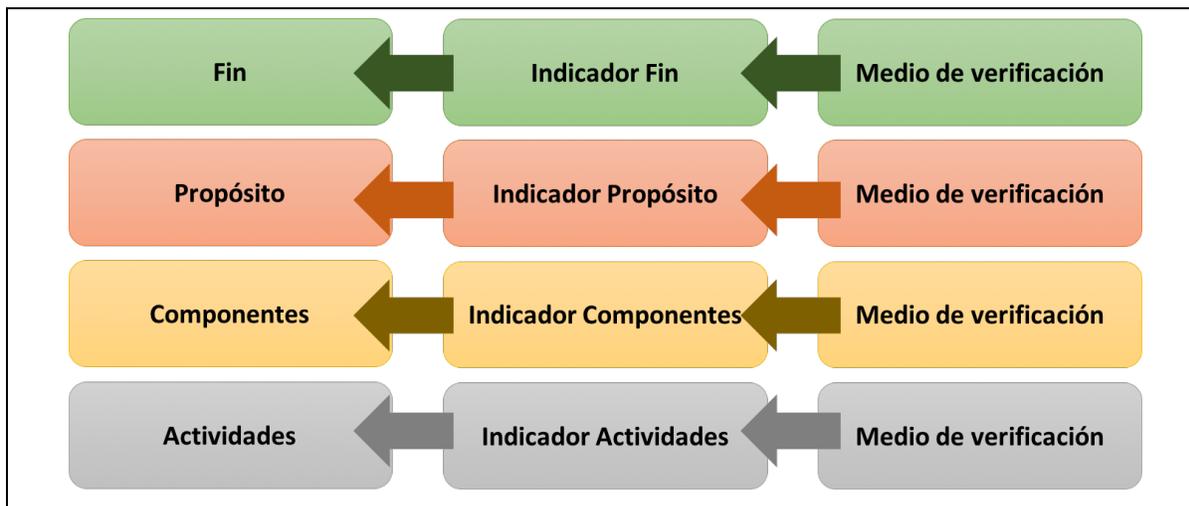
La evaluación centrará su análisis en la verificación del cumplimiento de los criterios de calidad de los medios de verificación de acuerdo con lo siguiente:

- **De acceso público:** que la información del medio de verificación esté disponible y sea de acceso a todo el público para validar los resultados de indicador.
- **Oportunidad de publicación:** que la fecha de actualización del medio de verificación sea oportuna para el cálculo de los resultados del indicador, es decir, que la publicación sea oportuna en relación con la periodicidad del indicador.
- **Desagregación geográfica:** el medio de verificación debe presentar la información con la agregación o desagregación geográfica que requiera el indicador.
- **Confiable:** la información del medio de verificación debe ser generada por una institución formal pública reconocida, o debe contar con procesos metodológicos claros y transparentes para la generación de la información.
- **Método de generación estandarizado:** la información debe ser generada mediante un proceso estandarizado que permita actualizar la información, manteniendo su comparabilidad.

1.5.10. VERIFICACIÓN DE LA LÓGICA HORIZONTAL

La verificación de la lógica horizontal de la MIR consiste en el análisis de la congruencia y pertinencia del conjunto medios de verificación – indicadores - objetivos, dentro de la MIR; conjunto que se constituye en la base para el monitoreo y evaluación del Programa Presupuestario. La lógica horizontal de la MIR consiste en:

Gráfico 1.5.10.1. Lógica horizontal de la MIR



Fuente: Romero Consultores; Construcción propia con base en la Metodología de Marco Lógico para la construcción de matrices de indicadores para resultados.

La integridad de la lógica horizontal de la MIR se evaluará a través de la aplicación de 8 reactivos:

1. ¿Los indicadores en el Fin permiten monitorear el Programa y evaluar adecuadamente el logro del Fin?
2. ¿Los indicadores en el Propósito permiten monitorear el Programa y evaluar adecuadamente el logro del Propósito?
3. ¿Los indicadores en los Componentes permiten monitorear el Programa y evaluar adecuadamente el logro de cada uno de los Componentes?
4. ¿Los indicadores en las Actividades permiten monitorear el Programa y evaluar adecuadamente el logro de cada una de las actividades?
5. ¿Los Medios de Verificación identificados para los indicadores de Fin son los necesarios y suficientes para obtener la información requerida para el cálculo de los datos y su eventual verificación externa (monitoreo)?
6. ¿Los Medios de Verificación identificados para los indicadores de Propósito son los necesarios y suficientes para obtener la información requerida para el cálculo de los datos y su eventual verificación externa (monitoreo)?
7. ¿Los Medios de Verificación identificados para los indicadores de Componentes son los necesarios y suficientes para obtener la información requerida para el cálculo de los datos y su eventual verificación externa (monitoreo)?
8. ¿Los Medios de Verificación identificados para los indicadores de Actividades son los necesarios y suficientes para obtener la información requerida para el cálculo de los datos y su eventual verificación externa (monitoreo)?

1.6. RECOMENDACIONES PARA LA MEJORA DE LA MIR

Una vez realizada la evaluación de la MIR el equipo de Romero Consultores emitirá una serie de recomendaciones encaminadas a mejorar el diseño de la MIR para contribuir a elevar la calidad de la lógica horizontal y la lógica vertical de la MIR; así como también mejorar la calidad de los indicadores de desempeño y Medios de Verificación Todo esto con la finalidad de contribuir a un mejor el seguimiento y evaluación que el sistema estatal de evaluación del desempeño hace sobre el Programa Presupuestario E014 Servicios de Salud Pública. Las recomendaciones se presentarán de forma general y en específico sobre cada uno de los niveles y elementos de la MIR.

CAPÍTULO 2. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROGRAMA

El presente capítulo contiene la descripción general del Programa Presupuestario E014 Servicios de Salud Pública del cual se realizó la evaluación de la Matriz de Indicadores para Resultados correspondiente al ejercicio fiscal 2013; evaluación que se realizó con base en los Términos de Referencia para la Evaluación, emitidos por la Unidad de Evaluación de Desempeño de la Secretaría de Salud y la metodología propuesta por el equipo de Romero Consultores.

Antes de comenzar con la descripción del Programa Presupuestario E014 Servicios de Salud Pública, es importante establecer como antecedente que para el ejercicio fiscal 2014 el Gobierno del Estado de Tabasco emitió a través de la Secretaría de Planeación y Finanzas un nuevo Manual de Programación y Presupuesto, el cual incluyó un nuevo catálogo de programas presupuestarios; en este se cambió la nomenclatura del Programa Presupuestario evaluado:

Cuadro 2.1. Equivalencia del Programa Presupuestario en los catálogos de programas presupuestarios de los ejercicios fiscales 2013 y 2014

Catálogo 2013		Catálogo 2014	
Clave	Nombre	Clave	Nombre
E015	Servicios de Salud Pública	E014	Servicios de Salud Pública

Fuente: Romero Consultores; Construcción propia con base en los Manuales de Programación de Presupuesto del Gobierno del Estado de Tabasco, correspondientes a los ejercicios fiscales 2013 y 2014.

Debido a lo antes expuesto, en acuerdo con la Unidad de Evaluación de Desempeño de la Secretaría de Salud, el equipo de Romero Consultores evaluó la MIR del Programa Presupuestario E015 Servicios de Salud Pública, para cumplir con los alcances establecidos en los Términos de Referencia para la Matriz de Indicadores para Resultados 2013 del Programa Presupuestario E014 Servicios de Salud Pública, de la Secretaría de Salud Pública del Gobierno del Estado de Tabasco.

2.1. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROGRAMA

El Programa Presupuestario E015 Servicios de Salud Pública de acuerdo con el catálogo de programas presupuestarios del Manual de Programación y Presupuesto del Gobierno del Estado de Tabasco consiste en:

El programa de Salud Pública está orientado fundamentalmente hacia el financiamiento de las acciones de prevención y promoción de la salud, así como a la vigilancia epidemiológica de padecimientos transmisibles de alta incidencia en la Entidad, los que se consideran como programas de acción prioritaria para la Secretaría de Salud.

El Programa Presupuestario como tal es una clasificación programática que permite al Gobierno del Estado el asignar recursos públicos para la prestación de los servicios básicos de salud. No cuenta con un diseño derivado de la aplicación de las metodologías de Planeación orientada a Resultados, es un Pp que existe desde mucho antes de que en la entidad se diera comienzo a la implementación de la GpR.

La Secretaría de Salud no cuenta con un documento o estudio que delimite, conceptualice o dimensione el problema social al cual se pretende atender con la intervención gubernamental; durante el proceso de la evaluación se observó en los funcionarios que fueron entrevistados un desconocimiento de la estructura programática del gasto por parte de las áreas operativas; toda vez que para ellos los recursos que reciben son conceptualizados en su mayor parte como gastos de operación para sus distintas tareas, sin que estos tengan una lógica alineación con la planeación estatal; no así en las áreas normativas. En estas si bien existe un conocimiento de la estructura programática del gasto, durante la presente evaluación se constató que están conscientes de la necesidad de rediseñar el programa para poder implementar la GpR en la dependencia; ya que el actual diseño del programa no cumple con la metodología de PoR y PbR.

El Programa Presupuestario evaluado proviene de un ejercicio de presupuestación inercial, el cual se basa en el catálogo de programas presupuestarios del Gobierno del Estado de Tabasco, mismo que existe desde hace ya más de 3 años y fue creado en un momento en el que en Tabasco se aplicó el Método de Presupuesto por Programa y no existía una clara relación del ejercicio de presupuestación con los elementos de planeación estratégica, ni la orientación del gasto en relación a los resultados que se buscaban; más bien el enfoque de aquel entonces era el de la distribución del gasto entre las unidades administrativas del Gobierno del Estado. El catálogo de programas presupuestarios de aquel entonces se creó con la finalidad de establecer categorías para la distribución del presupuesto con base en la actividad o dependencia a la cual se destinarían los recursos; no con base a los objetivos comprometidos en los documentos de la planeación estatal y sectorial. La evidencia de esto, se encuentra en la carencia de documentos técnicos que sustenten su creación; en aquel entonces, ni mucho menos la permanencia del Programa con su actual diseño.

Para poder considerar que se llevó a cabo un buen trabajo en la etapa de preparación de un Programa se debe contar con documentación en la que se plasmen los antecedentes a la creación del Programa Presupuestario, los cuales deben abarcar lo siguiente:

- a. La descripción del proceso implementado para la identificación del problema;
- b. La definición de la población objetivo del programa;
- c. El estudio de las causas y efectos del problema (preferentemente mediante la técnica del árbol de problemas);
- d. La determinación de los fines y medios para alcanzar la solución (preferentemente con la técnica del árbol de objetivos);
- e. Un diagnóstico de la situación actual en el área geográfica o grupo poblacional de estudio;
- f. Un análisis de las alternativas de programas o intervenciones que podrían dar solución al problema; esto debe incluir la sustentación del por qué se seleccionó al Programa como la mejor alternativa;
- g. Proyecciones de costos y beneficios del programa a mediano y largo plazo;
- h. La evaluación (sea privada o social) del Programa (esto es lo deseable);
- i. El presupuesto para la ejecución del Programa con un horizonte de 3 años como mínimo, así como la descripción y distribución de la carga financiera por fuente de financiamiento;
- j. El calendario para la implementación del Programa, y
- k. El arreglo institucional para la operación del Programa.

CAPÍTULO 3.

LA MATRIZ DE INDICADORES PARA RESULTADOS

El presente capítulo del informe final de la evaluación presenta de forma resumida la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) del Programa Presupuestario E014 Servicios de Salud Pública 2013; presentación que se acompaña de una descripción del entorno, condiciones y lineamientos que se encontraban vigentes al momento de la construcción de esta MIR.

3.1. LA MIR 2013

De acuerdo con los Lineamientos para Integración y Presentación de Matrices de Marco Lógico 2013, emitidos por el entonces Consejo Estatal de Evaluación la MIR debió presentarse bajo el siguiente modelo:

Cuadro 3.1.1. Lineamientos para la MIR del ejercicio 2013

NIVEL	OBJETIVOS	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
Fin	Objetivo del PLED, PMD o de los programas derivados de estos	Nuevos y de largo plazo contribución al PLED o PMD a partir de la conclusión de los proyectos	Descripción de las fuentes de información que	Las cosas que nunca ocurren
Propósito	Objetivo del Programa Estratégico Institucional o Programa Anual Institucional	Utilizar los indicadores de PROSEC; en caso de no contar con ellos diseñar nuevos que permitan medir los logros de mediano plazo	alimentan a los indicadores de desempeño	o que siempre ocurren no son supuestos
Componentes	Programa Presupuestario existente o propuesto por el Ente Público	Indicadores de eficiencia, eficacia y calidad de los bienes o servicios que entrega el Programa Estatal Institucional. Temporalidad sugerida trimestral o anual	Registros administrativos, Reportes de Auditoría	Riesgos, amenazas externas que comprometen
Actividades	Proyectos de gasto de capital o de gasto corriente necesarios para lograr el componente	Avance físico y financiero con enfoque de eficiencia (costo-efectividad) de temporalidad trimestral	INEGI, CONEVAL, CONAPO, Banco de México, SHCP, etc.	el logro de los objetivos de cada nivel son supuestos

Fuente: Boletín 001; Secretaría Ejecutiva del Consejo Estatal de Evaluación de Tabasco; LINEAMIENTOS PARA LA INTEGRACIÓN DE MATRICES DE MARCO LÓGICO 2013.

A continuación, se presenta de forma resumida lo que fue la MIR 2013 del Programa Presupuestario Servicios de Salud Pública, el cual es objeto del presente ejercicio de evaluación. Esta MIR fue tomada de la publicación del Decreto de Presupuesto General de Egresos del Gobierno del Estado de Tabasco para el ejercicio fiscal 2013; el cual fue publicado en el Periódico Oficial del Congreso del Estado de Tabasco.

Cuadro 3.1.2. MIR 2013 E015 Servicios Públicos de Salud

N	Objetivo	Indicador	Medio de verificación	Supuesto
F I n	Disminuir la incidencia de padecimientos y enfermedades, a través del fortalecimiento de los programas de medicina preventiva, epidemiología y promoción de la salud	Comparativo de las 10 primeras causas de enfermedad	Sistema Único Automatizado de Vigilancia Epidemiológica SUAVE	Nos permite compararnos mediante tasas, con otros estados de la república y con la media nacional
P r o p ó s i t o	Disminuir los daños a la salud pública condicionados por las transiciones demográfica y epidemiológica	Índice de evaluación caminando a la excelencia	Sistema de Información en Salud, SAEH, SICAM, PROVAC, Manual de caminando a la excelencia 2011	Nos permite comparar el desempeño de los programas estratégicos e identificar su avance independientemente de la naturaleza de las actividades de cada Programa. Permite hacer comparaciones entre las demás entidades federativas
C o m P o n e n te	Promoción de la Salud y Prevención y Control de Enfermedades Fortalecidas e integradas Sectorial e Intersectorialmente	Coordinación intra e intersectorial	Actas de instalación de comités y consejos y minutas de sesiones realizadas	Permite la promoción de la salud, prevención y control de enfermedades de manera sectorial e intersectorial
A c t 1	Evaluar el logro de las metas del programa de salud en el adulto y en el anciano en las 17 jurisdicciones sanitarias (crónico degenerativo)	Porcentaje de jurisdicciones en cumplimiento de metas	SIS. Secretaría de Salud	La población mayor de 20 años acude a la unidad de salud. Se logra la detección oportuna de enfermedades crónicas
A c t 2	Capacitar en los lineamientos Normativos del Programa Salud en el Adulto y en el Anciano a las 17 jurisdicciones sanitarias	Capacitación	Carta descriptiva, lista de asistencia, evaluación Pre y Post capacitación	Las capacitaciones se realizan las actividades en todas las unidades de salud
A c t 3	Vigilar la implementación de los lineamientos Normativos del Programa Salud en el Adulto y en el Anciano a las 17 jurisdicciones sanitarias	Supervisión	Minuta de Supervisión, cumplimiento	La supervisión vigila el logro del cumplimiento de las metas, incrementando la calidad en el servicio
A c t 4	Brindar atención preventiva en la salud de la adolescencia	Mortalidad en menores de 5 años	SEED (Sistema Estatal Estadístico de Defunción)	Con este presupuesto se reducirá la tasa de mortalidad en menores de 5 años por todas las causas, con énfasis en las enfermedades diarreicas agudas e infecciones respiratorias agudas de 5 años

N	Objetivo	Indicador	Medio de verificación	Supuesto
A ct 5	Brindar atención preventiva en la salud de la infancia	Mortalidad en menores de 5 años	SEED (Sistema Estatal Estadístico de Defunción)	Con este presupuesto se reducirá la tasa de mortalidad en menores de 5 años por todas las causas, con énfasis en las enfermedades diarreicas agudas e infecciones respiratorias agudas de 5 años
A ct 6	Brindar atención preventiva en la salud de la infancia (capacitación en estimulación temprana)	Porcentaje de Jurisdicciones capacitadas en estimulación temprana	Registro del Programa de Salud de la infancia	La capacitación al personal médico y paramédico en estimulación temprana, desarrolla habilidades en la infancia
A ct 7	Brindar atención preventiva en nutrición	% de jurisdicciones que alcanzan el 80% de la cobertura en vigilancia nutricional de la población menor de 5 años	SIS (Sistema de Información en Salud)	Con Recursos Humanos, materiales físicos suficientes y ejercicio presupuestal oportuno se logra elevar la cobertura de la vigilancia nutricional
A ct 8	Brindar atención preventiva en planificación familiar	Cobertura de usuarias, en MEF	Secretaría de Salud/Dirección General de Información en Salud. CONAPO	Previa orientación consejera, la población elige un método anticonceptivo
A ct 9	Fortalecer el programa de arranque parejo en la vida	Atención materna y perinatal	Verificando a través de SIS (Sistema de Información en Salud), SAEH, Manual de caminando a la excelencia 2011. Nos permite medir la atención de calidad que se brinda a esta población, contribuyendo a la mejora de la salud materna	
A ct 1 0	Fortalecer la promoción y prevención de la salud	Porcentaje de personal de promoción a la salud con competencias en el manejo de determinantes que inciden en la salud de la población	MOPS VERSIÓN 1.0. Programa de Capacitación, Cartas Descriptivas, Listas de Asistencia y Constancias con Valor Curricular	Con Recursos Humanos, materiales físicos suficientes y ejercicio presupuestal oportuno se logrará el desarrollo de competencias en el personal de promoción a la salud
A ct 1 1	Otorgar atención preventiva en control de enfermedades transmisibles por vector	Fumigaciones en casa	SIS- Informe mensual	
		Casas vigiladas tratadas	SIS- Informe mensual	
		Ovitrampas revisadas semanalmente	Plataforma de Vigilancia Entomológica	
		Estudios entomológicos	SIS- Informe mensual Suave	
		Nebulización terrestre	SIS- Plataforma de Vigilancia Entomológica Informe Mensual	

N	Objetivo	Indicador	Medio de verificación	Supuesto
		Rociado espacial	SIS- Informe mensual	
		Rociado antilarvario	SIS- Informe mensual	
		Toma de muestra sanguínea para diagnóstico de paludismo	SIS- Informe mensual	
		Casos tratados	SIS- Informe mensual	
		TDE supresivos	SIS- Informe mensual	
A ct 1 2	Vacunación permanente en unidades de salud (Vigilar las coberturas de vacunación en las jurisdicciones sanitarias)	% de jurisdicciones que alcanzan el 95% de cobertura de vacunación	SISTEMA PROVAC DE LA SS	Con Recursos Humanos, materiales físicos suficientes y ejercicio presupuestal oportuno se logrará el desarrollo de competencias en el personal de promoción a la salud
A ct 1 3	Vacunación en fases intensivas (vigilar el logro de las metas programadas)	% de jurisdicciones que alcanzan el 95% de las metas programadas	Sistema SENAS	Con Recursos Humanos, materiales físicos suficientes y ejercicio presupuestal oportuno se logran las metas programadas
A ct 1 4	Otorgar atención preventiva, detección y control de tuberculosis	Porcentaje de cumplimiento en el diagnóstico de casos de Tuberculosis	Sistema de Información en Salud (SIS), Informe paralelo	
A ct 1 5	Otorgar atención preventiva, promoción y control de VIH/SIDA y otras ITS	Promover la detección voluntaria y oportuna del VIH en población general y campañas de comunicación apegadas a lineamientos técnicos que promueven comportamientos sexuales exentos de riesgos para prevenir la transmisión del VIH y promover la disminución	Sistema de Información en Salud (SIS) Informe paralelo	Identificar y prestar atención médica oportuna a personas con VIH asintomática para evitar casos nuevos de infección por VIH y reducir mortalidad por SIDA
A ct 1 6	Otorgar atención preventiva, vigilancia y control de la rabia	Personas agredidas por perro	Sistema de Información en Salud (SIS)	Otorgando prevención se reduce al mínimo los casos de rabia
A ct 1 7	Otorgar prevención y atención del cáncer cérvico uterino	Tasa de mortalidad de CACU	CONAPO, INEGI, SEED Y SICAM (sistema de información de cáncer de la mujer) Sistema único automatizado de vigilancia epidemiológica del SUAVE. Plataforma	Mejorando los procesos y vigilancia de las normas se contribuye a disminuir la tasa de mortalidad por Cáncer Cérvico Uterino (CACU)

N	Objetivo	Indicador	Medio de verificación	Supuesto
Act 18	Otorgar prevención y atención del cáncer de mama (CAMA)	Tasa de mortalidad de CAMA	CONAPO, INEGI, SEED Y SICAM (sistema de información de cáncer de la mujer)	Mejorando los procesos y vigilancia de las normas se contribuye a mantener la tasa de mortalidad por debajo de 12.4 de Cáncer de mama (CAMA)
Act 19	Realizar vigilancia epidemiológica	Cobertura del SUAVE	Sistema único automatizado de vigilancia epidemiológica del SUAVE. Plataforma www.sinave.gob.mx, módulo Notificación Semanal de casos (SUAVE en Web), SUAVE para Windows de 32 bit (sistema local para general la cobertura del semanal)	
Act 20	Fortalecer el programa de seguridad vial y prevención de accidentes	Tasa de mortalidad por accidentes de tráfico de vehículos de motor (ATVM) en el grupo de edad de 15 a 29 años	Sistema epidemiológico y estadístico de las defunciones de la Secretaría de Salud (SEED)	
		Integración y funcionamiento del observatorio de lesiones	Registro inf. del sistema estatal de urgencias	
		Levantamiento y análisis de la línea basal (LB) de información sobre factores de riesgo en municipios prioritarios	Registro de información del sistema estatal de urgencias	
		Reporte de operativos de alcoholimetría en municipios prioritarios	Registro de información del sistema estatal de urgencias	
		Número de personas de 15-29 años de edad que recibieron pláticas de sensibilización en seguridad vial (SV)	Registro de información del sistema estatal de urgencias	
		Campañas de promoción de seguridad vial y de prevención de accidentes	Registro de información sistema estatal de urgencias	
		Capacitar a la población civil en soporte vital básico (SVB)	Registro de información del sistema estatal de urgencias	
		Personas capacitadas como primeros respondientes (PR) en atención	Registro de información del sistema estatal de urgencias	

N	Objetivo	Indicador	Medio de verificación	Supuesto
		inmediato de urgencias médicas (AIUM)		
A ct 2 1	Contribuir a la disminución de muertes por suicidio en el Estado de Tabasco	Tasa de mortalidad por suicidio en Tabasco	Base de datos de los certificados de defunción y de la PGJ de Tabasco	Analizar el comportamiento de las tasas de muertes por suicidio en el estado e incidir en la prevención de muertes por esta causa en Tabasco
A ct 2 2	Realizar acciones de detección oportuna de casos con riesgo de suicidio, a través de los servicios de salud mental de las unidades de atención, en las 17 jurisdicciones del Estado de Tabasco	Porcentaje de detección de casos nuevos con riesgo de suicidio en los servicios de salud mental	Base de datos del registro mensual de pacientes con riesgo de suicidio de los servicios de salud mental	El fortalecimiento de los mecanismos de detección oportuna de los casos con "riesgo de suicidio", contribuye a la prevención de muertes por esta causa en el estado de Tabasco
A ct 2 3	Realizar acciones de atención especializada de casos con riesgo de suicidio, a través de los servicios de salud mental de las unidades de atención en las 17 jurisdicciones del estado de Tabasco	Atenciones realizadas en los servicios de salud mental a los usuarios con riesgo de suicidio	Bases de datos del registro mensual de pacientes con riesgo de suicidio de los servicios de salud mental	El mejoramiento de la calidad de atención en los servicios de salud de los tres niveles de atención, favorece la disminución de conductas de riesgo suicida en la población atendida de las 17 jurisdicciones sanitarias del estado de Tabasco
A ct 2 4	Brindar servicios de prevención y atención de la violencia familiar y de género	Porcentaje de coberturas de atención especializada a mujeres víctimas de violencia familiar severa	SIS y reportes mensuales	Contar con los informes en tiempo y forma
A ct 2 5	Fomentar la igualdad de género en salud	Porcentaje de personal de salud actualizado/capacitado durante el año	Listas de capacitación, informe trimestral	Contar con los informes en tiempo y forma
A ct 2 6	Prevenir, atender y rehabilitar a la población que padece o tiene riesgo de padecer algún trastorno mental y del comportamiento	Consultas de salud mental en primero y segundo nivel de atención	SIS	Los distintos niveles de atención mejoran la prestación de sus servicios al contar con los insumos necesarios reflejándose en una mejora de la cultura de prevención de la salud mental en la población
A ct 2 7	Brindar atención preventiva en adicciones en la población de 10 a 64 años	Intervención breve	SIS. Registro mensual de acciones del CENADIC	Intervención breve oportuna nos permite atender y conocer los factores de riesgo y droga de inicio que está consumiendo
A ct 2 8	Adolescentes de 12 a 17 años que participan en acciones de prevención	Adolescentes de 12 a 17 años que participan en acciones de prevención	SIS. Registro mensual de acciones del CENADIC	La importancia de las acciones de sensibilización en la población de adolescentes, retrasa el consumo inicial al

N	Objetivo	Indicador	Medio de verificación	Supuesto
				conocer los daños que originan las drogas
A ct 2 9	Otorgar atención en urgencias epidemiológicas, emergencias y desastres	Inicia la atención en formas inmediatas la Emergencia en Salud (brotos, desastres)	Manual de urgencias y desastres	Monitoreo, y Vigilancia epidemiológica

Fuente: Romero Consultores; Construcción propia con base en la información del Presupuesto General de Egresos 2013; Periódico Oficial del Estado de Tabasco, Villahermosa, Tabasco 26 de diciembre de 2012.

CAPÍTULO 4.

ÁRBOL DE PROBLEMAS Y ÁRBOL DE OBJETIVOS

El presente apartado, de acuerdo a lo establecido en los Términos de Referencia para la evaluación, se destina al análisis de los documentos que contienen el análisis del problema central, que se pretende atender con la intervención gubernamental; análisis que se debió realizar con las herramientas de árbol de problemas y árbol de objetivos; lo cual es normalmente una etapa previa a la integración de la Matriz de Indicadores para Resultados de un programa públicos como lo es Programa Presupuestario E015 Servicios de Salud Pública.

Es necesario poder establecer los antecedentes y situación bajo los cuales se llevó a cabo la construcción de las MIR; para el ejercicio fiscal 2013, las MIR's 2013 fueron integradas durante una etapa de transición entre administraciones estatales, correspondiendo a la administración saliente, durante 2012 integrar las MIR para el ejercicio fiscal 2013; estas MIR's formaron parte del decreto de Presupuesto General de Egresos del 2013; el cual correspondió ejercer a la actual administración estatal.

En 2012 el entonces Consejo Estatal de Evaluación emitió los *Lineamientos para la Integración de Matrices de Marco Lógico 2013* documento que en su apartado VIII *Lineamientos para integración y presentación de matrices de marco lógico* estableció que:

Los Entes Públicos presentarían a la Secretaría Ejecutiva del Consejo Estatal de Evaluación con copia a los integrantes del mismo, su propuesta de Matriz de Marco Lógico (MML) por cada Programa Presupuestario a incluir en el anteproyecto de presupuesto egresos 2013 a más tardar el 31 de julio de 2012; esto incluye gasto corriente y de capital.

Y para esto, en los lineamientos antes mencionados se estableció el formato con los requisitos de información que cada Ente Público debería cumplir para presentar la MIR ante el entonces Consejo Estatal de Evaluación; requisitos entre los cuales no se encontraban los árboles de problemas y de objetivos; razón por la cual la actual administración no cuenta con evidencia en sus registros administrativos de que estas MIR's hayan contado con tal ejercicio, por tanto dentro del proceso de la presente evaluación no fue posible contar con información documental que permitiera analizar los árboles de problemas y de objetivos de la MIR del Programa Presupuestario E015 Servicios de Salud Pública.

CAPÍTULO 5.

LA EVALUACIÓN DE LA LÓGICA VERTICAL DE LA MIR

La evaluación de la Matriz de Indicadores para Resultados del Programa Presupuestario E015 Servicios de Salud Pública se realizó con base en el marco teórico descrito en capítulos anteriores del presente informe y con la MIR publicada dentro del decreto de Presupuesto de Egresos del Estado de Tabasco; sin embargo, no fue posible contar con la ficha técnica de los indicadores debido a que la alta rotación de personal en la Secretaría de Salud comprometió el resguardo de la información.

5.1. LA EVALUACIÓN DE LOS OBJETIVOS DE LA MIR

Los objetivos o resumen narrativo de la MIR son el elemento que evidencia la alineación y contribución del Programa Presupuestario con los documentos estratégicos de la planeación estatal y nacional. Es por eso que desde esa perspectiva se llevó a cabo la valoración de la calidad en la integración de los objetivos de los 4 niveles de la MIR 2013 del Pp evaluado.

5.1.1. OBJETIVO DE PROPÓSITO

El Propósito establecido en la MIR del Programa Presupuestario E015 es:

Disminuir los daños a la salud pública condicionados por las transiciones demográfica y epidemiológica.

El objetivo del nivel de propósito de la MIR del Pp E015 Servicios de Salud Pública no cumple con la metodología, específicamente en cuanto a la sintaxis para la redacción del objetivo de este nivel; siendo sus deficiencias las siguientes:

1. No se identifica al inicio del enunciado a la población o área geográfica atendida por la intervención gubernamental, es más, dentro de todo el enunciado no se establece cuál es la población o área geográfica de enfoque de las acciones del Programa Presupuestario evaluado.
2. El enunciado comienza con un verbo en infinitivo, lo cual es contrario a lo que establecían los lineamientos vigentes para la integración de la MIR para el ejercicio fiscal 2013, que solicita la inclusión de un verbo en presente como segundo elemento del enunciado del objetivo.
3. Dentro del objetivo de propósito no se encuentra definido el efecto obtenido o deseado derivado de la intervención gubernamental tal como lo establece la metodología y lineamientos vigentes en aquel entonces.

En lo general este objetivo no sólo no cumple con los criterios de sintaxis de los lineamientos para la construcción de las matrices de indicadores para resultados 2013, sino que además no delimita el ámbito de acción del Programa Presupuestario evaluado, lo cual limita de forma sensible la utilidad de la MIR para el proceso de evaluación de los resultados de la intervención gubernamental.

5.1.2. OBJETIVO DE FIN

El Fin establecido en la MIR del Programa Presupuestario E015 es:

Disminuir la incidencia de padecimientos y enfermedades, a través del fortalecimiento de los programas de medicina preventiva, epidemiología y promoción de la salud.

Como ya se estableció en un capítulo previo al presente, la MIR del Pp E015 Servicios de Salud Pública 2013 se construyó en una etapa de transición entre dos administraciones gubernamentales, por lo que cuando se realizó esta MIR no se contaba con el Plan Estatal de Desarrollo que estaría vigente durante el ejercicio fiscal 2013; por lo que no se podía alinear el Pp al objetivo estratégico correspondiente, debiéndose alinear esta MIR a un objetivo del PLED 2007-2012, plan que no se construyó con la metodología de Planeación orientada a Resultados

Son 4 los elementos de la sintaxis que deben conformar la redacción de un objetivo de Fin en la MIR, los cuales no se encuentran presentes en el objetivo de Fin que se encuentra dentro de la MIR 2013 del Pp evaluado, derivado del análisis realizado se determinó:

1. La redacción del objetivo de Fin no comienza con el verbo “contribuir”, el cual sirve para delimitar que un Pp es responsable de contribuir al logro de un objetivo estratégico de la planeación del desarrollo estatal, y no del cumplimiento total de objetivo.
2. No se usó el conector “mediante”, en su lugar se utilizó el de “a través del”.
3. La solución del problema que se debe encontrar después del conector, en este caso no está referida al propósito establecido en la MIR.

Derivado de la revisión se concluyó que los objetivos de Fin y de Propósito son hasta cierto punto redundantes. Toda vez que el disminuir los daños a la salud pública (Propósito) y disminuir la incidencia de padecimientos y enfermedades son lo mismo presentado con otras palabras; en este punto se notan deficiencias derivadas de la falta del ejercicio de construcción de los árboles de problemas y objetivos.

5.1.3. OBJETIVO DE COMPONENTES

La MIR cuenta con un único componente:

Promoción de la Salud y Prevención y Control de Enfermedades Fortalecidas e integradas Sectorial e Intersectorialmente.

Si bien el objetivo del nivel de componente se puede considerar que cumple con la sintaxis que la metodología y lineamientos emitidos por el Consejo Estatal de Evaluación de aquel entonces; toda vez que describe servicios realizados con un verbo en participio. Sin embargo, la redacción da cuenta de más de un servicio, lo cual no es correcto metodológicamente, toda vez que esto complica la determinación del indicador y por ende el seguimiento y medición de calidad y resultados del Pp evaluado.

Dada la diversidad de acciones y servicios que se realizan dentro del marco del Pp evaluado, se debió contar con al menos 3 componentes en este nivel de la MIR, para poder dar seguimiento y evaluar los alcances de las intervenciones gubernamentales en temas tan disímilos entre sí; toda vez que la promoción de la salud, la prevención y el control de enfermedades tienen distintos ámbitos de acción, cobertura y población objetivo.

5.1.4. OBJETIVO DE ACTIVIDADES

La MIR del Programa Presupuestario E015 contó con 29 actividades:

Actividad	Descripción
1.1.	Evaluar el logro de las metas del Programa Salud en el Adulto y en el Anciano en las 17 jurisdicciones sanitarias (crónico degenerativo)
1.2.	Capacitar en los lineamientos Normativos del Programa Salud en el Adulto y en el Anciano a las 17 jurisdicciones sanitarias
1.3.	Vigilar la implementación de los lineamientos Normativos del Programa Salud en el Adulto y en el Anciano a las 17 jurisdicciones sanitarias
1.4.	Brindar atención preventiva en la salud de la adolescencia
1.5.	Brindar atención preventiva en la salud de la infancia
1.6.	Brindar atención preventiva en la salud de la infancia (capacitación en estimulación temprana)
1.7.	Brindar atención preventiva en nutrición
1.8.	Brindar atención preventiva en planificación familiar
1.9.	Fortalecer el programa de arranque parejo en la vida
1.10.	Fortalecer la promoción y prevención de la salud
1.11.	Otorgar atención preventiva en control de enfermedades transmisibles por vector
1.12.	Vacunación permanente en unidades de salud (vigilar las coberturas de vacunación en las jurisdicciones Sanitarias)
1.13.	Vacunación en fases intensivas (vigilar el logro de las metas programadas)
1.14.	Otorgar atención preventiva, detección y control de tuberculosis
1.15.	Otorgar atención preventiva, promoción y control de VIH/SIDA y otras ITS
1.16.	Otorgar atención preventiva, vigilancia y control de la rabia
1.17.	Otorgar prevención y atención del cáncer cérvico uterino
1.18.	Otorgar prevención y atención del cáncer de mama
1.19.	Realizar vigilancia epidemiológica
1.20.	Fortalecer el programa de seguridad vial y prevención de accidentes
1.21.	Contribuir a la disminución de muertes por suicidio en el estado de Tabasco
1.22.	Realizar acciones de detección oportuna de casos con riesgo de suicidio, a través de los servicios de salud mental de las unidades de atención, en las 17 jurisdicciones del estado de Tabasco
1.23.	Realizar acciones de atención especializada de casos con riesgo de suicidio, a través de los servicios de salud mental de las unidades de atención en las 17 jurisdicciones del estado de Tabasco
1.24.	Brindar servicios de prevención y atención de la violencia familiar y de género
1.25.	Fomentar la igualdad de género en salud
1.26.	Prevenir, atender y rehabilitar a la población que padece o tiene riesgo de padecer algún trastorno mental y del comportamiento
1.27.	Brindar atención preventiva en adicciones en la población de 10 a 64 años
1.28.	Adolescentes de 12 a 17 años que participan en acciones de prevención
1.29.	Otorgar atención en urgencias epidemiológicas, emergencias y desastres

Desde el punto de vista de la sintaxis que establecen los lineamientos para la integración de los objetivos de este nivel de la MIR, los objetivos de las 29 actividades incluidas en la MIR 2013 del Pp E015 Servicios de Salud Pública, no cumplen con la inclusión del sustantivo derivado de un verbo. Sin embargo, el complemento de estos objetivos sí cumple con la descripción puntual de una acción o servicio que contribuye a la prestación del complejo componente que se diseñó para el Programa Presupuestario evaluado.

5.2. EVALUACIÓN DE LA CONSTRUCCIÓN DE SUPUESTOS

Los supuestos son un elemento clave dentro de la lógica vertical de la MIR, toda vez que representan los factores externos a la gestión del Pp y que condicionan el logro del objetivo del siguiente nivel de la matriz; siendo estos principalmente acciones o sucesos que la contraparte social debe realizar para garantizar el éxito de la intervención gubernamental. A continuación se presenta un cuadro que contiene la valoración de las tres características de calidad por cada uno de los supuestos de la MIR 2013 del Pp evaluado:

Cuadro 5.2.1. Análisis de la calidad de los supuestos de la MIR

Nivel	Supuesto	Es externo	Probabilidad de Ocurrencia	Cumple con la metodología
F	Nos permite compararnos mediante tasas, con otros estados de la república y con la media nacional	No	Muy Alta	No
P	Nos permite comparar el desempeño de los programas estratégicos e identificar su avance independientemente de la naturaleza de las actividades de cada programa. Permite hacer comparaciones entre las demás entidades federativas	No	Muy Alta	No
C1	Permite la promoción de la salud, prevención y control de enfermedades de manera sectorial e intersectorial	No	Muy Alta	No
A1.1	La población mayor de 20 años acude a la unidad de salud	Sí	Media	Sí
	Se logra la detección oportuna de enfermedades crónicas	No	Alta	No
A1.2	Las capacitaciones se llevan a cabo, se realizan las actividades en todas las unidades de salud	No	Media	No
A1.3	La supervisión vigila el logro del cumplimiento de las metas, incrementando la cantidad en el servicio	No	Media	No
A1.4	Con este presupuesto se reducirá la tasa de mortalidad en menores de 5 años por todas las causas, con énfasis en las enfermedades diarreicas agudas e infecciones respiratorias agudas de 5 años	Sí	Media	Sí
A1.5	Con este presupuesto se reducirá la tasa de mortalidad en menores de 5 años por todas las causas, con énfasis en las enfermedades diarreicas agudas e infecciones respiratorias agudas de 5 años	Sí	Media	Sí
A1.6	La capacitación al personal médico y paramédico en estimulación temprana, desarrollar habilidades en la infancia	No	Media	No
A1.7	Con Recursos Humanos, materiales físicos suficientes y ejercicio presupuestal oportuno se logra elevar la cobertura de la vigilancia nutricional	No	Alta	No
A1.8	Prevía orientación consejera, la población elige un método anticonceptivo	Sí	Media	Sí
A1.9	Información no disponible			
A1.10	Con Recursos Humanos, materiales físicos suficientes y ejercicio presupuestal oportuno se logrará el desarrollo de competencias en el personal de promoción a la salud	No	Alta	No
A1.11	Información no disponible			
A1.12	Con Recursos Humanos, materiales físicos suficientes y ejercicio presupuestal oportuno se logra elevar la cobertura de los esquemas de vacunación	No	Alta	No

Nivel	Supuesto	Es externo	Probabilidad de Ocurrencia	Cumple con la metodología
A1.13	Con Recursos Humanos, materiales físicos suficientes y ejercicio presupuestal oportuno se logran las metas programadas	No	Alta	No
A1.14	Información no disponible			
A1.15	Identificar y prestar atención médica oportuna a personas con VIH asintomática para evitar casos nuevos de infección por VIH y reducir mortalidad por SIDA	No	Alta	No
A1.16	Otorgando prevención se reduce al mínimo los casos de rabia	Sí	Media	No
A1.17	Mejorando los procesos y vigilancia de las normas se contribuye a disminuir la tasa de mortalidad por Cáncer Cérvico Uterino (CACU)	Sí	Media	Sí
A1.18	Mejorando los procesos y vigilancia de las normas se contribuye a mantener la tasa de mortalidad por debajo de 12.4 de Cáncer de mama (CAMA)	Sí	Media	Sí
A1.19	Información no disponible			
A1.20	Información no disponible			
A1.21	Analizar el comportamiento de las tasas de muertes por suicidio en el Estado e incidir en la prevención de muertes por esta causa en Tabasco	No	Alta	No
A1.22	El fortalecimiento de los mecanismos de detección oportuna de los casos con "riesgo de suicidio", contribuye a la prevención de muertes por esta causa en el estado de Tabasco	No	Media	No
A1.23	El mejoramiento de la calidad de atención en los servicios de salud de los tres niveles de atención, favorece la disminución de conductas de riesgo suicida en la población atendida de las 17 jurisdicciones sanitarias del estado de Tabasco	No	Media	No
A1.24	Contar con los informes en tiempo y forma	No	Alta	No
A1.25	Contar con los informes en tiempo y forma	No	Alta	No
A1.26	Los distintos niveles de atención mejoran la prestación de sus servicios al contar con los insumos necesarios reflejándose en una mejora de la cultura de prevención de la salud mental en la población	No	Alta	No
A1.27	Intervención breve oportuna nos permite atender y conocer los factores de riesgo y droga de inicio que está consumiendo	No	Alta	No
A1.28	La importancia de las acciones de sensibilización en la población de adolescentes, retrasa el consumo inicial al conocer los daños que originan las drogas	No	Alta	No
A1.29	Monitoreo, vigilancia epidemiológica	No	Media	NO

Fuente: Romero Consultores; con base en la MIR del Programa Presupuestario E015 Servicios de Salud Pública, y el análisis de los supuestos realizado por el equipo evaluador.

Derivado del análisis realizado de las 29 actividades se observó que 90% de estas no cumplen con alguno de los tres criterios para la construcción de supuestos, que establece la Metodología de Marco Lógico; siendo la principal deficiencia la utilización, en este nivel, de argumentos que hacen referencia a acciones, logros o eventos que dependen o pertenecen a la esfera de control del ente público evaluado, que en este caso es la Secretaría de Salud del Gobierno del Estado de Tabasco.

5.3. VERIFICACIÓN DE LA LÓGICA VERTICAL

La lógica vertical permite determinar la coherencia en el diseño de la intervención gubernamental y la alineación de la misma con los objetivos estratégicos de la planeación sectorial, estatal y nacional; para esto el equipo de Romero Consultores determinó 10 reactivos, que en conjunto permiten evaluar la calidad de la lógica horizontal de la MIR del Programa Presupuestario evaluado. Derivado de la evaluación se concluyó que la MIR del Programa Evaluado no cumple con la lógica vertical, tal como se aprecia en los resultados del cuadro siguiente:

Cuadro 5.3.1. Preguntas para evaluar la calidad de la lógica vertical de la MIR.

Pregunta	Respuesta	Argumento
¿Las actividades detalladas son las necesarias y suficientes para producir o entregar cada componente?	Sí	Las 29 actividades que se registraron en la MIR corresponden a los 29 subprogramas o acciones que se implementan con los recursos del Pp evaluado
¿Los componentes son los necesarios y suficientes para lograr el propósito del Programa?	Parcialmente	Si bien el único componente que se registró en la MIR es una combinación de los tres servicios que se brindan con el Programa Presupuestario, la forma en que se presentan no permite garantizar el logro del propósito, toda vez que la integración de los servicios no es constancia de que estos llegan a la población objetivo de los mismos
¿El Propósito es único y representa un cambio específico en las condiciones de vida de la población objetivo?	No	El Propósito no es único ya que el Programa Presupuestario se refiere a las acciones de prevención y promoción de la salud, no incluye los servicios de atención médica; y el cambio registrado en el Propósito se refiere a un logro en conjunto de las acciones de prevención con las de atención médica
¿Es razonable esperar que el logro del propósito implique una contribución significativa al logro del Fin?	No	El Fin y el Propósito de la MIR son redundantes; se refieren al mismo cambio, por lo que no se cumple la relación de causalidad y efecto entre los objetivos de estos dos niveles de la MIR
¿El Fin está claramente vinculado a algún objetivo estratégico de la institución que opera el Programa?	No	Tal como se mencionó anteriormente la MIR se construyó en medio de un periodo de transición gubernamental, por lo que no se contaba aún con el PLED 2013-2018 y la MIR se alineó a un objetivo de la planeación del periodo 2007-2012
¿Los supuestos de sustentabilidad en el Fin representan situaciones externas al ámbito de control del Programa?	No	Se refieren a una tarea que cae dentro de la responsabilidad del Ente Público; ya que el mejorar los valores de los indicadores de desempeño es responsabilidad de la gerencia del Pp; no es una condición externa.
¿Los supuestos en el Propósito representan situaciones externas al ámbito de control del Programa?	No	Se refieren a una tarea que cae dentro de la responsabilidad del Ente Público; ya que el mejorar los valores de los indicadores de desempeño es responsabilidad de la gerencia del Pp; no es una condición externa
¿Los supuestos en los componentes representan situaciones externas al ámbito de control del Programa?	No	El supuesto de este nivel es redundante con el objetivo del mismo nivel; por lo que no se cumple con la metodología
¿Los supuestos en las Actividades representan situaciones externas al ámbito de control del Programa?	Parcialmente	En 7 de las 29 actividades se observaron supuestos que son externos y comprometen el logro del objetivo de Componente; en 18 de las actividades se utilizaron como supuestos acciones que caen dentro del ámbito de responsabilidad del Ente Público responsable de la operación del Programa Presupuestario; y finalmente en 5 actividades se observó que no se cuenta con supuestos
¿Existe duplicidad entre los cuatro niveles de objetivos (mismo objetivo en dos niveles con distintas palabras)?	Sí	Sí; se observó duplicidad entre los objetivos de los niveles de Fin y de Propósito

Fuente: Romero Consultores, construcción propia con base en el marco metodológico para la evaluación, y el análisis de la MIR.

CAPÍTULO 6.

EVALUACIÓN DE LA LÓGICA HORIZONTAL DE LA MIR

A continuación, se presentan los resultados de la evaluación de la calidad de la lógica horizontal de la MIR del Programa Presupuestario evaluado; previo a esto se presentan dos apartados que contienen la evaluación de la calidad y pertinencia de los indicadores y Medios de Verificación; elementos que sumados a los objetivos y supuestos construyen la lógica horizontal de una MIR.

6.1. CALIDAD EN LA CONSTRUCCIÓN DE INDICADORES

El equipo de Romero Consultores con base en la información de la MIR publicada en el Decreto de Presupuesto General de Egresos 2013, llevó a cabo una evaluación de los 11 criterios de calidad básicos de un indicador de desempeño:

1. Claro
2. Relevante
3. Económico
4. Monitoreable
5. Adecuado
6. Definición
7. Unidad de Medida
8. Frecuencia de Medición
9. Línea Base
10. Metas
11. Comportamiento del indicador

Por cada uno de los 48 indicadores de desempeño que conformaron la MIR 2013 se realizó una valoración individual del cumplimiento de cada una de las 11 características o criterios de calidad; los resultados se presentan a continuación:

Cuadro 6.1.1. Resumen de resultados de la evaluación de los indicadores de desempeño

Característica de calidad	% de Indicadores que cumplen
Claro	81%
Relevante	79%
Económico	98%
Monitoreable	98%
Adecuado	79%
Definición	No disponible
Unidad de Medida	No disponible
Frecuencia de Medición	100%
Línea Base	75%
Metas	No disponible
Comportamiento del indicador	No disponible

Fuente: Romero Consultores; Construcción propia, con base en la información del Decreto de Presupuesto General de Egresos 2013 y la evaluación de los indicadores que realizó el equipo evaluador.

Durante el proceso de evaluación se observaron carencias de información que no permitieron evaluar cabalmente la calidad de los indicadores de desempeño; específicamente la falta de las fichas técnicas de los indicadores de desempeño

no permitió conocer la definición, unidad de medida, metas y comportamiento del indicador, debido a esta carencia de información, estos 4 aspectos críticos de la calidad de los indicadores no fueron evaluados, por lo que no se contabilizaron en el proceso de calificación que se presentan a continuación:

Cuadro 6.1.2. Calificación de la calidad de los indicadores de desempeño de la MIR

Nivel	Nombre del Indicador	Calidad
Fin	Comparativo de las 10 primeras causas de enfermedad	71%
Propósito	Índice de evaluación caminando a la excelencia	71%
Componente	Coordinación intra e intersectorial	71%
Actividad 1.1	Porcentaje de jurisdicciones en cumplimiento de metas	71%
Actividad 1.2	Capacitación	71%
Actividad 1.3	Supervisión	100%
Actividad 1.4	Mortalidad en menores de 5 años	29%
Actividad 1.5	Mortalidad en menores de 5 años	100%
Actividad 1.6	Porcentaje de jurisdicciones capacitadas en estimulación temprana	71%
Actividad 1.7	% de jurisdicciones que alcanzan el 80% de la cobertura en vigilancia nutricional de la población menor de 5 años	100%
Actividad 1.8	Cobertura de usuarias, en MEF	86%
Actividad 1.9	Atención materna y perinatal	86%
Actividad 1.10	Porcentaje de personal de promoción a la salud con competencias en el manejo de determinantes que inciden en la salud de la población	71%
Actividad 1.11	Fumigaciones en casa	100%
Actividad 1.11	Casas vigiladas tratadas	100%
Actividad 1.11	Ovitrapas revisadas semanalmente	100%
Actividad 1.11	Estudios entomológicos	100%
Actividad 1.11	Nebulización terrestre	100%
Actividad 1.11	Rociado espacial	100%
Actividad 1.11	Rociado antilarvario	100%
Actividad 1.11	Toma de muestra sanguínea para diagnóstico de paludismo	100%
Actividad 1.11	Casos tratados	100%
Actividad 1.11	TDE supresivos	100%
Actividad 1.12	% de jurisdicciones que alcanzan el 95% de cobertura de vacunación	57%
Actividad 1.13	% de jurisdicciones que alcanzan el 95% de las metas programadas	86%
Actividad 1.14	Porcentaje de cumplimiento en el diagnóstico de casos de tuberculosis	100%
Actividad 1.15	Promover la detección voluntaria y oportuna del VIH en población general y campañas de comunicación apegadas a lineamientos técnicos que promueven comportamientos sexuales exentos de riesgos para prevenir la transmisión del VIH y promover la disminución de otras ITS	100%
Actividad 1.16	Personas agredidas por perro	100%
Actividad 1.17	Tasa de mortalidad de CACU	100%
Actividad 1.18	Tasa de mortalidad de CAMA	100%
Actividad 1.19	Cobertura del SUAVE	100%

Nivel	Nombre del Indicador	Calidad
Actividad 1.20	Tasa de mortalidad por accidentes de tráfico de vehículos de motor (ATVM) en el grupo de edad de 15 a 29 años	100%
Actividad 1.20	Integración y funcionamiento del observatorio de lesiones	86%
Actividad 1.20	Levantamiento y análisis de la línea basal (LB) de información sobre factores de riesgo en municipios prioritarios	57%
Actividad 1.20	Reporte de operativos de alcoholimetría en municipios prioritarios	57%
Actividad 1.20	Número de personas de 15-29 años de edad que recibieron pláticas de sensibilización en seguridad vial (SV)	100%
Actividad 1.20	Campañas de promoción de seguridad vial y de prevención de accidentes	86%
Actividad 1.20	Capacitar a la población civil en soporte vital básico (SVB)	100%
Actividad 1.20	Personas capacitadas como primeros respondientes (PR) en atención inmediato de urgencias médicas (AIUM)	86%
Actividad 1.21	Tasa de mortalidad por suicidio en Tabasco	57%
Actividad 1.22	Porcentaje de detección de casos nuevos con riesgo de suicidio en los servicios de salud mental	100%
Actividad 1.23	Atenciones realizadas en los servicios de salud mental a los usuarios con riesgo de suicidio	100%
Actividad 1.24	Porcentaje de coberturas de atención especializada a mujeres víctimas de violencia familiar severa	100%
Actividad 1.25	Porcentaje de personal de salud actualizado/capacitado durante el año	100%
Actividad 1.26	Consultas de salud mental en primero y segundo nivel de atención	100%
Actividad 1.27	Intervención breve	71%
Actividad 1.28	Adolescentes de 12 a 17 años que participan en acciones de prevención	57%
Actividad 1.29	Inicia la atención en formas inmediatas de las Emergencias en Salud (brotes, desastres)	86%

Fuente: Romero Consultores; Construcción propia con base en los resultados de la evaluación de la calidad de los indicadores de desempeño de la MIR del Programa Presupuestario E015 Servicios de Salud Pública.

La mayoría de los indicadores cumplen con los criterios de calidad en su integración, 27 de los 48 indicadores; otros 7 indicadores tienen un nivel muy alto de calidad; los cuales corresponden al nivel de actividades. Los indicadores de los niveles de Componentes, Propósito y Fin si bien presentan una alta calificación de calidad su deficiencia consiste en que estos no son adecuados para medir el logro del objetivo registrado en el nivel correspondiente.

Los 6 objetivos que presentan una menor calificación de calidad corresponden al nivel de actividades y esto es por su falta de claridad y relevancia para la medición de la eficiencia en el desempeño de las actividades registradas en el resumen narrativo de la MIR.

6.2. DETERMINACIÓN DE MEDIOS DE VERIFICACIÓN

Los Medios de Verificación son el último elemento clave en la conformación de la lógica horizontal de una MIR, esto de acuerdo a la metodología propuesta por el equipo de Romero Consultores para la realización de la presente evaluación, con base en la información contenida en la MIR del Programa Presupuestario evaluado, se realizó la evaluación de la calidad de los Medios de Verificación; de acuerdo al cumplimiento de las siguientes características:

1. Claro
2. De acceso público
3. Oportunidad de publicación
4. Desagregación geográfica
5. Confiable
6. Generación estandarizada

Cuadro 6.2.1. Calificación de los medios de verificación de la MIR

Objetivo	Nombre del Indicador	Medio de verificación	Claro	De acceso público	Oportunidad de publicación	Desagregación geográfica	Confiable	Generación estandarizada
Fin	Comparativo de las 10 primeras causas de enfermedad	Sistema Único Automatizado de Vigilancia Epidemiológica (SUAVE)	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí
Propósito	Índice de evaluación caminando a la excelencia	Sistema de Información en Salud, SAEH, SICAM, PROVAC, Manual de caminando a la excelencia 2011	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí
Componente	Coordinación intra e intersectorial	Actas de instalación de comités y consejos y minutas de sesiones realizadas	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí
Act. 1.1	Porcentaje de jurisdicciones en cumplimiento de metas	SIS. Secretaría de Salud	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí
Act. 1.2	Capacitación	Carta descriptiva lista de asistencia evaluación Pre y Post capacitación	No	Sí	Sí	No	Sí	No
Act. 1.3	Supervisión	Minuta de Supervisión, Cumplimiento de acciones	Sí	Sí	Sí	No	Sí	No
Act. 1.4	Mortalidad en menores de 5 años	SEED (Sistema Estatal Estadístico de Defunción)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Act. 1.5	Mortalidad en menores de 5 años	SEED (Sistema Estatal Estadístico de Defunción)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Act. 1.6	Porcentaje de jurisdicciones capacitadas en estimulación temprana	Registro del Programa de Salud de la infancia	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Act. 1.7	% de jurisdicciones que alcanzan el 80% de la cobertura en vigilancia nutricional de la población menor de 5 años	SIS (Sistema de Información en Salud)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Act. 1.8	Cobertura de usuarias, en MEF	Secretaría de Salud/Dirección General de Información en Salud CONAPO	No	Sí	No	No	No	No

Objetivo	Nombre del Indicador	Medio de verificación	Claro	De acceso público	Oportunidad de publicación	Desagregación geográfica	Confiable	Generación estandarizada
Act. 1.9	Atención materna y perinatal	Verificando a través de SIS (Sistema de Información en Salud), SAEH, Manual de caminando a la excelencia 2011, Nos permite medir la atención de calidad que se brinda a esta población, contribuyendo a la mejora de la salud materna y perinatal	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Act. 1.10	Porcentaje de personal de promoción a la salud con competencias en el manejo de determinantes que inciden en la salud de la población	MOPS VERSIÓN 1.0. Programa de Capacitación, Cartas Descriptivas, Listas de Asistencias y Constancias con Valor Curricular	No	No	Sí	Sí	No	No
Act. 1.11	Fumigaciones en casa	SIS- Informe mensual	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
	Casas vigiladas tratadas	SIS- Informe mensual	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
	Ovitrapas revisadas semanalmente	Plataforma de Vigilancia Entomológica	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
	Estudios entomológicos	SIS- Informe mensual SUAVE	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
	Nebulización terrestre	SIS- Plataforma de Vigilancia Entomológica Informe Mensual	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
	Rociado espacial	SIS- Informe mensual	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
	Rociado antilarvario	SIS- Informe mensual	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
	Toma de muestra sanguínea para diagnóstico de paludismo	SIS- Informe mensual	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
	Casos tratados	SIS- Informe mensual	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
	TDE supresivos	SIS- Informe mensual	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Act. 1.12	% de jurisdicciones que alcanzan el 95% de cobertura de vacunación	Sistema PROVAC de la SS	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Act. 1.13	% de jurisdicciones que alcanzan el 95% de las metas programadas	Sistema SENAS	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Act. 1.14	Porcentaje de cumplimiento en el Diagnóstico de casos de Tuberculosis	Sistema de Información en Salud (SIS), Informe paralelo	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Act. 1.15	Promover la detección voluntaria y oportuna del VIH en población general y campañas de comunicación apegadas a lineamientos técnicos que promueven comportamientos sexuales exentos de riesgos para prevenir la transmisión del VIH y promover la disminución	Sistema de Información en Salud (SIS) Informe paralelo	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí

Objetivo	Nombre del Indicador	Medio de verificación	Claro	De acceso público	Oportunidad de publicación	Desagregación geográfica	Confiable	Generación estandarizada
Act. 1.16	Personas agredidas por perro	Sistema de Información en Salud (SIS)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Act. 1.17	Tasa de mortalidad de CACU	CONAPO, INEGI, SEED Y SICAM (Sistema de Información de Cáncer de la Mujer) Sistema único automatizado de vigilancia epidemiológica del SUAVE. Plataforma	No	Sí	No	No	Sí	No
Act. 1.18	Tasa de mortalidad de CAMA	CONAPO, INEGI, SEED Y SICAM (Sistema de Información de Cáncer de la Mujer)	No	Sí	No	No	Sí	No
Act. 1.19	Cobertura del SUAVE	Sistema único automatizado de vigilancia epidemiológica del SUAVE. Plataforma www.sinave.gob.mx, módulo Notificación Semanal de casos (SUAVE en Web), SUAVE para Windows de 32 bit (sistema local para general la cobertura del semanal)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Act. 1.20	Tasa de mortalidad por accidentes de tráfico de vehículos de motor (ATVM) en el grupo de edad de 15 a 29 años	Sistema epidemiológico y estadístico de las defunciones (SEED) de la Secretaría de Salud	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
	Integración y funcionamiento del observatorio de lesiones	Registro de información del sistema estatal de urgencias	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
	Levantamiento y análisis de la línea basal (LB) de información sobre factores de riesgo en municipios prioritarios	Registro de información del sistema estatal de urgencias	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
	Reporte de operativos de alcoholimetría en municipios prioritarios	Registro de información del sistema estatal de urgencias	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
	Número de personas de 15-29 años de edad que recibieron pláticas de sensibilización en seguridad vial (SV)	Registro de información del sistema estatal de urgencias	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
	Campañas de promoción de seguridad vial y de prevención de accidentes	Registro de información del sistema estatal de urgencias	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
	Capacitar a la población civil en soporte vital básico (SVB)	Registro de información del sistema estatal de urgencias	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
	Personas capacitadas como primeros respondientes (PR) en atención inmediato de urgencias médicas (AIUM)	Registro de información del sistema estatal de urgencias	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Act. 1.21	Tasa de mortalidad por suicidio en Tabasco	Base de datos de los certificados de defunción y de la PGJ de Tabasco	Sí	No	Sí	Sí	No	Sí
Act. 1.22	Porcentaje de detección de casos nuevos con riesgo de suicidio en los servicios de salud mental	Base de datos del registro mensual de pacientes con riesgo de suicidio de los servicios de salud mental	Sí	No	Sí	Sí	No	Sí

Objetivo	Nombre del Indicador	Medio de verificación	Claro	De acceso público	Oportunidad de publicación	Desagregación geográfica	Confiable	Generación estandarizada
Act. 1.23	Atenciones realizadas en los servicios de salud mental a los usuarios con riesgo de suicidio	Bases de datos del registro mensual de pacientes con riesgo de suicidio de los servicios de salud mental	Sí	No	Sí	Sí	No	Sí
Act. 1.24	Porcentaje de coberturas de atención especializada a mujeres víctimas de violencia familiar severa	SIS y reportes mensuales	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Act. 1.25	Porcentaje de personal de salud actualizado/capacitado durante el año	Listas de capacitación, informe trimestral	No	No	Sí	No	Sí	Sí
Act. 1.26	Consultas de salud mental en primero y segundo nivel de atención	SIS	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Act. 1.27	Intervención breve	SIS. Registro mensual de acciones del CENADIC	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Act. 1.28	Adolescentes de 12 a 17 años que participan en acciones de prevención	SIS. Registro mensual de acciones del CENADIC	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Act. 1.29	Inicia la atención en formas inmediatas la Emergencia en Salud (brotes, desastres)	Manual de urgencias y desastres	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí

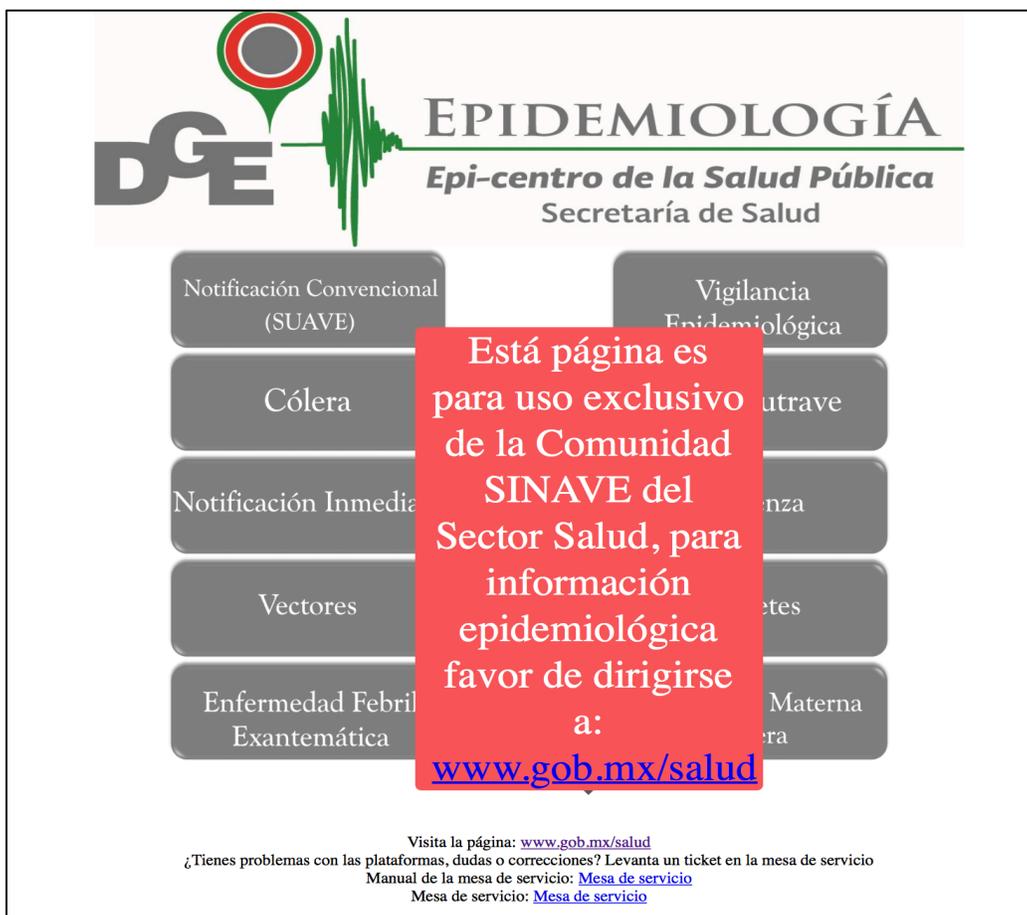
Fuente: Romero Consultores; Construcción propia con base en los resultados del análisis de los Medios de Verificación de los indicadores de la MIR publicados en el Decreto de Presupuesto General de Egresos 2013.

Una de las deficiencias frecuentes en el registro de los Medios de Verificación fue el de registrar más de un Medio de Verificación en un mismo registro; lo cual vuelve confusa la información y datos del Medio de Verificación; lo que se debe hacer cuando un indicador debido a sus variables cuenta con más de un Medio de Verificación, se deberán incluir en la MIR tantas fichas como Medios de Verificación requieran las variables que conforman el indicador.

En lo general los Medios de Verificación cumplen con los criterios de calidad; sin embargo, en los niveles de Componente, Propósito y Fin los Medios de Verificación no cumplen con el criterio de accesibilidad; toda vez que de acuerdo a la información disponibles estos Medios de Verificación son de acceso privado, lo cual no permite cumplir con la transparencia en el seguimiento de los indicadores de desempeño, que establece el artículo 6 de la Constitución Mexicana.

Finalmente se observó el uso de diversos sistemas del sector salud como Medio de Verificación, mismos que fueron catalogados como de acceso público; sin embargo, esto no es cierto, toda vez que como parte del proceso de evaluación el equipo de evaluadores se dio a la tarea de intentar acceder como ciudadano a los portales de estos sistemas de información y el resultado fue muy similar en casi todos los casos, resultado que se aprecia en el siguiente gráfico:

Gráfico 6.2.1. Captura de pantalla del Sistema Epicentro de Salud Pública



Fuente: Romero Consultores, <http://www.sinave.gob.mx>

6.3. VERIFICACIÓN DE LÓGICA HORIZONTAL

La lógica horizontal de la MIR consiste en el análisis de la congruencia y pertinencia del conjunto Medios de Verificación – indicadores - objetivos, dentro de la MIR; conjunto que se constituye en la base para el monitoreo y evaluación del Programa Presupuestario. Con la finalidad de poder verificar la lógica horizontal de la MIR 2013 del Programa Presupuestario evaluado, el equipo de Romero Consultores construyó una batería de 12 cuestionamientos; mismos a los que se dio respuesta con base en el análisis de los objetivos, Medios de Verificación e indicadores que se describió en apartados anteriores dentro del presente informe de evaluación.

Cuadro 6.3.1. Verificación de la lógica horizontal de la MIR

ID	Pregunta	Respuesta	Argumento
1	¿Los indicadores en el Fin permiten monitorear el Programa y evaluar adecuadamente el logro del Fin?	Sí	El indicador es una comparación de la evolución de la tasa de morbilidad de las primeras 10 causas de enfermedad en el Estado; lo que se relaciona directamente con el resultado esperado; ya que el objetivo del Fin es disminuir la incidencia (morbilidad) de los padecimientos y enfermedades
2	¿Los indicadores en el Propósito permiten monitorear el Programa y evaluar adecuadamente el logro del Propósito?	Sí	El indicador mide el avance en la medición vectorial del conjunto de indicadores de la Iniciativa caminando a la excelencia; el cual contiene indicadores que miden la gestión de todas las acciones y subprogramas que conformen el Pp evaluado
3	¿Los indicadores en los Componentes permiten monitorear el Programa y evaluar adecuadamente el logro de cada uno de los Componentes?	No	El indicador del nivel de Componente mide un proceso administrativo de gestión interna de la Secretaría de Salud; no permite conocer la calidad, oportunidad o satisfacción de los beneficiarios con los servicios que el Pp entrega a la sociedad
4	¿Los indicadores en las Actividades permiten monitorear el Programa y evaluar adecuadamente el logro de cada una de las Actividades?	Parcialmente	En su mayoría los indicadores de este nivel permiten el monitoreo del logro de la actividad correspondiente; sin embargo, 10 de los 45 indicadores de este nivel no cumplen con los criterios de pertinencia y claridad respecto de la actividad que pretenden evaluar
5	¿Los Medios de Verificación identificados para los indicadores de Fin son los necesarios y suficientes para obtener la información requerida para el cálculo de los datos y su eventual verificación externa?	No	La MIR en este nivel da cuenta de un Medio de Verificación del cual se obtiene una de las dos variables que conforman el indicador; por lo que no se cumple con el criterio de calidad
6	¿Los Medios de Verificación identificados para los indicadores de Propósito son los necesarios y suficientes para obtener la información requerida para el cálculo de los datos y su eventual verificación externa?	Sí	Los Medios de Verificación cumplen con el propósito de proporcionar la información requerida para las variables del indicador de este nivel
7	¿Los Medios de Verificación identificados para los indicadores de Componentes son los necesarios y suficientes para obtener la información requerida para el cálculo de los datos y su eventual verificación externa?	Parcialmente	Los Medios de Verificación planteados para este nivel no cumplen con entregar la información de las variables que se requieren para el cálculo del indicador; para obtener las variables con base en los documentos citados como Medios de Verificación requeriría hacer un procesamiento que no está definido dentro de la MIR
8	¿Los Medios de Verificación identificados para los indicadores de Actividades son los necesarios y suficientes para obtener la información requerida para el cálculo de los datos y su eventual verificación externa?	Parcialmente	Los Medios de Verificación cumplen de forma parcial ya que no se registraron dentro de la MIR, todos los Medios de Verificación que cada indicador requiere para su cálculo
9	¿Los supuestos del Fin registran los riesgos externos, ajenos al control de la administración estatal y que pueden comprometer la sustentabilidad del logro alcanzado?	No	El supuesto se refiere a una actividad que realiza la gestión del Programa Presupuestario, propia del proceso de evaluación del programa; y no a una amenaza
10	¿Los supuestos del Propósito registran los riesgos externos, ajenos al control de la administración estatal y que pueden comprometer el logro del objetivo del Fin?	No	El supuesto se refiere a una actividad que realiza la gestión del Programa Presupuestario, propia del proceso de evaluación del programa; y no a una amenaza
11	¿Los supuestos de los Componentes registran los riesgos externos, ajenos al control de la administración estatal y que pueden comprometer el logro del objetivo del Propósito de la MIR?	No	El supuesto no es una amenaza; se refiere a una actividad del Programa Presupuestario
12	¿Los supuestos de las Actividades registran los riesgos externos, ajenos al control de la administración estatal y que pueden comprometer el logro de los objetivos de los componentes de la MIR?	No	La mayoría de los supuestos no registran amenazas externas; se refieren a actividades del Programa Presupuestario

Fuente: Romero Consultores; Construcción propia con base en el análisis y evaluación de los elementos de la MIR.

CAPÍTULO 7.

PROPUESTAS DE MEJORA A LA MIR

El presente apartado contiene las propuestas del equipo de Romero Consultores, para la mejora de la MIR; las cuales se derivan del proceso de análisis y evaluación que se llevó a cabo con la información disponible proporcionada por el Ente Evaluado; las propuestas de mejora se presentan de acuerdo a las etapas para la elaboración de la MIR descritas en el apartado 2 del presente informe de la evaluación.

7.1. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL

La identificación del problema central, es una pieza clave y fundamental dentro del proceso de construcción de la MIR, por lo que se recomienda a la Secretaría de Salud, el llevar a cabo una definición del Problema Central al que se pretende dar atención con el modelo de intervención gubernamental: Servicios de Salud Pública; para esto se debe realizar un diagnóstico actualizado de la situación de la entidad en materia de promoción y prevención de la Salud.

Se deben construir los árboles de problemas y objetivos con base en la Metodología de Marco Lógico.

7.2. OBJETIVOS DE LA MIR

El Ente Público debe replantear los objetivos de los 4 niveles de la MIR, cumpliendo con la sintaxis que establecen los lineamientos para la construcción de MIR's.

Alinear los objetivos de los niveles de Fin y de Propósito con los objetivos de la planeación del desarrollo nacional y estatal; específicamente con el PLED y el PSS.

Para el nivel de componentes se sugiere diseñar al menos 3 componentes para agrupar los diversos servicios y acciones que entrega el Pp a la sociedad.

7.3. CONSTRUCCIÓN DE SUPUESTOS

Los supuestos deben ser replanteados con base en lo que establece la Metodología de Marco Lógico; registrando mediante enunciados positivos las amenazas, factores externos, que comprometen el logro del objetivo del siguiente nivel de la MIR.

7.4. CALIDAD EN LA CONSTRUCCIÓN DE INDICADORES

Revisar la selección de indicadores de desempeño de los 4 niveles de la MIR, partiendo del resultado clave a lograr, determinado a partir del objetivo diseñado para cada nivel de la matriz.

La Secretaría de Salud cuenta con una amplia batería de indicadores de desempeño, por lo que se sugiere revisar el inventario completo de indicadores para seleccionar el indicador que mejor mida el resultado que se debe medir.

7.5. DETERMINACIÓN DE MEDIOS DE VERIFICACIÓN

Es necesario replantear los Medios de Verificación; de los distintos niveles de la MIR, para garantizar la disponibilidad de la información necesaria para los indicadores.

Registrar por separado en una ficha, cada uno de los Medios de Verificación que corresponden a cada una de las variables que conforman cada indicador de desempeño.

CAPÍTULO 8.

FICHA TÉCNICA DE LOS INDICADORES DE LA MIR

El presente apartado, de acuerdo a lo establecido en los Términos de Referencia para la evaluación, se destina al análisis de los documentos que contienen los análisis de la Ficha Técnica de los indicadores de desempeño que forman parte de la MIR del Programa Presupuestario evaluado; lo cual actualmente es parte integrante de la información y formatos que los Entes Públicos presentan la Matriz de Indicadores para Resultados ante la Coordinación de Planeación de la Secretaría de Planeación y Finanzas del Gobierno del estado de Tabasco. Sin embargo esto no se cumplió para el ejercicio fiscal 2013.

Es necesario nuevamente el recordar la situación bajo la cual se llevó a cabo la construcción de las MIR correspondientes al ejercicio fiscal 2013. Las MIR's 2013 fueron integradas durante una etapa de transición gubernamental entre dos administraciones estatales, correspondiendo a la administración saliente, el integrar las MIR para el ejercicio fiscal 2013; mismas que se integraron durante la primera mitad del año 2012. Estas MIR formaron parte del Decreto de Presupuesto General de Egresos del 2013, el cual correspondió ejercer a la actual administración estatal.

En 2012 el entonces Consejo Estatal de Evaluación emitió los *Lineamientos para la Integración de Matrices de Marco Lógico 2013* documento que en su Apartado VIII *Lineamientos para integración y presentación de matrices de marco lógico* estableció que:

Los Entes Públicos presentarán a la Secretaría Ejecutiva del Consejo Estatal de Evaluación con copia a los integrantes del mismo, su propuesta de Matriz de Marco Lógico (MML) por cada Programa Presupuestario a incluir en el anteproyecto de presupuesto egresos 2013 a más tardar el 31 de julio de 2012; esto incluye gasto corriente y de capital.

Y para esto en los lineamientos antes mencionados se estableció el formato con los requisitos de información que cada Ente Público debería cumplir para presentar la MIR ante el entonces Consejo Estatal de Evaluación, requisitos entre los cuales no se encontraban la Ficha Técnica de los indicadores de desempeño. Razón por la cual la actual administración no cuenta con evidencia en sus registros administrativos de que estas MIR's hayan contado con tal información; razón por la cual dentro del proceso de la presente evaluación no fue posible contar con información documental que permitiera analizar la calidad de la información que normalmente se registra en la ficha técnica de los indicadores del Programa Presupuestario E015 Servicios de Salud Pública.

CAPÍTULO 9. CONCLUSIONES

La calidad de la MIR es baja, toda vez que presenta deficiencias tanto en su lógica vertical como en su lógica horizontal. La lógica vertical establece una cadena de causalidad en el diseño de las actividades y la relación de medios y fines. Para establecer la racionalidad de la matriz de indicadores, el análisis se realizó en sentido descendente a partir del Fin, el cual debe justificar el Propósito, este a su vez el Componente y finalmente las Actividades; lo cual no se cumple en todos los niveles de la MIR evaluada.

La matriz de indicadores señala los resultados (Fin y Propósito), los servicios (Componentes) y la gestión (Actividades e Insumos). Sin embargo, en cuanto a su lógica vertical estos son parcialmente congruentes. El Fin y el Propósito pese a que están claramente definidos, son redundantes entre sí; lo que rompe la cadena de causalidad y efecto.

Consideramos que existe un problema de sintaxis en la redacción del objetivo porque el nivel de Componente no corresponde a la definición de la metodología, la cual establece que son “los productos (obras, bienes servicios, capacitación, etc.) que se requiere producir y entregar a los beneficiarios a través del Programa y que son necesarios para alcanzar el Propósito del mismo”; mientras que la Matriz de Indicadores del E015 Servicios de Salud Pública establece como componente a “la integración sectorial e intersectorial”. Sería más claro establecer que los Componentes son “las acciones de promoción y prevención en salud realizadas por la Secretaría de Salud”.

Finalmente, las actividades descritas son 29 para un solo componente; mismas que no contribuyen a un servicio único; por lo que se deberían distribuir cuando menos entre tres componentes que reflejen de forma más concreta los servicios que el Programa Presupuestario entrega a la sociedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Decreto de Presupuesto de Egresos 2013; Periódico Oficial del Estado de Tabasco suplemento 7336, 26 de diciembre de 2012.
2. Eduardo Aldunate / Julio Córdoba. (2011). Formulación de programas con la metodología de marco lógico. Santiago de Chile: ILPES-CEPAL.
3. Edgar Ortegón / Juan Francisco Pacheco / Adriana Prieto. (2005). Metodología del marco lógico para la planificación, el seguimiento y la evaluación de proyectos y programas. Santiago de Chile: ILPES - CEPAL.
4. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2013). Guía para la Elaboración de la Matriz de Indicadores para Resultados. México D.F.: CONEVAL.
5. Secretaría de Hacienda y Crédito Público / Secretaría de la Función Pública / Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2011). Guía para la construcción de la Matriz de Indicadores para Resultados. México D.F.: SHCP.

ANEXOS

ANEXO 1. MATRICES DE INDICADORES PARA RESULTADOS

Nombre del programa: E015 Servicios de Salud Pública

Modalidad: “E”

Dependencia/Entidad: Secretaría de Salud

Unidad Responsable:

Tipo de Evaluación: Evaluación de Matriz de Indicadores de Resultados

Año de Evaluación: Ejercicio fiscal 2013

Nivel	Objetivo	Indicadores		Medios de verificación		Supuestos
FIN	Disminuir la incidencia de padecimientos y enfermedades, a través del fortalecimiento de los programas de medicina preventiva, epidemiología y promoción de la salud	NOMBRE:	Comparativo de las 10 primeras causas de enfermedad	NOMBRE	Sistema Único Automatizado de Vigilancia Epidemiológica SUAVE	Nos permite compararnos mediante tasas, con otros estados de la república y con la media nacional
		DEFINICIÓN:		ÁREA RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN	Servicios de Salud Pública	
		TIPO:	Estratégico	DISPONIBILIDAD DE LA INFORMACIÓN	Privada	
		DIMENSIÓN:	Eficacia	UNIDAD DE ANÁLISIS		
		ÁMBITO:	Impacto	COBERTURA GEOGRÁFICA	Estatal	
		MÉTODO DE CÁLCULO	Tasas de mortalidad de las 10 primeras causas de enfermedad 2012 confrontadas con tasa de morbilidad de las 10 primeras causas 2013	DESAGREGACIÓN GEOGRÁFICA		
		ALGORITMO:	Núm. Enfermedades/población del edo. X 1000; año 2012, V.S. Núm. Enfermedades/población del edo. Por 1000; año 2013	PERIODICIDAD DE ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN	Anual	
		AÑO LÍNEA BASE:	2012	FECHA DE PUBLICACIÓN	Anual	
		VALOR LÍNEA BASE:	0			
		COMPORTAMIENTO DEL INDICADOR:				
		FRECUENCIA DE MEDICIÓN:	Anual			
		UNIDAD DE MEDIDA:				
		ÁREA RESPONSABLE:				
		METAS:				

Nivel	Objetivo	Indicadores		Medios de verificación		Supuestos
PROPOSITO	Disminuir los daños a la salud pública condicionados por las transiciones demográfica y epidemiológica	NOMBRE:	Índice de evaluación caminando a la excelencia	NOMBRE	Sistema de Información en Salud, SAEH, SICAM, PROVAC, manual de caminando a la excelencia 2011	Nos permite comparar el desempeño de los programas estratégicos e identificar su avance independientemente de la naturaleza de las actividades de cada programa. Permite hacer comparaciones entre las demás entidades federativas
		DEFINICIÓN:		ÁREA RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN	Servicios de Salud Pública	
		TIPO:	Estratégico	DISPONIBILIDAD DE LA INFORMACIÓN	Privada	
		DIMENSIÓN:	Eficacia			
		ÁMBITO:	Impacto	UNIDAD DE ANÁLISIS		
		MÉTODO DE CÁLCULO	Porcentaje promedio alcanzado en 2012, V.S. porcentaje promedio alcanzado en 2013	COBERTURA GEOGRÁFICA	Estatal	
		ALGORITMO:	Magnitud vectorial obtenida en el periodo entre la magnitud vectorial ideal por 100	DESAGREGACIÓN GEOGRÁFICA		
		AÑO LÍNEA BASE:	2012	PERIODICIDAD DE ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN	Trimestral	
		VALOR LÍNEA BASE:	0			
		COMPORTAMIENTO DEL INDICADOR:				
		FRECUENCIA DE MEDICIÓN:	Trimestral			
		UNIDAD DE MEDIDA:		FECHA DE PUBLICACIÓN	Semestral	
		ÁREA RESPONSABLE:				
METAS:						
COMPONENTE 1	Promoción de la Salud y Prevención y Control de Enfermedades Fortalecidas e integradas Sectorial e Intersectorialmente	NOMBRE:	Coordinación intra e intersectorial	NOMBRE	Actas de instalación de comités y consejos y minutas de sesiones realizadas	Permite la promoción de la salud, prevención y control de enfermedades de manera sectorial e intersectorial
		DEFINICIÓN:		ÁREA RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN	Servicios de Salud Pública	
		TIPO:	Gestión	DISPONIBILIDAD DE LA INFORMACIÓN	Privada	
		DIMENSIÓN:	Eficacia			
		ÁMBITO:	Impacto	UNIDAD DE ANÁLISIS		
		MÉTODO DE CÁLCULO	Porcentaje de comités y consejos funcionando	COBERTURA GEOGRÁFICA	Estatal	
		ALGORITMO:	Número de comités y consejos funcionando/ número de comités y consejos existentes x 100	DESAGREGACIÓN GEOGRÁFICA		
		AÑO LÍNEA BASE:	2012	PERIODICIDAD DE ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN	Trimestral	
		VALOR LÍNEA BASE:	0			
		COMPORTAMIENTO DEL INDICADOR:				
		FRECUENCIA DE MEDICIÓN:	Trimestral			
		UNIDAD DE MEDIDA:		FECHA DE PUBLICACIÓN	Trimestral	
		ÁREA RESPONSABLE:				
METAS:						

Nivel	Objetivo	Indicadores		Medios de verificación		Supuestos
ACTIVIDAD 1.1	Evaluar el logro de las metas del programa de salud en el adulto y en el anciano en las 17 jurisdicciones sanitarias (crónico degenerativo)	NOMBRE:	Porcentaje de jurisdicciones en cumplimiento de metas	NOMBRE	SIS. SECRETARÍA DE SALUD	La población mayor de 20 años acude a la unidad de salud. Se logra la detección oportuna de enfermedades crónicas
		DEFINICIÓN:		ÁREA RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN	Servicios de Salud Pública	
		TIPO:	Gestión	DISPONIBILIDAD DE LA INFORMACIÓN	Privada	
		DIMENSIÓN:	Eficacia			
		ÁMBITO:	Procesos			
		MÉTODO DE CÁLCULO	Mide el porcentaje del avance de las metas realizadas en relación a la meta establecida por el programa rector	UNIDAD DE ANÁLISIS		
		ALGORITMO:	$PJCM = TU = 100\% / TJ$ PJCM= Porcentaje de Jurisdicciones en Cumplimiento de Metas $TU = 100\% =$ Total de Jurisdicciones que alcanzaron el 100% de metas $TJ =$ Total de jurisdicciones	COBERTURA GEOGRÁFICA	Estatal	
				DESAGREGACIÓN GEOGRÁFICA		
		AÑO LÍNEA BASE:	2012	PERIODICIDAD DE ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN	Trimestral	
		VALOR LÍNEA BASE:	0			
		COMPORTAMIENTO DEL INDICADOR:				
		FRECUENCIA DE MEDICIÓN:	Trimestral			
		UNIDAD DE MEDIDA:				
ÁREA RESPONSABLE:		FECHA DE PUBLICACIÓN	Trimestral			
METAS:						
ACTIVIDAD 1.2	Capacitar en los lineamientos Normativos del Programa Salud en el Adulto y en el Anciano a las 17 jurisdicciones sanitarias	NOMBRE:	Capacitación	NOMBRE	Carta descriptiva lista de asistencia evaluación PRE y Post capacitación	Las capacitaciones se llevan se realizan las actividades en todas las unidades de salud
		DEFINICIÓN:		ÁREA RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN	Servicios de Salud Pública	
		TIPO:	Gestión	DISPONIBILIDAD DE LA INFORMACIÓN	Pública	
		DIMENSIÓN:	Eficacia			
		ÁMBITO:	Procesos			
		MÉTODO DE CÁLCULO	Mide el porcentaje del avance de las capacitaciones realizadas en relación a la meta establecida por el programa rector $TU = 100\% =$ Total de Jurisdicciones que alcanzaron el 100% de las capacitaciones $TU =$ Total de Jurisdicciones	UNIDAD DE ANÁLISIS		
		ALGORITMO:	$PJCM = 100\% / TJ$	COBERTURA GEOGRÁFICA	Estatal	
				DESAGREGACIÓN GEOGRÁFICA		
		AÑO LÍNEA BASE:	2012	PERIODICIDAD DE ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN	Trimestral	
		VALOR LÍNEA BASE:	100			
		COMPORTAMIENTO DEL INDICADOR:				
		FRECUENCIA DE MEDICIÓN:	Trimestral			
		UNIDAD DE MEDIDA:				
ÁREA RESPONSABLE:		FECHA DE PUBLICACIÓN	Trimestral			
METAS:						

Nivel	Objetivo	Indicadores		Medios de verificación		Supuestos
ACTIVIDAD 1.3	Vigilar la implementación de los lineamientos Normativos del Programa Salud en el Adulto y en el Anciano a las 17 jurisdicciones sanitarias	NOMBRE:	Supervisión	NOMBRE	Minuta de Supervisión, Cumplimiento de acciones	La supervisión vigila el logro del cumplimiento de las metas, incrementando la cantidad en el servicio
		DEFINICIÓN:		ÁREA RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN	Servicios de Salud Pública	
		TIPO:	Gestión	DISPONIBILIDAD DE LA INFORMACIÓN	Pública	
		DIMENSIÓN:	Eficacia			
		ÁMBITO:	Procesos	UNIDAD DE ANÁLISIS		
		MÉTODO DE CÁLCULO	Mide el porcentaje del avance de las supervisiones realizadas en relación a la meta establecida por el programa rector TU= 100%= Total de supervisiones realizadas TU= Total de Jurisdicciones			
		ALGORITMO:	S=TSR/TJ	COBERTURA GEOGRÁFICA	Estatal	
		DESAGREGACIÓN GEOGRÁFICA				
		AÑO LÍNEA BASE:	2012	PERIODICIDAD DE ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN	Anual	
		VALOR LÍNEA BASE:	34			
		COMPORTAMIENTO DEL INDICADOR:				
		FRECUENCIA DE MEDICIÓN:	Anual			
		UNIDAD DE MEDIDA:				
ÁREA RESPONSABLE:		FECHA DE PUBLICACIÓN	Anual			
METAS:						
ACTIVIDAD 1.4	Brindar atención preventiva en la salud de la adolescencia	NOMBRE:	Mortalidad en menores de 5 años	NOMBRE	SEED(Sistema Estatal Estadístico de Defunción)	Con este presupuesto se reducirá la tasa de mortalidad en menores de 5 años por todas las causas, con énfasis en las enfermedades diarreicas agudas e infecciones respiratorias agudas de 5 años
		DEFINICIÓN:		ÁREA RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN	Servicios de Salud Pública	
		TIPO:	Gestión	DISPONIBILIDAD DE LA INFORMACIÓN	Pública	
		DIMENSIÓN:	Eficiencia			
		ÁMBITO:	Impacto	UNIDAD DE ANÁLISIS		
		MÉTODO DE CÁLCULO	Se obtiene a través del número de defunciones por todas las causas en menores de 5 años / población menores de 5 años X 100			
		ALGORITMO:	Número de Defunciones por todas las causas en menores de 1 año / número de nacidos vivos estimados x 1000	COBERTURA GEOGRÁFICA	Estatal	
		DESAGREGACIÓN GEOGRÁFICA				
		AÑO LÍNEA BASE:	2013	PERIODICIDAD DE ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN	Anual	
		VALOR LÍNEA BASE:	3272			
		COMPORTAMIENTO DEL INDICADOR:				
		FRECUENCIA DE MEDICIÓN:	Anual			
		UNIDAD DE MEDIDA:				
ÁREA RESPONSABLE:		FECHA DE PUBLICACIÓN	Anual			
METAS:						

Nivel	Objetivo	Indicadores		Medios de verificación		Supuestos
ACTIVIDAD 1.5	Brindar atención preventiva en la salud de la infancia	NOMBRE:	Mortalidad en menores de 5 años	NOMBRE	SEED(Sistema Estatal Estadístico de Defunción)	Con este presupuesto se reducirá la tasa de mortalidad en menores de 5 años por todas las causas, con énfasis en las enfermedades diarreicas agudas e infecciones respiratorias agudas de 5 años
		DEFINICIÓN:		ÁREA RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN	Servicios de Salud Pública	
		TIPO:	Gestión	DISPONIBILIDAD DE LA INFORMACIÓN	Pública	
		DIMENSIÓN:	Eficacia	UNIDAD DE ANÁLISIS		
		ÁMBITO:	Impacto	COBERTURA GEOGRÁFICA	Estatal	
		MÉTODO DE CÁLCULO	Se obtiene a través del número de defunciones por todas las causas en menores de 5 años / población menores de 5 años X 1000	DESAGREGACIÓN GEOGRÁFICA		
		ALGORITMO:	Número de defunciones por todas las causas en menores de 1 año / número de nacidos vivos estimados X 1000	PERIODICIDAD DE ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN	Anual	
		AÑO LÍNEA BASE:		FECHA DE PUBLICACIÓN	Anual	
		VALOR LÍNEA BASE:	32.72			
		COMPORTAMIENTO DEL INDICADOR:				
		FRECUENCIA DE MEDICIÓN:	Anual			
		UNIDAD DE MEDIDA:				
ÁREA RESPONSABLE:						
METAS:						
ACTIVIDAD 1.6	Brindar atención preventiva en la salud de la infancia (Capacitación en estimulación temprana)	NOMBRE:	Porcentaje de Jurisdicciones capacitadas en estimulación temprana	NOMBRE	Registro del Programa de Salud del infancia	La capacitación al personal médico y paramédico en estimulación temprana, desarrolla habilidades en la infancia
		DEFINICIÓN:		ÁREA RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN	Servicios de Salud Pública	
		TIPO:	Gestión	DISPONIBILIDAD DE LA INFORMACIÓN	Privada	
		DIMENSIÓN:	Eficacia	UNIDAD DE ANÁLISIS		
		ÁMBITO:	Procesos	COBERTURA GEOGRÁFICA	Estatal	
		MÉTODO DE CÁLCULO	Mide el porcentaje de jurisdicciones capacitadas del personal médico y paramédico en el manejo de la estimulación temprana PJCT= Porcentaje de jurisdicciones capacitadas en estimulación temprana TJC=Total de Jurisdicción Capacitadas TJ=Total de Jurisdicciones	DESAGREGACIÓN GEOGRÁFICA		
		ALGORITMO:	$PJCT = TJC / TJ * 100$	PERIODICIDAD DE ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN	Trimestral	
		AÑO LÍNEA BASE:	2013	FECHA DE PUBLICACIÓN	Trimestral	
		VALOR LÍNEA BASE:	100			
		COMPORTAMIENTO DEL INDICADOR:				
		FRECUENCIA DE MEDICIÓN:	Trimestral			
		UNIDAD DE MEDIDA:				
ÁREA RESPONSABLE:						
METAS:						

Nivel	Objetivo	Indicadores		Medios de verificación		Supuestos
ACTIVIDAD 1.7	Brindar atención preventiva en nutrición	NOMBRE:	% de jurisdicciones que alcanzan el 80% de la cobertura en Vigilancia nutricional de la población menor de 5 años	NOMBRE	SIS(Sistema de Información en Salud)	Con Recursos Humanos materiales físicos suficientes y ejercicio presupuestal oportuno se logra elevar la cobertura de la vigilancia nutricional
		DEFINICIÓN:		ÁREA RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN	Servicios de Salud Pública	
		TIPO:	Estratégico	DISPONIBILIDAD DE LA INFORMACIÓN	Pública	
		DIMENSIÓN:	Eficiencia			
		ÁMBITO:	Impacto			
		MÉTODO DE CÁLCULO	Mide el porcentaje de jurisdicciones con el nivel máximo de cobertura de vigilancia nutricional del menor de 5 años. PJCVN= % de las Jurisdicciones que alcanzan el 80% de cobertura de vigilancia nutricional TJCC=Total de Jurisdicciones que cumplan con la meta	UNIDAD DE ANÁLISIS		
		ALGORITMO:	$PJCVN = TJCC / TJ * 100$	COBERTURA GEOGRÁFICA DESAGREGACIÓN GEOGRÁFICA	Estatal	
		AÑO LÍNEA BASE:	2013	PERIODICIDAD DE ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN	Anual	
		VALOR LÍNEA BASE:	70			
		COMPORTAMIENTO DEL INDICADOR:				
		FRECUENCIA DE MEDICIÓN:	Anual			
		UNIDAD DE MEDIDA:				
ÁREA RESPONSABLE:		FECHA DE PUBLICACIÓN	Anual			
METAS:						
ACTIVIDAD 1.8	Brindar atención preventiva en planificación familiar	NOMBRE:	Cobertura de usuarias, en MEF	NOMBRE	Secretaría de Salud/Dirección General de Información en Salud. CONAPO	Previa orientación consejera, la población elige un método anticonceptivo
		DEFINICIÓN:		ÁREA RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN	Servicios de Salud Pública	
		TIPO:	Estratégico	DISPONIBILIDAD DE LA INFORMACIÓN	Pública	
		DIMENSIÓN:	Eficiencia			
		ÁMBITO:	Impacto			
		MÉTODO DE CÁLCULO	Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años de edad que utilizan un método anticonceptivo proporcionado por la Secretaría de Salud, respecto al total de mujeres de este grupo de edad de la población potencial de la institución	UNIDAD DE ANÁLISIS		
		ALGORITMO:	$Cobertura\ de\ PF = (Total\ de\ usuarias\ activas / MEF) * 100$	COBERTURA GEOGRÁFICA DESAGREGACIÓN GEOGRÁFICA	Estatal	
		AÑO LÍNEA BASE:	2013	PERIODICIDAD DE ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN	Anual	
		VALOR LÍNEA BASE:	0			
		COMPORTAMIENTO DEL INDICADOR:				
		FRECUENCIA DE MEDICIÓN:	Anual			
		UNIDAD DE MEDIDA:				
ÁREA RESPONSABLE:		FECHA DE PUBLICACIÓN	Anual			
METAS:						

Nivel	Objetivo	Indicadores		Medios de verificación		Supuestos
ACTIVIDAD 1.9	Fortalecer el programa de arranque parejo en la vida	NOMBRE:	Atención materna y perinatal	NOMBRE	Verificando a través de SIS (Sistema de Información en Salud), SAEH, Manual de caminando a la excelencia 2011, Nos permite medir la atención de calidad que se brinda a esta población, contribuyendo a la mejora de la salud materna y perinatal.	
		DEFINICIÓN:		ÁREA RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN	Servicios de Salud Pública	
		TIPO:	Estratégico			
		DIMENSIÓN:	Eficiencia	DISPONIBILIDAD DE LA INFORMACIÓN	Pública	
		ÁMBITO:	Impacto			
		MÉTODO DE CÁLCULO	Indicadores de control prenatal, cobertura de nacimientos , porcentaje de tamiz neonatal, porcentaje de cesáreas , inicio de control de puerperio , recién nacido con bajo peso	UNIDAD DE ANÁLISIS		
		ALGORITMO:	Núm total de consultas por embarazada/consultas de 1ra vez otorgadas a embarazadas Nacimientos atendidos(SSA+IMSS-Oportunidades)X100/Población MEFU no derechohabiente Cesáreas realizadas X100/ Nacimientos atendidos Recién nacidos hipotiroideos confirmados X100/ Recién nacidos hipotiroideos esperados Consultas de 1ra vez otorgadas a puérperas X100/ Suma de partos y cesáreas atendidas Nacidos vicos con peso menor a 2,500grsX100/ Total de nacidos vicos atendidos	COBERTURA GEOGRÁFICA DESAGREGACIÓN GEOGRÁFICA	Estatal	
		AÑO LÍNEA BASE:	2012			Anual
		VALOR LÍNEA BASE:	0			
		COMPORTAMIENTO DEL INDICADOR:		PERIODICIDAD DE ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN		
		FRECUENCIA DE MEDICIÓN:	Anual			
		UNIDAD DE MEDIDA:				
		ÁREA RESPONSABLE:		FECHA DE PUBLICACIÓN	Anual	
		METAS:				

Nivel	Objetivo	Indicadores		Medios de verificación		Supuestos
ACTIVIDAD 1.10	Fortalecer la promoción y prevención de la salud	NOMBRE:	Porcentaje de personal de promoción a la salud con competencias en el manejo de determinantes que inciden en la salud de la población	NOMBRE	MOPS VERSIÓN 1.0. Programa de Capacitación, Cartas Descriptivas, Listas de Asistencias y Constancias con Valor Curricular	Con Recursos Humanos materiales físicos suficiente y ejercicio presupuestal oportuno se logrará el desarrollo de competencias en el personal de promoción a la salud
		DEFINICIÓN:		ÁREA RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN	Servicios de Salud Pública	
		TIPO:	Estratégico	DISPONIBILIDAD DE LA INFORMACIÓN	Pública	
		DIMENSIÓN:	Eficiencia			
		ÁMBITO:	Impacto			
		MÉTODO DE CÁLCULO	Mide el porcentaje total de personal de promoción de la salud calificado en competencias en relación al total de personal de promoción de la salud PPPSC=Porcentaje de personal de promoción de la salud con competencias TPPSC=Total de Personal de promoción de la Salud con Competencia TPPS=Total de personal de promoción de la salud	UNIDAD DE ANÁLISIS		
		ALGORITMO:	$PPPSC = TPPSC / TPPS * 100$	COBERTURA GEOGRÁFICA DESAGREGACIÓN GEOGRÁFICA	Estatal	
		AÑO LÍNEA BASE:	2012			
		VALOR LÍNEA BASE:	0			
		COMPORTAMIENTO DEL INDICADOR:		PERIODICIDAD DE ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN	Anual	
		FRECUENCIA DE MEDICIÓN:	Anual			
		UNIDAD DE MEDIDA:				
		ÁREA RESPONSABLE:		FECHA DE PUBLICACIÓN	Anual	
		ACTIVIDAD 1.11	Otorgar atención preventiva en control de enfermedades trasmisibles por vector	NOMBRE:	Fumigaciones en casa	
DEFINICIÓN:				ÁREA RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN	Servicios de Salud Pública	
TIPO:	Estratégico			DISPONIBILIDAD DE LA INFORMACIÓN	Pública	
DIMENSIÓN:	Eficacia					
ÁMBITO:	Procesos					
MÉTODO DE CÁLCULO	Mide la relación entre las causas visitadas con las casa tratadas FV=Fumigaciones en casa CVT=Casas visitadas tratadas CV=Casas visitadas			UNIDAD DE ANÁLISIS		
ALGORITMO:	$FV = CVT / CV$			COBERTURA GEOGRÁFICA DESAGREGACIÓN GEOGRÁFICA	Estatal	
AÑO LÍNEA BASE:						
VALOR LÍNEA BASE:	90					
COMPORTAMIENTO DEL INDICADOR:				PERIODICIDAD DE ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN	Mensual	
FRECUENCIA DE MEDICIÓN:	Mensual					
UNIDAD DE MEDIDA:						
ÁREA RESPONSABLE:		FECHA DE PUBLICACIÓN	Mensual			

Nivel	Objetivo	Indicadores		Medios de verificación		Supuestos
		NOMBRE:	Casas vigiladas tratadas	NOMBRE	SIS- Informe mensual	
		DEFINICIÓN:		ÁREA RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN	Servicios de Salud Pública	
		TIPO:	Gestión	DISPONIBILIDAD DE LA INFORMACIÓN	Pública	
		DIMENSIÓN:	Eficacia			
		ÁMBITO:	Procesos			
		MÉTODO DE CÁLCULO	Relaciona el número total de casas visitadas en el control larvario con el total de casas tratadas	UNIDAD DE ANÁLISIS		
			CV=CVT/CVR	COBERTURA GEOGRÁFICA	Estatal	
			CV= Casas Visitadas			
		ALGORITMO:	CVT= Casas Visitadas Tratadas	DESAGREGACIÓN GEOGRÁFICA		
			CVR= Casas Visitadas Revisadas			
		AÑO LÍNEA BASE:	2012			
		VALOR LÍNEA BASE:	90			
		COMPORTAMIENTO DEL INDICADOR:		PERIODICIDAD DE ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN	Mensual	
		FRECUENCIA DE MEDICIÓN:	Mensual			
		UNIDAD DE MEDIDA:				
		ÁREA RESPONSABLE:		FECHA DE PUBLICACIÓN	Mensual	
		METAS				
		NOMBRE:	Ovitrapas revisadas semanalmente	NOMBRE	Plataforma de Vigilancia Entomológica	
		DEFINICIÓN:		ÁREA RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN	Servicios de Salud Pública	
		TIPO:	Gestión	DISPONIBILIDAD DE LA INFORMACIÓN	Pública	
		DIMENSIÓN:	Eficacia			
		ÁMBITO:	Procesos			
		MÉTODO DE CÁLCULO	Relaciona el número total de Ovitrapas instaladas con el número total de Ovitrapas revisadas semanalmente	UNIDAD DE ANÁLISIS		
			OVR=TOVRS/TOVI	COBERTURA GEOGRÁFICA	Estatal	
			OVR= Ovitrapas Revisadas			
		ALGORITMO:	TOVI= Total de Ovitrapas Instaladas	DESAGREGACIÓN GEOGRÁFICA		
			TOVRS= Total de Ovitrapas Revisadas Semanalmente			
		AÑO LÍNEA BASE:				
		VALOR LÍNEA BASE:	90			
		COMPORTAMIENTO DEL INDICADOR:		PERIODICIDAD DE ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN	Mensual	
		FRECUENCIA DE MEDICIÓN:	Mensual			
		UNIDAD DE MEDIDA:				
		ÁREA RESPONSABLE:		FECHA DE PUBLICACIÓN	Mensual	
		METAS				

Nivel	Objetivo	Indicadores		Medios de verificación		Supuestos
		NOMBRE:	Estudios entomológicos	NOMBRE	SIS- Informe mensual Suave	
		DEFINICIÓN:		ÁREA RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN	Servicios de Salud Pública	
		TIPO:	Gestión	DISPONIBILIDAD DE LA INFORMACIÓN	Pública	
		DIMENSIÓN:	Eficacia			
		ÁMBITO:	Procesos			
		MÉTODO DE CÁLCULO	Relaciona el número de estudios entomológicos programados con el número de estudios entomológicos realizados	UNIDAD DE ANÁLISIS		
		ALGORITMO:	EE=EER/EEP EE=Estudios Entomológicos EER=Estudios Entomológicos Realizados EEP=Estudios Entomológicos Programados	COBERTURA GEOGRÁFICA	Estatal	
				DESAGREGACIÓN GEOGRÁFICA		
		AÑO LÍNEA BASE:		PERIODICIDAD DE ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN	Mensual	
		VALOR LÍNEA BASE:	100			
		COMPORTAMIENTO DEL INDICADOR:				
		FRECUENCIA DE MEDICIÓN:	Mensual			
		UNIDAD DE MEDIDA:				
		ÁREA RESPONSABLE:		FECHA DE PUBLICACIÓN	Mensual	
		METAS:				
		NOMBRE:	Nebulización terrestre	NOMBRE	SIS- Plataforma de Vigilancia Entomológica Informe Mensual	
		DEFINICIÓN:		ÁREA RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN	Servicios de Salud Pública	
		TIPO:	Gestión	DISPONIBILIDAD DE LA INFORMACIÓN	Pública	
		DIMENSIÓN:	Eficacia			
		ÁMBITO:	Procesos			
		MÉTODO DE CÁLCULO	Relaciona el número de hectáreas programadas por vía terrestre con el número de hectáreas nebulizadas vía terrestre	UNIDAD DE ANÁLISIS		
		ALGORITMO:	NT=Número de hectáreas	COBERTURA GEOGRÁFICA	Estatal	
		AÑO LÍNEA BASE:	NHN=Número de hectáreas nebulizadas vía terrestre	PERIODICIDAD DE ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN	Mensual	
		VALOR LÍNEA BASE:	NPHN=Número de hectáreas programas a nebulizar vía terrestre			
		COMPORTAMIENTO DEL INDICADOR:				
		FRECUENCIA DE MEDICIÓN:	Mensual			
		UNIDAD DE MEDIDA:				
		ÁREA RESPONSABLE:		FECHA DE PUBLICACIÓN	Mensual	
		METAS:				

Nivel	Objetivo	Indicadores		Medios de verificación		Supuestos
		NOMBRE:	Rociado espacial	NOMBRE	SIS- Informe mensual	
		DEFINICIÓN:		ÁREA RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN	Servicios de Salud Pública	
		TIPO:	Gestión	DISPONIBILIDAD DE LA INFORMACIÓN	Pública	
		DIMENSIÓN:	Eficacia			
		ÁMBITO:	Procesos			
		MÉTODO DE CÁLCULO	Relaciona el total de hectáreas programadas a nebulizar con el total de hectáreas nebulizadas	UNIDAD DE ANÁLISIS		
		ALGORITMO:	RE=THN/THPN RE=Rociado Espacial THN=Total de Hectáreas Nebulizadas THPN=Total de hectáreas Programas a Nebulizar	COBERTURA GEOGRÁFICA	Estatal	
		AÑO LÍNEA BASE:				
		VALOR LÍNEA BASE:	100			
		COMPORTAMIENTO DEL INDICADOR:		PERIODICIDAD DE ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN	Mensual	
		FRECUENCIA DE MEDICIÓN:	Mensual			
		UNIDAD DE MEDIDA:				
		ÁREA RESPONSABLE:		FECHA DE PUBLICACIÓN	Mensual	
		METAS:				
		NOMBRE:	Rociado antilarvario	NOMBRE	SIS- Informe mensual	
		DEFINICIÓN:		ÁREA RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN	Servicios de Salud Pública	
		TIPO:	Gestión	DISPONIBILIDAD DE LA INFORMACIÓN	Pública	
		DIMENSIÓN:	Eficacia			
		ÁMBITO:	Procesos			
		MÉTODO DE CÁLCULO	Relaciona el total programado de superficie expresada en M3 de grandes colecciones de agua permanente y/o temporales de criaderos potenciales del vector con el número de M3 de las colecciones de agua tratadas	UNIDAD DE ANÁLISIS		
		ALGORITMO:	RAL=M3TL/M3PT RAL=Rociado antilarvario M3TL=Metros cúbicos tratados con larvicidas M3PT=Metros cúbicos programados a rociado antilarvario	COBERTURA GEOGRÁFICA	Estatal	
		AÑO LÍNEA BASE:				
		VALOR LÍNEA BASE:	100			
		COMPORTAMIENTO DEL INDICADOR:		PERIODICIDAD DE ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN	Mensual	
		FRECUENCIA DE MEDICIÓN:	Mensual			
		UNIDAD DE MEDIDA:				
		ÁREA RESPONSABLE:		FECHA DE PUBLICACIÓN	Mensual	
		METAS:				

Nivel	Objetivo	Indicadores		Medios de verificación		Supuestos
		NOMBRE:	Toma de muestra sanguínea para diagnóstico de paludismo	NOMBRE	SIS- Informe mensual	
		DEFINICIÓN:		ÁREA RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN	Servicios de Salud Pública	
		TIPO:	Gestión	DISPONIBILIDAD DE LA INFORMACIÓN	Pública	
		DIMENSIÓN:	Eficacia			
		ÁMBITO:	Procesos			
		MÉTODO DE CÁLCULO	Mide la relación entre las muestras sanguíneas programadas y las muestras sanguíneas tomadas y observadas	UNIDAD DE ANÁLISIS		
		ALGORITMO:	MS=MSTO/MSP MS=Muestras Sanguíneas MSTO=Muestras Sanguíneas Tomadas y Observadas MSP=Muestras Sanguíneas Programadas	COBERTURA GEOGRÁFICA	Estatal	
		AÑO LÍNEA BASE:				
		VALOR LÍNEA BASE:	95			
		COMPORTAMIENTO DEL INDICADOR:		PERIODICIDAD DE ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN	Mensual	
		FRECUENCIA DE MEDICIÓN:	Mensual			
		UNIDAD DE MEDIDA:				
		ÁREA RESPONSABLE:		FECHA DE PUBLICACIÓN	Mensual	
		METAS:				
		NOMBRE:	Casos tratados	NOMBRE	SIS- Informe mensual	
		DEFINICIÓN:		ÁREA RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN	Servicios de Salud Pública	
		TIPO:	Gestión	DISPONIBILIDAD DE LA INFORMACIÓN	Pública	
		DIMENSIÓN:	Eficacia			
		ÁMBITO:	Procesos			
		MÉTODO DE CÁLCULO	Relaciona el total de caso de paludismo confirmados parasitoscópicamente con el total de casos de paludismo con tratamiento de cura radical	UNIDAD DE ANÁLISIS		
		ALGORITMO:	CTF=CPCTR/CPCP CPCTR =Casos de paludismo confirmados con tratamiento de cura radical CPCP=Casos de paludismo confirmados por parasitoscopia	COBERTURA GEOGRÁFICA	Estatal	
		AÑO LÍNEA BASE:				
		VALOR LÍNEA BASE:	100			
		COMPORTAMIENTO DEL INDICADOR:		PERIODICIDAD DE ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN	Mensual	
		FRECUENCIA DE MEDICIÓN:	Mensual			
		UNIDAD DE MEDIDA:				
		ÁREA RESPONSABLE:		FECHA DE PUBLICACIÓN	Mensual	
		METAS:				

Nivel	Objetivo	Indicadores		Medios de verificación		Supuestos
		NOMBRE:	TDE supresivos	NOMBRE	SIS- Informe mensual	
		DEFINICIÓN:		ÁREA RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN	Servicios de Salud Pública	
		TIPO:	Gestión	DISPONIBILIDAD DE LA INFORMACIÓN	Pública	
		DIMENSIÓN:	Eficacia			
		ÁMBITO:	Procesos			
		MÉTODO DE CÁLCULO	Relaciona el número de muestras sanguíneas (gota gruesa) tomadas con el número de TDU supresivos ministrados	UNIDAD DE ANÁLISIS		
		ALGORITMO:	TDUS=TDUSM/MST TDUSM=TDU supresivos ministrados MST=Muestras sanguíneas tomadas	COBERTURA GEOGRÁFICA	Estatal	
		AÑO LÍNEA BASE:				
		VALOR LÍNEA BASE:	100			
		COMPORTAMIENTO DEL INDICADOR:		PERIODICIDAD DE ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN	Mensual	
		FRECUENCIA DE MEDICIÓN:	Mensual			
		UNIDAD DE MEDIDA:				
		ÁREA RESPONSABLE:		FECHA DE PUBLICACIÓN	Mensual	
METAS:						
ACTIVIDAD 1.12	Vacunación permanente en unidades de salud (Vigilar las coberturas de vacunación en las jurisdicciones Sanitarias)	NOMBRE:	% de jurisdicciones que alcanzan el 95% de cobertura de vacunación	NOMBRE	SISTEMA PROVAC DE LA SS	Con Recursos Humanos materiales físicos suficiente y ejercicio presupuestado oportuno se logran elevar la cobertura de los esquemas de vacunación
		DEFINICIÓN:		ÁREA RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN	Servicios de Salud Pública	
		TIPO:	Estratégico	DISPONIBILIDAD DE LA INFORMACIÓN	Pública	
		DIMENSIÓN:	Eficiencia			
		ÁMBITO:	Impacto			
		MÉTODO DE CÁLCULO	Mide el porcentaje de jurisdicciones que cumplen con el nivel máximo de cobertura de los esquemas de vacunación	UNIDAD DE ANÁLISIS		
		ALGORITMO:	$PJCV = TJCC / TJ * 100$	COBERTURA GEOGRÁFICA	Estatal	
		AÑO LÍNEA BASE:	2013	DESAGREGACIÓN GEOGRÁFICA		
		VALOR LÍNEA BASE:	85			
		COMPORTAMIENTO DEL INDICADOR:		PERIODICIDAD DE ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN	Anual	
		FRECUENCIA DE MEDICIÓN:	Anual			
		UNIDAD DE MEDIDA:				
		ÁREA RESPONSABLE:		FECHA DE PUBLICACIÓN	Anual	
METAS:						

Nivel	Objetivo	Indicadores		Medios de verificación		Supuestos
ACTIVIDAD 1.13	Vacunación en fases intensivas (Vigilar el logro de las metas programadas)	NOMBRE:	% de jurisdicciones que alcanzan el 95% de las metas programadas	NOMBRE	Sistema SENAS	Con Recursos Humanos materiales físicos suficiente y ejercicio presupuestal oportuno se logran las metas programadas
		DEFINICIÓN:		ÁREA RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN	Servicios de Salud Pública	
		TIPO:	Estratégico	DISPONIBILIDAD DE LA INFORMACIÓN	Pública	
		DIMENSIÓN:	Eficiencia	UNIDAD DE ANÁLISIS		
		ÁMBITO:	Impacto	COBERTURA GEOGRÁFICA	Estatal	
		MÉTODO DE CÁLCULO	Mide el porcentaje de jurisdicciones que cumplen con el nivel máximo de productividad de vacunación	DESAGREGACIÓN GEOGRÁFICA		
		ALGORITMO:	PJCP=TJCP/TJ*100 PJCP=% de jurisdicciones que alcanzan el 95% de productividad de vacunación TJCP=Total de jurisdicciones que cumplen con lo programado	PERIODICIDAD DE ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN	Anual	
		AÑO LÍNEA BASE:	2013	FECHA DE PUBLICACIÓN	Anual	
		VALOR LÍNEA BASE:	85			
		COMPORTAMIENTO DEL INDICADOR:				
		FRECUENCIA DE MEDICIÓN:	Anual			
		UNIDAD DE MEDIDA:				
		ÁREA RESPONSABLE:				
		METAS:				
ACTIVIDAD 1.14	Otorgar atención preventiva, detección y control de tuberculosis	NOMBRE:	Porcentaje de cumplimiento en el Diagnóstico de casos de Tuberculosis	NOMBRE	Sistema de Información en Salud (SIS), Informe paralelo	
		DEFINICIÓN:		ÁREA RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN	Servicios de Salud Pública	
		TIPO:	Estratégico	DISPONIBILIDAD DE LA INFORMACIÓN	Pública	
		DIMENSIÓN:	Eficacia	UNIDAD DE ANÁLISIS		
		ÁMBITO:	Impacto	COBERTURA GEOGRÁFICA	Estatal	
		MÉTODO DE CÁLCULO	Porcentaje de casos detectados sobre casos esperados	DESAGREGACIÓN GEOGRÁFICA		
		ALGORITMO:	DCTB=CD/CE(100) DCTB=Diagnóstico de casos de Tuberculosis CD=Casos diagnosticado CE=Casos esperados	PERIODICIDAD DE ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN	Trimestral	
		AÑO LÍNEA BASE:	2011	FECHA DE PUBLICACIÓN	Trimestral	
		VALOR LÍNEA BASE:	30			
		COMPORTAMIENTO DEL INDICADOR:				
		FRECUENCIA DE MEDICIÓN:	Trimestral			
		UNIDAD DE MEDIDA:				
		ÁREA RESPONSABLE:				
METAS:						

Nivel	Objetivo	Indicadores		Medios de verificación		Supuestos
ACTIVIDAD 1.15	Otorgar atención preventiva, promoción y control de VIH/SIDA y otras ITS	NOMBRE:	Promover la detección voluntaria y oportuna del VIH en población general y campañas de comunicación apegadas a lineamientos técnicos que promueven comportamientos sexuales exentos de riesgos para prevenir la transmisión del VIH y promover la disminución d	NOMBRE	Sistema de Información en Salud (SIS) Informe paralelo	Identificar y prestar atención médica oportuna a personas con VIH asintomática para evitar casos nuevos de infección por VIH y reducir mortalidad por SIDA
		DEFINICIÓN:		ÁREA RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN	Servicios de Salud Pública	
		TIPO:	Estratégico	DISPONIBILIDAD DE LA INFORMACIÓN	Pública	
		DIMENSIÓN:	Eficacia			
		ÁMBITO:	Impacto			
		MÉTODO DE CÁLCULO	Cobertura de pruebas de detección de VIH con pruebas de VIH realizadas en población general sobre meta de pruebas de VIH a realizar	UNIDAD DE ANÁLISIS		
		ALGORITMO:	$PdVIH = PVIH_{PG} / MPVIH * 100$	COBERTURA GEOGRÁFICA	Estatal	
				DESAGREGACIÓN GEOGRÁFICA		
		AÑO LÍNEA BASE:	2011		Trimestral	
		VALOR LÍNEA BASE:	30			
		COMPORTAMIENTO DEL INDICADOR:		PERIODICIDAD DE ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN		
		FRECUENCIA DE MEDICIÓN:	Trimestral			
		UNIDAD DE MEDIDA:				
ÁREA RESPONSABLE:		FECHA DE PUBLICACIÓN	Trimestral			
METAS:						

Nivel	Objetivo	Indicadores		Medios de verificación		Supuestos
ACTIVIDAD 1.16	Otorgar atención preventiva, vigilancia y control de la rabia	NOMBRE:	Personas agredidas por perro	NOMBRE	Sistema de Información en Salud (SIS)	Otorgando prevención se reduce al mínimo los casos de rabia
		DEFINICIÓN:		ÁREA RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN	Servicios de Salud Pública	
		TIPO:	Estratégico	DISPONIBILIDAD DE LA INFORMACIÓN	Pública	
		DIMENSIÓN:	Eficacia			
		ÁMBITO:	Impacto			
		MÉTODO DE CÁLCULO	NPACITA=Número de personas agredidas y en contacto que inician tratamiento antirrábico, NPACR=Número de personas agredidas, en contacto y reportadas	UNIDAD DE ANÁLISIS		
		ALGORITMO:	Número de personas agredidas y en contacto que inician tratamiento antirrábico/ Número de personas agredidas reportadas x 100	COBERTURA GEOGRÁFICA	Estatal	
		DESAGREGACIÓN GEOGRÁFICA				
		AÑO LÍNEA BASE:	2013			
		VALOR LÍNEA BASE:	25	PERIODICIDAD DE ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN	Trimestral	
		COMPORTAMIENTO DEL INDICADOR:				
FRECUENCIA DE MEDICIÓN:	Trimestral					
UNIDAD DE MEDIDA:						
ÁREA RESPONSABLE:		FECHA DE PUBLICACIÓN	Trimestral			
ACTIVIDAD 1.17	Otorgar prevención y atención del cáncer cérvico uterino	NOMBRE:	Tasa de mortalidad de CACU	NOMBRE	CONAPO, INEGI, SEED Y SICAM (sistema de información de cáncer de la mujer) Sistema único automatizado de vigilancia epidemiológica del suave. Plataforma	Mejorando los procesos y vigilancia de las normas se contribuye a disminuir la tasa de mortalidad por Cáncer Cérvico Uterino (CACU)
		DEFINICIÓN:		ÁREA RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN	Servicios de Salud Pública	
		TIPO:	Estratégico	DISPONIBILIDAD DE LA INFORMACIÓN	Pública	
		DIMENSIÓN:	Eficiencia			
		ÁMBITO:	Impacto			
		MÉTODO DE CÁLCULO	Mide la razón de mujeres de la población de estado en relación a las defunciones por CACU TMCACU=Tasa de Mortalidad de CACU TDCACU=Total de Defunciones de CACU	UNIDAD DE ANÁLISIS		
		ALGORITMO:	$TMCACU = \frac{TDCACU}{N \text{ mujeres} \times 100000}$	COBERTURA GEOGRÁFICA	Estatal	
		DESAGREGACIÓN GEOGRÁFICA				
		AÑO LÍNEA BASE:				
		VALOR LÍNEA BASE:	21.5	PERIODICIDAD DE ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN	Anual	
		COMPORTAMIENTO DEL INDICADOR:				
FRECUENCIA DE MEDICIÓN:	Anual					
UNIDAD DE MEDIDA:						
ÁREA RESPONSABLE:		FECHA DE PUBLICACIÓN	Anual			
MÉTAS:						

Nivel	Objetivo	Indicadores		Medios de verificación		Supuestos
ACTIVIDAD 1.18	Otorgar prevención y atención del cáncer de mama	NOMBRE:	Tasa de mortalidad de CAMA	NOMBRE	CONAPO, INEGI, SEED Y SICAM (SISTEMA DE INFORMACIÓN DE CÁNCER DE LA MUJER)	Mejorando los procesos y vigilancia de las normas se contribuye a mantener la tasa de mortalidad por debajo de 12.4 de Cáncer de mama (CAMA)
		DEFINICIÓN:		ÁREA RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN	Servicios de Salud Pública	
		TIPO:	Estratégico	DISPONIBILIDAD DE LA INFORMACIÓN	Pública	
		DIMENSIÓN:	Eficiencia			
		ÁMBITO:	Impacto			
		MÉTODO DE CÁLCULO	Mide la razón de mujeres de a población de estado en relación a las defunciones por Cama TMCAMA=Tasa de Mortalidad de CAMA TDCAMA=Total de Defunciones de CAMA	UNIDAD DE ANÁLISIS		
		ALGORITMO:	$TMCAMA = \frac{TDCAMA}{N \text{ mujeres} \times 100000}$	COBERTURA GEOGRÁFICA DESAGREGACIÓN GEOGRÁFICA	Estatal	
		AÑO LÍNEA BASE:				
		VALOR LÍNEA BASE:	12.4			
		COMPORTAMIENTO DEL INDICADOR:		PERIODICIDAD DE ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN	Anual	
		FRECUENCIA DE MEDICIÓN:	Anual			
		UNIDAD DE MEDIDA:				
		ÁREA RESPONSABLE:		FECHA DE PUBLICACIÓN	Anual	
METAS:						

Nivel	Objetivo	Indicadores		Medios de verificación		Supuestos
ACTIVIDAD 1.19	Realizar vigilancia epidemiológica	NOMBRE:	Cobertura del SUAVE	NOMBRE	Sistema único automatizado de vigilancia epidemiológica del SUAVE. Plataforma www.Sinave.gob.mx , módulo Notificación Semanal de casos (Suave en Web), Suave para Windows de 32 bit (sistema local para general la cobertura del semanal)	
		DEFINICIÓN:		ÁREA RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN	Servicios de Salud Pública	
		TIPO:	Estratégico	DISPONIBILIDAD DE LA INFORMACIÓN	Pública	
		DIMENSIÓN:	Eficacia			
		ÁMBITO:	Procesos			
		MÉTODO DE CÁLCULO	<p>Porcentaje de unidades que notifican con oportunidad semanal los casos nuevos de enfermedad sujetas a vigilancia epidemiológica del total de unidades que el sector salud tiene dadas de alta en el catálogo de unidades del SUAVE en las jurisdicciones del estado</p> <p>CO=Cobertura Oportuna</p> <p>NUM=Unidades Médicas que reportan cada semana</p> <p>NUCS=Número de unidades en el catálogo de SUAVE</p>	UNIDAD DE ANÁLISIS		
		ALGORITMO:	$CO = \frac{NUM}{NUCS} \times 100$	COBERTURA GEOGRÁFICA DESAGREGACIÓN GEOGRÁFICA	Estatal	
		AÑO LÍNEA BASE:				
		VALOR LÍNEA BASE:	84			
		COMPORTAMIENTO DEL INDICADOR:		PERIODICIDAD DE ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN	Anual	
		FRECUENCIA DE MEDICIÓN:	Anual			
		UNIDAD DE MEDIDA:				
		ÁREA RESPONSABLE:		FECHA DE PUBLICACIÓN	Anual	
METAS:						

Nivel	Objetivo	Indicadores		Medios de verificación		Supuestos
ACTIVIDAD 1.20	Fortalecer el programa de seguridad vial y prevención de accidentes	NOMBRE:	Tasa de mortalidad por accidentes de tráfico de vehículos de motor (ATVM) en el grupo de edad de 15 a 29 años	NOMBRE	Sistema epidemiológico y estadístico de las defunciones (SEED)	
		DEFINICIÓN:		ÁREA RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN	Servicios de Salud Pública	
		TIPO:	Estratégico	DISPONIBILIDAD DE LA INFORMACIÓN	Pública	
		DIMENSIÓN:	Eficacia			
		ÁMBITO:	Impacto			
		MÉTODO DE CÁLCULO	Mide número de personas que fallecen como consecuencia por lesión producida por ATVM en el grupo de edad de 15 a 29 años TMATVM(15-29 años)=Tasa de Mortalidad por ATVM (15-29 años) TDATVM(15-29 años)=Total de defunciones por ATVM 15-29 años	UNIDAD DE ANÁLISIS		
		ALGORITMO:	$TMATVM(15-29 \text{ años}) = \frac{TDATVM(15-29 \text{ años})}{\text{Población}(15-29 \text{ años} \times 100000)}$	COBERTURA GEOGRÁFICA	Estatal	
		AÑO LÍNEA BASE:	2005	DESAGREGACIÓN GEOGRÁFICA		
		VALOR LÍNEA BASE:	17.1			
		COMPORTAMIENTO DEL INDICADOR:		PERIODICIDAD DE ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN	Anual	
		FRECUENCIA DE MEDICIÓN:	Sexenal			
		UNIDAD DE MEDIDA:				
		ÁREA RESPONSABLE:		FECHA DE PUBLICACIÓN		
		METAS:				
		UNIDAD DE MEDIDA:				
		ÁREA RESPONSABLE:		FECHA DE PUBLICACIÓN		
		METAS:				
		NOMBRE:	Integración y funcionamiento del observatorio de lesiones.	NOMBRE	Registro inf. del sistema estatal de urgencias	
		DEFINICIÓN:		ÁREA RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN	Servicios de salud pública	
		TIPO:	Gestión	DISPONIBILIDAD DE LA INFORMACIÓN	Pública	
		DIMENSIÓN:	Eficiencia			
		ÁMBITO:	Impacto			
		MÉTODO DE CÁLCULO	Instituciones que reportan información al observatorio de lesiones (IRO) (al menos 5). NIIROL= No. instituciones integradas al observatorio que reportan información. NIIO= Número de instituciones integradas al observatorio.	UNIDAD DE ANÁLISIS		
		ALGORITMO:	$IRO = \frac{NIIROL}{NIIO} \times 100$	COBERTURA GEOGRÁFICA	Estatal	
		AÑO LÍNEA BASE:	2012	DESAGREGACIÓN GEOGRÁFICA		
		VALOR LÍNEA BASE:	100			
		COMPORTAMIENTO DEL INDICADOR:		PERIODICIDAD DE ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN	Mensual	
		FRECUENCIA DE MEDICIÓN:	Mensual			
UNIDAD DE MEDIDA:						
ÁREA RESPONSABLE:		FECHA DE PUBLICACIÓN	Mensual			
METAS:						

Nivel	Objetivo	Indicadores		Medios de verificación		Supuestos
		NOMBRE:	Levantamiento y análisis de la línea basal (LB) de información sobre factores de riesgo en municipios prioritarios.	NOMBRE	Registro de información del sistema estatal de urgencias.	
		DEFINICIÓN:		ÁREA RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN	Servicios de salud pública.	
		TIPO:	Estratégico	DISPONIBILIDAD DE LA INFORMACIÓN	Pública	
		DIMENSIÓN:	Eficiencia			
		ÁMBITO:	Impacto	UNIDAD DE ANÁLISIS		
		MÉTODO DE CÁLCULO	AILB= análisis de información de línea basal	COBERTURA GEOGRÁFICA	Estatal	
		ALGORITMO:	$AILB = NLBR / NLBP \times 100$	DESAGREGACIÓN GEOGRÁFICA		
		AÑO LÍNEA BASE:	2013			
		VALOR LÍNEA BASE:	0			
		COMPORTAMIENTO DEL INDICADOR:		PERIODICIDAD DE ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN	Mensual	
		FRECUENCIA DE MEDICIÓN:	Anual			
		UNIDAD DE MEDIDA:				
		ÁREA RESPONSABLE:		FECHA DE PUBLICACIÓN	Mensual	
		NOMBRE:	Reporte de operativos de alcoholimetría en municipios prioritarios.	NOMBRE	Registro de información del sistema estatal de urgencias.	
		DEFINICIÓN:		ÁREA RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN	Servicios de salud pública.	
		TIPO:	Estratégico	DISPONIBILIDAD DE LA INFORMACIÓN	Pública	
		DIMENSIÓN:	Eficiencia			
		ÁMBITO:	impacto	UNIDAD DE ANÁLISIS		
		MÉTODO DE CÁLCULO	ROAMP= Reporte de operativo de alcoholimetría por municipio prioritario. ROAMPR= Reporte de operativo de alcoholimetría por municipio prioritario realizado. ROAMPP= Reporte de operativo de alcoholimetría por municipio prioritario programado.			
		ALGORITMO:	$ROAMP = ROAMPR / ROAMPP \times 100$	COBERTURA GEOGRÁFICA	Estatal	
		AÑO LÍNEA BASE:	2013	DESAGREGACIÓN GEOGRÁFICA		
		VALOR LÍNEA BASE:	0			
		COMPORTAMIENTO DEL INDICADOR:		PERIODICIDAD DE ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN	Trimestral	
		FRECUENCIA DE MEDICIÓN:	Trimestral			
		UNIDAD DE MEDIDA:				
		ÁREA RESPONSABLE:		FECHA DE PUBLICACIÓN	Trimestral	
		METAS:				

Nivel	Objetivo	Indicadores		Medios de verificación		Supuestos
		NOMBRE:	Número de personas de 15-29 años de edad que recibieron pláticas de sensibilización en seguridad vial (SV)	NOMBRE	Registro de información del sistema estatal de urgencias.	
		DEFINICIÓN:		ÁREA RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN	Servicios de salud pública	
		TIPO:	Estratégico	DISPONIBILIDAD DE LA INFORMACIÓN	Pública	
		DIMENSIÓN:	Eficiencia			
		ÁMBITO:	Impacto			
		MÉTODO DE CÁLCULO	PSSV= Personas sensibilizadas en SV. PSSVC= Personas sensibilizadas en SV capacitadas. PSSVP= Personas sensibilizadas en SV programadas.	UNIDAD DE ANÁLISIS		
		ALGORITMO:	$PSSV = PSSVC / PSSVP \times 100$	COBERTURA GEOGRÁFICA	Estatal	
				DESAGREGACIÓN GEOGRÁFICA		
		AÑO LÍNEA BASE:		PERIODICIDAD DE ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN	Trimestral	
		VALOR LÍNEA BASE:	5			
		COMPORTAMIENTO DEL INDICADOR:				
		FRECUENCIA DE MEDICIÓN:	Trimestral			
		UNIDAD DE MEDIDA:				
		ÁREA RESPONSABLE:		FECHA DE PUBLICACIÓN	Trimestral	
		METAS:				
		NOMBRE:	Campañas de promoción de seguridad vial y de prevención de accidentes.	NOMBRE	Registro de información sistema estatal de urgencias	
		DEFINICIÓN:		ÁREA RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN	Servicios de salud pública	
		TIPO:	Estratégico	DISPONIBILIDAD DE LA INFORMACIÓN	publica	
		DIMENSIÓN:	Eficiencia			
		ÁMBITO:	Impacto			
		MÉTODO DE CÁLCULO	CPSV= campañas de promoción en seg. Vial. CPSVR= Campaña de promoción en seguridad vial realizadas. CPSVP= Campaña de promoción en seguridad vial programadas.	UNIDAD DE ANÁLISIS		
		ALGORITMO:	$CPSV = CPSVR / CPSVP \times 100$	COBERTURA GEOGRÁFICA	Estatal	
				DESAGREGACIÓN GEOGRÁFICA		
		AÑO LÍNEA BASE:	2013	PERIODICIDAD DE ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN	Anual	
		VALOR LÍNEA BASE:	0			
		COMPORTAMIENTO DEL INDICADOR:				
		FRECUENCIA DE MEDICIÓN:	Anual			
		UNIDAD DE MEDIDA:				
		ÁREA RESPONSABLE:		FECHA DE PUBLICACIÓN	Anual	
		METAS:				

Nivel	Objetivo	Indicadores		Medios de verificación		Supuestos
		NOMBRE:	Capacitar a la población civil en soporte vital básico (SVB).	NOMBRE	Registro de información del sistema estatal de urgencias.	
		DEFINICIÓN:		ÁREA RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN	Servicio de salud pública	
		TIPO:	Estratégico	DISPONIBILIDAD DE LA INFORMACIÓN	Pública	
		DIMENSIÓN:	Eficiencia	UNIDAD DE ANÁLISIS		
		ÁMBITO:		COBERTURA GEOGRÁFICA	Estatal	
		MÉTODO DE ACTIVIDAD 1.26CÁLCULO	PCSVB= Personas capacitadas en SVB. PCSVBR= Personas capacitadas en SVB realizadas. PCSVBP= Personas capacitadas en SVB programadas.	DESAGREGACIÓN GEOGRÁFICA		
		ALGORITMO:	$PCSVB = PCSVBR / PCSVBP \times 100$	PERIODICIDAD DE ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN	Trimestral	
		AÑO LÍNEA BASE:	2013	FECHA DE PUBLICACIÓN	Trimestral	
		VALOR LÍNEA BASE:	5			
		COMPORTAMIENTO DEL INDICADOR:				
		FRECUENCIA DE MEDICIÓN:	Trimestral			
		UNIDAD DE MEDIDA:				
		ÁREA RESPON::				
		METAS:				
		NOMBRE:	Personas capacitadas como primeros respondientes (PR) en atención inmediato de urgencias médicas (AIUM)	NOMBRE	Registro de información del sistema estatal de urgencias.	
		DEFINICIÓN:		ÁREA RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN	Servicio de salud pública.	
		TIPO:	Estratégico	DISPONIBILIDAD DE LA INFORMACIÓN	Pública	
		DIMENSIÓN:	Eficacia	UNIDAD DE ANÁLISIS		
		ÁMBITO:	Impacto	COBERTURA GEOGRÁFICA	Estatal	
		MÉTODO DE CÁLCULO	PRAIUM= Primeros respondientes en atención inmediata de urgencias médicas (AIUM). PRAIUMC= Primeros respondientes en AIUM capacitados. PRAIUMP= Primeros respondientes en AIUM programados.	DESAGREGACIÓN GEOGRÁFICA		
		ALGORITMO:	$PRAIUM = PRAIUMC / PRAIUMP \times 100$	PERIODICIDAD DE ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN	Trimestral	
		AÑO LÍNEA BASE:	2013	FECHA DE PUBLICACIÓN	Trimestral	
		VALOR LÍNEA BASE:	0			
		COMPORTAMIENTO DEL INDICADOR:				
		FRECUENCIA DE MEDICIÓN:	Trimestral			
		UNIDAD DE MEDIDA:				
		ÁREA RESPONSG:				
		METAS:				

Nivel	Objetivo	Indicadores		Medios de verificación		Supuestos
ACTIVIDAD 1.21	A.1.4.1.21 Contribuir a la disminución de muertes por suicidio en el Estado de Tabasco.	NOMBRE:	Tasa de mortalidad por suicidio en Tabasco.	NOMBRE	Base de datos de los certificados de defunción y de la PGJ de Tabasco.	Analizar el comportamiento de las tasas de muertes por suicidio en el estado e incidir en la prevención de muertes por esta causa en Tabasco
		DEFINICIÓN:		ÁREA RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN	Servicios de salud pública.	
		TIPO:	Estratégico	DISPONIBILIDAD DE LA INFORMACIÓN	Pública	
		DIMENSIÓN:	Eficacia			
		ÁMBITO:	Impacto			
		MÉTODO DE CÁLCULO	Mide la relación del número total de defunciones por suicidio con el total de la población del Estado de Tabasco. TMS= Tasa de Mortalidad por Suicidio. N= Número de defunciones por suicidio. NT= Número Total de población. 100000 Habitantes	UNIDAD DE ANÁLISIS		
		ALGORITMO:	$TMS = (N / NT) \times 100000$	COBERTURA GEOGRÁFICA	Estatal	
				DESAGREGACIÓN GEOGRÁFICA		
		AÑO LÍNEA BASE:	2007			
		VALOR LÍNEA BASE:	9.6			
		COMPORTAMIENTO DEL INDICADOR:		PERIODICIDAD DE ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN	Anual	
		FRECUENCIA DE MEDICIÓN:	Anual			
		UNIDAD DE MEDIDA:				
ÁREA RESPONSABLE:		FECHA DE PUBLICACIÓN	Anual			
METAS:						

Nivel	Objetivo	Indicadores		Medios de verificación		Supuestos
ACTIVIDAD 1.22	A.1.4.1.22 Realizar acciones de detección oportuna de casos con riesgo de suicidio, a través de los servicios de salud mental de las unidades de atención, en las 17 jurisdicciones del Estado de Tabasco	NOMBRE:	Porcentaje de detección de casos nuevos con riesgo de suicidio en los servicios de salud mental.	NOMBRE	Base de datos del registro mensual de pacientes con riesgo de suicidio de los servicios de salud mental	El fortalecimiento de los mecanismos de detección oportuna de los casos con "riesgo de suicidio", contribuye a la prevención de muertes por esta causa en el estado de Tabasco.
		DEFINICIÓN:		ÁREA RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN	Servicios de salud pública	
		TIPO:	Estratégico	DISPONIBILIDAD DE LA INFORMACIÓN	Pública	
		DIMENSIÓN:	Eficiencia			
		ÁMBITO:	Impacto			
		MÉTODO DE CÁLCULO	Mide la relación de las acciones de detección de casos nuevos con riesgo de suicidio esperados. D= Porcentaje de detección de casos con riesgo de suicidio. ND= número de casos nuevos detectados con riesgo de suicidio. NTE= Número total de casos esperados con riesgo de suicidio.	UNIDAD DE ANÁLISIS		
		ALGORITMO:	$D = ND / NTE \times 100$	COBERTURA GEOGRÁFICA	Estatal	
				DESAGREGACIÓN GEOGRÁFICA		
		AÑO LÍNEA BASE:	2009			
		VALOR LÍNEA BASE:	1.05			
		COMPORTAMIENTO DEL INDICADOR:		PERIODICIDAD DE ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN	Trimestral	
		FRECUENCIA DE MEDICIÓN:	Trimestral			
		UNIDAD DE MEDIDA:				
ÁREA RESPONSABLE:		FECHA DE PUBLICACIÓN	Trimestral			
METAS:						

Nivel	Objetivo	Indicadores		Medios de verificación		Supuestos
ACTIVIDAD 1.23	A.1.4.1.23 Realizar acciones de atención especializada de caos con riesgo de suicidio, a través de los servicios de salud mental de las unidades de atención en las 17 jurisdicciones del Estado de Tabasco.	NOMBRE:	Atenciones realizadas en los servicios de salud mental a los usuarios con riesgo de suicidio.	NOMBRE	Bases de datos del registro mensual de pacientes con riesgo de suicidio de los servicios de salud mental.	El mejoramiento de la calidad de atención en los servicios de salud de los tres niveles de atención, favorece la disminución de conductas de riesgo suicida en la población atendida de las 17 jurisdicciones sanitarias del estado de Tabasco.
		DEFINICIÓN:		ÁREA RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN	Servicios de salud pública	
		TIPO:	Estratégico	DISPONIBILIDAD DE LA INFORMACIÓN	Pública	
		DIMENSIÓN:	Eficiencia			
		ÁMBITO:	Procesos			
		MÉTODO DE CÁLCULO	Mide la atención de las acciones de atención de casos con riesgo de suicidio y el total de atenciones de casos con riesgo de suicidios esperados. A= porcentaje de atención de casos con riesgo de suicidio. NA= Número de atenciones de los casos detectados con riesgo de suicidio. NTAE= Número total de atenciones esperados con riesgo de suicidio.	UNIDAD DE ANÁLISIS		
		ALGORITMO:	$A = NA / NTAE \times 100$	COBERTURA GEOGRÁFICA	Estatal	
				DESAGREGACIÓN GEOGRÁFICA		
		AÑO LÍNEA BASE:	2009			
		VALOR LÍNEA BASE:	4.35			
		COMPORTAMIENTO DEL INDICADOR:		PERIODICIDAD DE ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN	Trimestral	
		FRECUENCIA DE MEDICIÓN:	Trimestral			
		UNIDAD DE MEDIDA:				
ÁREA RESPONSABLE:		FECHA DE PUBLICACIÓN	Trimestral			
METAS:						

Nivel	Objetivo	Indicadores		Medios de verificación		Supuestos
ACTIVIDAD 1.24	A.1.4.1.24 Brindar servicios de prevención y atención de la violencia familiar y de género.	NOMBRE:	Porcentaje de coberturas de atención especializada a mujeres víctimas de violencia familiar severa.	NOMBRE	SIS y reportes mensuales.	Contar con los informes en tiempo y forma.
		DEFINICIÓN:		ÁREA RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN	Servicios de salud pública	
		TIPO:	Estratégico	DISPONIBILIDAD DE LA INFORMACIÓN	Pública	
		DIMENSIÓN:	Eficiencia			
		ÁMBITO:	Impacto			
		MÉTODO DE CÁLCULO	Número de mujeres de 15 años o más unidas y de responsabilidad, que están en situación de violencia familiar severa, a las que se les otorga atención médica y/o psicológica especializada de primera vez entre número estimado de mujeres que viven en situación de violencia familiar severa para la población de responsabilidad de los SESA's.	UNIDAD DE ANÁLISIS		
		ALGORITMO:	Número de mujeres de 15 años o más unidas y de responsabilidad, que están en situación de violencia familiar severa, a las que se les otorga atención médica y/o psicológica especializada de primera vez. / Número estimado de mujeres que viven en situación de violencia familiar severa para la población de responsabilidad X 100.	COBERTURA GEOGRÁFICA	Estatal	
				DESAGREGACIÓN GEOGRÁFICA		
		AÑO LÍNEA BASE:	2011			
		VALOR LÍNEA BASE:	40.872			
		COMPORTAMIENTO DEL INDICADOR:		PERIODICIDAD DE ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN	Trimestral	
		FRECUENCIA DE MEDICIÓN:	Trimestral			
		UNIDAD DE MEDIDA:				
ÁREA RESPONSABLE:		FECHA DE PUBLICACIÓN				
METAS:						
ACTIVIDAD 1.25	A.1.4.1.25 Fomentar la igualdad de género en salud.	NOMBRE:	Porcentaje de personal de salud actualizado/capacitado durante el año.	NOMBRE	Listas de capacitación, informe trimestral	Contar con los informes en tiempo y forma.
		DEFINICIÓN:		ÁREA RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN	Servicios de salud pública	
		TIPO:	Estratégico	DISPONIBILIDAD DE LA INFORMACIÓN	Pública	
		DIMENSIÓN:	Eficiencia			
		ÁMBITO:	Impacto			
		MÉTODO DE CÁLCULO	Número total del personal actualizado entre el número total de personal de salud a capacitar.	UNIDAD DE ANÁLISIS		
		ALGORITMO:	Personal de salud actualizado/capacitado Personal de salud a capacitar	COBERTURA GEOGRÁFICA	Estatal	
				DESAGREGACIÓN GEOGRÁFICA		
		AÑO LÍNEA BASE:	2011			
		VALOR LÍNEA BASE:	350			
		COMPORTAMIENTO DEL INDICADOR:		PERIODICIDAD DE ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN	Trimestral	
		FRECUENCIA DE MEDICIÓN:	Trimestral			
		UNIDAD DE MEDIDA:				
ÁREA RESPONSABLE:		FECHA DE PUBLICACIÓN				
METAS:						

Nivel	Objetivo	Indicadores		Medios de verificación		Supuestos
ACTIVIDAD 1.26	A.1.4.1.26 Prevenir, atender y rehabilitar a la población que padece o tiene riesgo de padecer algún trastorno mental y del comportamiento.	NOMBRE:	Consultas de salud mental en primero y segundo nivel de atención	NOMBRE	SIS	Los distintos niveles de atención mejoran la prestación de sus servicios al contar con los insumos necesarios reflejándose en una mejora de la cultura de prevención de la salud mental en la población.
		DEFINICIÓN:		ÁREA RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN	Servicios de salud pública	
		TIPO:	Estratégico	DISPONIBILIDAD DE LA INFORMACIÓN	Pública	
		DIMENSIÓN:	Eficacia			
		ÁMBITO:	Impacto			
		MÉTODO DE CÁLCULO	Mide el porcentaje de logro de atenciones brindadas por los servicios de salud mental, contra las programadas en el año	UNIDAD DE ANÁLISIS		
		ALGORITMO:	Número de consultas otorgadas 2013 * 100 / Número de consultas esperadas 2013	COBERTURA GEOGRÁFICA	Estatal	
		DESAGREGACIÓN GEOGRÁFICA				
		AÑO LÍNEA BASE:				
		VALOR LÍNEA BASE:	85.8	PERIODICIDAD DE ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN	Trimestral	
		COMPORTAMIENTO O DEL INDICADOR:				
		FRECUENCIA DE MEDICIÓN:	Trimestral			
UNIDAD DE MEDIDA:						
ÁREA RESPONSABLE:		FECHA DE PUBLICACIÓN				
METAS:						
ACTIVIDAD 1.27	A.1.4.27 Brindar atención preventiva en adicciones en la población de 10 a 64 años.	NOMBRE:	Intervención breve	NOMBRE	SIS. Registro mensual de acciones del CENADIC.	Intervención breve oportuna nos permite atender y conocer los factores de riesgo y droga de inicio que esta consumiendo.
		DEFINICIÓN:		ÁREA RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN	Servicios de salud pública	
		TIPO:	Estratégico	DISPONIBILIDAD DE LA INFORMACIÓN	pública	
		DIMENSIÓN:	Eficacia			
		ÁMBITO:	Impacto			
		MÉTODO DE CÁLCULO	Mide la relación de los programas y lo esperado en intervenciones breves. Número de intervenciones breves realizadas en el año.	UNIDAD DE ANÁLISIS		
		ALGORITMO:	$IB = IBR / IBP \times 100$	COBERTURA GEOGRÁFICA	Estatal	
		DESAGREGACIÓN GEOGRÁFICA				
		AÑO LÍNEA BASE:	2011			
		VALOR LÍNEA BASE:	80	PERIODICIDAD DE ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN	Anual	
		COMPORTAMIENTO O DEL INDICADOR:				
		FRECUENCIA DE MEDICIÓN:	Anual			
UNIDAD DE MEDIDA:						
ÁREA RESPONSABLE:		FECHA DE PUBLICACIÓN				
METAS:						

Nivel	Objetivo	Indicadores		Medios de verificación		Supuestos
ACTIVIDAD 1.28	A.1.4.1.28 Adolescentes de 12 a 17 años que participan en acciones de prevención.	NOMBRE:	Adolescentes de 12 a 17 años que participan en acciones de prevención.	NOMBRE	SIS. Registro mensual de acciones del CENADIC.	La importancia de las acciones de sensibilización en la población de adolescentes, retrasa el consumo inicial al conocer los daños que originan las drogas.
		DEFINICIÓN:		ÁREA RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN	Servicios de salud pública	
		TIPO:	Estratégico	DISPONIBILIDAD DE LA INFORMACIÓN	Pública	
		DIMENSIÓN:	Eficacia			
		ÁMBITO:	Impacto			
		MÉTODO DE CÁLCULO	Mide la relación de lo programado y lo realizado en adolescentes que participan en acciones de prevención. Número de adolescentes sensibilizados en el año. Número de adolescentes programados en el año X 100.	UNIDAD DE ANÁLISIS		
		ALGORITMO:	$AS = \frac{ASA}{ASPA} \times 100$	COBERTURA GEOGRÁFICA	Estatal	
		AÑO LÍNEA BASE:	2011	DESAGREGACIÓN GEOGRÁFICA		
		VALOR LÍNEA BASE:	70			
		COMPORTAMIENTO DEL INDICADOR:		PERIODICIDAD DE ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN	Anual	
		FRECUENCIA DE MEDICIÓN:	Anual			
		UNIDAD DE MEDIDA:				
ÁREA RESPONSABLE:		FECHA DE PUBLICACIÓN				
METAS:						
ACTIVIDAD 1.29	Otorgar atención en urgencias epidemiológicas, emergencias y desastres	NOMBRE:	Inicia la atención en formas inmediatas la Emergencia en Salud (brotes, desastres,	NOMBRE	Manual de urgencias y desastres	Monitoreo, Vigilancia epidemiológica
		DEFINICIÓN:		ÁREA RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN	Servicios de Salud Pública	
		TIPO:	Estratégico	DISPONIBILIDAD DE LA INFORMACIÓN	Pública	
		DIMENSIÓN:	Eficacia			
		ÁMBITO:	Impacto			
		MÉTODO DE CÁLCULO	Número de brotes y desastres	UNIDAD DE ANÁLISIS		
		ALGORITMO:	Número de brotes y emergencias esperados/promedio de 7 años (60) de brotes ocurridos en el periodo x100 activo	COBERTURA GEOGRÁFICA	Estatal	
		AÑO LÍNEA BASE:	2013	DESAGREGACIÓN GEOGRÁFICA		
		VALOR LÍNEA BASE:	0			
		COMPORTAMIENTO DEL INDICADOR:		PERIODICIDAD DE ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN	Anual	
		FRECUENCIA DE MEDICIÓN:	Anual			
		UNIDAD DE MEDIDA:				
ÁREA RESPONSABLE:		FECHA DE PUBLICACIÓN	Anual			
METAS:						

ANEXO 2. EVALUACIÓN DE LA MIR A (“INDICADORES”).

Nombre del programa: E015 Servicios de Salud Pública

Modalidad: “E”

Dependencia/Entidad: Secretaría de Salud

Unidad Responsable:

Tipo de Evaluación: Evaluación de Matriz de Indicadores de Resultados

Año de Evaluación: Ejercicio fiscal 2013

Nivel de Objetivo	Nombre del Indicador	Método de Cálculo	Claro	Relevante	Económico	Monitoreable	Adecuado	Definición	Unidad de Medida	Frecuencia de Medición	Línea Base	Metas	Comportamiento del indicador
FIN	Comparativo de las 10 primeras causas de enfermedad	Tasas de mortalidad de las 10 primeras causas de enfermedad 2012 confrontadas con tasa de morbilidad de las 10 primeras causas 2013	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	No	Sí	No	No	No
PROPÓSITO	Índice de evaluación caminando a la excelencia	Porcentaje promedio alcanzado en 2012, V.S. porcentaje promedio alcanzado en 2013	Sí	Sí	Sí	Sí	No		No	Sí	No	No	No
COMPONENTE	Coordinación intra e intersectorial	Porcentaje de comités y consejos funcionando	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	No	Sí	No	No	No
ACTIVIDAD 1.1	Porcentaje de jurisdicciones en cumplimiento de metas	Mide el porcentaje del avance de las metas realizadas en relación a la meta establecida por el programa rector	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	No	Sí	No	No	No

Nivel de Objetivo	Nombre del Indicador	Método de Cálculo	Claro	Relevante	Económico	Monitoreable	Adecuado	Definición	Unidad de Medida	Frecuencia de Medición	Línea Base	Metas	Comportamiento del indicador
ACTIVIDAD 1.2	Capacitación	Mide el porcentaje del avance de las capacitaciones realizadas en relación a la meta establecida por el programa rector TU= 100%= Total de Jurisdicciones que alcanzaron el 100% de las capacitaciones TU= Total de Jurisdicciones	Sí	No	Sí	Sí	NO	No	No	Sí	Sí	No	No
ACTIVIDAD 1.3	Supervisión	Mide el porcentaje del avance de las supervisiones realizadas en relación a la meta establecida por el programa rector TU= 100%= Total de supervisiones realizadas TU= Total de Jurisdicciones	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	No	No
ACTIVIDAD 1.4	Mortalidad en menores de 5 años	Se obtiene a través del número de defunciones por todas las causas en menores de 5 años / población menores de 5 años X 100	No	No	No	No	No	No	No	Sí	Sí	No	No
ACTIVIDAD 1.5	Mortalidad en menores de 5 años	Se obtiene a través del número de defunciones por todas las causas en menores de 5 años / población menores de 5 años X 1000	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	No	No
ACTIVIDAD 1.6	Porcentaje de Jurisdicciones capacitadas en estimulación temprana	Mide el porcentaje de jurisdicciones capacitadas del personal médico y paramédico en el manejo de la estimulación temprana PJCT= Porcentaje de jurisdicciones capacitadas en estimulación temprana TJC=Total de Jurisdicción Capacitadas TJ=Total de Jurisdicciones	No	No	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	No	No

Nivel de Objetivo	Nombre del Indicador	Método de Cálculo	Claro	Relevante	Económico	Monitoreable	Adecuado	Definición	Unidad de Medida	Frecuencia de Medición	Línea Base	Metas	Comportamiento del indicador
ACTIVIDAD 1.7	% de jurisdicciones que alcanzan el 80% de la cobertura en Vigilancia nutricional de la población menor de 5 años	Mide el porcentaje de jurisdicciones con el nivel máximo de cobertura de vigilancia nutricional del menor de 5 años. PJC VN= % de las Jurisdicciones que alcanzan el 80% de cobertura de vigilancia nutricional TJCC=Total de Jurisdicciones que cumplan con la meta	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	No	No
ACTIVIDAD 1.8	Cobertura de usuarias, en MEF	Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años de edad que utilizan un método anticonceptivo proporcionado por la Secretaría de Salud, respecto al total de mujeres de este grupo de edad de la población potencial de la institución	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	No	No	No
ACTIVIDAD 1.9	Atención materna y perinatal	Indicadores de control prenatal, cobertura de nacimientos, porcentaje de tamiz neonatal, porcentaje de cesáreas, inicio de control de puerperio, recién nacido con bajo peso	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	No	No	No
ACTIVIDAD 1.10	Porcentaje de personal de promoción a la salud con competencias en el manejo de determinantes que inciden en la salud de la población	Mide el porcentaje total de personal de promoción de la salud calificado en competencias en relación al total de personal de promoción de la salud PPPSC=Porcentaje de personal de promoción de la salud con competencias TPPSC=Total de Personal de promoción de la Salud con Competencia TPPS=Total de personal de promoción de la salud	No	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	No	No	No

Nivel de Objetivo	Nombre del Indicador	Método de Cálculo	Claro	Relevante	Económico	Monitoreable	Adecuado	Definición	Unidad de Medida	Frecuencia de Medición	Línea Base	Metas	Comportamiento del indicador
ACTIVIDAD 1.11	Fumigaciones en casa	Mide la relación entre las causas visitadas con las casa tratadas FV=Fumigaciones en casa CVT=Casas visitadas tratadas CV=Casas visitadas	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	No	No
ACTIVIDAD 1.11	Casas vigiladas tratadas	Relaciona el número total de casas visitadas en el control larvario con el total de casas tratadas	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	No	No
ACTIVIDAD 1.11	Ovitrampas revisadas semanalmente	Relaciona el número total de Ovitrampas instaladas con el número total de Ovitrampas revisadas semanalmente	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	No	No
ACTIVIDAD 1.11	Estudios entomológicos	Relaciona el número de estudios entomológicos programados con el número de estudios entomológicos realizados	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	No	No
ACTIVIDAD 1.11	Nebulización terrestre	Relaciona el número de hectáreas programadas por vía terrestre con el número de hectáreas nebulizadas vía terrestre	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	No	No
ACTIVIDAD 1.11	Rociado espacial	Relaciona el total de hectáreas programadas a nebulizar con el total de hectáreas nebulizadas	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	No	No
ACTIVIDAD 1.11	Rociado antilarvario	Relaciona el total programado de superficie expresada en M3 de grandes colecciones de agua permanente y/o temporales de criaderos potenciales del vector con el número de M3 de las colecciones de agua tratadas	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	No	No
ACTIVIDAD 1.11	Toma de muestra sanguínea para diagnóstico de paludismo	Mide la relación entre las muestras sanguíneas programas y las muestras sanguíneas tomadas y observadas	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	No	No

Nivel de Objetivo	Nombre del Indicador	Método de Cálculo	Claro	Relevante	Económico	Monitoreable	Adecuado	Definición	Unidad de Medida	Frecuencia de Medición	Línea Base	Metas	Comportamiento del indicador
ACTIVIDAD 1.11	Casos tratados	Relaciona el total de caso de paludismo confirmados parasitoscópicamente con el total de casos de paludismo con tratamiento de cura radical	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	No	No
ACTIVIDAD 1.11	TDE supresivos	Relaciona el número de muestras sanguíneas (gota gruesa) tomadas con el número de TDU supresivos ministrados	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	No	No
ACTIVIDAD 1.12	% de jurisdicciones que alcanzan el 95% de cobertura de vacunación	Mide el porcentaje de jurisdicciones que cumplen con el nivel máximo de cobertura de los esquemas de vacunación	No	No	Sí	Sí	No	No	No	Sí	Sí	No	No
ACTIVIDAD 1.13	% de jurisdicciones que alcanzan el 95% de las metas programadas	Mide el porcentaje de jurisdicciones que cumplen con el nivel máximo de productividad de vacunación	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	No	Sí	Sí	No	No
ACTIVIDAD 1.14	Porcentaje de cumplimiento en el Diagnóstico de casos de Tuberculosis	Porcentaje de casos detectados sobre casos esperados	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	No	No
ACTIVIDAD 1.15	Promover la detección voluntaria y oportuna del VIH en población general y campañas de comunicación apegadas a lineamientos técnicos que promueven comportamientos sexuales exentos de riesgos para prevenir la transmisión del VIH y promover la disminución d	Cobertura de pruebas de detección de VIH con pruebas de VIH realizadas en población general sobre meta de pruebas de VIH a realizar	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	No	No
ACTIVIDAD 1.16	Personas agredidas por perro	NPACITA=Número de personas agredidas y en contacto que inician tratamiento antirrábico, NPACR=Número de personas agredidas, en contacto y reportadas	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	No	No

Nivel de Objetivo	Nombre del Indicador	Método de Cálculo	Claro	Relevante	Económico	Monitoreable	Adecuado	Definición	Unidad de Medida	Frecuencia de Medición	Línea Base	Metas	Comportamiento del indicador
ACTIVIDAD 1.17	Tasa de mortalidad de CACU	Mide la razón de mujeres de la población de estado en relación a las defunciones por CACU TMCACU=Tasa de Mortalidad de CACU TDCACU=Total de Defunciones de CACU	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	No	No
ACTIVIDAD 1.18	Tasa de mortalidad de CAMA	Mide la razón de mujeres de a población de estado en relación a las defunciones por Cama TMCAMA=Tasa de Mortalidad de CAMA TDCAMA=Total de Defunciones de CAMA	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	No	No
ACTIVIDAD 1.19	Cobertura del SUAVE	Porcentaje de unidades que notifican con oportunidad semanal los casos nuevos de enfermedad sujetas a vigilancia epidemiológica del total de unidades que el sector salud tiene dadas de alta en el catálogo de unidades del SUAVE en las jurisdicciones del estado CO=Cobertura Oportuna NUM=Unidades Médicas que reportan cada semana NUCS=Número de unidades en el catálogo de SUAVE	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	No	No

Nivel de Objetivo	Nombre del Indicador	Método de Cálculo	Claro	Relevante	Económico	Monitoreable	Adecuado	Definición	Unidad de Medida	Frecuencia de Medición	Línea Base	Metas	Comportamiento del indicador
ACTIVIDAD 1.20	Tasa de mortalidad por accidentes de tráfico de vehículos de motor (ATVM) en el grupo de edad de 15 a 29 años	Mide el número de personas que fallecen como consecuencia de una lesión producida por ATVM en el grupo de edad de 15 a 29 años $TMATVM(15-29 \text{ años}) = \text{Tasa de Mortalidad por ATVM (15-29 años)}$ $TDATVM(15-29 \text{ años}) = \text{Total de defunciones por ATVM (15-29 años)}$	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	No	No
ACTIVIDAD 1.20	Integración y funcionamiento del observatorio de lesiones.	Instituciones que reportan información al observatorio de lesiones (IRO) (al menos 5). NIIROL= Número de instituciones integradas al observatorio que reportan información. NIIO= Número de instituciones integradas al observatorio.	Sí	No	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	No	No
ACTIVIDAD 1.20	Levantamiento y análisis de la línea basal (LB) de información sobre factores de riesgo en municipios prioritarios.	AILB= análisis de información de línea basal	No	No	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	No	No	No

Nivel de Objetivo	Nombre del Indicador	Método de Cálculo	Claro	Relevante	Económico	Monitoreable	Adecuado	Definición	Unidad de Medida	Frecuencia de Medición	Línea Base	Metas	Comportamiento del indicador
ACTIVIDAD 1.20	Reporte de operativos de alcoholimetría en municipios prioritarios	ROAMP= Reporte de operativo de alcoholimetría por municipio prioritario. ROAMPR= Reporte de operativo de alcoholimetría por municipio prioritario realizado. ROAMPP= Reporte de operativo de alcoholimetría por municipio prioritario programado.	No	No	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	No	No	No
ACTIVIDAD 1.20	Número de personas de 15-29 años de edad que recibieron pláticas de sensibilización en seguridad vial (SV)	PSSV= Personas sensibilizadas en SV. PSSVC= Personas sensibilizadas en SV capacitadas. PSSVP= Personas sensibilizadas en SV programadas.	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	No	No
ACTIVIDAD 1.20	Campañas de promoción de seguridad vial y de prevención de accidentes.	CPSV= campañas de promoción en seguridad vial. CPSVR= Campaña de promoción en seguridad vial realizadas. CPSVP= Campaña de promoción en seguridad vial programadas.	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	No	No	No
ACTIVIDAD 1.20	Capacitar a la población civil en soporte vital básico (SVB).	PCSVB= Personas capacitadas en SVB. PCSVBR= Personas capacitadas en SVB realizadas. PCSVBP= Personas capacitadas en SVB programadas.	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	No	No

Nivel de Objetivo	Nombre del Indicador	Método de Cálculo	Claro	Relevante	Económico	Monitoreable	Adecuado	Definición	Unidad de Medida	Frecuencia de Medición	Línea Base	Metas	Comportamiento del indicador
ACTIVIDAD 1.20	Personas capacitadas como primeros respondientes (PR) en atención inmediata de urgencias médicas (AIUM)	<p>PRAIUM= Primeros respondientes en atención inmediata de urgencias médicas (AIUM).</p> <p>PRAIUMC= Primeros respondientes en AIUM capacitados.</p> <p>PRAIUMP= Primeros respondientes en AIUM programados.</p>	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	No	No	No
ACTIVIDAD 1.21	Tasa de mortalidad por suicidio en Tabasco	<p>Mide la relación del número total de defunciones por suicidio con el total de la población del Estado de Tabasco.</p> <p>TMS= Tasa de Mortalidad por Suicidio.</p> <p>N= Número de defunciones por suicidio.</p> <p>NT= Número Total de población.</p> <p>100000 Habitantes</p>	No	No	Sí	Sí	No	No	No	Sí	Sí	No	No
ACTIVIDAD 1.22	Porcentaje de detección de casos nuevos con riesgo de suicidio en los servicios de salud mental.	<p>Mide la relación de las acciones de detección de casos nuevos con riesgo de suicidio esperados.</p> <p>D= Porcentaje de detección de casos con riesgo de suicidio.</p> <p>ND= número de casos nuevos detectados con riesgo de suicidio.</p> <p>NTE= Número total de casos esperados con riesgo de suicidio.</p>	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	No	No

Nivel de Objetivo	Nombre del Indicador	Método de Cálculo	Claro	Relevante	Económico	Monitoreable	Adecuado	Definición	Unidad de Medida	Frecuencia de Medición	Línea Base	Metas	Comportamiento del indicador
ACTIVIDAD 1.23	Atenciones realizadas en los servicios de salud mental a los usuarios con riesgo de suicidio.	Mide la atención de las acciones de atención de casos con riesgo de suicidio y el total de atenciones de casos con riesgo de suicidios esperados. A= porcentaje de atención de casos con riesgo de suicidio. NA= Número de atenciones de los casos detectados con riesgo de suicidio. NTAE= Número total de atenciones esperados con riesgo de suicidio.	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	No	No
ACTIVIDAD 1.24	Porcentaje de coberturas de atención especializada a mujeres víctimas de violencia familiar severa.	Número de mujeres de 15 años o más unidas y de responsabilidad, que están en situación de violencia familiar severa, a las que se les otorga atención médica y/o psicológica especializada de primera vez entre número estimado de mujeres que viven en situación de violencia familiar severa para la población de responsabilidad de los SESA's.	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	No	No
ACTIVIDAD 1.25	Porcentaje de personal de salud actualizado/capacitado durante el año.	Número total del personal actualizado entre el número total de personal de salud a capacitar.	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	No	No
ACTIVIDAD 1.26	Consultas de salud mental en primero y segundo nivel de atención	Mide el porcentaje de logro de atenciones brindadas por los servicios de salud mental, contra las programadas en el año	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	No	No
ACTIVIDAD 1.27	Intervención breve	Mide la relación de los programas y lo esperado en intervenciones breves. Número de intervenciones breves realizadas en el año.	No	No	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	No	No

Nivel de Objetivo	Nombre del Indicador	Método de Cálculo	Claro	Relevante	Económico	Monitoreable	Adecuado	Definición	Unidad de Medida	Frecuencia de Medición	Línea Base	Metas	Comportamiento del indicador
ACTIVIDAD 1.28	Adolescentes de 12 a 17 años que participan en acciones de prevención.	Mide la relación de lo programado y lo realizado en adolescentes que participan en acciones de prevención. Número de adolescentes sensibilizados en el año. Número de adolescentes programados en el año X 100.	No	No	Sí	Sí	No	No	No	Sí	Sí	No	No
ACTIVIDAD 2.1	Inicia la atención en formas inmediatas la Emergencia en Salud (brotes, desastres)	Número de brotes y desastres	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	No	No	No

ANEXO 3. EVALUACIÓN DE LA MIR “METAS DEL PROGRAMA”.

Nombre del programa: E015 Servicios de Salud Pública

Modalidad: “E”

Dependencia/Entidad: Secretaría de Salud

Unidad Responsable:

Tipo de Evaluación: Evaluación de Matriz de Indicadores de Resultados

Año de Evaluación: Ejercicio fiscal 2013

Nivel de Objetivo	Nombre del Indicador	Meta	Unidad de Medida	Orientada a Impulsar el desempeño	Justificación	Factible	Justificación	Propuesta de mejora de la meta
FIN	Comparativo de las 10 primeras causas de enfermedad	No	No	No	No hay meta	No	No hay meta, ni unidad de medida	Es necesario llenar todos los campos de la MIR que la metodología exige
PROPÓSITO	Índice de evaluación caminando a la excelencia	No	No	No	No hay meta	No	No hay meta, ni unidad de medida	Es necesario llenar todos los campos de la MIR que la metodología exige
COMPONENTE	Coordinación intra e intersectorial	No	No	No	No hay meta	No	No hay meta, ni unidad de medida	Es necesario llenar todos los campos de la MIR que la metodología exige
ACTIVIDAD 1.1	Porcentaje de jurisdicciones en cumplimiento de metas	No	No	No	No hay meta	No	No hay meta, ni unidad de medida	Es necesario llenar todos los campos de la MIR que la metodología exige
ACTIVIDAD 1.2	Capacitación	No	No	No	No hay meta	No	No hay meta, ni unidad de medida	Es necesario llenar todos los campos de la MIR que la metodología exige
ACTIVIDAD 1.3	Supervisión	No	No	No	No hay meta	No	No hay meta, ni unidad de medida	Es necesario llenar todos los campos de la MIR que la metodología exige
ACTIVIDAD 1.4	Mortalidad en menores de 5 años	No	No	No	No hay meta	No	No hay meta, ni unidad de medida	Es necesario llenar todos los campos de la MIR que la metodología exige

Nivel de Objeto	Nombre del Indicador	Meta	Unidad de Medida	Orientada a Impulsar el desempeño	Justificación	Factible	Justificación	Propuesta de mejora de la meta
ACTIVIDA D 1.5	Mortalidad en menores de 5 años	No	No	No	No hay meta	No	No hay meta, ni unidad de medida	Es necesario llenar todos los campos de la MIR que la metodología exige
ACTIVIDA D 1.6	Porcentaje de Jurisdicciones capacitadas en estimulación temprana	No	No	No	No hay meta	No	No hay meta, ni unidad de medida	Es necesario llenar todos los campos de la MIR que la metodología exige
ACTIVIDAD 1.7	% de jurisdicciones que alcanzan el 80% de la cobertura en Vigilancia nutricional de la población menor de 5 años	No	No	No	No hay meta	No	No hay meta, ni unidad de medida	Es necesario llenar todos los campos de la MIR que la metodología exige
ACTIVIDA D 1.8	Cobertura de usuarias, en MEF	No	No	No	No hay meta	No	No hay meta, ni unidad de medida	Es necesario llenar todos los campos de la MIR que la metodología exige
ACTIVIDA D 1.9	Atención materna y perinatal	No	No	No	No hay meta	No	No hay meta, ni unidad de medida	Es necesario llenar todos los campos de la MIR que la metodología exige
ACTIVIDAD 1.10	Porcentaje de personal de promoción a la salud con competencias en el manejo de determinantes que inciden en la salud de la población	No	No	No	No hay meta	No	No hay meta, ni unidad de medida	Es necesario llenar todos los campos de la MIR que la metodología exige
ACTIVIDA D 1.11	Fumigaciones en casa	No	No	No	No hay meta	No	No hay meta, ni unidad de medida	Es necesario llenar todos los campos de la MIR que la metodología exige
ACTIVIDA D 1.11	Casas vigiladas tratadas	No	No	No	No hay meta	No	No hay meta, ni unidad de medida	Es necesario llenar todos los campos de la MIR que la metodología exige
ACTIVIDA D 1.11	Ovitrapas revisadas semanalmente	No	No	No	No hay meta	No	No hay meta, ni unidad de medida	Es necesario llenar todos los campos de la MIR que la metodología exige

Nivel de Objeto	Nombre del Indicador	Meta	Unidad de Medida	Orientada a Impulsar el desempeño	Justificación	Factible	Justificación	Propuesta de mejora de la meta
ACTIVIDAD D 1.11	Estudios entomológicos	No	No	No	No hay meta	No	No hay meta, ni unidad de medida	Es necesario llenar todos los campos de la MIR que la metodología exige
ACTIVIDAD D 1.11	Nebulización terrestre	No	No	No	No hay meta	No	No hay meta, ni unidad de medida	Es necesario llenar todos los campos de la MIR que la metodología exige
ACTIVIDAD D 1.11	Rociado espacial	No	No	No	No hay meta	No	No hay meta, ni unidad de medida	Es necesario llenar todos los campos de la MIR que la metodología exige
ACTIVIDAD 1.11	Rociado antilarvario	No	No	No	No hay meta	No	No hay meta, ni unidad de medida	Es necesario llenar todos los campos de la MIR que la metodología exige
ACTIVIDAD 1.11	Toma de muestra sanguínea para diagnóstico de paludismo	No	No	No	No hay meta	No	No hay meta, ni unidad de medida	Es necesario llenar todos los campos de la MIR que la metodología exige
ACTIVIDAD 1.11	Casos tratados	No	No	No	No hay meta	No	No hay meta, ni unidad de medida	Es necesario llenar todos los campos de la MIR que la metodología exige
ACTIVIDAD 1.11	TDE supresivos	No	No	No	No hay meta	No	No hay meta, ni unidad de medida	Es necesario llenar todos los campos de la MIR que la metodología exige
ACTIVIDAD 1.12	% de jurisdicciones que alcanzan el 95% de cobertura de vacunación	No	No	No	No hay meta	No	No hay meta, ni unidad de medida	Es necesario llenar todos los campos de la MIR que la metodología exige
ACTIVIDAD 1.13	% de jurisdicciones que alcanzan el 95% de las metas programadas	No	No	No	No hay meta	No	No hay meta, ni unidad de medida	Es necesario llenar todos los campos de la MIR que la metodología exige
ACTIVIDAD 1.14	Porcentaje de cumplimiento en el Diagnóstico de casos de Tuberculosis	No	No	No	No hay meta	No	No hay meta, ni unidad de medida	Es necesario llenar todos los campos de la MIR que la metodología exige

Nivel de Objeto	Nombre del Indicador	Meta	Unidad de Medida	Orientada a Impulsar el desempeño	Justificación	Factible	Justificación	Propuesta de mejora de la meta
ACTIVIDAD 1.15	Promover la detección voluntaria y oportuna del VIH en población general y campañas de comunicación apegadas a lineamientos técnicos que promueven comportamientos sexuales exentos de riesgos para prevenir la transmisión del VIH y promover la disminución d	No	No	No	No hay meta	No	No hay meta, ni unidad de medida	Es necesario llenar todos los campos de la MIR que la metodología exige
ACTIVIDAD 1.16	Personas agredidas por perro	No	No	No	No hay meta	No	No hay meta, ni unidad de medida	Es necesario llenar todos los campos de la MIR que la metodología exige
ACTIVIDAD 1.17	Tasa de mortalidad de CACU	No	No	No	No hay meta	No	No hay meta, ni unidad de medida	Es necesario llenar todos los campos de la MIR que la metodología exige
ACTIVIDAD 1.18	Tasa de mortalidad de CAMA	No	No	No	No hay meta	No	No hay meta, ni unidad de medida	Es necesario llenar todos los campos de la MIR que la metodología exige
ACTIVIDAD 1.19	Cobertura del SUAVE	No	No	No	No hay meta	No	No hay meta, ni unidad de medida	Es necesario llenar todos los campos de la MIR que la metodología exige
ACTIVIDAD 1.20	Tasa de mortalidad por accidentes de tráfico de vehículos de motor (ATVM) en el grupo de edad de 15 a 29 años	No	No	No	No hay meta	No	No hay meta, ni unidad de medida	Es necesario llenar todos los campos de la MIR que la metodología exige
ACTIVIDAD 1.20	Integración y funcionamiento del observatorio de lesiones.	No	No	No	No hay meta	No	No hay meta, ni unidad de medida	Es necesario llenar todos los campos de la MIR que la metodología exige

Nivel de Objeto	Nombre del Indicador	Meta	Unidad de Medida	Orientada a Impulsar el desempeño	Justificación	Factible	Justificación	Propuesta de mejora de la meta
ACTIVIDAD 1.20	Levantamiento y análisis de la línea basal (LB) de información sobre factores de riesgo en municipios prioritarios.	No	No	No	No hay meta	No	No hay meta, ni unidad de medida	Es necesario llenar todos los campos de la MIR que la metodología exige
ACTIVIDAD 1.20	Reporte de operativos de alcoholimetría en municipios prioritarios	No	No	No	No hay meta	No	No hay meta, ni unidad de medida	Es necesario llenar todos los campos de la MIR que la metodología exige
ACTIVIDAD 1.20	Número de personas de 15-29 años de edad que recibieron pláticas de sensibilización en seguridad vial (SV)	No	No	No	No hay meta	No	No hay meta, ni unidad de medida	Es necesario llenar todos los campos de la MIR que la metodología exige
ACTIVIDAD 1.20	Campañas de promoción de seguridad vial y de prevención de accidentes.	No	No	No	No hay meta	No	No hay meta, ni unidad de medida	Es necesario llenar todos los campos de la MIR que la metodología exige
ACTIVIDAD 1.20	Capacitar a la población civil en soporte vital básico (SVB).	No	No	No	No hay meta	No	No hay meta, ni unidad de medida	Es necesario llenar todos los campos de la MIR que la metodología exige
ACTIVIDAD 1.20	Personas capacitadas como primeros respondedores (PR) en atención inmediato de urgencias médicas (AIUM)	No	No	No	No hay meta	No	No hay meta, ni unidad de medida	Es necesario llenar todos los campos de la MIR que la metodología exige
ACTIVIDAD 1.21	Tasa de mortalidad por suicidio en Tabasco	No	No	No	No hay meta	No	No hay meta, ni unidad de medida	Es necesario llenar todos los campos de la MIR que la metodología exige
ACTIVIDAD 1.22	Porcentaje de detección de casos nuevos con riesgo de suicidio en los servicios de salud mental.	No	No	No	No hay meta	No	No hay meta, ni unidad de medida	Es necesario llenar todos los campos de la MIR que la metodología exige
ACTIVIDAD 1.23	Atenciones realizadas en los servicios de salud mental a los usuarios con riesgo de suicidio.	No	No	No	No hay meta	No	No hay meta, ni unidad de medida	Es necesario llenar todos los campos de la MIR que la metodología exige

Nivel de Objeto	Nombre del Indicador	Meta	Unidad de Medida	Orientada a Impulsar el desempeño	Justificación	Factible	Justificación	Propuesta de mejora de la meta
ACTIVIDAD 1.24	Porcentaje de coberturas de atención especializada a mujeres víctimas de violencia familiar severa.	No	No	No	No hay meta	No	No hay meta, ni unidad de medida	Es necesario llenar todos los campos de la MIR que la metodología exige
ACTIVIDAD 1.25	Porcentaje de personal de salud actualizado/capacitado durante el año.	No	No	No	No hay meta	No	No hay meta, ni unidad de medida	Es necesario llenar todos los campos de la MIR que la metodología exige
ACTIVIDAD 1.26	Consultas de salud mental en primero y segundo nivel de atención	No	No	No	No hay meta	No	No hay meta, ni unidad de medida	Es necesario llenar todos los campos de la MIR que la metodología exige
ACTIVIDAD 1.27	Intervención breve	No	No	No	No hay meta	No	No hay meta, ni unidad de medida	Es necesario llenar todos los campos de la MIR que la metodología exige
ACTIVIDAD 1.28	Adolescentes de 12 a 17 años que participan en acciones de prevención.	No	No	No	No hay meta	No	No hay meta, ni unidad de medida	Es necesario llenar todos los campos de la MIR que la metodología exige
ACTIVIDAD 2.1	Inicia la atención en formas inmediatas la Emergencia en Salud (brotes, desastres)	No	No	No	No hay meta	No	No hay meta, ni unidad de medida	Es necesario llenar todos los campos de la MIR que la metodología exige

ANEXO 4. FICHA TÉCNICA PARA LA DIFUSIÓN DE RESULTADOS

1. DESCRIPCIÓN DE LA EVALUACIÓN	
1.1. Nombre de la evaluación:	
Evaluación de la Matriz de Indicadores para Resultados del Programa Presupuestario E014 Servicios de Salud Pública, ejercicio fiscal 2013	
1.2. Fecha de inicio de la evaluación:	
25 de mayo de 2017	
1.3. Fecha de término de la evaluación:	
31 de octubre de 2017	
1.4. Nombre de la persona responsable de darle seguimiento a la evaluación y nombre de la unidad administrativa a la que pertenece:	
Nombre:	Unidad administrativa:
Lic. Javier Castro García	Dirección de Planeación
1.5. Objetivo general de la evaluación:	
Evaluar el diseño de la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) y de los Indicadores de Desempeño Gubernamental (estratégicos y de gestión) del Programa Presupuestario E014 Servicios de Salud Pública del Estado de Tabasco, correspondiente al ejercicio fiscal 2013	
1.6. Objetivos específicos de la evaluación:	
<ul style="list-style-type: none"> » Analizar el proceso de la creación y diseño de los programas (árbol de problemas, árbol de objetivos, análisis de involucrados) » Evaluación de la lógica vertical de la MIR » Análisis de la vinculación de los objetivos de la MIR con la planeación estatal y nacional » Evaluación de la lógica horizontal de la MIR » Generar propuestas de mejora o rediseño de las MIR para solventar las deficiencias encontradas en la evaluación 	
1.7. Metodología utilizada en la evaluación:	
Instrumentos de recolección de información:	
Cuestionarios <input type="checkbox"/> Entrevistas <input checked="" type="checkbox"/> Formatos <input checked="" type="checkbox"/> Otros, Especifique: Información documental	
Descripción de las técnicas y modelos utilizados:	
El equipo conformado por los consultores y los investigadores contratados para la evaluación, llevaron a cabo la revisión del marco teórico existente a nivel nacional e internacional para la evaluación de la Matriz de Indicadores de Resultados (MIR) de políticas en Salud Pública.	

Derivado del marco teórico se realizó un análisis de las condiciones en que fueron generadas las MIR's, para ello se tomaron en consideración aspectos como la estructura del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, Plan Estatal de Desarrollo 2013-2018 y otros documentos normativos que se consideraron de utilidad para la base de su elaboración. La evaluación tomó como eje fundamental la Guía para la Elaboración de Matriz de Indicadores para Resultados 2013 del Consejo Nacional para la Evaluación (CONEVAL), en la cual se define que un proceso de calidad para la construcción de una MIR debe cumplir con 10 puntos básicos que son:

1. Identificación del problema
2. Objetivo de Propósito
3. Objetivo de Fin
4. Objetivo de Componentes
5. Objetivo de Actividades
6. Construcción de Supuestos
7. Verificación de la lógica vertical
8. Calidad de la Construcción de Indicadores
9. Determinación de Medios de Verificación
10. Verificación de la lógica horizontal

Estos 10 aspectos son los que se evaluaron en el Programa Presupuestario para lo cual el equipo de Romero Consultores creó los criterios de calidad y formatos para la evaluación. Estos formaron parte del informe y derivado de los 10 aspectos, arriba descritos, se elaboraron recomendaciones generales y específicas que el programa pueda implementar, tanto a nivel normativo como operativo, con la finalidad de eficientar la operación y mejorar la eficacia en la consecución de los objetivos.

Parte muy importante dentro de la antes mencionada etapa del estudio, fue el considerar el diseño y construcción de los indicadores estratégicos (Impacto y Resultados) y de Gestión (productos, servicios, procesos, insumos), que permiten la medición del desempeño gubernamental en las diferentes etapas del proceso de gestión pública.

Para la realización de la presente evaluación se utilizaron técnicas cualitativas, que permitieron sistematizar, analizar y valorar la información de las fuentes primarias y secundarias.

Para la recolección de información de fuentes primarias se diseñó el siguiente instrumento:

ID	Informante	Instrumento
1	Funcionarios gerenciales de la SS involucrados en la planeación, operación, seguimiento, control y evaluación de la MIR del Programa Presupuestario	Entrevista semiestructurada

Se realizó un análisis documental basado en la información proporcionada por la SS:

ID	Informante	Instrumento
1	Leyes, reglas, planes, manuales, etc.	Revisión de información documental

2. PRINCIPALES HALLAZGOS DE LA EVALUACIÓN

2.1. Describir los hallazgos más relevantes de la evaluación:

La MIR presenta inconsistencias de forma y fondo que la hacen tener una baja calidad y utilidad para el seguimiento y evaluación del Programa Presupuestario E 014 Servicios de Salud pública. El Gobierno del Estado de Tabasco cuenta desde 2012 con lineamientos para la construcción de Matrices de Indicadores para Resultados, lineamientos que han sido actualizados y mejorados. Sin embargo la MIR del Pp evaluado no cumple con la metodología de sintaxis para la redacción de los objetivos del resumen narrativo.

Los objetivos de Propósito y Fin son redundantes entre si y no se encuentran alineados con los objetivos de la planeación estatal o nacional.

La Secretaría de Salud cuenta con un amplio inventario de indicadores que permitirían la selección de indicadores adecuados a la medición de los resultados que se pretenden obtener con el Pp; sin embargo la selección actual de indicadores presenta deficiencias al momento de medir con estos los resultados de los objetivos de los 4 niveles de la MIR, esto es que pese a ser muy buenos indicadores, estos generan información no pertinente con respecto al resultado clave que se planteo en la MIR.

El Programa Presupuestario no cuenta con diagnóstico, ni documentos normativos que permitan una mejor planeación y operación de las acciones del Pp.

2.2. Señalar cuáles son las principales Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas (FODA), de acuerdo con los temas del programa, estrategia o instituciones.

2.2.1. Fortalezas:

Amplia experiencia del personal operativo en la prestación de los servicios y la realización de las acciones que impactan a la sociedad.

El personal de las áreas normativas (gerenciales de la Secretaría de Salud) presenta un amplio conocimiento y experiencia sobre el sector, su historia y sobre los sistemas de información e indicadores con que se cuenta a nivel nacional.

Existe la disposición de la gerencia de la Secretaría de Salud para avanzar en la implementación del modelo de GpR, especialmente en desarrollo de capacidades e implementación de la Evaluación de Desempeño, la cual tiene su principal herramienta la MIR.

2.2.2. Oportunidades:

El Gobierno del Estado cuenta con lineamientos claros y concisos para la construcción de las MIR para el ejercicio fiscal inmediato siguiente, el 2018; que deben ser observados por la SS en sus procesos internos de diseño de MIR.

Existen en el gobierno federal buenos ejemplos de MIR del sector de salud pública que pueden servir de guía para el rediseño de la MIR del Pp evaluado.

2.2.3. Debilidades

Resistencia del personal operativo a migrar hacia la Gestión para Resultados.

Falta de personal capacitado y especializado en las metodologías de Planeación orientada a Resultados y Metodología de Marco Lógico en las áreas operativas de la Secretaría de Salud.

Los documentos estratégicos de la planeación no fueron construidos con la metodología de Planeación orientada a Resultados; la mayoría de los objetivos estratégicos corresponden a niveles de operación táctica lo cual dificulta la alineación de la MIR, causando redundancia entre los niveles operativos y estratégicos de la MIR.

2.2.4. Amenazas:

Rotación del personal por cambios de titular de la Secretaría de Salud; en lo que va de la presente administración la Secretaría de Salud ha tenido 4 titulares.

3. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DE LA EVALUACIÓN

3.1 Describir brevemente las conclusiones de la evaluación:

La calidad de la MIR es baja; toda vez que presenta deficiencias tanto en su lógica vertical como horizontal. La lógica vertical establece una cadena de causalidad en el diseño de las actividades y la relación de medios y fines. Para establecer la racionalidad de la matriz de indicadores, el análisis se realizó en sentido descendente a partir del Fin, el cual debe justificar el Propósito, este a su vez el Componente y finalmente las Actividades; lo cual no se cumple en todos los niveles de la MIR evaluada.

De igual forma destaco el que algunos de los indicadores e desempeño seleccionados para los niveles de componente propósito y actividades de la MIR, pese a ser indicadores provenientes de procesos formales de diseño y formar parte de los sistemas de información del sector salud federal, estos no generan información pertinente para la medición del resultado clave de los objetivos de los diferentes niveles de la MIR.

3.2. Describir las recomendaciones de acuerdo a su relevancia:

Se recomienda rediseñar la MIR, pero partiendo de la delimitación del problema central que se pretende atender con la intervención gubernamental; utilizando para esto las herramientas de árbol de problemas y árbol de objetivos.

Rediseñar los objetivos del resumen narrativo, con base en los hallazgos del árbol de objetivos, pero respetando las reglas de sintaxis de la metodología que están plasmadas en los lineamientos para la integración de MIR que emite la Coordinación de Planeación de la Secretaría de Planeación y Finanzas del Estado.

Diseñar al menos tres Componentes para agrupar las acciones y servicios que conforman el modelo de intervención que abarca el Pp evaluado.

Revalorar la selección de indicadores, con la finalidad de elegir los más idóneos para medir el logro de cada objetivo de la MIR; aprovechando el vasto inventario de indicadores que existen dentro del Sector Salud.

Construir supuestos que cumplan con la metodología, esto es que reflejen las amenazas externas que comprometen el logro de los objetivos del siguiente nivel de la MIR; se recomienda analizar la participación de la sociedad u otras instancias de gobierno para el logro de los objetivos

4. DATOS DE LA INSTANCIA EVALUADORA

4.1 Nombre del coordinador de la evaluación:

Marco Polo Castro Ceronio

4.2 Cargo:

Jefe de Estadística

4.3 Institución a la que pertenece:

Romero Consultores

a. Principales colaboradores:

Ricardo Neftali Romero Ceronio / Consultor Sr.

Jonathan Hernández Pérez / Consultor Jr.

Noelia Arranz Rodríguez / Consultora

4.4 Correo electrónico del coordinador de la evaluación:

romero.cosultores.tab@gmail.com

4.5 Teléfono (con clave lada):

(993) 3 65 00 90

5. IDENTIFICACIÓN DEL (LOS) PROGRAMA(S)

5.1. Nombre del programa evaluado:

Servicios de Salud Pública

5.2. Siglas:

No tiene

5.3. Ente público coordinador del programa:

Secretaría de Salud

5.4. Poder público al que pertenece el programa:

Poder Ejecutivo Poder Legislativo Poder Judicial Ente Autónomo

5.5. Ámbito gubernamental al que pertenece(n) el(los) programa(s):

Federal Estatal Local

5.6. Nombre de la unidad administrativa y del titular a cargo del Programa:

5.6.1. Nombre de la unidad administrativa a cargo del programa:	
Subsecretaría de Salud Pública	
5.6.2. Nombre del titular de la unidad administrativa a cargo del programa:	
Nombre: Dr. Fernando Izquierdo Aquino Correo: fhermed1985@gmail.com Tel: (01) (993) 3-10-00-00 Ext. 81200	Unidad Administrativa: Subsecretaría de Salud Pública

6. Datos de Contratación de la Evaluación		
6.1. Tipo de contratación:		
6.1.1 Adjudicación Directa <input type="checkbox"/>	6.1.2 Invitación a tres <input checked="" type="checkbox"/>	6.1.3 Licitación Pública Nacional <input type="checkbox"/>
6.1.4 Licitación Pública Internacional <input type="checkbox"/>	6.1.5 Otro: (Señalar)	
6.2. Unidad administrativa responsable de contratar la evaluación: Dirección de Planeación		
6.3. Costo total de la evaluación:		
\$ 116,000.00 (Ciento dieciséis mil pesos 00/100 M.N.)		
6.4. Fuente de Financiamiento:		
Recursos Fiscales de Ingresos Estatales		

7. Difusión de la evaluación
7.1. Difusión en internet de la evaluación:
https://transparencia.tabasco.gob.mx/ciudadano/lista_fracciones/32/21/
7.2. Difusión en internet del formato:
https://transparencia.tabasco.gob.mx/ciudadano/lista_fracciones/32/21/



Av. Paseo Tabasco #1504 Col. Tabasco 2000,
C.P. 86035 Villahermosa, Tabasco, MX

