
EVALUACIÓN ESPECÍFICA:

del Diseño del Programa y la Matriz de Indicadores
para Resultados del Programa Presupuestario
E040 Prevención y Control de Sobrepeso,
Obesidad y Diabetes.

**EJERCICIO FISCAL 2019 DE LA SECRETARÍA DE SALUD
DEL ESTADO DE TABASCO**

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



RESUMEN EJECUTIVO

Objetivo General de la Evaluación

Evaluar el diseño del Programa presupuestario E040 Prevención y Control de Sobrepeso, Obesidad, y Diabetes, así como de su Matriz de Indicadores para Resultados con la finalidad de proveer información que retroalimente sus diseños, gestión y resultados.

Objetivos Específicos de la Evaluación

- Analizar la justificación de la creación y diseño del programa;
- Identificar y analizar su vinculación con la planeación sectorial y nacional;
- Identificar a sus poblaciones y mecanismos de atención;
- Analizar el funcionamiento y operación del padrón de beneficiarios y la entrega de apoyos;
- Analizar la consistencia entre su diseño y la normatividad aplicable;
- Identificar el registro de operaciones presupuestales y rendición de cuentas,
- Identificar posibles complementariedades y/o coincidencias con otros programas federales, y
- Analizar el diseño de la Matriz de Indicadores para Resultados de los Programas Presupuestarios

Metodología

La evaluación se realizará mediante un análisis de gabinete con base en información proporcionada por la dependencia o entidad responsable del programa, así como información adicional que la institución evaluadora considere necesaria para justificar su análisis. En este contexto, se entiende por análisis de gabinete al conjunto de actividades que involucra el acopio, la organización y la valoración de información concentrada en registros administrativos, bases de datos, evaluaciones internas y/o externas y documentación pública. Sin embargo, de acuerdo con las necesidades de información y tomando en cuenta la forma de operar de cada programa, se podrán programar y llevar a cabo entrevistas con responsables de los programas y/o personal de la unidad de evaluación y/o planeación de la dependencia coordinadora

La evaluación en materia de diseño se divide en siete apartados y 30 preguntas de acuerdo con el siguiente cuadro:

CUADRO. APARTADOS DE LA EVALUACIÓN

APARTADO	PREGUNTAS	TOTAL
Justificación de la creación y del diseño del programa	1 a 3	3
Contribución a las metas y objetivos estatales	4 a 6	3
Población potencial, objetivo y mecanismos de elegibilidad	7 a 12	6
Padrón de beneficiarios y mecanismos de atención	13 a 15	3
Matriz de Indicadores para Resultados (MIR)	16 a 26	11
Presupuesto y rendición de cuentas	27 a 29	3

APARTADO	PREGUNTAS	TOTAL
Complementariedades y coincidencias con otros programas estatales, federales y/ o acciones de desarrollo social	30	1
TOTAL		30

Conclusiones Generales

- El Programa no cuenta con un Diagnóstico.
- El programa no cuenta con una justificación teórica o empírica documentada que sustente el tipo de intervención gubernamental que lleva a cabo.
- El Programa cuenta con información que permite verificar su alineación con el Plan Estatal de Desarrollo Tabasco 2019-2024, Programa Sectorial de Salud, Seguridad y Asistencia Social 2019-2024 y Objetivos de Desarrollo Sostenible.
- No se cuenta con documentos oficiales o un diagnóstico dónde se establezca claramente la población potencial y objetivo.
- No se cuenta con Reglas de Operación, documentos normativos o manuales de operación del Programa que señalen una estrategia de cobertura que establezca una población objetivo, metas y congruencia con el diseño y diagnóstico
- No se cuenta con Reglas de Operación o un documento normativo del Programa donde se incluya el resumen narrativo de la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR).
- En la Matriz de Indicadores para Resultados y Fichas Técnicas de Indicadores proporcionada por el Sistema PbR no se visualiza el campo "Medios de Verificación" por lo que se considera información inexistente,
- Se presenta información sobre presupuesto y rendición de cuentas

Recomendaciones:

1. Elaborar diagnóstico del problema con base en los requerimientos establecidos en el Artículo 18 de los LINEAMIENTOS SOBRE LA METODOLOGÍA PARA LA CONSTRUCCIÓN DE MATRIZ DE MARCO LÓGICO E INDICADORES DE DESEMPEÑO PARA LOS ENTES PÚBLICOS ESTATALES del Consejo Estatal de Evaluación.
2. Definir población, ubicación y plazo de revisión/actualización para el problema. Evaluar la posibilidad de empezar a implementar la Matriz de Motricidad y Dependencia.
3. Evaluar la posibilidad de incluir Actividades para la Adquisición y Distribución de insumos: Adquisición y Distribución de tiras medidoras de glucosa.
4. -Adquisición y Distribución de tiras medidoras de panel de lípidos.
5. Evaluar la posibilidad de modificar el Supuesto del Propósito por: La población mantiene una cultura de prevención y detección temprana de factores de riesgo.
6. Evaluar la posibilidad de implementar un nuevo indicador para cada Actividad que mida la eficiencia en el ejercicio del gasto, únicamente se está midiendo realización de procesos. Lo anterior conforme al Artículo 42 de los Lineamientos publicados por el Consejo Estatal de Evaluación.
7. Verificar reportes en Sistema PbR para asegurarse de la existencia de información con respecto a los Supuestos del Nivel Actividades y los Medios de Verificación para todos los Niveles de la MIR

ÍNDICE

RESUMEN EJECUTIVO.....	1
Objetivo General de la Evaluación	1
Objetivos Específicos de la Evaluación.....	1
Metodología	1
Conclusiones Generales.....	2
Recomendaciones:	2
ÍNDICE.....	3
GLOSARIO	5
INTRODUCCIÓN.....	7
Fundamento legal de la Evaluación	7
Objetivo General de la Evaluación	8
Objetivos Específicos.	8
Alcances.	8
Metodología de la Evaluación de la MIR	9
Detección de la problemática a atender.....	9
Análisis de involucrados.	9
Árbol de problemas.....	10
Árbol de objetivos.	10
Integración de la MIR.....	10
APARTADO I. CARACTERÍSTICAS DEL PROGRAMA.....	11
Descripción general del Programa	11
APARTADO II. ANÁLISIS DE LA JUSTIFICACIÓN DE LA CREACIÓN Y DEL DISEÑO DEL PROGRAMA.....	12
APARTADO III. CONTRIBUCIÓN A LAS METAS Y OBJETIVOS NACIONALES	15
APARTADO IV. POBLACIÓN POTENCIAL, OBJETIVO Y MECANISMOS DE ELECCIÓN	19
APARTADO V. PADRÓN DE BENEFICIARIOS Y MECANISMOS DE ATENCIÓN	23
APARTADO VI. EVALUACIÓN Y ANÁLISIS DE LA MATRIZ DE INDICADORES PARA RESULTADOS (MIR)	25
APARTADO VII. PRESUPUESTO Y RENDICIÓN DE CUENTAS	33

APARTADO VIII. ANÁLISIS DE POSIBLES COMPLEMENTARIEDADES Y COINCIDENCIAS CON OTROS PROGRAMAS FEDERALES	35
VALORACIÓN DEL DISEÑO DEL PROGRAMA	37
EVALUACIÓN DE LA MIR.....	39
Evaluación de la lógica vertical	39
Evaluación de la lógica horizontal	39
Análisis de fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas	40
CONCLUSIÓN.....	45
BIBLIOGRAFÍA.....	47
FICHA TÉCNICA CON LOS DATOS GENERALES DE LA INSTANCIA EVALUADORA Y EL COSTO DE LA EVALUACIÓN.....	49
ANEXOS	50
Anexo 1 “Metodología para la cuantificación de las poblaciones potencial y objetivo”	51
Anexo 2 “Procedimiento para la actualización de la base de datos de beneficiarios”	51
Anexo 3 “Árbol de Problemas y Objetivos”.....	52
Anexo 4 “Matriz de Indicadores para Resultados del programa”	53
Anexo 5 “Fichas técnicas de los indicadores de la MIR”.....	72
Indicadores del Fin	72
Indicadores del Propósito	72
Indicadores del Componente C01	73
Indicadores del Actividad C0102	73
Indicadores del Actividad C0101	73
Anexo 6 “Indicadores”.....	75
Anexo 7 “Metas del Programa”	77
Anexo 8 “Propuesta de mejora de la Matriz de Indicadores para Resultados”	79
Anexo 9 “Gastos desglosados del programa y criterios de clasificación”	81
Anexo 10 “Complementariedad y coincidencias entre programas federales y/o acciones de desarrollo social”	82
Anexo 11 “Ficha técnica para la difusión de resultados”.....	83

GLOSARIO

CAUSES	Catálogo Universal de Servicios de Salud
CONAPO	Consejo Nacional de Población
CONEVAL	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social
CPEUM	Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
DOF	Diario Oficial de la Federación
FONDEN	Fondo de Desastres Naturales
GpR	Gestión para Resultados
IAPT	Instituto de Administración Pública de Tabasco, A.C.
IDH	Índice de Desarrollo Humano
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
LCF	Ley de Coordinación Fiscal
LDSET	Ley de Desarrollo Social del Estado de Tabasco
LFPRH	Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria
LGCG	Ley General de Contabilidad Gubernamental
LGDS	Ley General de Desarrollo Social
LOPEET	Ley Orgánica del Poder Ejecutivo del Estado de Tabasco
LPET	Ley de Presupuesto del Estado de Tabasco
MIR	Matriz de Indicadores para Resultados
ONU	Organización de las Naciones Unidas
PAE	Programa Anual de Evaluación
PbR	Presupuesto basado en Resultados
PEF	Presupuesto de Egresos de la Federación
PLED	Plan Estatal de Desarrollo
PP	Programa Presupuestario
PPS	Programas Presupuestarios
SEGOB	Secretaría de Gobierno
SFP	Secretaría de Función Pública
SHCP	Secretaría de Hacienda y Crédito Público
UED	Unidad de Evaluación del Desempeño del Poder Ejecutivo

INTRODUCCIÓN

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 2007 en la elaboración de diversos instrumentos normativos y metodológicos para la realización de evaluaciones externas a los programas federales, por parte de instituciones académicas y organismos especializados. Así mismo, se ha impulsado la elaboración de matrices de indicadores de resultados, gestión y servicios 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 sus programas.

La actualización del marco legal del estado de Tabasco para la implementación de la Gestión para Resultados (GpR) a que hace referencia el Artículo 134 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, comenzó con la reforma a la Ley de Planeación del Estado de Tabasco (LPET), publicada el 2 de noviembre de 2011 en el suplemento 7216 del Periódico Oficial del Estado; esta reforma estableció el marco legal para la implementación de la Gestión para Resultados (GpR) en los órdenes estatal y municipal de Tabasco y tuvo como objetivo:

Introducir los conceptos y bases para la implementación del Presupuesto basado en Resultados y el Sistema Estatal de Evaluación del Desempeño, así como Planeación Estratégica Participativa, Evaluación del Desempeño, e Indicadores de Desempeño;

Con la finalidad de alcanzar a una planeación, programación y presupuestación gubernamental 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.

Aunado a lo anterior, la Ley General de Desarrollo Social en sus artículos 72 al 80 establece que el objetivo de la evaluación de la política de desarrollo social es revisar periódicamente el cumplimiento del objetivo social de los programas, metas y acciones de la misma para corregirlos, modificarlos, adicionarlos, reorientarlos o suspenderlos total o parcialmente. El CONEVAL establece los lineamientos y criterios para la definición, identificación y medición de la pobreza, garantizando la transparencia, objetividad y rigor técnico de dichas actividades de evaluación.

Para la mejora del desempeño de la actividad del sector público, es imprescindible contar con información constante, pertinente, imparcial y de buena calidad, y el sistema de evaluación al desempeño (SED), es una herramienta que evalúa la eficacia del quehacer público, midiendo los resultados con indicadores estratégicos y de impacto; la eficiencia, evaluando la pertinencia de la operación con relación al diseño del programa con indicadores de gestión y comparándolos con las mejores prácticas; y finalmente evaluando el criterio económico al medir costo de la política pública contra los resultados

Fundamento legal de la Evaluación

La Evaluación Específica del Diseño del Programa y la Matriz de Indicadores para Resultados del Programa Presupuestario E040 Prevención y Control de Sobrepeso, Obesidad, y Diabetes tiene sustento legal en los siguientes ordenamientos jurídicos:

Artículo 134 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM) que obliga a los tres órdenes de gobierno (Federal, Estatal y Municipal) a administrar los recursos públicos con eficacia, eficiencia, honradez, economía y transparencia.

Artículo 49, fracciones II y V de la Ley de Coordinación Fiscal, donde se establece la obligatoriedad de la evaluación de los recursos federales, transferidos a las entidades federativas y sus municipios, sentando las bases para fortalecer una política pública que evalúe y brinde resultados para la orientación eficiente del gasto público.

Artículos 1, 2, 3, 27, 45, 78, 85, 110 y 111 de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria; 79 de la Ley General de Contabilidad Gubernamental; numerales Décimo Sexto y Trigésimo de los Lineamientos Generales para la Evaluación de los Programas Federales de la Administración Pública Federal,

Artículo 76 de la Constitución del Estado Libre y Soberano de Tabasco, 73, 80 y 81 de la Ley de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria del Estado de Tabasco y sus Municipios, donde se establece el compromiso de implantar mecanismos de seguimiento y evaluación, mediante el análisis sistemático, referente a los programas y acciones emprendidas por el Estado, a fin de determinar su pertinencia, eficacia, eficiencia, calidad, resultado, impacto y sostenibilidad.

Artículos 38 y 39 del capítulo II de la ley de Desarrollo Social del Estado de Tabasco (de las competencias), donde se establece la obligatoriedad para el gobierno del estado de realizar evaluaciones de la política, programas y acciones de desarrollo social y los criterios y metodologías para llevar a cabo dichas evaluaciones.

Objetivo General de la Evaluación

Evaluar el diseño del Programa presupuestario E040 Prevención y Control de Sobrepeso, Obesidad, y Diabetes, así como de su Matriz de Indicadores para Resultados con la finalidad de proveer información que retroalimente sus diseños, gestión y resultados

Objetivos Específicos.

- Analizar la justificación de la creación y diseño del programa;
- Identificar y analizar su vinculación con la planeación sectorial y nacional;
- Identificar a sus poblaciones y mecanismos de atención;
- Analizar el funcionamiento y operación del padrón de beneficiarios y la entrega de apoyos;
- Analizar la consistencia entre su diseño y la normatividad aplicable;
- Identificar el registro de operaciones presupuestales y rendición de cuentas,
- Identificar posibles complementariedades y/o coincidencias con otros programas federales, y
- Analizar el diseño de la Matriz de Indicadores para Resultados de los Programas Presupuestarios

Alcances.

Identificar hallazgos y recomendaciones a partir del análisis de la congruencia del diseño del Programa Presupuestario E040 Prevención y Control de Sobrepeso, Obesidad, y Diabetes, a partir de un análisis de

gabinete con base en la documentación normativa del programa, así como de la información disponible sobre la cobertura del programa a la fecha de realización de la evaluación.

Metodología de la Evaluación de la MIR

La evaluación se realizará mediante un análisis de gabinete con base en información proporcionada por la dependencia o entidad responsable del programa, así como información adicional que la institución evaluadora considere necesaria para justificar su análisis. En este contexto, se entiende por análisis de gabinete al conjunto de actividades que involucra el acopio, la organización y la valoración de información concentrada en registros administrativos, bases de datos, evaluaciones internas y/o externas y documentación pública. Sin embargo, de acuerdo con las necesidades de información y tomando en cuenta la forma de operar de cada programa, se podrán programar y llevar a cabo entrevistas con responsables de los programas y/o personal de la unidad de evaluación y/o planeación de la dependencia coordinadora

La evaluación en materia de diseño se divide en siete apartados y 30 preguntas de acuerdo con el siguiente cuadro:

CUADRO. APARTADOS DE LA EVALUACIÓN

APARTADO	PREGUNTAS	TOTAL
Justificación de la creación y del diseño del programa	1 a 3	3
Contribución a las metas y objetivos estatales	4 a 6	3
Población potencial, objetivo y mecanismos de elegibilidad	7 a 12	6
Padrón de beneficiarios y mecanismos de atención	13 a 15	3
Matriz de Indicadores para Resultados (MIR)	16 a 26	11
Presupuesto y rendición de cuentas	27 a 29	3
Complementariedades y coincidencias con otros programas estatales, federales y/ o acciones de desarrollo social	30	1
TOTAL		30

Detección de la problemática a atender.

El primer paso dentro de esta Metodología consiste en la identificación de una problemática o necesidad, la cual da origen y justifica la intervención Gubernamental o Programa a diseñar

Análisis de involucrados.

El análisis de involucrados permite optimizar los beneficios sociales e institucionales del proyecto y limitar los impactos negativos, en esta etapa se estudia a cualquier persona, grupo o sector de la población susceptible de tener un vínculo con el proyecto dado.

Al analizar los intereses y expectativas de los involucrados dentro la problemática, se puede aprovechar y potenciar el apoyo de aquellos con intereses coincidentes o complementarios al proyecto, disminuir la oposición de aquellos con intereses opuestos al proyecto y conseguir el apoyo de los indiferentes.

Árbol de problemas.

Una vez identificadas las causas y efectos del problema, el paso siguiente es integrarlas en un sólo esquema, este cuadro brinda un panorama ampliado del problema analizado.

Todos los planteamientos generados en esta etapa del proyecto contribuyen para orientar el camino a seguir en el desarrollo de las alternativas de solución que puedan proponerse.

Árbol de objetivos.

En esta etapa todas las causas o situaciones negativas identificadas en el árbol de problemas se sustituyen por condiciones positivas deseadas y viables de ser alcanzadas.

Al hacer esto, todas las que eran causas en el árbol de problemas se transforman en medios en el árbol de objetivos, los que eran efectos se transforman en fines y lo que era el problema central se convierte en el objetivo central o propósito del proyecto. Comparado con el revelado de una fotografía, el árbol de problemas es el negativo y el árbol de objetivos es el positivo que se obtiene a partir de aquel.

Integración de la MIR.

Con los elementos obtenidos del Árbol de objetivos, se integra la Matriz de Indicadores Resultados agrupando a cada uno de ellos de acuerdo a su nivel. Se establecen las relaciones causales, se generan los indicadores junto con sus medios de verificación y se señalan los riesgos que pueden influir en el éxito o fracaso del Programa.

Una MIR construida con la Metodología del Marco lógico: Presenta los Programas de forma resumida y estructurada; Establece con claridad los objetivos y metas a alcanzar, Facilita el monitoreo y control; Evidencia los riesgos de operación y; Permite establecer una base objetiva para su evaluación.

APARTADO I. CARACTERÍSTICAS DEL PROGRAMA

Es importante resaltar que para describir el Programa Presupuestario evaluado, el equipo del Instituto de Administración Pública del Estado de Tabasco A.C. analizó de manera detallada la información documental presentada por las Secretaría de Salud (SS), así mismo se consultaron fuentes nacionales e internacionales a modo de generar una perspectiva global de la necesidad y ofrecer recomendaciones para la mejora del Proceso y, por último se tomaron en consideración las diferentes entrevistas realizadas a funcionarios normativos y operativos de la Secretaría de Salud relacionados con el Programa E040 Prevención y Control de Sobrepeso, Obesidad, y Diabetes así como la normatividad aplicable al mismo.

Descripción general del Programa

Con Base en la Cédula Programática, Oficios de autorización de recursos, Cédulas de Planeación y Matrices de Indicadores para Resultados, se generó la siguiente ficha de información del Programa:

Identificación del programa	E040 Prevención y Control de Sobrepeso, Obesidad, y Diabetes
Unidad Responsable	Secretaria de Salud
Finalidad	Desarrollo Social
Función	Salud
Subfunción	Prestación de Servicios de Salud a la Comunidad
Actividad Institucional	Promoción de la salud y prevención y control de enfermedades fortaleció
Tipo de recurso	Federal
Área de atención	Estatad
Cobertura	Estatad
Presupuesto de egresos para el ejercicio 2019	\$ 2,614.262,632.90
Responsable del Programa	Dra. Silvia Guillermina Roldán Fernández

Fuente: IAP; Elaboración propia con base en la información proporcionada por la Secretaría de Salud del Estado de Tabasco

APARTADO II.

ANÁLISIS DE LA JUSTIFICACIÓN DE LA CREACIÓN Y DEL DISEÑO DEL PROGRAMA

1. El problema o necesidad prioritaria que busca resolver el programa está identificado en un documento que cuenta con la siguiente información:

- a) El problema o necesidad se formula como un hecho negativo o como una situación que puede ser revertida.
- b) Se define la población que tiene el problema o necesidad.
- c) Se define el plazo para su revisión y su actualización

Nivel	Criterios	Respuesta
1	<ul style="list-style-type: none"> • El programa tiene identificado el problema o necesidad que busca resolver, y • El problema no cumple con las características establecidas en la pregunta. 	
2	<ul style="list-style-type: none"> • El programa tiene identificado el problema o necesidad que busca resolver, y • El problema cumple con al menos una de las características establecidas en la pregunta. 	
3	<ul style="list-style-type: none"> • El programa tiene identificado el problema o necesidad que busca resolver, y • El problema cumple con dos de las características establecidas en la pregunta. 	
4	<ul style="list-style-type: none"> • El programa tiene identificado el problema o necesidad que busca resolver, y • El problema cumple con todas las características establecidas en la pregunta. 	

Si

El problema se encuentra identificado en los árboles de problemas proporcionados por el ente evaluado, de la siguiente forma: "9.4% en la prevalencia de Diabetes en la población de 20 años y más".

La propuesta se plantea como un estado o situación existente negativa (Hecho negativo), utiliza datos estadísticos para asignar una magnitud al problema y define una población a atender.

El problema o necesidad prioritaria que busca resolver el programa presenta las siguientes deficiencias:

- La población definida según el árbol de problemas está entre los 20 años de edad y mayores, no se describen las características socioeconómicas, sexo, área geográfica o carencia específica, por lo que se debe evaluar modificar al concepto de área de enfoque que considera grupos poblacionales más amplios, con menos restricciones y criterios que la población objetivo.
- No se cuenta con un plazo para su revisión o actualización.
- No se plasma la ubicación o área en la que se origina el problema.

2. Existe un diagnóstico del problema que atiende el programa que describa de manera específica:

- a) Causas, efectos y características del problema.
- b) Cuantificación y características de la población que presenta el problema.
- c) Ubicación territorial de la población que presenta el problema.
- d) El plazo para la revisión y actualización del diagnóstico.

Nivel	Criterios	Respuesta
1	<ul style="list-style-type: none"> • El programa cuenta con un diagnóstico del problema que atiende el programa. • El diagnóstico no cumple con las características establecidas en la pregunta. 	
2	<ul style="list-style-type: none"> • El programa cuenta con un diagnóstico del problema que atiende el programa. • El diagnóstico cumple con una de las características establecidas en la pregunta. 	
3	<ul style="list-style-type: none"> • El programa cuenta con un diagnóstico del problema que atiende el programa. • El diagnóstico cumple con dos de las características establecidas en la pregunta. 	
4	<ul style="list-style-type: none"> • El programa cuenta con un diagnóstico del problema que atiende el programa. • El diagnóstico cumple con todas las características establecidas en la pregunta. 	

No

Se debe estructurar un Diagnóstico basado en información estadística del INEGI y los registros administrativos del ente, con los siguientes requisitos:

- Causas, efectos y características del problema
- Identificación de involucrados (Principales actores relacionados con el problema).
 - Estado actual del problema
 - Magnitud del problema
 - Población afectada
- Aspectos cualitativos del problema.
- Evolución del problema (Situación del problema en el tiempo, sustentado con información cuantitativa y cualitativa)
- Árbol de problemas
- El plazo para la revisión y actualización del diagnóstico

Lo anterior con base en los requerimientos establecidos en el Artículo 18 de los LINEAMIENTOS SOBRE LA METODOLOGÍA PARA LA CONSTRUCCIÓN DE MATRIZ DE MARCO LÓGICO E INDICADORES DE DESEMPEÑO PARA LOS ENTES PÚBLICOS ESTATALES del Consejo Estatal de Evaluación.

3. ¿Existe justificación teórica o empírica documentada que sustente el tipo de intervención que el programa lleva a cabo?

Nivel	Criterios	Respuesta
1	<ul style="list-style-type: none"> • El programa cuenta con una justificación teórica o empírica documentada que sustente el tipo de intervención que el programa lleva a cabo en la población objetivo 	
2	<ul style="list-style-type: none"> • El programa cuenta con una justificación teórica o empírica documentada que sustente el tipo de intervención que el programa lleva a cabo en la población objetivo, y • La justificación teórica o empírica documentada es consistente con el diagnóstico del problema. 	
3	<ul style="list-style-type: none"> • El programa cuenta con una justificación teórica o empírica documentada que sustente el tipo de intervención que el programa lleva a cabo en la población objetivo, y • La justificación teórica o empírica documentada es consistente con el diagnóstico del problema, y 	

	<ul style="list-style-type: none"> Existe(n) evidencia(s) (nacional o internacional) de los efectos positivos atribuibles a los beneficios o los apoyos otorgados a la población objetivo. 	
4	<ul style="list-style-type: none"> El programa cuenta con una justificación teórica o empírica documentada que sustente el tipo de intervención que el programa lleva a cabo en la población objetivo, y La justificación teórica o empírica documentada es consistente con el diagnóstico del problema, y Existe(n) evidencia(s) (nacional o internacional) de los efectos positivos atribuibles a los beneficios o apoyos otorgados a la población objetivo. Existe(n) evidencia(s) (nacional o internacional) de que la intervención es más eficaz para atender la problemática que otras alternativas. 	

No

El programa no cuenta con una justificación teórica o empírica documentada que sustente el tipo de intervención gubernamental que lleva a cabo.

La justificación debe documentarse en un Diagnóstico basado en información estadística del INEGI y los registros administrativos del ente, con los requisitos mencionados en el Artículo 18 de los LINEAMIENTOS SOBRE LA METODOLOGÍA PARA LA CONSTRUCCIÓN DE MATRIZ DE MARCO LÓGICO E INDICADORES DE DESEMPEÑO PARA LOS ENTES PÚBLICOS ESTATALES del Consejo Estatal de Evaluación.

APARTADO III. CONTRIBUCIÓN A LAS METAS Y OBJETIVOS NACIONALES

4. El Propósito del programa está vinculado con los objetivos del programa sectorial, especial, institucional o estatal considerando que:

- a) Existen conceptos comunes entre el Propósito y los objetivos del programa sectorial, especial, institucional o estatal, por ejemplo: población objetivo.
- b) El logro del Propósito aporta al cumplimiento de alguna(s) de la(s) meta(s) de alguno(s) de los objetivos del programa sectorial, especial, institucional o estatal

Nivel	Criterios	Respuesta
1	<ul style="list-style-type: none"> • El programa cuenta con un documento en el que se establece la relación del Propósito con los objetivos(s) del programa sectorial, especial, institucional o estatal, y • No es posible determinar vinculación con los aspectos establecidos en la pregunta. 	
2	<ul style="list-style-type: none"> • El programa cuenta con un documento en el que se establece la relación del Propósito con los objetivos(s) del sectorial, especial, institucional o estatal y • Es posible determinar vinculación con uno de los aspectos establecidos en la pregunta. 	
3	<ul style="list-style-type: none"> • El programa cuenta con un documento en el que se establece la relación del Propósito con los objetivos(s) del programa sectorial, especial, institucional o estatal y • Es posible determinar vinculación con todos los aspectos establecidos en la pregunta. 	
4	<ul style="list-style-type: none"> • El programa cuenta con un documento en el que se establece la relación del Propósito con los objetivos(s) del programa sectorial, especial, institucional o estatal, y • Es posible determinar vinculación con todos los aspectos establecidos en la pregunta, y • El logro del Propósito es suficiente para el cumplimiento de alguna(s) de la(s) meta(s) de alguno(s) de los objetivos del programa sectorial, especial, institucional o estatal. 	

Si

El Programa presupuestario E040 Prevención y Control de Sobrepeso, Obesidad, y Diabetes presenta la siguiente alineación con los objetivos y líneas de acción del PROGRAMA SECTORIAL SALUD, SEGURIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL-SECTORIAL 2019-2024 del estado de Tabasco:

Programa presupuestario	Objetivos Programa Sectorial de Salud, Seguridad y Asistencia Social 2019-2024	Líneas de Acción Programa Sectorial de Salud, Seguridad y Asistencia Social 2019-2024
E040 Prevención y Control de Sobrepeso, Obesidad, y Diabetes	2.5.8.9. Brindar los servicios preventivos de salud de manera eficiente y eficaz, a todo el grupo poblacional sin distinción alguna, facilitando el acceso al derecho a la salud, para lograr mejorar su calidad de vida, promoviendo las políticas nacionales y estatales de los programas para la prevención y control de las enfermedades y riesgos a la salud.	<p>2.5.8.9.1.2. Disponer de los recursos necesarios para el otorgamiento de los servicios de detección oportuna y control de enfermedades en los diferentes grupos de edades.</p> <p>2.5.8.9.2.1. Realizar acciones permanentes, intensivas, de capacitación, supervisión y evaluación, correspondientes a la prevención, detección, vigilancia y control de las enfermedades, a través de la aplicación de los lineamientos de los programas de la infancia, la adolescencia, adulto y del adulto mayor.</p>

		<p>2.5.8.9.2.3. Impulsar acciones de detección oportuna de sobrepeso y obesidad en entornos escolares, laborales y comunitarios.</p> <p>2.5.8.9.2.4. Fortalecer las acciones de detección mediante la aplicación del cuestionario de factores de riesgo (toma de peso, talla, circunferencia de cintura, toma de la presión arterial), para realizar intervenciones oportunas, en la población mayor de 20 años.</p> <p>2.5.8.9.2.5. Contar con grupos de ayuda mutua integrados por pacientes con Diabetes, Hipertensión, Obesidad y Dislipidemias, en cada una de las Unidades de Salud.</p>
--	--	--

5. ¿Con cuáles metas y objetivos, así como estrategias transversales del Plan Estatal de Desarrollo vigente Está vinculado el objetivo sectorial, especial, institucional relacionado con el programa?

Los objetivos del El Programa Sectorial de Salud, Seguridad y Asistencia Social 2019-2024 del estado de Tabasco relacionados al Programa presupuestario E040 mismos que fueron plasmados en la pregunta anterior, se alinean a los siguientes Objetivos y Líneas de acción del Plan Estatal de Desarrollo Tabasco 2019-2024:

Programa presupuestario	Objetivos Plan Estatal de Desarrollo Tabasco 2019-2024:	Líneas de acción del Plan Estatal de Desarrollo Tabasco 2019-2024:
E040 Prevención y Control de Sobrepeso, Obesidad, y Diabetes	2.5.3.2. Impulsar políticas públicas que promuevan la vigilancia, promoción, prevención y control de los principales problemas de salud pública del estado, a fin de favorecer el bienestar de la población.	<p>2.5.3.2.2.4. Implementar el Programa Intersectorial Integral de Lucha Contra la Diabetes Mellitus y sus Complicaciones.</p> <p>2.5.3.2.3.1. Mejorar la coordinación intersectorial, de las organizaciones y de la sociedad en su conjunto, en la prevención y control de las enfermedades y el fomento de ambientes saludables.</p> <p>2.5.3.2.3.2. Establecer un programa de reconocimientos a las personas físicas o morales, organizaciones públicas o privadas comprometidas con prácticas saludables en beneficio de la población.</p> <p>2.5.3.2.3.3. Diseñar un programa de medios para difundir recomendaciones de prácticas saludables y la importancia de la participación de todos en el control de los factores determinantes del proceso salud enfermedad.</p>
	4.3.3.3. Mejorar las condiciones de vida y ampliar las oportunidades de superación de personas en situación de vulnerabilidad, para el desarrollo integral de familias y comunidades.	4.3.3.3.1.10. Lograr el rescate de la medicina tradicional mexicana como alternativa de atención y prevención de la salud de la población, reconociendo los valores que proporcionan.
	4.4.3.4. Coordinar los esfuerzos con la Secretaría de Salud para la ampliación de la infraestructura y la mejora continua de los servicios médicos que se brindan a la	4.4.3.4.1.2. Difundir entre la población residente de la zona fronteriza, las acciones en materia de atención

	población que habita en los municipios fronterizos	médica y control epidemiológico ante el flujo de migrantes centroamericanos.
--	--	--

6. ¿Cómo está vinculado el Propósito del programa con los Objetivos del Desarrollo del Milenio, los Objetivos de Desarrollo Sostenible o la Agenda de Desarrollo Post 2015?

Alineación del Programa presupuestario con los objetivos de Desarrollo sostenible

Objetivo de ODS	Programa	Propósito	Componente
Objetivo 3. Salud y bienestar; garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades.	E040 Prevención y Control de Sobrepeso, Obesidad, y Diabetes	La población de 20 años y más accede a tratamientos, detección y control de la diabetes	Detecciones de diabetes y obesidad realizadas

APARTADO IV. POBLACIÓN POTENCIAL, OBJETIVO Y MECANISMOS DE ELECCIÓN

7. Las poblaciones, potencial y objetivo, están definidas en documentos oficiales y/o en el diagnóstico del problema y cuentan con la siguiente información y características:

- a) Tienen una misma unidad de medida.
- b) Están cuantificadas.
- c) Metodología para su cuantificación y fuentes de información.
- d) Se define un plazo para su revisión y actualización

Nivel	Criterios	Respuesta
1	<ul style="list-style-type: none"> El programa tiene definidas las poblaciones (potencial y objetivo), y Las definiciones no cumplen con las características establecidas. 	
2	<ul style="list-style-type: none"> El programa tiene definidas las poblaciones (potencial y objetivo), y Las definiciones cumplen con al menos una de las características establecidas. 	
3	<ul style="list-style-type: none"> El programa tiene definidas las poblaciones (potencial y objetivo), y Las definiciones cumplen todas las características establecidas. 	
4	<ul style="list-style-type: none"> El programa tiene definidas las poblaciones (potencial y objetivo), y Las definiciones cumplen todas las características establecidas, y Existe evidencia de que el programa actualiza (según su metodología) y utiliza las definiciones para su planeación. 	

No

No se cuenta con documentos oficiales o un diagnóstico dónde se establezca claramente la población potencial y objetivo. No se presenta información en Anexo 1 "Metodología para la cuantificación de las poblaciones Potencial y Objetivo".

La población que presenta la necesidad según el árbol de problemas es "de 20 años y más", esta definición es muy general, no se describen las características socioeconómicas, sexo, área geográfica o carencia específica, por lo que al no contar con más documentos que la sustenten, no se toma como adecuada.

Los bienes o servicios del presente programa no pueden estar relacionados con una población potencial por su amplitud de atención, por lo que se recomienda se identifique y cuantifique el área de enfoque.

El presente programa en su Matriz de Indicadores para Resultados, presenta un apartado relacionado a la población potencial, objetivo y referencia, sin embargo, los registros únicamente fueron capturados por requerimiento del Sistema PbR, más no tienen relación con la operación del Programa.

8. ¿El programa cuenta con información sistematizada que permite conocer la demanda total de apoyos y las características de los solicitantes? (socioeconómicas en el caso de personas físicas y específicas en el caso de personas morales u otras)

Nivel	Criterios	Respuesta
1	<ul style="list-style-type: none"> El programa cuenta con información sistematizada, pero ésta no permite conocer la demanda total de apoyos ni las características de los solicitantes. 	
2	<ul style="list-style-type: none"> El programa cuenta con información sistematizada que permite conocer la demanda total de apoyos, pero no las características de los solicitantes. 	
3	<ul style="list-style-type: none"> El programa cuenta con información sistematizada que permite conocer la demanda total de apoyos y las características de los solicitantes. 	
4	<ul style="list-style-type: none"> El programa cuenta con información sistematizada que permite conocer la demanda total de apoyos y las características de los solicitantes. 	

	<ul style="list-style-type: none"> Existe evidencia de que la información sistematizada es válida, es decir, se utiliza como fuente de información única de la demanda total de apoyos. 	
--	--	--

No

El Programa no cuenta con información sistematizada que permite conocer la demanda total de apoyos y las características de los solicitantes, ya que el enfoque de beneficiarios y criterios de elegibilidad va en contra de las reformas a la Ley General de Salud para garantizar el acceso universal y oportuno a los servicios de salud.

No se presenta información en el Anexo 2 "Procedimiento para la actualización de la base de datos de beneficiarios" por lo que no es posible calificar la existencia de un procedimiento para la actualización de la base de datos de los beneficiarios y la temporalidad con la que realiza la actualización.

9. ¿El programa cuenta con mecanismos para identificar su población objetivo?

No

Como se mencionó en la respuesta anterior, establecer mecanismos de elegibilidad que cuenten con metodologías de focalización y fuentes de información para su ejecución va en contra de la naturaleza de la operación del Programa E040 Prevención y Control de Sobrepeso, Obesidad, y Diabetes, conforme a las reformas a la Ley General de Salud para garantizar el acceso universal y oportuno a los servicios de salud.

10. El programa cuenta con una estrategia de cobertura documentada para atender a su población objetivo con las siguientes características:

- a) Incluye la definición de la población objetivo.
- b) Especifica metas de cobertura anual.
- c) Abarca un horizonte de mediano y largo plazo.
- d) Es congruente con el diseño y el diagnóstico del programa

Nivel	Criterios	Respuesta
1	<ul style="list-style-type: none"> La estrategia de cobertura cuenta con una de las características establecidas. 	
2	<ul style="list-style-type: none"> La estrategia de cobertura cuenta con dos de las características establecidas. 	
3	<ul style="list-style-type: none"> La estrategia de cobertura cuenta con tres de las características establecidas. 	
4	<ul style="list-style-type: none"> La estrategia de cobertura cuenta con todas las características establecidas. 	

No

No se cuenta con Reglas de Operación, documentos normativos o manuales de operación del Programa que señalen una estrategia de cobertura que establezca una población objetivo, metas y congruencia con el diseño y diagnóstico.

Lo anterior puede ser un efecto indirecto de la intención de garantizar el acceso universal y oportuno a los servicios de salud, sin embargo, es indispensable estructurar esa visión con estrategias para que los recursos sean suficientes; si bien no se requiere de una población objetivo, el área de enfoque debe ser cuantificada a manera de tener un plan con metas claras y congruentes con la atención del problema que permita medir la contribución directa e indirecta del mismo.

11. Los procedimientos del programa para la selección de beneficiarios y/o proyectos tienen las siguientes características:

- a) Incluyen criterios de elegibilidad claramente especificados, es decir, no existe ambigüedad en su redacción.
- b) Están estandarizados, es decir, son utilizados por todas las instancias ejecutoras.
- c) Están sistematizados.
- d) Están difundidos públicamente.
- e) Son congruentes con los criterios establecidos para seleccionar a la población objetivo.

Nivel	Criterios	Respuesta
1	• Los procedimientos para la selección de beneficiarios y/o proyectos tienen una de las características establecidas.	
2	• Los procedimientos para la selección de beneficiarios y/o proyectos tienen dos de las características establecidas.	
3	• Los procedimientos para la selección de beneficiarios y/o proyectos tienen tres de las características establecidas.	
4	• Los procedimientos para la selección de beneficiarios y/o proyectos tienen todas las características establecidas.	

No

El Programa no cuenta con procedimientos documentados para la selección de proyectos y/o beneficiario.

Establecer procedimientos a la selección de beneficiarios y mecanismos de elegibilidad que cuenten con metodologías de focalización y fuentes de información para su ejecución, va en contra de la naturaleza de la operación del Programa E040 Prevención y Control de Sobrepeso, Obesidad, y Diabetes, conforme a las reformas a la Ley General de Salud para garantizar el acceso universal y oportuno a los servicios de salud.

12. Los procedimientos para recibir, registrar y dar trámite a las solicitudes de apoyo cuentan con las siguientes características:

- a) Están adaptados a las características de la población objetivo.
- b) Los procedimientos cuentan con formatos definidos.
- c) Están disponibles para la población objetivo.
- d) Están apegados al documento normativo del programa.

Nivel	Criterios	Respuesta
1	• Los procedimientos cuentan con una de las características descritas.	
2	• Los procedimientos cuentan con dos de las características descritas.	
3	• Los procedimientos cuentan con tres de las características descritas.	
4	• Los procedimientos cuentan con todas las características descritas.	

No

El presente Programa no opera con el concepto de solicitudes de apoyo, el apoyo se brinda a todos los ciudadanos conforme a las reformas a la Ley General de Salud para garantizar el acceso universal y oportuno a los servicios de salud. No obstante la Secretaría y sus Direcciones llevan registros de las personas atendidas en distintos formatos cuya mayor área de oportunidad es su independencia o falta de comunicación que imposibilita la trazabilidad o seguimiento y genera duplicados en sus bases de datos. Estos registros no discriminan si la atención se realizó con recursos de un Programa en particular.

APARTADO V. PADRÓN DE BENEFICIARIOS Y MECANISMOS DE ATENCIÓN

13. Existe información que permita conocer quiénes reciben los apoyos del programa (padrón de beneficiarios) que:

- a) Incluya las características de los beneficiarios establecidas en su documento normativo.
- b) Incluya el tipo de apoyo otorgado.
- c) Esté sistematizada e incluya una clave única de identificación por beneficiario que no cambie en el tiempo.
- d) Cuente con mecanismos documentados para su depuración y actualización.

Nivel	Criterios	Respuesta
1	<ul style="list-style-type: none"> • La información de los beneficiarios cumple con una de las características establecidas. 	
2	<ul style="list-style-type: none"> • La información de los beneficiarios cumple con dos de las características establecidas. 	
3	<ul style="list-style-type: none"> • La información de los beneficiarios cumple con tres de las características establecidas. 	
4	<ul style="list-style-type: none"> • La información de los beneficiarios cumple con todas las características establecidas. 	

No

No se cuenta con un Padrón de beneficiarios, de igual manera, no se presenta información en el Anexo 2 "Procedimiento para la actualización de la base de datos de beneficiarios" por lo que no es posible calificar la existencia de un procedimiento para la actualización de la base de datos de los beneficiarios y la temporalidad con la que realiza la actualización.

La Secretaria y sus Direcciones llevan registros de las personas atendidas en distintos formatos cuya mayor área de oportunidad es su independencia o falta de comunicación que imposibilita la trazabilidad o seguimiento y genera duplicados en sus bases de datos. Estos registros no discriminan si la atención se realizó con recursos de un Programa en particular.

14. Los procedimientos para otorgar los bienes o servicios a los beneficiarios tienen las siguientes características:

- a) Están estandarizados, es decir, son utilizados por todas las instancias ejecutoras.
- b) Están sistematizados.
- c) Están difundidos públicamente.
- d) Están apegados al documento normativo del programa.
- e) Son congruentes con los criterios establecidos para seleccionar a la población objetivo.

Nivel	Criterios	Respuesta
1	<ul style="list-style-type: none"> • Los procedimientos para otorgar los apoyos a los beneficiarios tienen una de las características establecidas. 	
2	<ul style="list-style-type: none"> • Los procedimientos para otorgar los apoyos a los beneficiarios tienen dos de las características establecidas. 	
3	<ul style="list-style-type: none"> • Los procedimientos para otorgar los apoyos a los beneficiarios tienen tres de las características establecidas. 	
4	<ul style="list-style-type: none"> • Los procedimientos para otorgar los apoyos a los beneficiarios tienen todas las características establecidas. 	

No

El programa no cuenta con procedimientos documentados para otorgar los apoyos a los beneficiarios conforme al Programa.

La Secretaría de Salud cuenta con un Manual General de Organización cuya fecha de elaboración es el 13 de diciembre del 2012 y un Manual de Procedimientos del 2016 el cual se divide en 3 Tomos que no hace referencia a la operación del Programa E039 Prevención y Control de Enfermedades o al Programa origen E014 Servicios de Salud Pública.

15. Si el programa recolecta información socioeconómica de sus beneficiarios, explique el procedimiento para llevarlo a cabo, las variables que mide y la periodicidad de las mediciones:

No

No se presenta un procedimiento para recolectar información de los beneficiarios del Programa. De igual manera, no se presenta información en el Anexo 2 "Procedimiento para la actualización de la base de datos de beneficiarios" por lo que no es posible calificar la existencia de un procedimiento para la actualización de la base de datos de los beneficiarios y la temporalidad con la que realiza la actualización.

La Secretaría de Salud cuenta con un Manual de Procedimientos del 2016 el cual no hace referencia a la operación del Programa E039 Prevención y Control de Enfermedades o al Programa origen E014 Servicios de Salud Pública.

La Secretaría y sus Direcciones llevan registros de las personas atendidas en distintos formatos, cuya versión vigente no se encuentra regulada por el Manual de Procedimientos. La mayor área de oportunidad de estos registros es su independencia o falta de comunicación, lo que imposibilita la trazabilidad o seguimiento de la persona tratada y genera duplicados en sus bases de datos cuando se canaliza a la persona a otra área de atención. Estos registros no discriminan si la atención se realizó con recursos de un Programa en particular.

APARTADO VI. EVALUACIÓN Y ANÁLISIS DE LA MATRIZ DE INDICADORES PARA RESULTADOS (MIR)

16. Para cada uno de los Componentes de la MIR del programa existe una o un grupo de Actividades que:

- a) Están claramente especificadas, es decir, no existe ambigüedad en su redacción.**
- b) Son necesarias, es decir, ninguna de las Actividades es prescindible para producir los Componentes.**
- c) Su realización genera junto con los supuestos en ese nivel de objetivos los Componentes.**

Nivel	Criterios	Respuesta
1	<ul style="list-style-type: none"> • Del 0 al 49% de las Actividades cumplen con todas las características establecidas en la pregunta. 	
2	<ul style="list-style-type: none"> • Del 50 al 69% de las Actividades cumplen con todas las características establecidas en la pregunta. 	
3	<ul style="list-style-type: none"> • Del 70 al 84% de las Actividades cumplen con todas las características establecidas en la pregunta. 	Si
4	<ul style="list-style-type: none"> • Del 85 al 100% de las Actividades cumplen con todas las características establecidas en la pregunta. 	

Si

El Programa tiene definido únicamente el Componente "Detecciones de diabetes y obesidad realizadas", mismo que se genera a través de las Actividades "Detecciones oportunas de Diabetes, hipertensión, obesidad y dislipidemias" y "Toma de hemoglobina glucosilada al paciente que vive con diabetes".

Se puede observar que no existen ambigüedades entre las Actividades. Con respecto al orden de su postulación, se cumple con el orden cronológico, cuentan con su referencia al componente que apalancan. Existe una problemática menor sobre cómo aparecen en el reporte del Sistema PbR; Aparece primero la actividad 2.

Ambas Actividades son necesarias para producir el servicio propuesto en los Componentes, sin embargo, no se están considerando los insumos para la realización de las Actividades. Se debe evaluar la posibilidad de incrementar las Actividades a manera de considerar insumos como tiras medidoras de glucosa y de panel de lípidos.

Las Actividades en la MIR que proporciona el reporte del Sistema PbR no presentan Supuestos, por lo que no es posible calificar lo correspondiente.

17. Los Componentes señalados en la MIR cumplen con las siguientes características:

- a) Son los bienes o servicios que produce el programa.**
- b) Están redactados como resultados logrados, por ejemplo, becas entregadas.**
- c) Son necesarios, es decir, ninguno de los Componentes es prescindible para producir el Propósito.**
- d) Su realización genera junto con los supuestos en ese nivel de objetivos el Propósito.**

Nivel	Criterios	Respuesta
1	<ul style="list-style-type: none"> • Del 0 al 49% de los Componentes cumplen con todas las características establecidas en la pregunta. 	

2	<ul style="list-style-type: none"> Del 50 al 69% de los Componentes cumplen con todas las características establecidas en la pregunta. 	
3	<ul style="list-style-type: none"> Del 70 al 84% de los Componentes cumplen con todas las características establecidas en la pregunta. 	Si
4	<ul style="list-style-type: none"> Del 85 al 100% de los Componentes cumplen con todas las características establecidas en la pregunta. 	

Si

El Programa tiene definido como único Componente "Detecciones de diabetes y obesidad realizadas". Dicho Componente está redactado como resultados logrados y es imprescindible para producir el Propósito. No obstante, parece no cubrir lo que indica el Propósito con respecto a tratamientos y control de la diabetes, así mismo, no existe un documento que muestre complementariedades con otro Programa o explique la razón por la que el presente Programa tiene limitaciones en su Componente.

El Supuesto cumple con las características señaladas en la metodología, tomando como riesgo la no asistencia de usuarios al Servicio.

Por lo anterior, se determina que el Componente cumple con los requerimientos de Diseño, pero es necesario reforzar con otros Componentes o indicar claramente el Programa que es complementario.

18. El Propósito de la MIR cuenta con las siguientes características:

- Es consecuencia directa que se espera ocurrirá como resultado de los Componentes y los supuestos a ese nivel de objetivos.**
- Su logro no está controlado por los responsables del programa.**
- Es único, es decir, incluye un solo objetivo.**
- Está redactado como una situación alcanzada, por ejemplo: morbilidad en la localidad reducida.**
- Incluye la población objetivo.**

Nivel	Criterios	Respuesta
1	<ul style="list-style-type: none"> El Propósito cumple con dos de las características establecidas en la pregunta. 	
2	<ul style="list-style-type: none"> El Propósito cumple con tres de las características establecidas en la pregunta. 	Si
3	<ul style="list-style-type: none"> El Propósito cumple con cuatro de las características establecidas en la pregunta. 	
4	<ul style="list-style-type: none"> El Propósito cumple con todas las características establecidas en la pregunta. 	

Si

El Propósito propuesto para el Programa E040 es "La población de 20 años y más accede a tratamientos, detección y control de la diabetes". Se espera alcanzar este Propósito con un Componente enfocado a la Detección, por lo que parece que no se cubre con lo relacionado a tratamientos y control de la diabetes, así mismo, no existe un documento que muestre complementariedades con otro Programa o explique la razón por la que el presente Programa tiene limitaciones en el nivel Componente.

Por otro lado, su logro no está controlado por sus responsables y tiene un solo objetivo definido, cumpliendo con los requisitos de su formulación incluyendo la redacción.

Por la redacción del Propósito se asume que plantea como Población objetivo "la población de 20 años y más", sin embargo, no se cuentan con un diagnóstico o documentos oficiales para constatar esta información, por lo que se toma como inexistente a manera de mantener congruencia con el APARTADO IV POBLACIÓN POTENCIAL, OBJETIVO Y MECANISMOS DE ELECCIÓN.

19. El Fin de la MIR cuenta con las siguientes características:

- a) Está claramente especificado, es decir, no existe ambigüedad en su redacción.
- b) Es un objetivo superior al que el programa contribuye, es decir, no se espera que la ejecución del programa sea suficiente para alcanzar el Fin.
- c) Su logro no está controlado por los responsables del programa.
- d) Es único, es decir, incluye un solo objetivo.
- e) Está vinculado con objetivos estratégicos de la dependencia o del programa sectorial.

Nivel	Criterios	Respuesta
1	• El Fin cumple con dos de las características establecidas en la pregunta.	
2	• El Fin cumple con tres de las características establecidas en la pregunta.	
3	• El Fin cumple con cuatro de las características establecidas en la pregunta.	Si
4	• El Fin cumple con todas las características establecidas en la pregunta.	

Si

El fin está claramente especificado, fuera del control de los responsables del programa y con vinculación a los siguientes objetivos estratégicos:

Plan Estatal de Desarrollo Tabasco 2019-2024	2.5.3.2. Impulsar políticas públicas que promuevan la vigilancia, promoción, prevención y control de los principales problemas de salud pública del estado, a fin de favorecer el bienestar de la población.
---	--

20. ¿En el documento normativo del programa es posible identificar el resumen narrativo de la MIR (Fin, Propósito, Componentes y Actividades)?

Nivel	Criterios	Respuesta
1	• Algunas de las Actividades de la MIR se identifican en las ROP o documento normativo del programa.	
2	• Algunas de las Actividades y todos los Componentes de la MIR se identifican en las ROP o documento normativo del programa.	
3	• Algunas de las Actividades, todos los Componentes y el Propósito de la MIR se identifican en las ROP o documento normativo del programa.	
4	• Algunas de las Actividades, todos los Componentes, el Propósito y el Fin de la MIR se identifican en las ROP o documento normativo del programa.	

No

No se cuenta con Reglas de Operación o un documento normativo del Programa donde se incluya el resumen narrativo de la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR).

Para la presente evaluación se consultó el resumen narrativo de la MIR (Fin, Propósito, Componentes y Actividades) de la MIR proporcionada por el Sistema PbR, misma que ha sido base para responder las preguntas correspondientes.

21. En cada uno de los niveles de objetivos de la MIR del programa (Fin, Propósito, Componentes y Actividades) existen indicadores para medir el desempeño del programa con las siguientes características:

- a) Claros.
- b) Relevantes.
- c) Económicos.
- d) Monitoreables.
- e) Adecuados.

Nivel	Criterios	Respuesta
1	• Del 0 al 49% de los indicadores del programa tienen todas las características.	
2	• Del 50 al 69% de los indicadores del programa tienen todas las características.	
3	• Del 70 al 84% de los indicadores del programa tienen todas las características	
4	• Del 85 al 100% de los indicadores del programa tienen todas las características	Si

Si

En su mayoría los indicadores presentan claridad en su redacción y formulación, son económicos y monitoreables por la naturaleza de su concepción y operación ya que dependen de los programas y registros internos del área.

Existen deficiencias de forma en algunos indicadores como el del Nivel Fin, ya que la trayectoria por lo definido debería ser descendente y la ficha técnica define una trayectoria ascendente.

Los Indicadores propuestos únicamente miden la realización de los procesos, faltan indicadores que refuercen las mediciones actuales, en el nivel Actividades se deben incluir al menos 2 indicadores conforme al Artículo 42 de los Lineamientos del Consejo Estatal de Evaluación.

Para mayor referencia revisar el Anexo 6 Indicadores.

22. Las Fichas Técnicas de los indicadores del programa cuentan con la siguiente información:

- a) Nombre.
- b) Definición.
- c) Método de cálculo.
- d) Unidad de Medida.
- e) Frecuencia de Medición.
- f) Línea base.
- g) Metas.
- h) Comportamiento del indicador (ascendente, descendente, regular o nominal).

Nivel	Criterios	Respuesta
1	• Del 0 al 49% de las Fichas Técnicas de los indicadores del programa tienen todas las características establecidas.	

2	<ul style="list-style-type: none"> Del 50 al 69% de las Fichas Técnicas de los indicadores del programa tienen todas las características establecidas. 	
3	<ul style="list-style-type: none"> Del 70 al 84% de las Fichas Técnicas de los indicadores del programa tienen todas las características establecidas. 	
4	<ul style="list-style-type: none"> Del 85 al 100% de las Fichas Técnicas de los indicadores del programa tienen todas las características establecidas. 	Si

Si

Conforme a la Ficha Técnica de Indicadores proporcionada por el Sistema PbR los indicadores en los Niveles de la MIR presentan el siguiente cumplimiento a los requerimientos:

Nombre.	Definición.	Método de cálculo	Unidad de Medida	Frecuencia de Medición	Línea base	Metas	Comportamiento del indicador
Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	<p>Si</p> <p>Se interpreta como comportamiento el campo "Trayectoria"; existen errores en Fin y Propósito.</p>

Para mayor referencia revisar el Anexo 6 Indicadores.

23. Las metas de los indicadores de la MIR del programa tienen las siguientes características:

- Cuentan con unidad de medida.**
- Están orientadas a impulsar el desempeño, es decir, no son laxas.**
- Son factibles de alcanzar considerando los plazos y los recursos humanos y financieros con los que cuenta el programa.**

Nivel	Criterios	Respuesta
1	<ul style="list-style-type: none"> Del 0 al 49% de las metas de los indicadores del programa tienen todas las características establecidas. 	
2	<ul style="list-style-type: none"> Del 50 al 69% de las metas de los indicadores del programa tienen todas las características establecidas. 	
3	<ul style="list-style-type: none"> Del 70 al 84% de las metas de los indicadores del programa tienen todas las características establecidas. 	Si
4	<ul style="list-style-type: none"> Del 85 al 100% de las metas de los indicadores del programa tienen todas las características establecidas. 	

Si

Conforme a la Ficha Técnica de Indicadores proporcionada por el Sistema PbR las metas de los indicadores en los Niveles de la MIR presentan el siguiente cumplimiento a los requerimientos:

Unidad de Medida.	Orientadas a impulsar el desempeño	Factibles
Si	Si La Actividad C0102 plantea una disminución, se recomienda mantener línea base.	Si

Como mejora se identificó que se debe corregir la Trayectoria en el Indicador de Fin y Propósito, pues debería ser descendente, ya que el interés es que se reduzca la tasa de mortalidad y los casos de diabetes. Se sugiere quitar el concepto "incremento" en indicador de Propósito para evitar confusión.

Es importante contar con la justificación para cada una de las metas establecidas a fin de evaluar de manera adecuada su factibilidad. Los cambios en metas pueden suceder entre otros por cambios en las reglas de operación, cambios en la población objetivo u área de enfoque, cambio en el tipo de apoyos o actividades o cambios en la demanda.

Para mayor referencia revisar el Anexo 7 Metas del Programa.

24. Cuántos de los indicadores incluidos en la MIR tienen especificados medios de verificación con las siguientes características:

- Oficiales o institucionales.
- Con un nombre que permita identificarlos.
- Permiten reproducir el cálculo del indicador.
- Públicos, accesibles a cualquier persona.

Nivel	Criterios	Respuesta
1	• Del 0 al 49% de los medios de verificación cumplen con las todas características establecidas en la pregunta.	
2	• Del 50 al 69% de los medios de verificación cumplen con todas las características establecidas en la pregunta.	
3	• Del 70 al 84% de los medios de verificación cumplen con todas las características establecidas en la pregunta.	
4	• Del 85 al 100% de los medios de verificación cumplen con todas las características establecidas en la pregunta.	

No

En la Matriz de Indicadores para Resultados y Fichas Técnicas de Indicadores proporcionada por el Sistema PbR no se visualiza el campo "Medios de Verificación" por lo que se considera información inexistente, resultando imposible contestar la presente pregunta.

25. Considerando el conjunto *Objetivo-Indicadores-Medios de verificación*, es decir, cada renglón de la MIR del programa es posible identificar lo siguiente:

- Los medios de verificación son los necesarios para calcular los indicadores, es decir, ninguno es prescindible.
- Los medios de verificación son suficientes para calcular los indicadores.
- Los indicadores permiten medir, directa o indirectamente, el objetivo a ese nivel.

Nivel	Criterios	Respuesta
1	• Uno de los conjuntos <i>Objetivo-Indicadores-Medios de verificación</i> del programa tienen las características establecidas.	
2	• Dos de los conjuntos <i>Objetivo-Indicadores-Medios de verificación</i> del programa tienen las características establecidas.	
3	• Tres de los conjuntos <i>Objetivo-Indicadores-Medios de verificación</i> del programa tienen las características establecidas.	
4	• Todos los conjuntos <i>Objetivo-Indicadores-Medios de verificación</i> del programa tienen las características establecidas.	

No

En la Matriz de Indicadores para Resultados y Fichas Técnicas de Indicadores proporcionada por el Sistema PbR no se visualiza el campo "Medios de Verificación" por lo que se considera información inexistente, resultando imposible contestar la presente pregunta.

26. Sugiera modificaciones en la MIR del programa o incorpore los cambios que resuelvan las deficiencias encontradas en cada uno de sus elementos a partir de sus respuestas a las preguntas de este apartado.

Recomendaciones:

No.	Concepto	Recomendación
1	Árbol de Problemas y Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar diagnóstico del problema con base en los requerimientos establecidos en el Artículo 18 de los LINEAMIENTOS SOBRE LA METODOLOGÍA PARA LA CONSTRUCCIÓN DE MATRIZ DE MARCO LÓGICO E INDICADORES DE DESEMPEÑO PARA LOS ENTES PÚBLICOS ESTATALES del Consejo Estatal de Evaluación. • Definir población, ubicación y plazo de revisión/actualización para el problema. Evaluar la posibilidad de empezar a implementar la Matriz de Motricidad y Dependencia.
2	Resumen Narrativo Fin, Propósito, Componente y Actividades	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la posibilidad de incluir Actividades para la Adquisición y Distribución de insumos: <ul style="list-style-type: none"> -Adquisición y Distribución de tiras medidoras de glucosa. -Adquisición y Distribución de tiras medidoras de panel de lípidos.
3	Indicadores	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la posibilidad de implementar un nuevo indicador para cada Actividad que mida la eficiencia en el ejercicio del gasto, únicamente se está midiendo realización de procesos. Lo anterior conforme al Artículo 42 de los Lineamientos publicados por el Consejo Estatal de Evaluación.
4	Medios de Verificación	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar en Sistema PbR la existencia de Medios de Verificación para la MIR del presente programa.
5	Supuestos	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar en Sistema PbR la existencia de Supuestos para las Actividades. • Evaluar la posibilidad de modificar el Supuesto del Propósito por: La población mantiene una cultura de prevención y detección temprana de factores de riesgo.

APARTADO VII. PRESUPUESTO Y RENDICIÓN DE CUENTAS

27. El programa identifica y cuantifica los gastos en los que incurre para generar los bienes y los servicios (Componentes) que ofrece y los desglosa en las siguientes categorías:

- a) **Gastos en operación:** Se deben incluir los directos (gastos derivados de los subsidios monetarios y/o no monetarios entregados a la población atendida, considere los capítulos 2000 y/o 3000 y gastos en personal para la realización del programa, considere el capítulo 1000) y los indirectos (permiten aumentar la eficiencia, forman parte de los procesos de apoyo. Gastos en supervisión, capacitación y/o evaluación, considere los capítulos 2000, 3000 y/o 4000).
- b) **Gastos en mantenimiento:** Requeridos para mantener el estándar de calidad de los activos necesarios para entregar los bienes o servicios a la población objetivo (unidades móviles, edificios, etc.). Considere recursos de los capítulos 2000, 3000 y/o 4000.
- c) **Gastos en capital:** Son los que se deben afrontar para adquirir bienes cuya duración en el programa es superior a un año. Considere recursos de los capítulos 5000 y/o 6000 (Ej: terrenos, construcción, equipamiento, inversiones complementarias).
- d) **Gasto unitario:** Gastos Totales/población atendida (Gastos totales=Gastos en operación + gastos en mantenimiento). Para programas en sus primeros dos años de operación se deben de considerar adicionalmente en el numerador los Gastos en capital

Nivel	Criterios	Respuesta
1	<ul style="list-style-type: none"> • El programa identifica y cuantifica los gastos en operación y desglosa uno los conceptos establecidos. 	
2	<ul style="list-style-type: none"> • El programa identifica y cuantifica los gastos en operación y desglosa dos de los conceptos establecidos. 	Si
3	<ul style="list-style-type: none"> • El programa identifica y cuantifica los gastos en operación y desglosa tres de los conceptos establecidos. 	
4	<ul style="list-style-type: none"> • El programa identifica y cuantifica los gastos en operación y desglosa todos los conceptos establecidos. 	

Si

El desglose de gastos proporcionado para la evaluación del Programa E040 contempla información sobre gastos de operación directos, indirecto y gastos de mantenimiento, a continuación se presentan los montos para los Capítulos incurridos:

Capítulo 1000	\$2,568,998,679.00
Capítulo 4000	\$45,263,953.77

Para mayor referencia consultar Anexo 9 "Gastos desglosados del programa y criterios de clasificación".

28. El programa cuenta con mecanismos de transparencia y rendición de cuentas con las siguientes características:

- a) **Las ROP o documento normativo están actualizados y son públicos, esto es, disponibles en la página electrónica.**
- b) **Los resultados principales del programa, así como la información para monitorear su desempeño, están actualizados y son públicos, son difundidos en la página.**

- c) **Se cuenta con procedimientos para recibir y dar trámite a las solicitudes de acceso a la información acorde a lo establecido en la normatividad aplicable.**
- d) **La dependencia o entidad que opera el Programa propicia la participación ciudadana en la toma de decisiones públicas y a su vez genera las condiciones que permitan que ésta permee en los términos que señala la normatividad aplicable.**

Nivel	Criterios	Respuesta
1	• Los mecanismos de transparencia y rendición de cuentas tienen una de las características establecidas.	
2	• Los mecanismos de transparencia y rendición de cuentas tienen dos de las características establecidas.	Si
3	• Los mecanismos de transparencia y rendición de cuentas tienen tres de las características establecidas.	
4	• Los mecanismos de transparencia y rendición de cuentas tienen todas las características establecidas.	

Si

A pesar de no contar con Reglas de Operación, el ente evaluado declara durante las entrevistas realizadas para la presente evaluación contar con sus mecanismos para garantizar la transparencia y rendición de cuentas, así como la constante participación en comités de transparencia, respuesta a información por parte del Instituto Tabasqueño de Transparencia y Acceso a la Información Pública (ITAIP) y carga de información en los portales de Transparencia correspondientes.

29. Los procedimientos de ejecución de obras y/o acciones tienen las siguientes características:

- a) **Están estandarizados, es decir, son utilizados por todas las instancias ejecutoras.**
- b) **Están sistematizados.**
- c) **Están difundidos públicamente.**
- d) **Están apegados al documento normativo del programa.**

Nivel	Criterios	Respuesta
1	• Los procedimientos de ejecución de obras y/o acciones tienen una de las características establecidas.	
2	• Los procedimientos de ejecución de obras y/o acciones tienen dos de las características establecidas.	
3	• Los procedimientos de ejecución de obras y/o acciones tienen tres de las características establecidas.	
4	• Los procedimientos de ejecución de obras y/o acciones tienen todas las características establecidas.	

No aplica

La presente pregunta no aplica para el presente Programa ya que no incurre en la ejecución de obras.

APARTADO VIII.

ANÁLISIS DE POSIBLES COMPLEMENTARIEDADES Y COINCIDENCIAS CON OTROS PROGRAMAS FEDERALES

30. ¿Con cuáles programas estatales y/o acciones de desarrollo social en otros niveles de gobierno y en qué aspectos el programa evaluado podría tener complementariedad y/o coincidencias?

Durante las entrevistas realizadas para la presente evaluación, los responsables del Programa declaran que todos sus Programas tienen complementariedad con los Programas federales, sin embargo, esa complementariedad no está expresa en algún documento normativo y no fue proporcionada la relación y datos de los Programas federales para llenar el Anexo 10 "Complementariedad y coincidencias entre programas federales y/o acciones de desarrollo social".

VALORACIÓN DEL DISEÑO DEL PROGRAMA

Como resultado del Análisis detallado de la información documental presentada por la Secretaría de Salud (SS) y las entrevistas realizadas a funcionarios normativos y operativos del Programa, se emite la siguiente valoración del Programa E040 Prevención y Control de Sobrepeso, Obesidad, y Diabetes con sustento en la Guía para la Elaboración de la Matriz de Indicadores para Resultados y el Manual para el diseño y la construcción de Indicadores, emitidos por el CONEVAL y los LINEAMIENTOS SOBRE LA METODOLOGÍA PARA LA CONSTRUCCIÓN DE MATRIZ DE MARCO LÓGICO E INDICADORES DE DESEMPEÑO PARA LOS ENTES PÚBLICOS ESTATALES, emitidos por el Consejo Estatal de Evaluación.

Tabla "Valoración Final del programa"

Tema	No. de Preguntas	Nivel	Justificación
Justificación de la creación y del diseño del programa	3	0.33	El Programa no cuenta con un Diagnóstico. El programa no cuenta con una justificación teórica o empírica documentada que sustente el tipo de intervención gubernamental que lleva a cabo.
Contribución a la meta y objetivos nacionales	3	1	El Programa cuenta con información que permite verificar su alineación con el Plan Estatal de Desarrollo Tabasco 2019-2024, Programa Sectorial de Salud, Seguridad y Asistencia Social 2019-2024 y Objetivos de Desarrollo Sostenible.
Población potencial, objetivo y mecanismos de elegibilidad	6	0	No se cuenta con documentos oficiales o un diagnóstico dónde se establezca claramente la población potencial y objetivo. No se presenta información en Anexo 1 "Metodología para la cuantificación de las poblaciones Potencial y Objetivo". No se cuenta con Reglas de Operación, documentos normativos o manuales de operación del Programa que señalen una estrategia de cobertura que establezca una población objetivo, metas y congruencia con el diseño y diagnóstico.
Padrón de beneficiarios y mecanismos de atención	3	0	No se cuenta con un Padrón de beneficiarios, de igual manera, no se presenta información en el Anexo 2 "Procedimiento para la actualización de la base de datos de beneficiarios" por lo que no es posible calificar la existencia de un procedimiento para la actualización de la base de datos de los beneficiarios y la temporalidad con la que realiza la actualización.

Matriz de Indicadores para Resultados	11	0.72	<p>No se cuenta con Reglas de Operación o un documento normativo del Programa donde se incluya el resumen narrativo de la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR).</p> <p>En la Matriz de Indicadores para Resultados y Fichas Técnicas de Indicadores proporcionada por el Sistema PbR no se visualiza el campo "Medios de Verificación" por lo que se considera información inexistente, resultando imposible contestar la presente pregunta.</p>
Presupuesto y rendición de cuentas	3	1	Se presenta información sobre presupuesto y rendición de cuentas.
Complementariedades y coincidencias con otros programas federales	1	0	No fue proporcionado la relación y datos de los Programas federales para llenar el Anexo 10 "Complementariedad y coincidencias entre programas federales y/o acciones de desarrollo social".
Valoración final	30	3.05	Nivel promedio del total de temas

Nivel= Nivel promedio por tema

Justificación= Breve descripción de las causas que motivaron el nivel por tema o el nivel total (Máximo 100 caracteres por Módulo)

EVALUACIÓN DE LA MIR

Evaluación de la lógica vertical

Pregunta	Respuesta	Argumento
¿Las actividades detalladas son las necesarias y suficientes para producir o entregar cada componente?	Si	Las Actividades son suficientes para producir el Componente propuesto.
¿Los componentes son los necesarios y suficientes para lograr el propósito del programa	Si	El Componente propuesto cumple con la metodología, sin embargo, el área operadora debe considerar el implementar otros Componentes respecto a tratamientos y control de la diabetes.
¿El propósito es único y representa un cambio específico en las condiciones de vida de la población objetivo?	Si	El Propósito se plantea como una situación alcanzada, fuera del control de sus responsables y con un solo objetivo definido.
¿Es razonable esperar que el logro del propósito implique una contribución significativa al logro del fin?	Si	El Propósito está enfocado en la prevención y control de la diabetes, por lo que su operación contribuye a disminuir la mortalidad por problemas relacionados a la enfermedad.
¿El fin está claramente vinculado a algún objetivo estratégico de la institución que opera el programa?	Si	Datos validados en Reporte de Programa presupuestario proporcionado por el Sistema PbR que muestra alineaciones estratégicas.
¿Los supuestos de sustentabilidad en el fin representan situaciones externas al ámbito de control del programa?	Si	El Supuesto cumple requisitos de construcción.
¿Los supuestos en el propósito representan situaciones externas al ámbito de control del programa?	No	La detección de los factores de riesgo se entiende que es parte del ámbito de control del Programa. Se recomienda considerar como Supuesto el cambio de cultura de la gente hacia la prevención para que se promueva la asistencia a los servicios del Programa.
¿Los supuestos en los componentes representan situaciones externas al ámbito de control del programa?	Si	El Supuesto cumple con las características señaladas en la metodología, tomando como riesgo la no asistencia de usuarios al Servicio.
¿Los supuestos en las actividades representan situaciones externas al ámbito de control del programa?	No	Las Actividades en la MIR que proporciona el reporte del Sistema PbR no presentan Supuestos, por lo que no es posible calificar lo correspondiente.
¿Existe duplicidad entre los cuatro niveles de objetivos (Mismo objetivo en dos niveles con distintas palabras)?	No	No existen duplicidades entre los niveles de la MIR proporcionada por el Sistema PbR.

Fuente: IAP; Elaboración propia con base en la información proporcionada por la Secretaría de Salud del Estado de Tabasco

Evaluación de la lógica horizontal

Pregunta	Respuesta	Argumento
¿Los indicadores en el fin permiten monitorear el programa y evaluar adecuadamente el logro del fin?	Si	Tasa de mortalidad por diabetes se define como indicador de impacto para conocer el efecto del programa en la sociedad.
¿Los indicadores en el propósito permiten monitorear el programa y evaluar adecuadamente el logro del propósito?	Si	Se miden los resultados del programa en el año con respecto al nivel de casos de diabetes. Se recomienda eliminar concepto de incremento y dejarlo a la medición de la incidencia y su Trayectoria colocarla de forma descendente.
¿Los indicadores en los componentes permiten monitorear el programa y evaluar adecuadamente el logro de cada uno de los componentes?	Si	Pero el indicador para su mejora debe considerar resultados que incluyan ambas Actividades ya que en el

Pregunta	Respuesta	Argumento
		Indicador propuesto no se observa la cuantificación de los pacientes con Diagnóstico de Diabetes.
¿Los indicadores en las actividades permiten monitorear el programa y evaluar adecuadamente el logro de cada una de las actividades?	Si	Los Indicadores miden la realización del proceso, se puede reforzar con la medición de la eficiencia en el ejercicio del gasto.
¿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)?	No	En la Matriz de Indicadores para Resultados y Fichas Técnicas de Indicadores proporcionada por el Sistema PbR no se visualiza el campo "Medios de Verificación" por lo que se considera información inexistente, resultando imposible contestar la presente pregunta.
¿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)?	No	En la Matriz de Indicadores para Resultados y Fichas Técnicas de Indicadores proporcionada por el Sistema PbR no se visualiza el campo "Medios de Verificación" por lo que se considera información inexistente, resultando imposible contestar la presente pregunta.
¿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)?	No	En la Matriz de Indicadores para Resultados y Fichas Técnicas de Indicadores proporcionada por el Sistema PbR no se visualiza el campo "Medios de Verificación" por lo que se considera información inexistente, resultando imposible contestar la presente pregunta.
¿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)?	No	En la Matriz de Indicadores para Resultados y Fichas Técnicas de Indicadores proporcionada por el Sistema PbR no se visualiza el campo "Medios de Verificación" por lo que se considera información inexistente, resultando imposible contestar la presente pregunta.

Fuente: IAP; Elaboración propia con base en la información proporcionada por la Secretaría de Salud del Estado de Tabasco.

Análisis de fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas

Apartado de la evaluación:	Fortaleza y oportunidad/debilidad o amenaza	Referencia (pregunta)	Recomendación
Justificación de la creación y del diseño del programa	Fortaleza y Oportunidad		
	<p>El Programa tiene definido el problema o necesidad que busca resolver con base en su Árbol de Problemas.</p> <p>El diseño del Programa cuenta con Árboles de Problema y de Objetivos.</p> <p>Existen Lineamientos (Lineamientos sobre la Metodología para la Construcción de Matriz de Marco Lógico e Indicadores de Desempeño para los Entes Públicos Estatales) que te permiten elaborar un Diagnóstico adecuado para el Programa.</p>	1 y 2	Elaborar diagnóstico del problema con base en los requerimientos establecidos en el Artículo 18 de los LINEAMIENTOS SOBRE LA METODOLOGÍA PARA LA CONSTRUCCIÓN DE MATRIZ DE MARCO LÓGICO E INDICADORES DE DESEMPEÑO PARA LOS ENTES PÚBLICOS ESTATALES del Consejo Estatal de Evaluación.
	Debilidad o Amenaza		
	El Problema definido no cuenta con plazo para su revisión y ubicación.	1,2,3	Elaborar diagnóstico del problema con base en los requerimientos establecidos en el Artículo 18 de los LINEAMIENTOS SOBRE LA METODOLOGÍA

	<p>El Programa Presupuestario no cuenta con un Diagnóstico que describa el Problema que busca atender.</p> <p>El programa no cuenta con una justificación teórica o empírica documentada que sustente el tipo de intervención gubernamental que lleva a cabo.</p>		<p>PARA LA CONSTRUCCIÓN DE MATRIZ DE MARCO LÓGICO E INDICADORES DE DESEMPEÑO PARA LOS ENTES PÚBLICOS ESTATALES del Consejo Estatal de Evaluación.</p> <p>Definir problema central considerando los siguientes requisitos: hecho negativo + magnitud del problema + población/área de enfoque + plazo para su revisión. Evaluar la posibilidad de empezar a implementar la Matriz de Motricidad y Dependencia.</p>
--	---	--	---

Apartado de la evaluación:	Fortaleza y oportunidad/debilidad o amenaza	Referencia (pregunta)	Recomendación
Contribución a las metas y objetivos estatales	Fortaleza y Oportunidad		
	<p>El Programa cuenta con información que permite verificar su alineación con el Plan Estatal de Desarrollo Tabasco 2019-2024, Programa Sectorial de Salud, Seguridad y Asistencia Social 2019-2024 y Objetivos de Desarrollo Sostenible.</p>	4, 5 y 6	<p>Actualizar alineación en caso de modificaciones a los Planes o Programas de Planeación.</p>

Apartado de la evaluación:	Fortaleza y oportunidad/debilidad o amenaza	Referencia (pregunta)	Recomendación
Población potencial, objetivo y mecanismos de elegibilidad	Fortaleza y Oportunidad		
	<p>El Programa puede operar bajo el concepto de área de enfoque ya que su atención es a un grupo poblacional.</p> <p>Reformas a la Ley General de Salud para garantizar el acceso universal y oportuno a los servicios de salud.</p> <p>Se cuenta con registros internos por área para realizar estrategia de cobertura basada en el área de enfoque.</p>	7 y 10	<p>Definir área de enfoque en el Diagnóstico del Programa.</p>
	Debilidad o Amenaza		

	<p>La definición del problema en el árbol de problemas, no considera la población que presenta la necesidad.</p> <p>El Pp no cuenta con documentos oficiales donde se establezca claramente la información sobre los tipos de poblaciones (Potencial, Objetivo y Atendida)</p> <p>No se presenta "Metodología para la cuantificación de las poblaciones Potencial y Objetivo".</p> <p>No se cuenta con Reglas de Operación, documentos normativos o manuales de operación del Programa que señalen una estrategia de cobertura que establezca una población objetivo, metas y congruencia con el diseño y diagnóstico.</p> <p>El Programa Presupuestario no permite conocer la demanda total de apoyos y características de los solicitantes ya que no cuenta con información sistematizada.</p> <p>Reformas a la Ley General de Salud.</p> <p>Independencia o falta de comunicación entre registros internos.</p>	7 y 8	<p>Cuantificar el área de enfoque a manera de tener un plan con metas claras y congruentes con la atención del problema que permita medir la contribución directa e indirecta.</p> <p>Establecer una estrategia de cobertura basada en el área de enfoque.</p> <p>Trabajar en unificar bases de datos y registros para que exista un cruce de información que permita evitar duplicados en registros de atención.</p>
--	--	-------	---

Apartado de la evaluación:	Fortaleza y oportunidad/debilidad o amenaza	Referencia (pregunta)	Recomendación
Padrón de beneficiarios y mecanismos de atención	Fortaleza y Oportunidad		
	La Secretaría de Salud cuenta con un Manual General de Organización y un Manual de Procedimientos y se encuentran difundidos públicamente	14, 15	Identificar los procedimientos que contempla la operación del Programa y actualizarlos con base en lo definido por Marco Lógico.
	Debilidad o Amenaza		
	Existe una independencia o falta de comunicación entre los registros internos de la Secretaría. No se cuenta con procedimientos para operar los procesos del Programa presupuestario.	15	Identificar los procedimientos que contempla la operación del Programa y actualizarlos con base en lo definido por Marco Lógico. Documentar prácticas actuales de recolección de información a través de formatos y registros en procedimientos.

Apartado de la evaluación:	Fortaleza y oportunidad/debilidad o amenaza	Referencia (pregunta)	Recomendación
Matriz de Indicadores para Resultados (MIR)	Fortaleza y Oportunidad		
	<p>El programa cuenta con su Matriz de Indicadores para Resultados (MIR).</p> <p>Existe una propuesta para cada Nivel de la MIR.</p> <p>El nivel Fin está claramente alineado a ejercicios de planeación superiores conforme a los Lineamientos del CEE.</p> <p>Se cuenta con indicadores que cumplen con las características CREMA.</p> <p>La ficha de indicadores cuenta con todos los atributos necesarios para su cálculo.</p> <p>Los indicadores tienen definidas metas.</p> <p>Se cuenta con normatividad para la construcción de la MIR y sus Indicadores por parte del CEE y CONEVAL.</p>	<p>16,17,18,19,</p> <p>22,23</p>	<p>Continuar con los procesos de evaluación y mejora de la MIR y sus niveles.</p> <p>Elaborar los ASM para la mejora de la operación del Programa presupuestario.</p>
	Debilidad o Amenaza		
	<p>El Nivel Actividades está omitiendo procesos de adquisición de insumos para su desarrollo.</p> <p>Errores en el Reporte del Sistema PbR en apartado de Supuesto (Actividad).</p> <p>Solo se define un indicador para las Actividades propuestas en la MIR.</p> <p>No se cuenta con Reglas de Operación o un documento normativo del Programa donde se incluya el resumen narrativo de la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR).</p> <p>Cambios en los cálculos de las metas por requerimientos de la dependencia.</p> <p>El reporte del PbR Matriz de Indicadores para Resultados las Fichas Técnicas de Indicadores no cuenta con un apartado donde se establezcan los Medios de Verificación</p>	<p>16, 22, 23 y 24</p>	<p>Evaluar la posibilidad de incluir Actividades para la Adquisición y Distribución de insumos:</p> <p>-Adquisición y Distribución de tiras medidoras de glucosa.</p> <p>-Adquisición y Distribución de tiras medidoras de panel de lípidos.</p> <p>Revisar Sistema PbR para verificar la existencia de información en el apartado de Supuestos para las Actividades.</p> <p>Evaluar la posibilidad de implementar un nuevo indicador para cada Actividad que mida la eficiencia en el ejercicio del gasto, únicamente se está midiendo realización de procesos. Lo anterior conforme al Artículo 42 de los Lineamientos publicados por el Consejo Estatal de Evaluación.</p> <p>Se recomienda Incluir los Medios de Verificación en la MIR y Ficha Técnica de Indicadores.</p>

Apartado de la evaluación:	Fortaleza y oportunidad/debilidad o amenaza	Referencia (pregunta)	Recomendación
Presupuesto y rendición de cuentas	Fortaleza y Oportunidad		
	<p>El Programe presupuestario conforme a las entrevistas con el personal Responsable,</p>	<p>28</p>	<p>Mantener actualizar la información en los portales de Transparencia.</p>

	cuenta con sus mecanismos para garantizar la transparencia y rendición de cuentas.		
Debilidad o Amenaza			
	Únicamente se identifica y cuantifica los gastos en operación de los Programas de origen.	27	Realizar el desglose de los Gastos acorde a la desagregación de Programas.

Apartado de la evaluación:	Fortaleza y oportunidad/debilidad o amenaza	Referencia (pregunta)	Recomendación
Complementariedades y coincidencias con otros programas estatales, federales y/o acciones de desarrollo social	Fortaleza y Oportunidad		
	Existen Programas federales rectores de la función.	30	Identificar y documentar complementariedades o coincidencias del programa actual con Programas federales en materia.
	Debilidad o Amenaza		
	No se cuenta con información oficial o documento normativo que permita evidenciar la complementariedad con Programas Federales Complementariedades	30	Documentar en Reglas de Operación o documento normativo las complementariedades o coincidencias entre el presente Programa y el Programa federal con que tiene relación.

CONCLUSIÓN

Como resultado de la evaluación específica realizada al Diseño del Programa y la Matriz de Indicadores para Resultados del Programa presupuestario E040 Prevención y Control de Sobrepeso, Obesidad, y Diabetes, se obtuvo un nivel promedio de 3.05 con respecto al cuestionario de diseño y las herramientas de evaluación de lógica vertical y horizontal definidas.

A continuación se presentan las áreas de oportunidad detectadas durante el proceso que sustentan la valoración otorgada al Programa:

Tema	Justificación
Justificación de la creación y del diseño del programa	<p>El Programa no cuenta con un Diagnóstico.</p> <p>El programa no cuenta con una justificación teórica o empírica documentada que sustente el tipo de intervención gubernamental que lleva a cabo.</p>
Población potencial, objetivo y mecanismos de elegibilidad	<p>No se cuenta con documentos oficiales o un diagnóstico dónde se establezca claramente la población potencial y objetivo. No se presenta información en Anexo 1 "Metodología para la cuantificación de las poblaciones Potencial y Objetivo".</p> <p>No se cuenta con Reglas de Operación, documentos normativos o manuales de operación del Programa que señalen una estrategia de cobertura que establezca una población objetivo, metas y congruencia con el diseño y diagnóstico.</p>
Padrón de beneficiarios y mecanismos de atención	<p>No se cuenta con un Padrón de beneficiarios, de igual manera, no se presenta información en el Anexo 2 "Procedimiento para la actualización de la base de datos de beneficiarios" por lo que no es posible calificar la existencia de un procedimiento para la actualización de la base de datos de los beneficiarios y la temporalidad con la que realiza la actualización.</p>
Matriz de Indicadores para Resultados	<p>El Nivel Actividades está omitiendo procesos de adquisición de insumos para su desarrollo.</p> <p>No se cuenta con Reglas de Operación o un documento normativo del Programa donde se incluya el resumen narrativo de la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR).</p> <p>En la Matriz de Indicadores para Resultados y Fichas Técnicas de Indicadores proporcionada por el Sistema PbR no se visualiza el campo "Medios de Verificación" por lo que se considera información inexistente, resultando imposible contestar la presente pregunta.</p>
Complementariedades y coincidencias con otros programas federales	<p>No fue proporcionado la relación y datos de los Programas federales para llenar el Anexo 10 "Complementariedad y coincidencias entre programas federales y/o acciones de desarrollo social".</p>

Con la finalidad de trabajar en las áreas de oportunidad detectadas y mejorar el Diseño del Programa y la Matriz de Indicadores para Resultados del Programa Presupuestario E040 Prevención y Control de Sobrepeso, Obesidad, y Diabetes del Ejercicio Fiscal 2019, se emiten las siguientes recomendaciones:

1. Elaborar diagnóstico del problema con base en los requerimientos establecidos en el Artículo 18 de los LINEAMIENTOS SOBRE LA METODOLOGÍA PARA LA CONSTRUCCIÓN DE MATRIZ DE MARCO LÓGICO E INDICADORES DE DESEMPEÑO PARA LOS ENTES PÚBLICOS ESTATALES del Consejo Estatal de Evaluación.
2. Definir población, ubicación y plazo de revisión/actualización para el problema. Evaluar la posibilidad de empezar a implementar la Matriz de Motricidad y Dependencia.
3. Evaluar la posibilidad de incluir Actividades para la Adquisición y Distribución de insumos: Adquisición y Distribución de tiras medidoras de glucosa.
4. -Adquisición y Distribución de tiras medidoras de panel de lípidos.
5. Evaluar la posibilidad de modificar el Supuesto del Propósito por: La población mantiene una cultura de prevención y detección temprana de factores de riesgo.
6. Evaluar la posibilidad de implementar un nuevo indicador para cada Actividad que mida la eficiencia en el ejercicio del gasto, únicamente se está midiendo realización de procesos. Lo anterior conforme al Artículo 42 de los Lineamientos publicados por el Consejo Estatal de Evaluación.
7. Verificar reportes en Sistema PbR para asegurarse de la existencia de información con respecto a los Supuestos del Nivel Actividades y los Medios de Verificación para todos los Niveles de la MIR.

BIBLIOGRAFÍA

1. Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) 2019 del programa E014 Servicios de Salud Pública del Estado de Tabasco del 2019.
2. Ficha Técnica de los Indicadores de la MIR 2019.
3. Árbol de Problemas y Objetivos 2019.
4. Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) del programa E039 Prevención y Control de Enfermedades.
5. Ficha Técnica de los indicadores de la MIR 2020.
6. Árbol de Problemas y Objetivos 2020.
7. Avances Trimestrales 2019 y 2020.
8. Desglose del Presupuesto Ejercido por Capitulo de Gasto 2019.
9. Plan Estatal de Desarrollo (PLED) y Programa Sectorial de Salud.
10. Lineamiento Metodológico de Marco Lógico y Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) de Tabasco.

FICHA TÉCNICA CON LOS DATOS GENERALES DE LA INSTANCIA EVALUADORA Y EL COSTO DE LA EVALUACIÓN

DATOS DE LA INSTANCIA EVALUADORA
Nombre de la instancia evaluadora: Instituto de Administración Pública de Tabasco A.C
Nombre del coordinador de la evaluación: Iván Eduardo Ramírez Urdaneta
Nombres de los principales colaboradores: Ulises Alejandro Palomeque Cedano. Analista de datos: Bryan Lamas García
DATOS DE LA CONTRATACIÓN
Nombre de la unidad administrativa responsable de dar seguimiento a la evaluación: Dirección de Planeación de la secretaria de Salud de Tabasco
Nombre del titular de la unidad administrativa responsable de dar seguimiento a la evaluación: Lic. María del Carmen Castro Quintero
Forma de contratación de la instancia evaluadora: Adjudicación Directa
Costo total de la Evaluación: \$88,235.01
Fuente de Financiamiento: Gastos Corriente

ANEXOS

Anexo 1

“Metodología para la cuantificación de las poblaciones potencial y objetivo”.

No se cuenta con documentos oficiales o un diagnóstico dónde se establezca claramente la población potencial y objetivo. No se presenta información en Anexo 1 “Metodología para la cuantificación de las poblaciones Potencial y Objetivo” por lo cual no permite responder el siguiente Anexo

Anexo 2

“Procedimiento para la actualización de la base de datos de beneficiarios”.

No se presenta información en el Anexo 2 “Procedimiento para la actualización de la base de datos de beneficiarios” por lo que no es posible calificar la existencia de un procedimiento para la actualización de la base de datos de los beneficiarios y la temporalidad con la que realiza la actualización

Anexo 3

“Árbol de Problemas y Objetivos”.



Anexo 4

“Matriz de Indicadores para Resultados del programa”.

Matriz de Indicadores para Resultados de Origen E014 Servicios de Salud Pública 2019

Nivel	Objetivo	Indicadores	Medios de Verificación	Supuestos																						
Fin	Cobertura de atención preventiva y de promoción de la salud en el control de enfermedades y cambiando estilos de vida en el primer nivel de atención en la población sin derechohabencia y afiliados al REPS	<p>Nombre: Esperanza de vida Definición: Se define como la prevención, educación y control de la salud en la población en la estructura en salud de primer nivel de atención. Tipo: Estratégico. Dimensión: Eficacia. Ámbito: Impacto. Método de cálculo: Se refiere a los años que se espera vivan los recién nacidos, dada la experiencia $Ex = Tx/lx$ $Ex =$ Esperanza de vida $Tx =$ Número total de años vividos, desde la edad X Valor línea Base: 74.25 Año línea Base: 2012 Periodicidad: Anual. Periodos/ Metas: 1=75.1</p> <p style="text-align: center;">Parámetros de semaforización</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Periodo</th> <th rowspan="2">Meta</th> <th colspan="2">Verde</th> <th colspan="2">Amarillo</th> <th colspan="2">Rojo</th> </tr> <tr> <th>Desde</th> <th>Hasta</th> <th>Desde</th> <th>Hasta</th> <th>Por debajo</th> <th>Por encima</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>75.1000</td> <td>71.3450</td> <td>82.6100</td> <td>67.5900</td> <td>71.3450</td> <td>67.5900</td> <td>82.6100</td> </tr> </tbody> </table>	Periodo	Meta	Verde		Amarillo		Rojo		Desde	Hasta	Desde	Hasta	Por debajo	Por encima	1	75.1000	71.3450	82.6100	67.5900	71.3450	67.5900	82.6100	<p>Nombre: Proyecciones de indicadores demográficos 2010-2050 Área responsable de la información: Consejo nacional de población (CONAPO). Subsecretaría de salud pública. Disponibilidad: Pública Unidad de análisis: Años Vida. Cobertura y desagregación geográfica: Estatal. Periodicidad de actualización de la información: Anual Fecha de publicación: 2 años posterior a los levantamientos censales del INEGI</p>	Las nuevas generaciones replican estilos de vida saludable de sus padres.
Periodo	Meta	Verde			Amarillo		Rojo																			
		Desde	Hasta	Desde	Hasta	Por debajo	Por encima																			
1	75.1000	71.3450	82.6100	67.5900	71.3450	67.5900	82.6100																			
Propósito	Mejorar los servicios de salud pública, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios, así como factores que condicionan y causan daños a la salud, con especial interés en promoción de la salud, prevención de enfermedades, vigilancia epidemiológica con la finalidad de reducir la mortalidad infantil a una tasa de 14.23 por 1000 nacidos vivos registrados	<p>Nombre: Tasa de mortalidad infantil Definición: El primer año de vida es el más crítico en la supervivencia del ser humano, cuando se sobrepasa el primer cumpleaños, las probabilidades de vida aumentan. Se trata de un indicador relacionado directamente con los niveles. Tipo: Estratégico. Dimensión: Eficacia. Ámbito: Resultados. Método de cálculo: (Defunciones de menores de un año / Nacidos vivos en ese mismo año) X 1000 Valor línea Base: 18.56 Año línea Base: 2012 Periodicidad: Anual. Periodos/ Metas: 1=14.23</p> <p style="text-align: center;">Parámetros de semaforización</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Periodo</th> <th rowspan="2">Meta</th> <th colspan="2">Verde</th> <th colspan="2">Amarillo</th> <th colspan="2">Rojo</th> </tr> <tr> <th>Desde</th> <th>Hasta</th> <th>Desde</th> <th>Hasta</th> <th>Por debajo</th> <th>Por encima</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>14.2300</td> <td>16.3645</td> <td>12.8070</td> <td>16.3645</td> <td>17.0760</td> <td>12.8070</td> <td>17.0760</td> </tr> </tbody> </table>	Periodo	Meta	Verde		Amarillo		Rojo		Desde	Hasta	Desde	Hasta	Por debajo	Por encima	1	14.2300	16.3645	12.8070	16.3645	17.0760	12.8070	17.0760	<p>Nombre: cubo de mortalidad de la DGIS (Dirección General de Información en Salud) Sistema de información de certificados de nacimientos (SINAC) Área responsable: DGIS (Dirección General de Información en Salud) Disponibilidad: Pública Unidad de análisis: Recién Nacido. Cobertura y desagregación geográfica: Estatal. Periodicidad: Anual Fecha de publicación: marzo 2020</p>	Que existan las condiciones para que los recursos estén en tiempo y forma para realizar las actividades Evitar muertes prematuras.
Periodo	Meta	Verde			Amarillo		Rojo																			
		Desde	Hasta	Desde	Hasta	Por debajo	Por encima																			
1	14.2300	16.3645	12.8070	16.3645	17.0760	12.8070	17.0760																			

Nivel	Objetivo	Indicadores	Medios de Verificación	Supuestos																						
Componente 1	<p>Detectar y notificar en forma oportuna los padecimientos sujetos a vigilancia epidemiológica para realizar en forma oportuna acciones de promoción, prevención y control de enfermedades de alta vulnerabilidad otorgados a la población con el fin de disminuir las tasas de morbilidad a 435.2 por 1000 habitantes en el año 2019</p>	<p>Nombre: Tasa de morbilidad de enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica. Definición: Mide la incidencia de las enfermedades sujetas a vigilancias epidemiológicas. Tipo: Gestión. Dimensión: Eficiencia. Ámbito: Servicios. Método de cálculo: (Casos nuevos de enfermedades de vigilancia epidemiológica / población total) X 1,000 Valor línea Base: 505.98 Año línea Base: 2012 Periodicidad: Anual. Periodos/ Metas: 1=346.25</p> <p style="text-align: center;">Parámetros de semaforización</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Periodo</th> <th rowspan="2">Meta</th> <th colspan="2">Verde</th> <th colspan="2">Amarillo</th> <th colspan="2">Rojo</th> </tr> <tr> <th>Desde</th> <th>Hasta</th> <th>Desde</th> <th>Hasta</th> <th>Por debajo</th> <th>Por encima</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>346.25</td> <td>398.1875</td> <td>311.6250</td> <td>398.1875</td> <td>415.5000</td> <td>311.6250</td> <td>415.5000</td> </tr> </tbody> </table>	Periodo	Meta	Verde		Amarillo		Rojo		Desde	Hasta	Desde	Hasta	Por debajo	Por encima	1	346.25	398.1875	311.6250	398.1875	415.5000	311.6250	415.5000	<p>Nombre: Informe semanal de casos nuevos, formato SUIVE 1 2019 Área responsable: Departamento de epidemiología Disponibilidad: Pública Unidad de análisis: Casos nuevos de enfermedades de Cobertura y desagregación geográfica: Estatal. Periodicidad: Anual Fecha de publicación: marzo 2020</p>	<p>Se cuenta con todos los insumos necesarios para la prevención.</p>
Periodo	Meta	Verde			Amarillo		Rojo																			
		Desde	Hasta	Desde	Hasta	Por debajo	Por encima																			
1	346.25	398.1875	311.6250	398.1875	415.5000	311.6250	415.5000																			
Componente 2	<p>Mejorar los servicios de salud pública, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios, así como factores que condicionan y causan daños a la salud. Con especial interés en promoción de la salud, prevención para el control de las enfermedades transmitidas por vectores con una tasa anual de 4.94</p>	<p>Nombre: Tasa de incidencia de enfermedades transmitidas por vector Definición: Se define como el número de casos nuevos de enfermedades por Dengue, Paludismo y Rabia en una población determinada. Tipo: Gestión. Dimensión: Eficiencia. Ámbito: Productos. Método de Cálculo: (Casos de enfermedades transmitidas por vector / población total) X 1,000 Valor línea Base: 4.94 Año línea Base: 2012 Periodicidad: Anual. Periodos/ Metas: 1=4.94</p> <p style="text-align: center;">Parámetros de semaforización</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Periodo</th> <th rowspan="2">Meta</th> <th colspan="2">Verde</th> <th colspan="2">Amarillo</th> <th colspan="2">Rojo</th> </tr> <tr> <th>Desde</th> <th>Hasta</th> <th>Desde</th> <th>Hasta</th> <th>Por debajo</th> <th>Por encima</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>4.9400</td> <td>5.6810</td> <td>4.4460</td> <td>5.6810</td> <td>5.9280</td> <td>4.4460</td> <td>5.9280</td> </tr> </tbody> </table>	Periodo	Meta	Verde		Amarillo		Rojo		Desde	Hasta	Desde	Hasta	Por debajo	Por encima	1	4.9400	5.6810	4.4460	5.6810	5.9280	4.4460	5.9280	<p>Nombre: Dirección General de Epidemiología DGE Área responsable: Dirección General de Epidemiología DGE Disponibilidad: Pública Unidad de análisis: Casos Cobertura y desagregación geográfica: Estatal. Periodicidad: Anual Fecha de publicación: marzo 2019</p>	<p>La radicación temprana y oportuna de los recursos, permite efectuar actividades específicas de forma permanente y sostenida contribuyendo a la reducción en la incidencia de enfermedades</p>
Periodo	Meta	Verde			Amarillo		Rojo																			
		Desde	Hasta	Desde	Hasta	Por debajo	Por encima																			
1	4.9400	5.6810	4.4460	5.6810	5.9280	4.4460	5.9280																			

Nivel	Objetivo	Indicadores	Medios de Verificación	Supuestos																																														
Componente 3	Servicios de promoción de la salud prevención y control de hemoglobina glucosilada en pacientes con diabetes mellitus en población sin derechohabien cia y afiliados al Seguro Popular otorgados	<p>Nombre: Cobertura de hemoglobina glucosilada en pacientes con diabetes mellitus en población sin derechohabien cia y afiliados al Seguro Popular en</p> <p>Definición Mide el porcentaje de detecciones que se realizan en la población de 20 años y más para determinar los factores de riesgo a enfermedades crónicas degenerativas</p> <p>Tipo: Gestión.</p> <p>Dimensión: Eficacia.</p> <p>Ámbito: Servicios.</p> <p>Método de cálculo: (Detecciones realizadas a población para determinar factores de riesgo / detecciones de factores de riesgo programadas) X 100</p> <p>Valor línea Base: 100</p> <p>Año línea Base: 2012</p> <p>Periodicidad: Trimestral.</p> <p>Periodos/ Metas: 1 = 20, 2 = 70, 3=80, 4=100</p> <p>Parámetros de semaforización</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Periodo</th> <th rowspan="2">Meta</th> <th colspan="2">Verde</th> <th colspan="2">Amarillo</th> <th colspan="2">Rojo</th> </tr> <tr> <th>Desde</th> <th>Hasta</th> <th>Desde</th> <th>Hasta</th> <th>Por debajo</th> <th>Por encima</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>20.0000</td> <td>17.0000</td> <td>24.0000</td> <td>16.0000</td> <td>17.0000</td> <td>16.0000</td> <td>24.0000</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>70.0000</td> <td>59.0000</td> <td>84.0000</td> <td>56.0000</td> <td>59.0000</td> <td>56.0000</td> <td>84.0000</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>80.0000</td> <td>68.0000</td> <td>96.0000</td> <td>64.0000</td> <td>68.0000</td> <td>64.0000</td> <td>96.0000</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>100.0000</td> <td>85.0000</td> <td>120.0000</td> <td>80.0000</td> <td>85.0000</td> <td>80.0000</td> <td>120.0000</td> </tr> </tbody> </table>	Periodo	Meta	Verde		Amarillo		Rojo		Desde	Hasta	Desde	Hasta	Por debajo	Por encima	1	20.0000	17.0000	24.0000	16.0000	17.0000	16.0000	24.0000	2	70.0000	59.0000	84.0000	56.0000	59.0000	56.0000	84.0000	3	80.0000	68.0000	96.0000	64.0000	68.0000	64.0000	96.0000	4	100.0000	85.0000	120.0000	80.0000	85.0000	80.0000	120.0000	<p>Nombre: Sistema de información de salud SIS</p> <p>Área responsable: Dirección de Programas Preventivos</p> <p>Disponibilidad: Pública</p> <p>Unidad de análisis: Detecciones</p> <p>Cobertura y desagregación geográfica: Estatal.</p> <p>Periodicidad: Trimestral</p> <p>Fecha de publicación: mayo, agosto, noviembre 2018 y febrero 2020</p>	La población acude oportunamente a que se realicen las detecciones y realiza las acciones de autocuidado
Periodo	Meta	Verde			Amarillo		Rojo																																											
		Desde	Hasta	Desde	Hasta	Por debajo	Por encima																																											
1	20.0000	17.0000	24.0000	16.0000	17.0000	16.0000	24.0000																																											
2	70.0000	59.0000	84.0000	56.0000	59.0000	56.0000	84.0000																																											
3	80.0000	68.0000	96.0000	64.0000	68.0000	64.0000	96.0000																																											
4	100.0000	85.0000	120.0000	80.0000	85.0000	80.0000	120.0000																																											
Componente 4	Incrementar la cobertura de anticoncepción otorgando métodos de Planificación Familiar a la población en edad reproductiva de la población sin responsabilidad social.	<p>Nombre: Porcentaje de usuarias activas con método anticonceptivo</p> <p>Definición Mide la proporción de mujeres sin seguridad social de 15 a 49 años que utilizan un método de planificación familiar en relación a la meta programa de usuarias activas.</p> <p>Tipo: Gestión.</p> <p>Dimensión: Eficacia.</p> <p>Ámbito: Servicios.</p> <p>Método de cálculo: (Usuarias activas al corte de información / total de usuarias activas programadas) X 100</p> <p>Valor línea Base: 92.35</p> <p>Año línea Base: 2013</p> <p>Periodicidad: Trimestral.</p> <p>Periodos/ Metas: 1 = 95, 2 = 95, 3=95, 4=95</p> <p>Parámetros de semaforización</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Periodo</th> <th rowspan="2">Meta</th> <th colspan="2">Verde</th> <th colspan="2">Amarillo</th> <th colspan="2">Rojo</th> </tr> <tr> <th>Desde</th> <th>Hasta</th> <th>Desde</th> <th>Hasta</th> <th>Por debajo</th> <th>Por encima</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>95.0000</td> <td>80.7500</td> <td>114.0000</td> <td>76.0000</td> <td>80.7500</td> <td>76.0000</td> <td>114.0000</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>95.0000</td> <td>80.7500</td> <td>114.0000</td> <td>76.0000</td> <td>80.7500</td> <td>76.0000</td> <td>114.0000</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>95.0000</td> <td>80.7500</td> <td>114.0000</td> <td>76.0000</td> <td>80.7500</td> <td>76.0000</td> <td>114.0000</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>95.0000</td> <td>80.7500</td> <td>114.0000</td> <td>76.0000</td> <td>80.7500</td> <td>76.0000</td> <td>114.0000</td> </tr> </tbody> </table>	Periodo	Meta	Verde		Amarillo		Rojo		Desde	Hasta	Desde	Hasta	Por debajo	Por encima	1	95.0000	80.7500	114.0000	76.0000	80.7500	76.0000	114.0000	2	95.0000	80.7500	114.0000	76.0000	80.7500	76.0000	114.0000	3	95.0000	80.7500	114.0000	76.0000	80.7500	76.0000	114.0000	4	95.0000	80.7500	114.0000	76.0000	80.7500	76.0000	114.0000	<p>Nombre: Sistema de información de salud SIS</p> <p>Área responsable: Dirección General de Información en Salud DGIS</p> <p>Disponibilidad: Pública</p> <p>Unidad de análisis: Porcentaje</p> <p>Cobertura y desagregación geográfica: Estatal.</p> <p>Periodicidad: Trimestral</p> <p>Fecha de publicación: mayo, agosto, noviembre 2018 y febrero 2020</p>	La población femenina sin seguridad social y afiliados al Seguro Popular de edad reproductiva acude puntualmente a recibir métodos de planificación familiar y los utiliza
Periodo	Meta	Verde			Amarillo		Rojo																																											
		Desde	Hasta	Desde	Hasta	Por debajo	Por encima																																											
1	95.0000	80.7500	114.0000	76.0000	80.7500	76.0000	114.0000																																											
2	95.0000	80.7500	114.0000	76.0000	80.7500	76.0000	114.0000																																											
3	95.0000	80.7500	114.0000	76.0000	80.7500	76.0000	114.0000																																											
4	95.0000	80.7500	114.0000	76.0000	80.7500	76.0000	114.0000																																											
Componente 5	Contribuir en la disminución de padecimientos mentales en la población a través de la atención psicosocial otorgadas	<p>Nombre: Cobertura de atenciones a usuarios de los servicios de salud mental no derecho habiente y afiliados al REPSS.</p> <p>Definición Mide el porcentaje de atenciones que se brindan a la población que acude a la consulta por padecimientos mentales.</p> <p>Tipo: Gestión.</p> <p>Dimensión: Eficacia.</p> <p>Ámbito: Servicios.</p> <p>Método de cálculo: (Atenciones de psicología y psiquiatría de 1ª vez y subsecuentes de usuarios afiliados REPSS y sin seguridad social brindadas / meta programada de atenciones) X 100</p> <p>Valor línea Base: 80%</p> <p>Año línea Base: 2012</p> <p>Periodicidad: Trimestral.</p> <p>Periodos/ Metas: 1 = 25, 2 = 50, 3=75, 4=100</p> <p>Parámetros de semaforización</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Periodo</th> <th rowspan="2">Meta</th> <th colspan="2">Verde</th> <th colspan="2">Amarillo</th> <th colspan="2">Rojo</th> </tr> <tr> <th>Desde</th> <th>Hasta</th> <th>Desde</th> <th>Hasta</th> <th>Por debajo</th> <th>Por encima</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>25.0000</td> <td>21.2500</td> <td>30.0000</td> <td>20.0000</td> <td>21.2500</td> <td>20.0000</td> <td>30.0000</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>50.0000</td> <td>42.5000</td> <td>60.0000</td> <td>40.0000</td> <td>42.5000</td> <td>40.0000</td> <td>60.0000</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>75.0000</td> <td>63.7500</td> <td>90.0000</td> <td>60.0000</td> <td>63.7500</td> <td>60.0000</td> <td>90.0000</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>100.0000</td> <td>85.0000</td> <td>120.0000</td> <td>80.0000</td> <td>80.0000</td> <td>80.0000</td> <td>120.0000</td> </tr> </tbody> </table>	Periodo	Meta	Verde		Amarillo		Rojo		Desde	Hasta	Desde	Hasta	Por debajo	Por encima	1	25.0000	21.2500	30.0000	20.0000	21.2500	20.0000	30.0000	2	50.0000	42.5000	60.0000	40.0000	42.5000	40.0000	60.0000	3	75.0000	63.7500	90.0000	60.0000	63.7500	60.0000	90.0000	4	100.0000	85.0000	120.0000	80.0000	80.0000	80.0000	120.0000	<p>Nombre: Reporte mensual de promoción de acciones de salud mental -FO-VF-07-030, SINBA 03-P</p> <p>Área responsable: Dirección de Salud Psicosocial (Departamento de Salud Mental y Suicidio)</p> <p>Disponibilidad: Pública</p> <p>Unidad de análisis: Consultas</p> <p>Cobertura y desagregación geográfica: Estatal.</p> <p>Periodicidad: Trimestral</p> <p>Fecha de publicación: mayo, agosto, noviembre 2018 y febrero 2020</p>	La población acude puntualmente a los servicios de promoción, prevención y educación en salud mental y de seguridad vial
Periodo	Meta	Verde			Amarillo		Rojo																																											
		Desde	Hasta	Desde	Hasta	Por debajo	Por encima																																											
1	25.0000	21.2500	30.0000	20.0000	21.2500	20.0000	30.0000																																											
2	50.0000	42.5000	60.0000	40.0000	42.5000	40.0000	60.0000																																											
3	75.0000	63.7500	90.0000	60.0000	63.7500	60.0000	90.0000																																											
4	100.0000	85.0000	120.0000	80.0000	80.0000	80.0000	120.0000																																											

Nivel	Objetivo	Indicadores	Medios de Verificación	Supuestos																																														
Componente 6	Porcentaje de consultas de vigilancia nutricional otorgadas a la población menor de 5 años beneficiaria de la Secretaría de Salud.	<p>Nombre: Porcentaje de consultas de vigilancia nutricional otorgadas a la población menor de 5 años beneficiaria de la Secretaría de Salud.</p> <p>Definición: Se define como el volumen de consultas para valoración antropométrica otorgadas a la población menor de 5 años beneficiaria de la Secretaría de Salud en relación a las consultas para valoración antropométrica programadas a la población menor de 5 años.</p> <p>Tipo: Gestión.</p> <p>Dimensión: Eficiencia.</p> <p>Ámbito: Servicios.</p> <p>Método de cálculo: (Consultas de vigilancia nutricional realizadas a la población menor de 5 años beneficiaria de la Secretaría de Salud / el total de consultas de vigilancia nutricional programadas a la población menor de 5 años beneficiaria de la Secretaría de Salud con base en proyección CONAPO) X 100</p> <p>Valor línea Base: 80%</p> <p>Año línea Base: 2018</p> <p>Periodicidad: Trimestral.</p> <p>Periodos/ Metas: 1 = 20, 2 = 40, 3=60, 4=80</p> <p style="text-align: center;">Parámetros de semaforización</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Periodo</th> <th rowspan="2">Meta</th> <th colspan="2">Verde</th> <th colspan="2">Amarillo</th> <th colspan="2">Rojo</th> </tr> <tr> <th>Desde</th> <th>Hasta</th> <th>Desde</th> <th>Hasta</th> <th>Por debajo</th> <th>Por encima</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>20.0000</td> <td>17.0000</td> <td>24.0000</td> <td>16.0000</td> <td>17.0000</td> <td>16.0000</td> <td>24.0000</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>40.0000</td> <td>34.0000</td> <td>48.0000</td> <td>32.0000</td> <td>34.5000</td> <td>32.0000</td> <td>48.0000</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>60.0000</td> <td>51.0000</td> <td>72.0000</td> <td>48.0000</td> <td>51.7500</td> <td>48.0000</td> <td>72.0000</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>80.0000</td> <td>68.0000</td> <td>96.0000</td> <td>64.0000</td> <td>68.0000</td> <td>64.0000</td> <td>96.0000</td> </tr> </tbody> </table>	Periodo	Meta	Verde		Amarillo		Rojo		Desde	Hasta	Desde	Hasta	Por debajo	Por encima	1	20.0000	17.0000	24.0000	16.0000	17.0000	16.0000	24.0000	2	40.0000	34.0000	48.0000	32.0000	34.5000	32.0000	48.0000	3	60.0000	51.0000	72.0000	48.0000	51.7500	48.0000	72.0000	4	80.0000	68.0000	96.0000	64.0000	68.0000	64.0000	96.0000	<p>Nombre: Sistema de Información en salud (SIS-SS-CE-H)</p> <p>Área responsable: Dirección General de Información en Salud (DGIS)</p> <p>Disponibilidad: Pública</p> <p>Unidad de análisis: Porcentaje</p> <p>Cobertura y desagregación geográfica: Estatal.</p> <p>Periodicidad: Trimestral</p> <p>Fecha de publicación: abril, julio, octubre y febrero 2020</p>	Que se cuente con un diagnóstico nutricional para otorgar una atención oportuna en caso necesario.
Periodo	Meta	Verde			Amarillo		Rojo																																											
		Desde	Hasta	Desde	Hasta	Por debajo	Por encima																																											
1	20.0000	17.0000	24.0000	16.0000	17.0000	16.0000	24.0000																																											
2	40.0000	34.0000	48.0000	32.0000	34.5000	32.0000	48.0000																																											
3	60.0000	51.0000	72.0000	48.0000	51.7500	48.0000	72.0000																																											
4	80.0000	68.0000	96.0000	64.0000	68.0000	64.0000	96.0000																																											
Actividad 1.1	Cumplir con el porcentaje de oportunidad en el análisis de muestras recibidas de vigilancia epidemiológica para prevenir daños a la salud de la población.	<p>Nombre: Porcentaje de análisis oportuno de muestras recibidas para vigilancia epidemiológica.</p> <p>Definición: Mide el grado de Oportunidad en que se Analizan las Muestras Recibidas para Vigilancia Epidemiológica.</p> <p>Tipo: Gestión.</p> <p>Dimensión: Eficacia.</p> <p>Ámbito: Procesos.</p> <p>Método de cálculo: (Total de muestras analizadas oportunamente / total de muestras recibidas) X 100</p> <p>Valor línea Base: 85.54%</p> <p>Año línea Base: 2013</p> <p>Periodicidad: Trimestral.</p> <p>Periodos/ Metas: 1 = 20, 2 = 45, 3=70, 4=90</p> <p style="text-align: center;">Parámetros de semaforización</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Periodo</th> <th rowspan="2">Meta</th> <th colspan="2">Verde</th> <th colspan="2">Amarillo</th> <th colspan="2">Rojo</th> </tr> <tr> <th>Desde</th> <th>Hasta</th> <th>Desde</th> <th>Hasta</th> <th>Por debajo</th> <th>Por encima</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>20.0000</td> <td>17.0000</td> <td>24.0000</td> <td>16.0000</td> <td>17.0000</td> <td>16.0000</td> <td>24.0000</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>45.0000</td> <td>38.2500</td> <td>54.0000</td> <td>36.0000</td> <td>38.2500</td> <td>36.0000</td> <td>54.0000</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>70.0000</td> <td>59.5000</td> <td>84.0000</td> <td>56.0000</td> <td>59.5000</td> <td>56.0000</td> <td>84.0000</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>90.0000</td> <td>76.5000</td> <td>108.0000</td> <td>74.0000</td> <td>76.5000</td> <td>72.0000</td> <td>108.0000</td> </tr> </tbody> </table>	Periodo	Meta	Verde		Amarillo		Rojo		Desde	Hasta	Desde	Hasta	Por debajo	Por encima	1	20.0000	17.0000	24.0000	16.0000	17.0000	16.0000	24.0000	2	45.0000	38.2500	54.0000	36.0000	38.2500	36.0000	54.0000	3	70.0000	59.5000	84.0000	56.0000	59.5000	56.0000	84.0000	4	90.0000	76.5000	108.0000	74.0000	76.5000	72.0000	108.0000	<p>Nombre: Reporte de Productividad Mensual del LSP. Reporte Mensual del SIS, (Federal), Sistema de Información en Salud, (SIS: http://plataforma.salud.gob.mx).</p> <p>Área responsable: Laboratorio de salud pública</p> <p>Disponibilidad: Pública</p> <p>Unidad de análisis: Muestras oportunas</p> <p>Cobertura y desagregación geográfica: Estatal.</p> <p>Periodicidad: Trimestral</p> <p>Fecha de publicación: mayo, agosto, noviembre 2018 y febrero 2019</p>	Que el personal de salud tome las muestras correctamente y sean entregadas en tiempo y forma
Periodo	Meta	Verde			Amarillo		Rojo																																											
		Desde	Hasta	Desde	Hasta	Por debajo	Por encima																																											
1	20.0000	17.0000	24.0000	16.0000	17.0000	16.0000	24.0000																																											
2	45.0000	38.2500	54.0000	36.0000	38.2500	36.0000	54.0000																																											
3	70.0000	59.5000	84.0000	56.0000	59.5000	56.0000	84.0000																																											
4	90.0000	76.5000	108.0000	74.0000	76.5000	72.0000	108.0000																																											
Actividad 1.2	Contribuir en la prevención de la Transmisión vertical por VIH en el recién nacido mediante la realización de detecciones de VIH a través de pruebas rápidas a las mujeres embarazadas en control prenatal en población sin derechohabencia.	<p>Nombre: Porcentaje de detección de VIH en mujeres embarazadas en control prenatal.</p> <p>Definición: Mide la proporción de la aplicación de pruebas rápidas para detecciones de VIH en embarazadas sin derechohabencia.</p> <p>Tipo: Gestión.</p> <p>Dimensión: Eficacia.</p> <p>Ámbito: Procesos.</p> <p>Método de cálculo: (Detecciones realizadas de VIH con prueba rápida en embarazadas sin derechohabencia y de seguro popular / Total de embarazadas programadas sin derechohabencia y de seguro popular) X 100</p> <p>Valor línea Base: 12%</p> <p>Año línea Base: 2012</p> <p>Periodicidad: Trimestral.</p> <p>Periodos/ Metas: 1 = 25, 2 = 50, 3=75, 4=100</p> <p style="text-align: center;">Parámetros de semaforización</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Periodo</th> <th rowspan="2">Meta</th> <th colspan="2">Verde</th> <th colspan="2">Amarillo</th> <th colspan="2">Rojo</th> </tr> <tr> <th>Desde</th> <th>Hasta</th> <th>Desde</th> <th>Hasta</th> <th>Por debajo</th> <th>Por encima</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>25.0000</td> <td>20.0000</td> <td>31.2500</td> <td>18.7500</td> <td>20.0000</td> <td>18.7500</td> <td>31.2500</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>50.0000</td> <td>40.0000</td> <td>62.5000</td> <td>37.5000</td> <td>40.0000</td> <td>37.5000</td> <td>62.5000</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>75.0000</td> <td>60.0000</td> <td>93.7500</td> <td>56.2500</td> <td>60.0000</td> <td>56.2500</td> <td>93.7500</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>100.0000</td> <td>80.0000</td> <td>125.0000</td> <td>75.0000</td> <td>80.0000</td> <td>75.0000</td> <td>125.0000</td> </tr> </tbody> </table>	Periodo	Meta	Verde		Amarillo		Rojo		Desde	Hasta	Desde	Hasta	Por debajo	Por encima	1	25.0000	20.0000	31.2500	18.7500	20.0000	18.7500	31.2500	2	50.0000	40.0000	62.5000	37.5000	40.0000	37.5000	62.5000	3	75.0000	60.0000	93.7500	56.2500	60.0000	56.2500	93.7500	4	100.0000	80.0000	125.0000	75.0000	80.0000	75.0000	125.0000	<p>Nombre: Sistema de Información en salud SIS/SINBA</p> <p>Área responsable: Dirección General de Información en Salud DIGS</p> <p>Disponibilidad: Pública</p> <p>Unidad de análisis: Detecciones</p> <p>Cobertura y desagregación geográfica: Estatal.</p> <p>Periodicidad: Trimestral</p> <p>Fecha de publicación: mayo, agosto, noviembre 2018 y febrero 2019</p>	Las embarazadas sin seguridad social reciben tratamiento oportuno en caso de confirmación de infección por VIH para evitar la transmisión vertical en el recién nacido
Periodo	Meta	Verde			Amarillo		Rojo																																											
		Desde	Hasta	Desde	Hasta	Por debajo	Por encima																																											
1	25.0000	20.0000	31.2500	18.7500	20.0000	18.7500	31.2500																																											
2	50.0000	40.0000	62.5000	37.5000	40.0000	37.5000	62.5000																																											
3	75.0000	60.0000	93.7500	56.2500	60.0000	56.2500	93.7500																																											
4	100.0000	80.0000	125.0000	75.0000	80.0000	75.0000	125.0000																																											

Nivel	Objetivo	Indicadores	Medios de Verificación	Supuestos																																														
Actividad 1.3	Otorgar atención preventiva, detección y control de tuberculosis.	<p>Nombre: Porcentaje de tratamiento de casos nuevos de tuberculosis Definición: Mide el grado de cumplimiento de casos nuevos en tratamiento de tuberculosis pulmonar programados. Tipo: Gestión. Dimensión: Eficacia. Ámbito: Procesos. Método de cálculo: (Casos nuevos de Tuberculosis Pulmonar que ingresan a tratamiento / casos programados de Tuberculosis Pulmonar) X 100 Valor línea Base: 100% Año línea Base: 2012 Periodicidad: Trimestral. Periodos/ Metas: 1 = 25, 2 = 50, 3=75, 4=100</p> <p>Parámetros de semaforización</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Periodo</th> <th rowspan="2">Meta</th> <th colspan="2">Verde</th> <th colspan="2">Amarillo</th> <th colspan="2">Rojo</th> </tr> <tr> <th>Desde</th> <th>Hasta</th> <th>Desde</th> <th>Hasta</th> <th>Por debajo</th> <th>Por encima</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>25.0000</td> <td>21.2500</td> <td>30.0000</td> <td>20.0000</td> <td>21.2500</td> <td>20.0000</td> <td>30.0000</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>50.0000</td> <td>42.5000</td> <td>60.0000</td> <td>40.0000</td> <td>42.5000</td> <td>40.0000</td> <td>60.0000</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>75.0000</td> <td>63.7500</td> <td>90.0000</td> <td>60.0000</td> <td>63.7500</td> <td>60.0000</td> <td>90.0000</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>100.0000</td> <td>85.0000</td> <td>120.0000</td> <td>80.0000</td> <td>85.0000</td> <td>80.0000</td> <td>120.0000</td> </tr> </tbody> </table>	Periodo	Meta	Verde		Amarillo		Rojo		Desde	Hasta	Desde	Hasta	Por debajo	Por encima	1	25.0000	21.2500	30.0000	20.0000	21.2500	20.0000	30.0000	2	50.0000	42.5000	60.0000	40.0000	42.5000	40.0000	60.0000	3	75.0000	63.7500	90.0000	60.0000	63.7500	60.0000	90.0000	4	100.0000	85.0000	120.0000	80.0000	85.0000	80.0000	120.0000	<p>Nombre: Sistema nacional de vigilancia epidemiológica SINAVE Área responsable: Dirección de Programas Preventivos Disponibilidad: Pública Unidad de análisis: Detecciones Cobertura y desagregación geográfica: Estatal. Periodicidad: Trimestral Fecha de publicación: Los meses de abril, julio octubre y enero del 2020</p>	Que la población se adhiera al tratamiento y cure
Periodo	Meta	Verde			Amarillo		Rojo																																											
		Desde	Hasta	Desde	Hasta	Por debajo	Por encima																																											
1	25.0000	21.2500	30.0000	20.0000	21.2500	20.0000	30.0000																																											
2	50.0000	42.5000	60.0000	40.0000	42.5000	40.0000	60.0000																																											
3	75.0000	63.7500	90.0000	60.0000	63.7500	60.0000	90.0000																																											
4	100.0000	85.0000	120.0000	80.0000	85.0000	80.0000	120.0000																																											
Actividad 2.1	Contribuir a la vigilancia epidemiológica activa y pasiva en población brindadas	<p>Nombre: Porcentaje de muestras sanitarias (gota gruesa) realizadas Definición: Mide el grado de cumplimiento de tomas de muestras para detectar casos de paludismo. Tipo: Gestión. Dimensión: Eficacia. Ámbito: Procesos. Método de cálculo: (Muestras sanitarias (gota gruesa), tomadas dentro y fuera de la unidad de salud / muestras programadas a tomar en el periodo de estudio, dentro y fuera de la unidad de salud) X 100 Valor línea Base: 100% Año línea Base: 2012 Periodicidad: Trimestral. Periodos/ Metas: 1 = 23, 2 = 50, 3=73, 4=100</p> <p>Parámetros de semaforización</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Periodo</th> <th rowspan="2">Meta</th> <th colspan="2">Verde</th> <th colspan="2">Amarillo</th> <th colspan="2">Rojo</th> </tr> <tr> <th>Desde</th> <th>Hasta</th> <th>Desde</th> <th>Hasta</th> <th>Por debajo</th> <th>Por encima</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>23.0000</td> <td>19.5500</td> <td>27.6000</td> <td>18.4000</td> <td>19.5500</td> <td>18.4000</td> <td>27.6000</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>50.0000</td> <td>42.5000</td> <td>60.0000</td> <td>40.0000</td> <td>42.5000</td> <td>40.0000</td> <td>60.0000</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>73.0000</td> <td>62.0500</td> <td>87.6000</td> <td>58.4000</td> <td>62.0500</td> <td>58.4000</td> <td>87.6000</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>100.0000</td> <td>85.0000</td> <td>120.0000</td> <td>80.0000</td> <td>85.0000</td> <td>80.0000</td> <td>120.0000</td> </tr> </tbody> </table>	Periodo	Meta	Verde		Amarillo		Rojo		Desde	Hasta	Desde	Hasta	Por debajo	Por encima	1	23.0000	19.5500	27.6000	18.4000	19.5500	18.4000	27.6000	2	50.0000	42.5000	60.0000	40.0000	42.5000	40.0000	60.0000	3	73.0000	62.0500	87.6000	58.4000	62.0500	58.4000	87.6000	4	100.0000	85.0000	120.0000	80.0000	85.0000	80.0000	120.0000	<p>Nombre: Sistema de Información en Salud (SIS), Apartado 051, variable de vigilancia epidemiológica SINAVE Área responsable: Dirección de Programas Preventivos Disponibilidad: Pública Unidad de análisis: Detecciones Cobertura y desagregación geográfica: Estatal. Periodicidad: Trimestral Fecha de publicación: Los meses de abril, julio octubre y enero del 2020</p>	La radicación temprana y oportuna de los recursos, permite efectuar actividades específicas de forma permanente y sostenida contribuyendo a la reducción en la incidencia de enfermedades
Periodo	Meta	Verde			Amarillo		Rojo																																											
		Desde	Hasta	Desde	Hasta	Por debajo	Por encima																																											
1	23.0000	19.5500	27.6000	18.4000	19.5500	18.4000	27.6000																																											
2	50.0000	42.5000	60.0000	40.0000	42.5000	40.0000	60.0000																																											
3	73.0000	62.0500	87.6000	58.4000	62.0500	58.4000	87.6000																																											
4	100.0000	85.0000	120.0000	80.0000	85.0000	80.0000	120.0000																																											
Actividad 2.2	Contribuir a la prevención de enfermedades producidas por vector en la población del estado con acciones de control larvario brindadas	<p>Nombre: Cobertura de casas trabajadas con control larvario Definición: Mide el grado de cumplimiento de las casas trabajadas en control larvario con acciones preventivas para el control de enfermedades producidas por vector. Tipo: Gestión. Dimensión: Eficacia. Ámbito: Procesos Método de cálculo: Total de las casas Trabajadas en Control Larvario entre las Casas Programadas para el Control Larvario Valor línea Base: 100% Año línea Base: 2012 Periodicidad: Trimestral. Periodos/ Metas: 1 = 25, 2 = 50, 3=75, 4=100</p> <p>Parámetros de semaforización</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Periodo</th> <th rowspan="2">Meta</th> <th colspan="2">Verde</th> <th colspan="2">Amarillo</th> <th colspan="2">Rojo</th> </tr> <tr> <th>Desde</th> <th>Hasta</th> <th>Desde</th> <th>Hasta</th> <th>Por debajo</th> <th>Por encima</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>25.0000</td> <td>21.2500</td> <td>30.0000</td> <td>20.0000</td> <td>20.2500</td> <td>20.0000</td> <td>30.0000</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>50.0000</td> <td>42.5000</td> <td>60.0000</td> <td>40.0000</td> <td>42.5000</td> <td>40.0000</td> <td>60.0000</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>75.0000</td> <td>63.7500</td> <td>90.0000</td> <td>60.0000</td> <td>63.7500</td> <td>60.0000</td> <td>90.0000</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>100.0000</td> <td>85.0000</td> <td>120.0000</td> <td>80.0000</td> <td>80.0000</td> <td>80.0000</td> <td>120.0000</td> </tr> </tbody> </table>	Periodo	Meta	Verde		Amarillo		Rojo		Desde	Hasta	Desde	Hasta	Por debajo	Por encima	1	25.0000	21.2500	30.0000	20.0000	20.2500	20.0000	30.0000	2	50.0000	42.5000	60.0000	40.0000	42.5000	40.0000	60.0000	3	75.0000	63.7500	90.0000	60.0000	63.7500	60.0000	90.0000	4	100.0000	85.0000	120.0000	80.0000	80.0000	80.0000	120.0000	<p>Nombre: Plataforma de vigilancia entomológica de dengue y reporte de acciones. Área responsable: Dirección de Programas Preventivos Disponibilidad: Pública Unidad de análisis: Casas trabajadas Cobertura y desagregación geográfica: Estatal. Periodicidad: Trimestral Fecha de publicación: Los meses de abril, julio octubre y enero del siguiente año</p>	La radicación temprana y oportuna de los recursos permite realizar las actividades específicas de forma permanente sostenida logrando reducir la incidencia de enfermedades
Periodo	Meta	Verde			Amarillo		Rojo																																											
		Desde	Hasta	Desde	Hasta	Por debajo	Por encima																																											
1	25.0000	21.2500	30.0000	20.0000	20.2500	20.0000	30.0000																																											
2	50.0000	42.5000	60.0000	40.0000	42.5000	40.0000	60.0000																																											
3	75.0000	63.7500	90.0000	60.0000	63.7500	60.0000	90.0000																																											
4	100.0000	85.0000	120.0000	80.0000	80.0000	80.0000	120.0000																																											

Nivel	Objetivo	Indicadores	Medios de Verificación	Supuestos																																														
Actividad 2.3	Efectuar Certificación de comunidades saludables.	<p>Nombre: Porcentaje de comunidades saludables certificadas Definición: Se refiere a las comunidades de cada entidad federativa que han logrado alcanzar los estándares de salud establecidos por el programa federal entornos y comunidades saludables según la meta anual del año en curso, en este. Tipo: Gestión. Dimensión: Eficacia. Ámbito: Procesos. Método de cálculo: (Total de comunidades certificadas como saludables / Total de comunidades programadas a certificar) X 100 Valor línea Base: 100% Año línea Base: 2012 Periodicidad: Anual. Periodos/ Metas: 1 = 100</p> <p align="center">Parámetros de semaforización</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Periodo</th> <th rowspan="2">Meta</th> <th colspan="2">Verde</th> <th colspan="2">Amarillo</th> <th colspan="2">Rojo</th> </tr> <tr> <th>Desde</th> <th>Hasta</th> <th>Desde</th> <th>Hasta</th> <th>Por debajo</th> <th>Por encima</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>100.000</td> <td>85.0000</td> <td>120.0000</td> <td>80.0000</td> <td>85.0000</td> <td>80.0000</td> <td>120.0000</td> </tr> </tbody> </table>	Periodo	Meta	Verde		Amarillo		Rojo		Desde	Hasta	Desde	Hasta	Por debajo	Por encima	1	100.000	85.0000	120.0000	80.0000	85.0000	80.0000	120.0000	<p>Nombre: Dirección General de Información en Salud Área responsable: Dirección General de Información de Salud Disponibilidad: Pública Unidad de análisis: Comunidades certificadas Cobertura y desagregación geográfica: Estatal. Periodicidad: Anual Fecha de publicación: marzo 2020</p>	Las autoridades municipales y locales participan activamente para mantener las condiciones óptimas en las comunidades certificadas																								
Periodo	Meta	Verde			Amarillo		Rojo																																											
		Desde	Hasta	Desde	Hasta	Por debajo	Por encima																																											
1	100.000	85.0000	120.0000	80.0000	85.0000	80.0000	120.0000																																											
Actividad 2.4	Contribuir a la vacunación canina y felina en el estado para mantener erradicada la rabia brindadas	<p>Nombre: Cobertura de vacunación contra la rabia en perros y gatos Definición: Mide el cumplimiento de perros y gatos vacunados contra la rabia. Tipo: Gestión. Dimensión: Eficacia. Ámbito: Procesos. Método de cálculo: (Total de perros y gatos vacunados / programados a vacunar contra la rabia) X 100 Valor línea Base: 100% Año línea Base: 2012 Periodicidad: Trimestral. Periodos/ Metas: 1 = 80, 2=81, 3=98, 4=100</p> <p align="center">Parámetros de semaforización</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Periodo</th> <th rowspan="2">Meta</th> <th colspan="2">Verde</th> <th colspan="2">Amarillo</th> <th colspan="2">Rojo</th> </tr> <tr> <th>Desde</th> <th>Hasta</th> <th>Desde</th> <th>Hasta</th> <th>Por debajo</th> <th>Por encima</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>80.0000</td> <td>68.0000</td> <td>96.0000</td> <td>64.0000</td> <td>68.0000</td> <td>64.0000</td> <td>96.0000</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>81.0000</td> <td>68.8500</td> <td>97.2000</td> <td>64.8000</td> <td>68.8500</td> <td>64.8000</td> <td>97.2000</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>98.0000</td> <td>83.3000</td> <td>117.6000</td> <td>78.4000</td> <td>83.3000</td> <td>78.4000</td> <td>117.6000</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>100.0000</td> <td>85.0000</td> <td>120.0000</td> <td>80.0000</td> <td>85.0000</td> <td>80.0000</td> <td>120.0000</td> </tr> </tbody> </table>	Periodo	Meta	Verde		Amarillo		Rojo		Desde	Hasta	Desde	Hasta	Por debajo	Por encima	1	80.0000	68.0000	96.0000	64.0000	68.0000	64.0000	96.0000	2	81.0000	68.8500	97.2000	64.8000	68.8500	64.8000	97.2000	3	98.0000	83.3000	117.6000	78.4000	83.3000	78.4000	117.6000	4	100.0000	85.0000	120.0000	80.0000	85.0000	80.0000	120.0000	<p>Nombre: Sistema de información en salud (SIS) Área responsable: Dirección de Programas Preventivos Disponibilidad: Pública Unidad de análisis: Perros y gatos vacunados Cobertura y desagregación geográfica: Estatal. Periodicidad: Trimestral Fecha de publicación: Los meses de abril, julio, octubre y enero del siguiente año</p>	Que la población acuda una vez al año para prevenir la rabia en el humano por transmisión canina
Periodo	Meta	Verde			Amarillo		Rojo																																											
		Desde	Hasta	Desde	Hasta	Por debajo	Por encima																																											
1	80.0000	68.0000	96.0000	64.0000	68.0000	64.0000	96.0000																																											
2	81.0000	68.8500	97.2000	64.8000	68.8500	64.8000	97.2000																																											
3	98.0000	83.3000	117.6000	78.4000	83.3000	78.4000	117.6000																																											
4	100.0000	85.0000	120.0000	80.0000	85.0000	80.0000	120.0000																																											
Actividad 3.1	Detectando Diabetes Mellitus en la población sin derechohabien cia de 20 años y más en las unidades de salud de primer nivel de atención	<p>Nombre: Detecciones realizadas en la población sin derechohabien cia de 20 años y más, para la detección oportuna de Diabetes Mellitus que Definición: Mide la detección para determinar los factores de riesgo a Diabetes Mellitus, mediante el cuestionario de factores de riesgo, que se realiza en la población sin derechohabien cia de 20 años y más, que acude a la unidad de salud de primer nivel de atención. Tipo: Gestión. Dimensión: Eficacia. Ámbito: Procesos. Método de cálculo: (Detecciones de factores de riesgo a Diabetes Mellitus realizadas en la población sin derechohabien cia de 20 años y más, que acude a la Unidad de Salud de Primer Nivel de Atención / las detecciones de factores de riesgo a diabetes mellitus programadas) X 100 Valor línea Base: 100% Año línea Base: 2012 Periodicidad: Trimestral. Periodos/ Metas: 1 = 25, 2=55, 3=85, 4=100</p> <p align="center">Parámetros de semaforización</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Periodo</th> <th rowspan="2">Meta</th> <th colspan="2">Verde</th> <th colspan="2">Amarillo</th> <th colspan="2">Rojo</th> </tr> <tr> <th>Desde</th> <th>Hasta</th> <th>Desde</th> <th>Hasta</th> <th>Por debajo</th> <th>Por encima</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>25.0000</td> <td>20.0000</td> <td>31.2500</td> <td>18.7500</td> <td>20.0000</td> <td>18.7500</td> <td>31.2500</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>55.0000</td> <td>44.0000</td> <td>68.7500</td> <td>41.2500</td> <td>44.0000</td> <td>41.2500</td> <td>68.7500</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>85.0000</td> <td>68.0000</td> <td>106.2500</td> <td>63.7500</td> <td>68.0000</td> <td>63.7500</td> <td>106.2500</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>100.0000</td> <td>80.0000</td> <td>125.0000</td> <td>75.0000</td> <td>80.0000</td> <td>75.0000</td> <td>125.0000</td> </tr> </tbody> </table>	Periodo	Meta	Verde		Amarillo		Rojo		Desde	Hasta	Desde	Hasta	Por debajo	Por encima	1	25.0000	20.0000	31.2500	18.7500	20.0000	18.7500	31.2500	2	55.0000	44.0000	68.7500	41.2500	44.0000	41.2500	68.7500	3	85.0000	68.0000	106.2500	63.7500	68.0000	63.7500	106.2500	4	100.0000	80.0000	125.0000	75.0000	80.0000	75.0000	125.0000	<p>Nombre: Dirección General de Información en Salud Área responsable: Estadística, Planeación y Dirección General de Información en Salud Disponibilidad: Pública Unidad de análisis: Detecciones Cobertura y desagregación geográfica: Estatal. Periodicidad: Trimestral Fecha de publicación: mayo, agosto, noviembre 2019 y febrero 2020</p>	Que el usuario inicie el tratamiento de manera oportuna y evite las complicaciones por descontrol de la enfermedad
Periodo	Meta	Verde			Amarillo		Rojo																																											
		Desde	Hasta	Desde	Hasta	Por debajo	Por encima																																											
1	25.0000	20.0000	31.2500	18.7500	20.0000	18.7500	31.2500																																											
2	55.0000	44.0000	68.7500	41.2500	44.0000	41.2500	68.7500																																											
3	85.0000	68.0000	106.2500	63.7500	68.0000	63.7500	106.2500																																											
4	100.0000	80.0000	125.0000	75.0000	80.0000	75.0000	125.0000																																											

Nivel	Objetivo	Indicadores	Medios de Verificación	Supuestos																																														
Actividad 3.2	Contribuir a la detección de obesidad en la población sin derechohabencia de 20 años y más en las unidades de salud de primer nivel de atención otorgadas	<p>Nombre: Porcentaje de detecciones de obesidad realizadas en la población sin derechohabencia de 20 años y más en las unidades de salud de primer nivel de salud.</p> <p>Definición: Mide el grado de cumplimiento de las detecciones de obesidad programadas, mediante el cuestionario de factores de riesgo en la población de 20 años y más, que acude a la unidad de salud de primer nivel de atención.</p> <p>Tipo: Gestión.</p> <p>Dimensión: Eficacia.</p> <p>Ámbito: Procesos.</p> <p>Método de cálculo: (Detecciones de Obesidad realizadas en la población sin derechohabencia de 20 años y más, que acude a la Unidad de Salud de Primer Nivel de Atención / Detecciones de Obesidad programadas) X 100</p> <p>Valor línea Base: 100%</p> <p>Año línea Base: 2013</p> <p>Periodicidad: Trimestral.</p> <p>Periodos/ Metas: 1 = 25, 2=55, 3=85, 4=100</p> <p style="text-align: center;">Parámetros de semaforización</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Periodo</th> <th rowspan="2">Meta</th> <th colspan="2">Verde</th> <th colspan="2">Amarillo</th> <th colspan="2">Rojo</th> </tr> <tr> <th>Desde</th> <th>Hasta</th> <th>Desde</th> <th>Hasta</th> <th>Por debajo</th> <th>Por encima</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>25.0000</td> <td>20.0000</td> <td>28.7500</td> <td>18.7500</td> <td>20.0000</td> <td>18.7500</td> <td>28.7500</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>55.0000</td> <td>44.0000</td> <td>63.2500</td> <td>41.2500</td> <td>44.0000</td> <td>41.2500</td> <td>63.2500</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>85.0000</td> <td>68.0000</td> <td>97.7500</td> <td>63.7500</td> <td>68.0000</td> <td>63.7500</td> <td>97.7500</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>100.0000</td> <td>80.0000</td> <td>115.0000</td> <td>75.0000</td> <td>80.0000</td> <td>75.0000</td> <td>115.0000</td> </tr> </tbody> </table>	Periodo	Meta	Verde		Amarillo		Rojo		Desde	Hasta	Desde	Hasta	Por debajo	Por encima	1	25.0000	20.0000	28.7500	18.7500	20.0000	18.7500	28.7500	2	55.0000	44.0000	63.2500	41.2500	44.0000	41.2500	63.2500	3	85.0000	68.0000	97.7500	63.7500	68.0000	63.7500	97.7500	4	100.0000	80.0000	115.0000	75.0000	80.0000	75.0000	115.0000	<p>Nombre: Dirección General de Información en Salud</p> <p>Área responsable: Dirección General de Información en Salud (DGIS)</p> <p>Disponibilidad: Pública</p> <p>Unidad de análisis: Detecciones</p> <p>Cobertura y desagregación geográfica: Estatal.</p> <p>Periodicidad: Trimestral</p> <p>Fecha de publicación: mayo, agosto, noviembre 2019 y febrero 2020</p>	Que el usuario reconozca la enfermedad como factor de riesgo a presentar ECNT y se incorpore a tratamiento de manera oportuna
Periodo	Meta	Verde			Amarillo		Rojo																																											
		Desde	Hasta	Desde	Hasta	Por debajo	Por encima																																											
1	25.0000	20.0000	28.7500	18.7500	20.0000	18.7500	28.7500																																											
2	55.0000	44.0000	63.2500	41.2500	44.0000	41.2500	63.2500																																											
3	85.0000	68.0000	97.7500	63.7500	68.0000	63.7500	97.7500																																											
4	100.0000	80.0000	115.0000	75.0000	80.0000	75.0000	115.0000																																											
Actividad 3.3	Contribuir a la detección de hipertensión arterial en la población sin derechohabencia de 20 años y más en las Unidades de primer nivel de atención otorgadas	<p>Nombre: Detección de hipertensión arterial en la población sin derechohabencia de 20 años y más en las unidades de salud de primer nivel de atención.</p> <p>Definición: Mide la detección de hipertensión arterial, mediante el cuestionario de factores de riesgo en la población sin derechohabencia de 20 años y más, que acude a la unidad de salud de primer nivel de atención.</p> <p>Tipo: Gestión.</p> <p>Dimensión: Eficacia.</p> <p>Ámbito: Procesos.</p> <p>Método de cálculo: (Detecciones de Hipertensión Arterial realizadas en la población sin derechohabencia de 20 años y más, que acude a la Unidad de Salud de Primer Nivel de Atención / Detecciones de hipertensión arterial programadas) X 100</p> <p>Valor línea Base: 100%</p> <p>Año línea Base: 2012</p> <p>Periodicidad: Trimestral.</p> <p>Periodos/ Metas: 1 = 25, 2=55, 3=85, 4=100</p> <p style="text-align: center;">Parámetros de semaforización</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Periodo</th> <th rowspan="2">Meta</th> <th colspan="2">Verde</th> <th colspan="2">Amarillo</th> <th colspan="2">Rojo</th> </tr> <tr> <th>Desde</th> <th>Hasta</th> <th>Desde</th> <th>Hasta</th> <th>Por debajo</th> <th>Por encima</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>25.0000</td> <td>20.0000</td> <td>28.7500</td> <td>18.7500</td> <td>20.0000</td> <td>18.7500</td> <td>28.7500</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>55.0000</td> <td>44.0000</td> <td>63.2500</td> <td>41.2500</td> <td>44.0000</td> <td>41.2500</td> <td>63.2500</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>85.0000</td> <td>68.0000</td> <td>97.7500</td> <td>63.7500</td> <td>68.0000</td> <td>63.7500</td> <td>97.7500</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>100.0000</td> <td>80.0000</td> <td>115.0000</td> <td>75.0000</td> <td>80.0000</td> <td>75.0000</td> <td>115.0000</td> </tr> </tbody> </table>	Periodo	Meta	Verde		Amarillo		Rojo		Desde	Hasta	Desde	Hasta	Por debajo	Por encima	1	25.0000	20.0000	28.7500	18.7500	20.0000	18.7500	28.7500	2	55.0000	44.0000	63.2500	41.2500	44.0000	41.2500	63.2500	3	85.0000	68.0000	97.7500	63.7500	68.0000	63.7500	97.7500	4	100.0000	80.0000	115.0000	75.0000	80.0000	75.0000	115.0000	<p>Nombre: Dirección General de Información en Salud</p> <p>Área responsable: Dirección de Programas Preventivos</p> <p>Disponibilidad: Pública</p> <p>Unidad de análisis: Detecciones</p> <p>Cobertura y desagregación geográfica: Estatal.</p> <p>Periodicidad: Trimestral</p> <p>Fecha de publicación: Los meses de abril, julio, octubre y enero del siguiente año</p>	La población acude oportunamente a la unidad de salud a que se le realicen las detecciones de hipertensión y da puntual seguimiento a las indicaciones médicas
Periodo	Meta	Verde			Amarillo		Rojo																																											
		Desde	Hasta	Desde	Hasta	Por debajo	Por encima																																											
1	25.0000	20.0000	28.7500	18.7500	20.0000	18.7500	28.7500																																											
2	55.0000	44.0000	63.2500	41.2500	44.0000	41.2500	63.2500																																											
3	85.0000	68.0000	97.7500	63.7500	68.0000	63.7500	97.7500																																											
4	100.0000	80.0000	115.0000	75.0000	80.0000	75.0000	115.0000																																											

Nivel	Objetivo	Indicadores	Medios de Verificación	Supuestos																																														
Actividad 3.4	Detectando Síntomas Prostáticos en la población masculina sin derechohabencia de 45 años y más en las Unidades de Salud de Primer nivel de atención.	<p>Nombre: Detecciones de sintomatología prostática en la población masculina sin derechohabencia de 45 años y más en las unidades de salud de primer nivel.</p> <p>Definición: Mide la Detección de sintomatología prostática en la población masculina sin derechohabencia de 45 años y más, que acude a la unidad de salud de primer nivel de atención a través de cuestionario de síntomas prostáticos.</p> <p>Tipo: Gestión.</p> <p>Dimensión: Eficacia.</p> <p>Ámbito: Procesos.</p> <p>Método de cálculo: (Número de Detecciones de Sintomatología Prostática realizadas en la población sin derechohabencia masculina de 45 años, que acude a la Unidad de Salud de Primer Nivel de Atención / Detecciones de sintomatología prostática programada) X 100</p> <p>Valor línea Base: 42%</p> <p>Año línea Base: 2012</p> <p>Periodicidad: Trimestral.</p> <p>Periodos/ Metas: 1 = 25, 2=55, 3=85, 4=100</p> <p>Parámetros de semaforización</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Periodo</th> <th rowspan="2">Meta</th> <th colspan="2">Verde</th> <th colspan="2">Amarillo</th> <th colspan="2">Rojo</th> </tr> <tr> <th>Desde</th> <th>Hasta</th> <th>Desde</th> <th>Hasta</th> <th>Por debajo</th> <th>Por encima</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>25.0000</td> <td>20.0000</td> <td>28.7500</td> <td>18.7500</td> <td>20.0000</td> <td>18.7500</td> <td>28.7500</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>55.0000</td> <td>44.0000</td> <td>63.2500</td> <td>41.2500</td> <td>44.0000</td> <td>41.2500</td> <td>63.2500</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>85.0000</td> <td>68.0000</td> <td>97.7500</td> <td>63.7500</td> <td>68.0000</td> <td>63.7500</td> <td>97.7500</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>100.0000</td> <td>80.0000</td> <td>115.0000</td> <td>75.0000</td> <td>80.0000</td> <td>75.0000</td> <td>115.0000</td> </tr> </tbody> </table>	Periodo	Meta	Verde		Amarillo		Rojo		Desde	Hasta	Desde	Hasta	Por debajo	Por encima	1	25.0000	20.0000	28.7500	18.7500	20.0000	18.7500	28.7500	2	55.0000	44.0000	63.2500	41.2500	44.0000	41.2500	63.2500	3	85.0000	68.0000	97.7500	63.7500	68.0000	63.7500	97.7500	4	100.0000	80.0000	115.0000	75.0000	80.0000	75.0000	115.0000	<p>Nombre: Dirección General de Información en Salud</p> <p>Área responsable: Estadística, Planeación y Dirección General de Información en Salud</p> <p>Disponibilidad: Pública</p> <p>Unidad de análisis: Detecciones</p> <p>Cobertura y desagregación geográfica: Estatal.</p> <p>Periodicidad: Trimestral</p> <p>Fecha de publicación: mayo, agosto, noviembre 2019 y febrero 2020</p>	La población acude oportunamente a que se realicen las detecciones de sintomatología prostáticas y aplica las recomendaciones brindadas por el personal de salud
Periodo	Meta	Verde			Amarillo		Rojo																																											
		Desde	Hasta	Desde	Hasta	Por debajo	Por encima																																											
1	25.0000	20.0000	28.7500	18.7500	20.0000	18.7500	28.7500																																											
2	55.0000	44.0000	63.2500	41.2500	44.0000	41.2500	63.2500																																											
3	85.0000	68.0000	97.7500	63.7500	68.0000	63.7500	97.7500																																											
4	100.0000	80.0000	115.0000	75.0000	80.0000	75.0000	115.0000																																											
Actividad 3.5	Detectar alteraciones de incontinencia urinaria en la población sin derechohabencia de 60 años y más que acude a las Unidades de Salud de primer nivel de atención.	<p>Nombre: Detecciones de alteraciones de incontinencia urinaria en la población sin derechohabencia de 60 años y más en las unidades de salud de primer nivel.</p> <p>Definición: Mide el porcentaje de detección de incontinencia urinaria en la población sin derechohabencia de 60 años y más, que acude a la unidad de salud de primer nivel de atención.</p> <p>Tipo: Gestión.</p> <p>Dimensión: Eficacia.</p> <p>Ámbito: Procesos.</p> <p>Método de cálculo: (Total de Detecciones realizadas en la población sin derechohabencia de 60 años y más que acude a la Unidad de Salud de 1er Nivel de Atención / Total de detecciones de incontinencia urinaria Programadas) X 100</p> <p>Valor línea Base: 100%</p> <p>Año línea Base: 2012</p> <p>Periodicidad: Trimestral.</p> <p>Periodos/ Metas: 1 = 25, 2=55, 3=85, 4=100</p> <p>Parámetros de semaforización</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Periodo</th> <th rowspan="2">Meta</th> <th colspan="2">Verde</th> <th colspan="2">Amarillo</th> <th colspan="2">Rojo</th> </tr> <tr> <th>Desde</th> <th>Hasta</th> <th>Desde</th> <th>Hasta</th> <th>Por debajo</th> <th>Por encima</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>25.0000</td> <td>20.0000</td> <td>31.2500</td> <td>18.7500</td> <td>20.0000</td> <td>18.7500</td> <td>31.2500</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>55.0000</td> <td>44.0000</td> <td>68.7500</td> <td>41.2500</td> <td>44.0000</td> <td>41.2500</td> <td>68.7500</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>85.0000</td> <td>68.0000</td> <td>106.2500</td> <td>63.7500</td> <td>68.0000</td> <td>63.7500</td> <td>106.2500</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>100.0000</td> <td>80.0000</td> <td>125.0000</td> <td>75.0000</td> <td>80.0000</td> <td>75.0000</td> <td>125.0000</td> </tr> </tbody> </table>	Periodo	Meta	Verde		Amarillo		Rojo		Desde	Hasta	Desde	Hasta	Por debajo	Por encima	1	25.0000	20.0000	31.2500	18.7500	20.0000	18.7500	31.2500	2	55.0000	44.0000	68.7500	41.2500	44.0000	41.2500	68.7500	3	85.0000	68.0000	106.2500	63.7500	68.0000	63.7500	106.2500	4	100.0000	80.0000	125.0000	75.0000	80.0000	75.0000	125.0000	<p>Nombre: Dirección General de Información en Salud. GDIS</p> <p>Área responsable: Estadística, Planeación y Dirección General de Información en Salud</p> <p>Disponibilidad: Pública</p> <p>Unidad de análisis: Detecciones</p> <p>Cobertura y desagregación geográfica: Estatal.</p> <p>Periodicidad: Trimestral</p> <p>Fecha de publicación: mayo, agosto, noviembre 2018 y febrero 2020</p>	Referir de manera oportuna a un segundo nivel para tratar el problema que presenta el usuario y mejorar la calidad de vida
Periodo	Meta	Verde			Amarillo		Rojo																																											
		Desde	Hasta	Desde	Hasta	Por debajo	Por encima																																											
1	25.0000	20.0000	31.2500	18.7500	20.0000	18.7500	31.2500																																											
2	55.0000	44.0000	68.7500	41.2500	44.0000	41.2500	68.7500																																											
3	85.0000	68.0000	106.2500	63.7500	68.0000	63.7500	106.2500																																											
4	100.0000	80.0000	125.0000	75.0000	80.0000	75.0000	125.0000																																											

Nivel	Objetivo	Indicadores	Medios de Verificación	Supuestos																																														
Actividad 3.6	Contribuir a las detecciones de dislipidemias en la población sin derechohabien- cia de 20 años y más en las Unidades de primer nivel de atención brindadas	<p>Nombre: Detecciones de dislipidemias realizadas en la población sin derechohabien- cia de 20 años y más en las Unidades de Salud de 1er Nivel de Atención.</p> <p>Definición: Mide las detecciones de dislipidemias programadas en la población sin derechohabien- cia de 20 años y más, que acude a la Unidad de Salud de Primer Nivel de Atención</p> <p>Tipo: Gestión.</p> <p>Dimensión: Eficacia.</p> <p>Ámbito: Procesos.</p> <p>Método de cálculo: (Detecciones de dislipidemias realizadas en la población sin derechohabien- cia de 20 años y más que acude a la Unidad de Salud de 1er nivel de Atención / Detecciones de dislipidemias programadas) X 100</p> <p>Valor línea Base: 100%</p> <p>Año línea Base: 2012</p> <p>Periodicidad: Trimestral.</p> <p>Periodos/ Metas: 1 = 25, 2=55, 3=85, 4=100</p> <p style="text-align: center;">Parámetros de semaforización</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Periodo</th> <th rowspan="2">Meta</th> <th colspan="2">Verde</th> <th colspan="2">Amarillo</th> <th colspan="2">Rojo</th> </tr> <tr> <th>Desde</th> <th>Hasta</th> <th>Desde</th> <th>Hasta</th> <th>Por debajo</th> <th>Por encima</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>25.0000</td> <td>20.0000</td> <td>28.7500</td> <td>18.7500</td> <td>20.0000</td> <td>18.7500</td> <td>28.7500</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>55.0000</td> <td>44.0000</td> <td>63.2500</td> <td>41.2500</td> <td>44.0000</td> <td>41.2500</td> <td>63.2500</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>85.0000</td> <td>68.0000</td> <td>97.7500</td> <td>63.7500</td> <td>68.0000</td> <td>63.7500</td> <td>97.7500</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>100.0000</td> <td>80.0000</td> <td>115.0000</td> <td>75.0000</td> <td>80.0000</td> <td>75.0000</td> <td>115.0000</td> </tr> </tbody> </table>	Periodo	Meta	Verde		Amarillo		Rojo		Desde	Hasta	Desde	Hasta	Por debajo	Por encima	1	25.0000	20.0000	28.7500	18.7500	20.0000	18.7500	28.7500	2	55.0000	44.0000	63.2500	41.2500	44.0000	41.2500	63.2500	3	85.0000	68.0000	97.7500	63.7500	68.0000	63.7500	97.7500	4	100.0000	80.0000	115.0000	75.0000	80.0000	75.0000	115.0000	<p>Nombre: Sistema de Información en salud (SIS-SS-CE-H)</p> <p>Área responsable: Dirección de Programas Preventivos</p> <p>Disponibilidad: Pública</p> <p>Unidad de análisis: Detecciones</p> <p>Cobertura y desagregación geográfica: Estatal.</p> <p>Periodicidad: Trimestral</p> <p>Fecha de publicación: Los meses de abril, julio, octubre y enero del siguiente año</p>	Que el usuario reconozca el padecimiento como factor de riesgo para Enfermedades Isquémicas y se le otorgue el tratamiento oportuno
Periodo	Meta	Verde			Amarillo		Rojo																																											
		Desde	Hasta	Desde	Hasta	Por debajo	Por encima																																											
1	25.0000	20.0000	28.7500	18.7500	20.0000	18.7500	28.7500																																											
2	55.0000	44.0000	63.2500	41.2500	44.0000	41.2500	63.2500																																											
3	85.0000	68.0000	97.7500	63.7500	68.0000	63.7500	97.7500																																											
4	100.0000	80.0000	115.0000	75.0000	80.0000	75.0000	115.0000																																											
Actividad 4.1	Contribuir en el control prenatal durante el embarazo, parto y puerperio en mujeres sin derechohabien- cia en Unidades de primer nivel de atención.	<p>Nombre: Promedio de consultas de control prenatal</p> <p>Definición: Mide el número de consultas que se otorgan a una mujer sin seguridad social durante el período de embarazo.</p> <p>Tipo: Gestión.</p> <p>Dimensión: Eficacia.</p> <p>Ámbito: Procesos</p> <p>Método de cálculo: (Total de consultas a embarazadas no derechohabientes / Total de consultas a embarazadas de primera vez)</p> <p>Valor línea Base: 4.8</p> <p>Año línea Base: 2012</p> <p>Periodicidad: Trimestral.</p> <p>Periodos/ Metas: 1 = 5, 2=5, 3=5, 4=5</p> <p style="text-align: center;">Parámetros de semaforización</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Periodo</th> <th rowspan="2">Meta</th> <th colspan="2">Verde</th> <th colspan="2">Amarillo</th> <th colspan="2">Rojo</th> </tr> <tr> <th>Desde</th> <th>Hasta</th> <th>Desde</th> <th>Hasta</th> <th>Por debajo</th> <th>Por encima</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>5.0000</td> <td>4.0000</td> <td>5.7500</td> <td>3.7500</td> <td>4.0000</td> <td>3.7500</td> <td>5.7500</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>5.0000</td> <td>4.0000</td> <td>5.7500</td> <td>3.7500</td> <td>4.0000</td> <td>3.7500</td> <td>5.7500</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>5.0000</td> <td>4.0000</td> <td>5.7500</td> <td>3.7500</td> <td>4.0000</td> <td>3.7500</td> <td>5.7500</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>5.0000</td> <td>4.0000</td> <td>5.7500</td> <td>3.7500</td> <td>4.0000</td> <td>3.7500</td> <td>5.7500</td> </tr> </tbody> </table>	Periodo	Meta	Verde		Amarillo		Rojo		Desde	Hasta	Desde	Hasta	Por debajo	Por encima	1	5.0000	4.0000	5.7500	3.7500	4.0000	3.7500	5.7500	2	5.0000	4.0000	5.7500	3.7500	4.0000	3.7500	5.7500	3	5.0000	4.0000	5.7500	3.7500	4.0000	3.7500	5.7500	4	5.0000	4.0000	5.7500	3.7500	4.0000	3.7500	5.7500	<p>Nombre: Sistema de información en salud (SIS) SINBA</p> <p>Área responsable: Dirección General de Información en Salud (DGIS)</p> <p>Disponibilidad: Pública</p> <p>Unidad de análisis: Promedio de consulta</p> <p>Cobertura y desagregación geográfica: Estatal.</p> <p>Periodicidad: Trimestral</p> <p>Fecha de publicación: mayo, agosto, noviembre 2018 y febrero 2020</p>	Las embarazadas sin seguridad social lleve un control prenatal durante el embarazo de calidad
Periodo	Meta	Verde			Amarillo		Rojo																																											
		Desde	Hasta	Desde	Hasta	Por debajo	Por encima																																											
1	5.0000	4.0000	5.7500	3.7500	4.0000	3.7500	5.7500																																											
2	5.0000	4.0000	5.7500	3.7500	4.0000	3.7500	5.7500																																											
3	5.0000	4.0000	5.7500	3.7500	4.0000	3.7500	5.7500																																											
4	5.0000	4.0000	5.7500	3.7500	4.0000	3.7500	5.7500																																											
Actividad 4.2	Incrementar la cobertura de anticoncepción otorgando métodos de planificación Familiar a la población adolescente sin responsabilidad social.	<p>Nombre: Porcentaje de usuarias activas adolescentes con método anticonceptivo.</p> <p>Definición: Mide la proporción de mujeres sin seguridad social de 15 a 19 años que utilizan un método de planificación familiar en relación a la meta programa de usuarias activas.</p> <p>Tipo: Gestión.</p> <p>Dimensión: Eficacia.</p> <p>Ámbito: Procesos.</p> <p>Método de cálculo: (Usuarias activas 15 a 19 años al corte de información / total de usuarias activas de 15 a 19 programadas) X 100</p> <p>Valor línea Base: 71</p> <p>Año línea Base: 2013</p> <p>Periodicidad: Trimestral.</p> <p>Periodos/ Metas: 1 = 85, 2=85, 3=85, 4=85</p> <p style="text-align: center;">Parámetros de semaforización</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Periodo</th> <th rowspan="2">Meta</th> <th colspan="2">Verde</th> <th colspan="2">Amarillo</th> <th colspan="2">Rojo</th> </tr> <tr> <th>Desde</th> <th>Hasta</th> <th>Desde</th> <th>Hasta</th> <th>Por debajo</th> <th>Por encima</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>85.0000</td> <td>68.0000</td> <td>97.7500</td> <td>63.7500</td> <td>68.0000</td> <td>63.7500</td> <td>97.7500</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>85.0000</td> <td>68.0000</td> <td>97.7500</td> <td>63.7500</td> <td>68.0000</td> <td>63.7500</td> <td>97.7500</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>85.0000</td> <td>68.0000</td> <td>97.7500</td> <td>63.7500</td> <td>68.0000</td> <td>63.7500</td> <td>97.7500</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>85.0000</td> <td>68.0000</td> <td>97.7500</td> <td>63.7500</td> <td>68.0000</td> <td>63.7500</td> <td>97.7500</td> </tr> </tbody> </table>	Periodo	Meta	Verde		Amarillo		Rojo		Desde	Hasta	Desde	Hasta	Por debajo	Por encima	1	85.0000	68.0000	97.7500	63.7500	68.0000	63.7500	97.7500	2	85.0000	68.0000	97.7500	63.7500	68.0000	63.7500	97.7500	3	85.0000	68.0000	97.7500	63.7500	68.0000	63.7500	97.7500	4	85.0000	68.0000	97.7500	63.7500	68.0000	63.7500	97.7500	<p>Nombre: Sistema de información en salud (SIS) SINBA</p> <p>Área responsable: Dirección General de Información en Salud (DGIS)</p> <p>Disponibilidad: Pública</p> <p>Unidad de análisis: Consultas</p> <p>Cobertura y desagregación geográfica: Estatal.</p> <p>Periodicidad: Trimestral</p> <p>Fecha de publicación: mayo, agosto, noviembre 2019 y febrero 2020</p>	La población femenina adolescente de 15 a 19 años sin seguridad social y afiliados al Seguro Popular acude puntualmente a recibir métodos de planificación familiar y los utiliza
Periodo	Meta	Verde			Amarillo		Rojo																																											
		Desde	Hasta	Desde	Hasta	Por debajo	Por encima																																											
1	85.0000	68.0000	97.7500	63.7500	68.0000	63.7500	97.7500																																											
2	85.0000	68.0000	97.7500	63.7500	68.0000	63.7500	97.7500																																											
3	85.0000	68.0000	97.7500	63.7500	68.0000	63.7500	97.7500																																											
4	85.0000	68.0000	97.7500	63.7500	68.0000	63.7500	97.7500																																											

Nivel	Objetivo	Indicadores	Medios de Verificación	Supuestos																																														
Actividad 4.3	Fortalecer la detección oportuna con citología cervical (Papanicolaou) en mujeres de 25 a 64 años con estándares de calidad.	<p>Nombre: Cobertura de detección de Papanicolaou en mujeres de 25 a 64 años, sin seguridad social y afiliada al REPSS.</p> <p>Definición: Mide el grado de cumplimiento de estudios realizados de Papanicolaou programados en mujeres sin seguridad social y afiliadas al REPSS de 25 a 64 años de edad.</p> <p>Tipo: Gestión.</p> <p>Dimensión: Eficacia.</p> <p>Ámbito: Procesos.</p> <p>Método de cálculo: (Total de mujeres de 25 a 64 años a las que se les realiza detección de Papanicolaou sin seguridad social y afiliado al REPSS / total de mujeres del mismo grupo de edad sin seguridad social y afiliada al REPSS programadas para detección) X 100</p> <p>Valor línea Base: 100%</p> <p>Año línea Base: 2012</p> <p>Periodicidad: Trimestral.</p> <p>Periodos/ Metas: 1 = 85, 2=50, 3=75, 4=100</p> <p>Parámetros de semaforización</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Periodo</th> <th rowspan="2">Meta</th> <th colspan="2">Verde</th> <th colspan="2">Amarillo</th> <th colspan="2">Rojo</th> </tr> <tr> <th>Desde</th> <th>Hasta</th> <th>Desde</th> <th>Hasta</th> <th>Por debajo</th> <th>Por encima</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>25.0000</td> <td>20.0000</td> <td>28.7500</td> <td>18.7500</td> <td>20.0000</td> <td>18.7500</td> <td>28.7500</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>50.0000</td> <td>40.0000</td> <td>57.5000</td> <td>37.5000</td> <td>40.0000</td> <td>37.5000</td> <td>57.5000</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>75.0000</td> <td>60.0000</td> <td>86.2500</td> <td>56.2500</td> <td>60.0000</td> <td>56.2500</td> <td>86.2500</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>100.0000</td> <td>80.0000</td> <td>115.0000</td> <td>75.0000</td> <td>80.0000</td> <td>75.0000</td> <td>115.0000</td> </tr> </tbody> </table>	Periodo	Meta	Verde		Amarillo		Rojo		Desde	Hasta	Desde	Hasta	Por debajo	Por encima	1	25.0000	20.0000	28.7500	18.7500	20.0000	18.7500	28.7500	2	50.0000	40.0000	57.5000	37.5000	40.0000	37.5000	57.5000	3	75.0000	60.0000	86.2500	56.2500	60.0000	56.2500	86.2500	4	100.0000	80.0000	115.0000	75.0000	80.0000	75.0000	115.0000	<p>Nombre: Sistema de información de cáncer de la mujer (SICAM-PROCACU) y estimaciones CONAPO</p> <p>Área responsable: Dirección Nacional de Cáncer de la mujer, Instituto Nacional de Salud Pública</p> <p>Disponibilidad: Pública</p> <p>Unidad de análisis: Detecciones</p> <p>Cobertura y desagregación geográfica: Estatal.</p> <p>Periodicidad: Trimestral</p> <p>Fecha de publicación: mayo, agosto, noviembre 2019 y febrero 2020</p>	La población femenina sin seguridad social y afiliada al REPSS acuda puntualmente a sus estudios de detección y seguimiento con Papanicolaou
Periodo	Meta	Verde			Amarillo		Rojo																																											
		Desde	Hasta	Desde	Hasta	Por debajo	Por encima																																											
1	25.0000	20.0000	28.7500	18.7500	20.0000	18.7500	28.7500																																											
2	50.0000	40.0000	57.5000	37.5000	40.0000	37.5000	57.5000																																											
3	75.0000	60.0000	86.2500	56.2500	60.0000	56.2500	86.2500																																											
4	100.0000	80.0000	115.0000	75.0000	80.0000	75.0000	115.0000																																											
Actividad 4.4	Promover la realización de la detección oportuna del Virus del Papiloma Humano a mujeres de 35 a 64 años con estándares de calidad.	<p>Nombre: Cobertura de detección de pruebas de VPH a mujeres de 35 a 64 años, sin seguridad social y afiliada al REPSS.</p> <p>Definición: Mide el grado de cumplimiento de pruebas de VPH (Virus del Papiloma Humano) programadas a mujeres sin seguridad social y afiliadas al REPSS de 35 a 64 años.</p> <p>Tipo: Gestión.</p> <p>Dimensión: Eficacia.</p> <p>Ámbito: Procesos.</p> <p>Método de cálculo: (Total de mujeres de 35 a 64 años a las que se les realiza detección con prueba de VPH sin seguridad social y afiliada al REPSS / Total de mujeres del mismo grupo de edad sin seguridad social y afiliada al REPSS programadas para detección) X 100</p> <p>Valor línea Base: 100%</p> <p>Año línea Base: 2012</p> <p>Periodicidad: Trimestral.</p> <p>Periodos/ Metas: 1 = 25, 2=50, 3=75, 4=100</p> <p>Parámetros de semaforización</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Periodo</th> <th rowspan="2">Meta</th> <th colspan="2">Verde</th> <th colspan="2">Amarillo</th> <th colspan="2">Rojo</th> </tr> <tr> <th>Desde</th> <th>Hasta</th> <th>Desde</th> <th>Hasta</th> <th>Por debajo</th> <th>Por encima</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>25.0000</td> <td>20.0000</td> <td>28.7500</td> <td>18.7500</td> <td>20.0000</td> <td>18.7500</td> <td>28.7500</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>50.0000</td> <td>40.0000</td> <td>57.5000</td> <td>37.5000</td> <td>40.0000</td> <td>37.5000</td> <td>57.5000</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>75.0000</td> <td>60.0000</td> <td>86.2500</td> <td>56.2500</td> <td>60.0000</td> <td>56.2500</td> <td>86.2500</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>100.0000</td> <td>80.0000</td> <td>115.0000</td> <td>75.0000</td> <td>80.0000</td> <td>75.0000</td> <td>115.0000</td> </tr> </tbody> </table>	Periodo	Meta	Verde		Amarillo		Rojo		Desde	Hasta	Desde	Hasta	Por debajo	Por encima	1	25.0000	20.0000	28.7500	18.7500	20.0000	18.7500	28.7500	2	50.0000	40.0000	57.5000	37.5000	40.0000	37.5000	57.5000	3	75.0000	60.0000	86.2500	56.2500	60.0000	56.2500	86.2500	4	100.0000	80.0000	115.0000	75.0000	80.0000	75.0000	115.0000	<p>Nombre: Sistema de información de cáncer de la mujer (SICAM-PROCACU) y Laboratorio de VPH)</p> <p>Área responsable: Dirección Nacional de Cáncer de la mujer, Instituto Nacional de Salud Pública</p> <p>Disponibilidad: Pública</p> <p>Unidad de análisis: Detecciones</p> <p>Cobertura y desagregación geográfica: Estatal.</p> <p>Periodicidad: Trimestral</p> <p>Fecha de publicación: mayo, agosto, noviembre 2019 y febrero 2020</p>	Población femenina sin seguridad social y afiliada al REPSS acuda puntualmente a sus estudios de detección y seguimiento con prueba VHP
Periodo	Meta	Verde			Amarillo		Rojo																																											
		Desde	Hasta	Desde	Hasta	Por debajo	Por encima																																											
1	25.0000	20.0000	28.7500	18.7500	20.0000	18.7500	28.7500																																											
2	50.0000	40.0000	57.5000	37.5000	40.0000	37.5000	57.5000																																											
3	75.0000	60.0000	86.2500	56.2500	60.0000	56.2500	86.2500																																											
4	100.0000	80.0000	115.0000	75.0000	80.0000	75.0000	115.0000																																											

Nivel	Objetivo	Indicadores	Medios de Verificación	Supuestos																																														
Actividad 4.5	Fortalecer la detección oportuna y de calidad con exploración clínica de mama en mujeres de 25 a 39 años	<p>Nombre: Cobertura de detección con exploración clínica mamaria a mujeres de 25 a 39 años, sin seguridad social y afiliada al REPSS.</p> <p>Definición: Mide el grado de cumplimiento de estudios de exploración clínica mamaria, programadas a mujeres sin seguridad social y afiliadas al REPSS de 25 a 39 años.</p> <p>Tipo: Gestión.</p> <p>Dimensión: Eficiencia.</p> <p>Ámbito: Procesos.</p> <p>Método de cálculo: (Total de mujeres de 25 a 99 años a las que se les realiza detección con exploración clínica mamaria, sin seguridad social y afiliada al REPSS / Total de mujeres del mismo grupo de edad sin seguridad social y afiliada al REPSS programadas para detección) X 100</p> <p>Valor línea Base: 80%</p> <p>Año línea Base: 2016</p> <p>Periodicidad: Trimestral.</p> <p>Periodos/ Metas: 1 = 25, 2=50, 3=75, 4=100</p> <p style="text-align: center;">Parámetros de semaforización</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Periodo</th> <th rowspan="2">Meta</th> <th colspan="2">Verde</th> <th colspan="2">Amarillo</th> <th colspan="2">Rojo</th> </tr> <tr> <th>Desde</th> <th>Hasta</th> <th>Desde</th> <th>Hasta</th> <th>Por debajo</th> <th>Por encima</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>25.0000</td> <td>20.0000</td> <td>28.7500</td> <td>18.7500</td> <td>20.0000</td> <td>18.7500</td> <td>28.7500</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>50.0000</td> <td>40.0000</td> <td>57.5000</td> <td>37.5000</td> <td>40.0000</td> <td>37.5000</td> <td>57.5000</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>75.0000</td> <td>60.0000</td> <td>86.2500</td> <td>56.2500</td> <td>60.0000</td> <td>56.2500</td> <td>86.2500</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>100.0000</td> <td>80.0000</td> <td>115.0000</td> <td>75.0000</td> <td>80.0000</td> <td>75.0000</td> <td>115.0000</td> </tr> </tbody> </table>	Periodo	Meta	Verde		Amarillo		Rojo		Desde	Hasta	Desde	Hasta	Por debajo	Por encima	1	25.0000	20.0000	28.7500	18.7500	20.0000	18.7500	28.7500	2	50.0000	40.0000	57.5000	37.5000	40.0000	37.5000	57.5000	3	75.0000	60.0000	86.2500	56.2500	60.0000	56.2500	86.2500	4	100.0000	80.0000	115.0000	75.0000	80.0000	75.0000	115.0000	<p>Nombre: Sistema de información de cáncer de la mujer (SICAM-PROMAMA) y estimaciones CONAPO</p> <p>Área responsable: Dirección Nacional de Cáncer de la Mujer, Instituto Nacional de Salud Pública</p> <p>Disponibilidad: Pública</p> <p>Unidad de análisis: Detecciones</p> <p>Cobertura y desagregación geográfica: Estatal.</p> <p>Periodicidad: Trimestral</p> <p>Fecha de publicación: mayo, agosto, noviembre 2019 y febrero 2020</p>	<p>Población femenina sin seguridad social y afiliada al REPSS acuda puntualmente a sus estudios de detección y seguimiento de exploración clínica mamaria</p>
Periodo	Meta	Verde			Amarillo		Rojo																																											
		Desde	Hasta	Desde	Hasta	Por debajo	Por encima																																											
1	25.0000	20.0000	28.7500	18.7500	20.0000	18.7500	28.7500																																											
2	50.0000	40.0000	57.5000	37.5000	40.0000	37.5000	57.5000																																											
3	75.0000	60.0000	86.2500	56.2500	60.0000	56.2500	86.2500																																											
4	100.0000	80.0000	115.0000	75.0000	80.0000	75.0000	115.0000																																											
Actividad 4.6	Promover la realización de la detección en mujeres de 40 a 69 años con estándares de calidad.	<p>Nombre: Cobertura de detección con mastografía a mujeres de 40 a 69 años, sin seguridad social y afiliada al REPSS.</p> <p>Definición: Proporción de mujeres sin seguridad social de 40 a 69 años con estudios de mastografías en los últimos 2 años.</p> <p>Tipo: Gestión.</p> <p>Dimensión: Eficacia.</p> <p>Ámbito: Procesos.</p> <p>Método de cálculo: (Total de mujeres de 40 a 69 años a las que se les realiza detección con mastografía sin seguridad social y afiliada al REPSS / Total de mujeres del mismo grupo de edad sin seguridad social y afiliada al REPSS programadas para detección) X 100</p> <p>Valor línea Base: 50.38</p> <p>Año línea Base: 2012</p> <p>Periodicidad: Trimestral.</p> <p>Periodos/ Metas: 1 = 25, 2=50, 3=75, 4=100</p> <p style="text-align: center;">Parámetros de semaforización</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Periodo</th> <th rowspan="2">Meta</th> <th colspan="2">Verde</th> <th colspan="2">Amarillo</th> <th colspan="2">Rojo</th> </tr> <tr> <th>Desde</th> <th>Hasta</th> <th>Desde</th> <th>Hasta</th> <th>Por debajo</th> <th>Por encima</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>25.0000</td> <td>20.0000</td> <td>28.7500</td> <td>18.7500</td> <td>20.0000</td> <td>18.7500</td> <td>28.7500</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>50.0000</td> <td>40.0000</td> <td>57.5000</td> <td>37.5000</td> <td>40.0000</td> <td>37.5000</td> <td>57.5000</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>75.0000</td> <td>60.0000</td> <td>86.2500</td> <td>56.2500</td> <td>60.0000</td> <td>56.2500</td> <td>86.2500</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>100.0000</td> <td>80.0000</td> <td>115.0000</td> <td>75.0000</td> <td>80.0000</td> <td>75.0000</td> <td>115.0000</td> </tr> </tbody> </table>	Periodo	Meta	Verde		Amarillo		Rojo		Desde	Hasta	Desde	Hasta	Por debajo	Por encima	1	25.0000	20.0000	28.7500	18.7500	20.0000	18.7500	28.7500	2	50.0000	40.0000	57.5000	37.5000	40.0000	37.5000	57.5000	3	75.0000	60.0000	86.2500	56.2500	60.0000	56.2500	86.2500	4	100.0000	80.0000	115.0000	75.0000	80.0000	75.0000	115.0000	<p>Nombre: Sistema de información de cáncer de la mujer (SICAM-PROMAMA) y estimaciones CONAPO</p> <p>Área responsable: Dirección Nacional de Cáncer de la Mujer, Instituto Nacional de Salud Pública</p> <p>Disponibilidad: Pública</p> <p>Unidad de análisis: Detecciones</p> <p>Cobertura y desagregación geográfica: Estatal.</p> <p>Periodicidad: Trimestral</p> <p>Fecha de publicación: mayo, agosto, noviembre 2019 y febrero 2020</p>	<p>Población femenina sin seguridad social y afiliada al REPSS acuda puntualmente a sus estudios de detección y seguimiento con mastografía</p>
Periodo	Meta	Verde			Amarillo		Rojo																																											
		Desde	Hasta	Desde	Hasta	Por debajo	Por encima																																											
1	25.0000	20.0000	28.7500	18.7500	20.0000	18.7500	28.7500																																											
2	50.0000	40.0000	57.5000	37.5000	40.0000	37.5000	57.5000																																											
3	75.0000	60.0000	86.2500	56.2500	60.0000	56.2500	86.2500																																											
4	100.0000	80.0000	115.0000	75.0000	80.0000	75.0000	115.0000																																											

Nivel	Objetivo	Indicadores	Medios de Verificación	Supuestos																																														
Actividad 4.7	Formar promotores adolescentes para la promoción de la salud sexual y reproductiva en la población general.	<p>Nombre: Porcentaje de formación de promotores voluntarios adolescentes.</p> <p>Definición: Mide la proporción de adolescentes capacitados en salud sexual y reproductiva que promueven una sexualidad responsable mediante pláticas, talleres y acciones preventivas.</p> <p>Tipo: Gestión.</p> <p>Dimensión: Eficacia.</p> <p>Ámbito: Procesos.</p> <p>Método de cálculo: (Promotores voluntarios adolescentes nuevos / promotores voluntarios programados) X 100</p> <p>Valor línea Base: 100%</p> <p>Año línea Base: 2012</p> <p>Periodicidad: Trimestral.</p> <p>Periodos/ Metas: 1 = 25, 2=50, 3=75, 4=100</p> <p>Parámetros de semaforización</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Periodo</th> <th rowspan="2">Meta</th> <th colspan="2">Verde</th> <th colspan="2">Amarillo</th> <th colspan="2">Rojo</th> </tr> <tr> <th>Desde</th> <th>Hasta</th> <th>Desde</th> <th>Hasta</th> <th>Por debajo</th> <th>Por encima</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>25.0000</td> <td>20.0000</td> <td>28.7500</td> <td>18.7500</td> <td>20.0000</td> <td>18.7500</td> <td>28.7500</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>50.0000</td> <td>40.0000</td> <td>57.5000</td> <td>37.5000</td> <td>40.0000</td> <td>37.5000</td> <td>57.5000</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>75.0000</td> <td>60.0000</td> <td>86.2500</td> <td>56.2500</td> <td>60.0000</td> <td>56.2500</td> <td>86.2500</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>100.0000</td> <td>80.0000</td> <td>115.0000</td> <td>75.0000</td> <td>80.0000</td> <td>75.0000</td> <td>115.0000</td> </tr> </tbody> </table>	Periodo	Meta	Verde		Amarillo		Rojo		Desde	Hasta	Desde	Hasta	Por debajo	Por encima	1	25.0000	20.0000	28.7500	18.7500	20.0000	18.7500	28.7500	2	50.0000	40.0000	57.5000	37.5000	40.0000	37.5000	57.5000	3	75.0000	60.0000	86.2500	56.2500	60.0000	56.2500	86.2500	4	100.0000	80.0000	115.0000	75.0000	80.0000	75.0000	115.0000	<p>Nombre: Sistema de información de salud (SIS) SINBA</p> <p>Área responsable: Dirección General de Información en Salud (DGIS)</p> <p>Disponibilidad: Pública</p> <p>Unidad de análisis: Porcentaje</p> <p>Cobertura y desagregación geográfica: Estatal.</p> <p>Periodicidad: Trimestral</p> <p>Fecha de publicación: mayo, agosto, noviembre 2019 y febrero 2020</p>	Muestran gran interés en ser promotores adolescentes para la promoción de la salud sexual y reproductiva a la población adolescente
Periodo	Meta	Verde			Amarillo		Rojo																																											
		Desde	Hasta	Desde	Hasta	Por debajo	Por encima																																											
1	25.0000	20.0000	28.7500	18.7500	20.0000	18.7500	28.7500																																											
2	50.0000	40.0000	57.5000	37.5000	40.0000	37.5000	57.5000																																											
3	75.0000	60.0000	86.2500	56.2500	60.0000	56.2500	86.2500																																											
4	100.0000	80.0000	115.0000	75.0000	80.0000	75.0000	115.0000																																											
Actividad 4.8	Contribuir en la disminución de la morbilidad y mortalidad materna a través de la capacitación a las parteras tradicionales del estado para la atención del parto limpio y humanizado, por personal de salud calificado.	<p>Nombre: Porcentaje de parteras capacitadas.</p> <p>Definición: Mide el porcentaje del cumplimiento de las capacitaciones programadas a las parteras tradicionales del Estado en temas de cuidado de embarazo, atención del parto y recién nacido.</p> <p>Tipo: Gestión.</p> <p>Dimensión: Eficacia.</p> <p>Ámbito: Procesos.</p> <p>Método de cálculo: (Parteras capacitadas al corte de información / Parteras programadas) X 100</p> <p>Valor línea Base: 74%</p> <p>Año línea Base: 2012</p> <p>Periodicidad: Trimestral.</p> <p>Periodos/ Metas: 1 = 100, 2=100, 3=100, 4=100</p> <p>Parámetros de semaforización</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Periodo</th> <th rowspan="2">Meta</th> <th colspan="2">Verde</th> <th colspan="2">Amarillo</th> <th colspan="2">Rojo</th> </tr> <tr> <th>Desde</th> <th>Hasta</th> <th>Desde</th> <th>Hasta</th> <th>Por debajo</th> <th>Por encima</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>100.0000</td> <td>80.0000</td> <td>115.0000</td> <td>75.0000</td> <td>80.0000</td> <td>75.0000</td> <td>115.0000</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>100.0000</td> <td>80.0000</td> <td>115.0000</td> <td>75.0000</td> <td>80.0000</td> <td>75.0000</td> <td>115.0000</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>100.0000</td> <td>80.0000</td> <td>115.0000</td> <td>75.0000</td> <td>80.0000</td> <td>75.0000</td> <td>115.0000</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>100.0000</td> <td>80.0000</td> <td>115.0000</td> <td>75.0000</td> <td>80.0000</td> <td>75.0000</td> <td>115.0000</td> </tr> </tbody> </table>	Periodo	Meta	Verde		Amarillo		Rojo		Desde	Hasta	Desde	Hasta	Por debajo	Por encima	1	100.0000	80.0000	115.0000	75.0000	80.0000	75.0000	115.0000	2	100.0000	80.0000	115.0000	75.0000	80.0000	75.0000	115.0000	3	100.0000	80.0000	115.0000	75.0000	80.0000	75.0000	115.0000	4	100.0000	80.0000	115.0000	75.0000	80.0000	75.0000	115.0000	<p>Nombre: Sistema de información de salud (SIS) SINBA</p> <p>Área responsable: Dirección General de Información en Salud (DGIS)</p> <p>Disponibilidad: Pública</p> <p>Unidad de análisis: Parteras capacitadas</p> <p>Cobertura y desagregación geográfica: Estatal.</p> <p>Periodicidad: Trimestral</p> <p>Fecha de publicación: mayo, agosto, noviembre 2019 y febrero 2020</p>	Garantizar que las mujeres embarazadas tengan acceso a servicios de partería de calidad durante el embarazo y el parto
Periodo	Meta	Verde			Amarillo		Rojo																																											
		Desde	Hasta	Desde	Hasta	Por debajo	Por encima																																											
1	100.0000	80.0000	115.0000	75.0000	80.0000	75.0000	115.0000																																											
2	100.0000	80.0000	115.0000	75.0000	80.0000	75.0000	115.0000																																											
3	100.0000	80.0000	115.0000	75.0000	80.0000	75.0000	115.0000																																											
4	100.0000	80.0000	115.0000	75.0000	80.0000	75.0000	115.0000																																											
Actividad 5.1	Otorgamiento de acciones de prevención y detección oportuna, en las mujeres de 15 años o más en situación de violencia familiar y de género.	<p>Nombre: Cobertura de detección de violencia en mujeres de 15 años o más, sin seguridad social y afiliada al REPSS.</p> <p>Definición: Mide el grado de cobertura de detecciones de violencia en mujeres de población sin seguridad social.</p> <p>Tipo: Gestión.</p> <p>Dimensión: Eficacia.</p> <p>Ámbito: Procesos.</p> <p>Método de cálculo: (Total de mujeres de 15 años o más a las que se les realiza detección de violencia familiar y/o de Género sin seguridad social y afiliada al REPSS / Total de mujeres del mismo grupo de edad sin seguridad social y afiliada al REPSS) X 100</p> <p>Valor línea Base: 74%</p> <p>Año línea Base: 2012</p> <p>Periodicidad: Trimestral.</p> <p>Periodos/ Metas: 1 = 25, 2=60, 3=75, 4=90</p> <p>Parámetros de semaforización</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Periodo</th> <th rowspan="2">Meta</th> <th colspan="2">Verde</th> <th colspan="2">Amarillo</th> <th colspan="2">Rojo</th> </tr> <tr> <th>Desde</th> <th>Hasta</th> <th>Desde</th> <th>Hasta</th> <th>Por debajo</th> <th>Por encima</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>25.0000</td> <td>20.0000</td> <td>28.7500</td> <td>18.7500</td> <td>20.0000</td> <td>18.7500</td> <td>28.7500</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>60.0000</td> <td>48.0000</td> <td>69.0000</td> <td>45.0000</td> <td>48.0000</td> <td>45.0000</td> <td>69.0000</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>75.0000</td> <td>60.0000</td> <td>86.2500</td> <td>56.2500</td> <td>60.0000</td> <td>56.2500</td> <td>86.2500</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>90.0000</td> <td>72.0000</td> <td>103.5000</td> <td>67.5000</td> <td>72.0000</td> <td>67.5000</td> <td>103.5000</td> </tr> </tbody> </table>	Periodo	Meta	Verde		Amarillo		Rojo		Desde	Hasta	Desde	Hasta	Por debajo	Por encima	1	25.0000	20.0000	28.7500	18.7500	20.0000	18.7500	28.7500	2	60.0000	48.0000	69.0000	45.0000	48.0000	45.0000	69.0000	3	75.0000	60.0000	86.2500	56.2500	60.0000	56.2500	86.2500	4	90.0000	72.0000	103.5000	67.5000	72.0000	67.5000	103.5000	<p>Nombre: Sistema de Información Nacional Básica-de-P reportes mensuales de seguimiento</p> <p>Área responsable: Dirección de Salud Psicosocial (Departamento de Violencia Familiar)</p> <p>Disponibilidad: Pública</p> <p>Unidad de análisis: Detecciones</p> <p>Cobertura y desagregación geográfica: Estatal.</p> <p>Periodicidad: Trimestral</p> <p>Fecha de publicación: abril julio octubre 2019 enero 2020</p>	La población femenina acude puntualmente a los servicios de promoción, prevención y educación en salud mental
Periodo	Meta	Verde			Amarillo		Rojo																																											
		Desde	Hasta	Desde	Hasta	Por debajo	Por encima																																											
1	25.0000	20.0000	28.7500	18.7500	20.0000	18.7500	28.7500																																											
2	60.0000	48.0000	69.0000	45.0000	48.0000	45.0000	69.0000																																											
3	75.0000	60.0000	86.2500	56.2500	60.0000	56.2500	86.2500																																											
4	90.0000	72.0000	103.5000	67.5000	72.0000	67.5000	103.5000																																											

Nivel	Objetivo	Indicadores	Medios de Verificación	Supuestos																																														
Actividad 5.2	Incrementar acciones de detección de riesgo de suicidios en escolares en el grupo etario de 10 a 19 años otorgadas.	<p>Nombre: Cobertura de detección de riesgo de suicidio en población escolar en el grupo etario de 10 a 19 años. Definición: Mide la incidencia de adolescentes escolares con riesgo de suicidio. Tipo: Gestión. Dimensión: Eficacia. Ámbito: Procesos. Método de cálculo: (Casos nuevos de escolares en riesgo detectados / total de adolescentes escolares) X 100 Valor línea Base: 100% Año línea Base: 2012 Periodicidad: Trimestral. Periodos/ Metas: 1 = 25, 2=50, 3=75, 4=100</p> <p style="text-align: center;">Parámetros de semaforización</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Periodo</th> <th rowspan="2">Meta</th> <th colspan="2">Verde</th> <th colspan="2">Amarillo</th> <th colspan="2">Rojo</th> </tr> <tr> <th>Desde</th> <th>Hasta</th> <th>Desde</th> <th>Hasta</th> <th>Por debajo</th> <th>Por encima</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>25.0000</td> <td>20.0000</td> <td>28.7500</td> <td>18.7500</td> <td>20.0000</td> <td>18.7500</td> <td>28.7500</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>50.0000</td> <td>40.0000</td> <td>57.5000</td> <td>37.5000</td> <td>40.0000</td> <td>37.5000</td> <td>57.5000</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>75.0000</td> <td>60.0000</td> <td>86.2500</td> <td>56.2500</td> <td>60.0000</td> <td>56.2500</td> <td>86.2500</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>100.0000</td> <td>80.0000</td> <td>115.0000</td> <td>75.0000</td> <td>80.0000</td> <td>75.0000</td> <td>115.0000</td> </tr> </tbody> </table>	Periodo	Meta	Verde		Amarillo		Rojo		Desde	Hasta	Desde	Hasta	Por debajo	Por encima	1	25.0000	20.0000	28.7500	18.7500	20.0000	18.7500	28.7500	2	50.0000	40.0000	57.5000	37.5000	40.0000	37.5000	57.5000	3	75.0000	60.0000	86.2500	56.2500	60.0000	56.2500	86.2500	4	100.0000	80.0000	115.0000	75.0000	80.0000	75.0000	115.0000	<p>Nombre: Registro interno del Programa de Prevención de suicidio Área responsable: Dirección de Salud Psicosocial (Departamento de Salud Mental y Suicidio) Disponibilidad: Privada Unidad de análisis: Detecciones Cobertura y desagregación geográfica: Estatal. Periodicidad: Trimestral Fecha de publicación: abril julio octubre 2019 enero 2020</p>	Los adolescentes escolares, participan activamente en acciones de detección de riesgos de suicidio
Periodo	Meta	Verde			Amarillo		Rojo																																											
		Desde	Hasta	Desde	Hasta	Por debajo	Por encima																																											
1	25.0000	20.0000	28.7500	18.7500	20.0000	18.7500	28.7500																																											
2	50.0000	40.0000	57.5000	37.5000	40.0000	37.5000	57.5000																																											
3	75.0000	60.0000	86.2500	56.2500	60.0000	56.2500	86.2500																																											
4	100.0000	80.0000	115.0000	75.0000	80.0000	75.0000	115.0000																																											
Actividad 5.3	Contribuir con acciones para prevenir y disminuir el consumo y conductas adictivas en adolescentes de 12 a 17 años otorgados.	<p>Nombre: Porcentaje de adolescente de 12 a 17 años que participan en acciones de prevención en el consumo de sustancias adictivas. Definición: Mide el grado de cumplimiento de las acciones de prevención de adicciones dirigidas a adolescentes de 12 a 17 años. Tipo: Gestión. Dimensión: Eficacia. Ámbito: Procesos. Método de cálculo: (Adolescentes que participan en acciones de prevención y control de adicciones / adolescentes programados en acciones de prevención y control) X 100 Valor línea Base: 100% Año línea Base: 2012 Periodicidad: Trimestral. Periodos/ Metas: 1 = 25, 2=50, 3=75, 4=100</p> <p style="text-align: center;">Parámetros de semaforización</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Periodo</th> <th rowspan="2">Meta</th> <th colspan="2">Verde</th> <th colspan="2">Amarillo</th> <th colspan="2">Rojo</th> </tr> <tr> <th>Desde</th> <th>Hasta</th> <th>Desde</th> <th>Hasta</th> <th>Por debajo</th> <th>Por encima</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>25.0000</td> <td>20.0000</td> <td>28.7500</td> <td>18.7500</td> <td>20.0000</td> <td>18.7500</td> <td>28.7500</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>50.0000</td> <td>40.0000</td> <td>57.5000</td> <td>37.5000</td> <td>40.0000</td> <td>37.5000</td> <td>57.5000</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>75.0000</td> <td>60.0000</td> <td>86.2500</td> <td>56.2500</td> <td>60.0000</td> <td>56.2500</td> <td>86.2500</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>100.0000</td> <td>80.0000</td> <td>115.0000</td> <td>75.0000</td> <td>80.0000</td> <td>75.0000</td> <td>115.0000</td> </tr> </tbody> </table>	Periodo	Meta	Verde		Amarillo		Rojo		Desde	Hasta	Desde	Hasta	Por debajo	Por encima	1	25.0000	20.0000	28.7500	18.7500	20.0000	18.7500	28.7500	2	50.0000	40.0000	57.5000	37.5000	40.0000	37.5000	57.5000	3	75.0000	60.0000	86.2500	56.2500	60.0000	56.2500	86.2500	4	100.0000	80.0000	115.0000	75.0000	80.0000	75.0000	115.0000	<p>Nombre: Registro Mensual de Actividades de Centros Nueva Vida. SIS-SS-UNEME-CNV, INFORME MENSUAL DE CENADIC Y RENADIC. Área responsable: Dirección de Salud Psicosocial Prevención y Control de las Adicciones Disponibilidad: Pública Unidad de análisis: Detecciones Cobertura y desagregación geográfica: Estatal. Periodicidad: Trimestral Fecha de publicación: abril julio octubre 2019 enero 2020</p>	Los adolescentes de 12 a 17 de años, participan activamente en acciones de prevención contra de las adicciones
Periodo	Meta	Verde			Amarillo		Rojo																																											
		Desde	Hasta	Desde	Hasta	Por debajo	Por encima																																											
1	25.0000	20.0000	28.7500	18.7500	20.0000	18.7500	28.7500																																											
2	50.0000	40.0000	57.5000	37.5000	40.0000	37.5000	57.5000																																											
3	75.0000	60.0000	86.2500	56.2500	60.0000	56.2500	86.2500																																											
4	100.0000	80.0000	115.0000	75.0000	80.0000	75.0000	115.0000																																											
Actividad 5.4	Detectando Alteraciones de la Memoria en la población sin derechohabencia de 60 años y más en las unidades de salud de primer nivel de atención.	<p>Nombre: Detecciones de alteración de memoria en la población sin derechohabencia de 60 años y más que acude a las unidades de salud de primer nivel. Definición: Mide la detección de alteración de la memoria, a través del cuestionario de Monumental realizado a la población sin derechohabencia de 60 años y más que acude a la unidad de salud de primer nivel de atención. Tipo: Gestión. Dimensión: Eficacia. Ámbito: Procesos. Método de cálculo: (Total de Detecciones de alteración de Memoria realizadas a través de cuestionario de Monumental a la población sin derechohabencia de 60 años y más que acude a la Unidad de Salud de Primer Nivel de Atención / Detecciones de alteración de Memoria Programadas) X 100 Valor línea Base: 100% Año línea Base: 2016 Periodicidad: Trimestral. Periodos/ Metas: 1 = 25, 2=55, 3=85, 4=100</p> <p style="text-align: center;">Parámetros de semaforización</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Periodo</th> <th rowspan="2">Meta</th> <th colspan="2">Verde</th> <th colspan="2">Amarillo</th> <th colspan="2">Rojo</th> </tr> <tr> <th>Desde</th> <th>Hasta</th> <th>Desde</th> <th>Hasta</th> <th>Por debajo</th> <th>Por encima</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>25.0000</td> <td>20.0000</td> <td>28.7500</td> <td>18.7500</td> <td>20.0000</td> <td>18.7500</td> <td>28.7500</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>55.0000</td> <td>44.0000</td> <td>63.2500</td> <td>41.2500</td> <td>44.0000</td> <td>41.2500</td> <td>63.2500</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>85.0000</td> <td>68.0000</td> <td>97.7500</td> <td>63.7500</td> <td>68.0000</td> <td>63.7500</td> <td>97.7500</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>100.0000</td> <td>80.0000</td> <td>115.0000</td> <td>75.0000</td> <td>80.0000</td> <td>75.0000</td> <td>115.0000</td> </tr> </tbody> </table>	Periodo	Meta	Verde		Amarillo		Rojo		Desde	Hasta	Desde	Hasta	Por debajo	Por encima	1	25.0000	20.0000	28.7500	18.7500	20.0000	18.7500	28.7500	2	55.0000	44.0000	63.2500	41.2500	44.0000	41.2500	63.2500	3	85.0000	68.0000	97.7500	63.7500	68.0000	63.7500	97.7500	4	100.0000	80.0000	115.0000	75.0000	80.0000	75.0000	115.0000	<p>Nombre: Dirección General de Información en Salud DGIS Área responsable: Estadística, Planeación y Dirección General de Información en Salud Disponibilidad: Pública Unidad de análisis: Detecciones Cobertura y desagregación geográfica: Estatal. Periodicidad: Trimestral Fecha de publicación: mayo, agosto, noviembre 2019 y febrero 2020</p>	La población de 60 años y más deberá dar seguimiento a las indicaciones que el medico realizo dependiendo el resultado de su detección
Periodo	Meta	Verde			Amarillo		Rojo																																											
		Desde	Hasta	Desde	Hasta	Por debajo	Por encima																																											
1	25.0000	20.0000	28.7500	18.7500	20.0000	18.7500	28.7500																																											
2	55.0000	44.0000	63.2500	41.2500	44.0000	41.2500	63.2500																																											
3	85.0000	68.0000	97.7500	63.7500	68.0000	63.7500	97.7500																																											
4	100.0000	80.0000	115.0000	75.0000	80.0000	75.0000	115.0000																																											

Nivel	Objetivo	Indicadores	Medios de Verificación	Supuestos																																														
Actividad 5.5	Detectando Depresión a la población sin derechohabien- cia de 60 años y más que acude por primera vez en el año a las unidades de salud de primer nivel de atención	<p>Nombre: Cobertura de detecciones de depresión realizadas a la población sin derechohabien- cia de 60 años y más que acuden por primera vez.</p> <p>Definición: Mide el porcentaje de detección de depresión a través de cuestionario GDS.</p> <p>Tipo: Gestión.</p> <p>Dimensión: Eficacia.</p> <p>Ámbito: Procesos.</p> <p>Método de cálculo: (Total de Detecciones de alteración de Memoria realizadas a través de cuestionario de Monumental a la población sin derechohabien- cia de 60 años y más que acude a la Unidad de Salud de Primer Nivel de Atención / Detecciones de alteración de Memoria Programadas) X 100</p> <p>Valor línea Base: 100%</p> <p>Año línea Base: 2012</p> <p>Periodicidad: Trimestral.</p> <p>Periodos/ Metas: 1 = 25, 2=55, 3=85, 4=100</p> <p style="text-align: center;">Parámetros de semaforización</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Periodo</th> <th rowspan="2">Meta</th> <th colspan="2">Verde</th> <th colspan="2">Amarillo</th> <th colspan="2">Rojo</th> </tr> <tr> <th>Desde</th> <th>Hasta</th> <th>Desde</th> <th>Hasta</th> <th>Por debajo</th> <th>Por encima</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>25.0000</td> <td>20.0000</td> <td>28.7500</td> <td>18.7500</td> <td>20.0000</td> <td>18.7500</td> <td>28.7500</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>55.0000</td> <td>44.0000</td> <td>63.2500</td> <td>41.2500</td> <td>44.0000</td> <td>41.2500</td> <td>63.2500</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>85.0000</td> <td>68.0000</td> <td>97.7500</td> <td>63.7500</td> <td>68.0000</td> <td>63.7500</td> <td>97.7500</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>100.0000</td> <td>80.0000</td> <td>115.0000</td> <td>75.0000</td> <td>80.0000</td> <td>75.0000</td> <td>115.0000</td> </tr> </tbody> </table>	Periodo	Meta	Verde		Amarillo		Rojo		Desde	Hasta	Desde	Hasta	Por debajo	Por encima	1	25.0000	20.0000	28.7500	18.7500	20.0000	18.7500	28.7500	2	55.0000	44.0000	63.2500	41.2500	44.0000	41.2500	63.2500	3	85.0000	68.0000	97.7500	63.7500	68.0000	63.7500	97.7500	4	100.0000	80.0000	115.0000	75.0000	80.0000	75.0000	115.0000	<p>Nombre: Sistema de Información en Salud. SIS</p> <p>Área responsable: Estadística, Planeación y Dirección General de Información en Salud</p> <p>Disponibilidad: Pública</p> <p>Unidad de análisis: Detecciones</p> <p>Cobertura y desagregación geográfica: Estatal.</p> <p>Periodicidad: Trimestral</p> <p>Fecha de publicación: mayo, agosto, noviembre 2019 y febrero 2020</p>	Los adultos de 60 años o más, acuden puntualmente a los servicios de salud con énfasis en detección de depresión
Periodo	Meta	Verde			Amarillo		Rojo																																											
		Desde	Hasta	Desde	Hasta	Por debajo	Por encima																																											
1	25.0000	20.0000	28.7500	18.7500	20.0000	18.7500	28.7500																																											
2	55.0000	44.0000	63.2500	41.2500	44.0000	41.2500	63.2500																																											
3	85.0000	68.0000	97.7500	63.7500	68.0000	63.7500	97.7500																																											
4	100.0000	80.0000	115.0000	75.0000	80.0000	75.0000	115.0000																																											
Actividad 5.6	Detectando Síndrome de Caídas en la población sin derechohabien- cia de 60 años y más en las unidades de salud de primer nivel de atención	<p>Nombre: Detecciones de caídas en la población sin derechohabien- cia y de Seguro popular de 60 años y más, en las unidades de salud de primer nivel de atención.</p> <p>Definición: Mide la detección de caídas, a través del cuestionario de Síndrome de caídas realizado en la población sin derechohabien- cia de 60 años y más, que acude a la unidad de salud de primer nivel de atención.</p> <p>Tipo: Gestión.</p> <p>Dimensión: Eficacia.</p> <p>Ámbito: Procesos.</p> <p>Método de cálculo: (Total de Detecciones realizadas a través de cuestionario de Caídas en la población sin derechohabien- cia de 60 años y más que acude a la Unidad de Salud de Primer Nivel de Atención / Detecciones de Síndrome de Caídas Programadas) X 100</p> <p>Valor línea Base: 100%</p> <p>Año línea Base: 2012</p> <p>Periodicidad: Trimestral.</p> <p>Periodos/ Metas: 1 = 25, 2=55, 3=85, 4=100</p> <p style="text-align: center;">Parámetros de semaforización</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Periodo</th> <th rowspan="2">Meta</th> <th colspan="2">Verde</th> <th colspan="2">Amarillo</th> <th colspan="2">Rojo</th> </tr> <tr> <th>Desde</th> <th>Hasta</th> <th>Desde</th> <th>Hasta</th> <th>Por debajo</th> <th>Por encima</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>25.0000</td> <td>20.0000</td> <td>28.7500</td> <td>18.7500</td> <td>20.0000</td> <td>18.7500</td> <td>28.7500</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>55.0000</td> <td>44.0000</td> <td>63.2500</td> <td>41.2500</td> <td>44.0000</td> <td>41.2500</td> <td>63.2500</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>85.0000</td> <td>68.0000</td> <td>97.7500</td> <td>63.7500</td> <td>68.0000</td> <td>63.7500</td> <td>97.7500</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>100.0000</td> <td>80.0000</td> <td>115.0000</td> <td>75.0000</td> <td>80.0000</td> <td>75.0000</td> <td>115.0000</td> </tr> </tbody> </table>	Periodo	Meta	Verde		Amarillo		Rojo		Desde	Hasta	Desde	Hasta	Por debajo	Por encima	1	25.0000	20.0000	28.7500	18.7500	20.0000	18.7500	28.7500	2	55.0000	44.0000	63.2500	41.2500	44.0000	41.2500	63.2500	3	85.0000	68.0000	97.7500	63.7500	68.0000	63.7500	97.7500	4	100.0000	80.0000	115.0000	75.0000	80.0000	75.0000	115.0000	<p>Nombre: Dirección General de Información en Salud. DGIS</p> <p>Área responsable: Estadística, Planeación y Dirección General de Información en Salud</p> <p>Disponibilidad: Pública</p> <p>Unidad de análisis: Detecciones</p> <p>Cobertura y desagregación geográfica: Estatal.</p> <p>Periodicidad: Trimestral</p> <p>Fecha de publicación: abril julio octubre 2019 enero 2020</p>	La población de 60 años y más acude oportunament e a que se le realicen las detecciones y cumple con las indicaciones del personal de salud
Periodo	Meta	Verde			Amarillo		Rojo																																											
		Desde	Hasta	Desde	Hasta	Por debajo	Por encima																																											
1	25.0000	20.0000	28.7500	18.7500	20.0000	18.7500	28.7500																																											
2	55.0000	44.0000	63.2500	41.2500	44.0000	41.2500	63.2500																																											
3	85.0000	68.0000	97.7500	63.7500	68.0000	63.7500	97.7500																																											
4	100.0000	80.0000	115.0000	75.0000	80.0000	75.0000	115.0000																																											

Nivel	Objetivo	Indicadores	Medios de Verificación	Supuestos																																														
Actividad 6.1	Vigilancia y control nutricional por desnutrición de alto riesgo (moderada y grave) en la población menor de 5 años beneficiaria de la Secretaría de Salud	<p>Nombre: Prevalencia de desnutrición de alto riesgo (moderada y grave) en la población menor de 5 años beneficiaria de la Secretaría de Salud.</p> <p>Definición: Se define como los menores de 5 años, que presentan desnutrición de alto riesgo (moderada y grave) en la población menor de 5 años beneficiaria de la Secretaría de Salud.</p> <p>Tipo: Gestión.</p> <p>Dimensión: Eficacia.</p> <p>Ámbito: Procesos.</p> <p>Método de cálculo: (Población en control nutricional por desnutrición de alto riesgo (moderada y grave) en la población menor de 5 años beneficiaria de la Secretaría de Salud / el total de la población menor de 5 años beneficiaria de la Secretaría de Salud) X 100</p> <p>Valor línea Base: 100%</p> <p>Año línea Base: 2019</p> <p>Periodicidad: Anual.</p> <p>Periodos/ Metas: 1 = 2.54</p> <p style="text-align: center;">Parámetros de semaforización</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Periodo</th> <th rowspan="2">Meta</th> <th colspan="2">Verde</th> <th colspan="2">Amarillo</th> <th colspan="2">Rojo</th> </tr> <tr> <th>Desde</th> <th>Hasta</th> <th>Desde</th> <th>Hasta</th> <th>Por debajo</th> <th>Por encima</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>2.5400</td> <td>2.9210</td> <td>2.0320</td> <td>2.9210</td> <td>3.0480</td> <td>2.0320</td> <td>3.0480</td> </tr> </tbody> </table>	Periodo	Meta	Verde		Amarillo		Rojo		Desde	Hasta	Desde	Hasta	Por debajo	Por encima	1	2.5400	2.9210	2.0320	2.9210	3.0480	2.0320	3.0480	<p>Nombre: Sistema de información en salud (SIS-SS-CE-H).</p> <p>Área responsable: Dirección General de Información en Salud (DGIS)</p> <p>Disponibilidad: Pública</p> <p>Unidad de análisis: Población menor de 5 años</p> <p>Cobertura y desagregación geográfica: Estatal.</p> <p>Periodicidad: Anual</p> <p>Fecha de publicación: febrero 2020</p>	Que el beneficio sea incluido en el protocolo de rehabilitación nutricional de manera oportuna, a través de las revisiones programadas a su Unidad de Salud																								
Periodo	Meta	Verde			Amarillo		Rojo																																											
		Desde	Hasta	Desde	Hasta	Por debajo	Por encima																																											
1	2.5400	2.9210	2.0320	2.9210	3.0480	2.0320	3.0480																																											
Actividad 6.2	Consultas médicas de primer nivel por infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años proporcionadas	<p>Nombre: Porcentaje de niños menores de 5 años, que acuden a consulta de primera vez por Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS) en unidades de primer nivel.</p> <p>Definición: Consultas médicas de primera vez por infección respiratoria aguda (IRAS) otorgadas a los niños menores de 5 años en unidades de primer nivel y que recibieron tratamiento sintomático en las unidades de primer nivel de atención.</p> <p>Tipo: Gestión.</p> <p>Dimensión: Eficacia.</p> <p>Ámbito: Procesos.</p> <p>Método de cálculo: (número de niños menores de 5 años de consulta de primera vez por IRAS en unidades de primer nivel de tratamiento sintomático / el total de niños menores de 5 años que acuden a consulta de primera vez de tratamiento sintomático más tratamiento antibiótico por IRAS en las unidades de primer nivel) X 100</p> <p>Valor línea Base: 70</p> <p>Año línea Base: 2012</p> <p>Periodicidad: Trimestral.</p> <p>Periodos/ Metas: 1 = 25, 2=70, 3=70, 4=70</p> <p style="text-align: center;">Parámetros de semaforización</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Periodo</th> <th rowspan="2">Meta</th> <th colspan="2">Verde</th> <th colspan="2">Amarillo</th> <th colspan="2">Rojo</th> </tr> <tr> <th>Desde</th> <th>Hasta</th> <th>Desde</th> <th>Hasta</th> <th>Por debajo</th> <th>Por encima</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>70.0000</td> <td>59.5000</td> <td>77.0000</td> <td>56.0000</td> <td>59.5000</td> <td>56.0000</td> <td>77.0000</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>70.0000</td> <td>59.5000</td> <td>77.0000</td> <td>56.0000</td> <td>59.5000</td> <td>56.0000</td> <td>77.0000</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>70.0000</td> <td>59.5000</td> <td>77.0000</td> <td>56.0000</td> <td>59.5000</td> <td>56.0000</td> <td>77.0000</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>70.0000</td> <td>59.5000</td> <td>77.0000</td> <td>56.0000</td> <td>59.5000</td> <td>56.0000</td> <td>77.0000</td> </tr> </tbody> </table>	Periodo	Meta	Verde		Amarillo		Rojo		Desde	Hasta	Desde	Hasta	Por debajo	Por encima	1	70.0000	59.5000	77.0000	56.0000	59.5000	56.0000	77.0000	2	70.0000	59.5000	77.0000	56.0000	59.5000	56.0000	77.0000	3	70.0000	59.5000	77.0000	56.0000	59.5000	56.0000	77.0000	4	70.0000	59.5000	77.0000	56.0000	59.5000	56.0000	77.0000	<p>Nombre: Sistema de información en salud (SINBA-SS-CE-048 INFECCION RESPIRATORIA AGUDA, VARIABLES IRA01, IRA04, IRA07, IRA10, IRA13, IRA14, IRA15, IRA16).</p> <p>Área responsable: DGIS (Dirección General de Información en Salud)</p> <p>Disponibilidad: Pública</p> <p>Unidad de análisis: Niños menores de 5 años</p> <p>Cobertura y desagregación geográfica: Estatal.</p> <p>Periodicidad: Trimestral</p> <p>Fecha de publicación: mayo, agosto, noviembre 2019 febrero 2020</p>	Que la madre siga las recomendaciones de prevención otorgadas por el médico de la unidad de primer nivel, para evitar un nuevo cuadro. Contar con madres capacitadas en los signos y síntomas de alarma de las IRAS.
Periodo	Meta	Verde			Amarillo		Rojo																																											
		Desde	Hasta	Desde	Hasta	Por debajo	Por encima																																											
1	70.0000	59.5000	77.0000	56.0000	59.5000	56.0000	77.0000																																											
2	70.0000	59.5000	77.0000	56.0000	59.5000	56.0000	77.0000																																											
3	70.0000	59.5000	77.0000	56.0000	59.5000	56.0000	77.0000																																											
4	70.0000	59.5000	77.0000	56.0000	59.5000	56.0000	77.0000																																											

Nivel	Objetivo	Indicadores	Medios de Verificación	Supuestos																																														
Actividad 6.3	Consultas médicas de unidades de primer nivel por enfermedad diarreicas agudas en menores de 5 años	<p>Nombre: Porcentaje de niños menores de 5 años, que acuden a consulta de primera vez por Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAS) en las</p> <p>Definición: De los niños menores de 5 años que reciben consultas médicas de primera vez por Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAS) en las unidades médicas de primer nivel y que recibieron tratamiento con Plan "A".</p> <p>Tipo: Gestión.</p> <p>Dimensión: Eficacia.</p> <p>Ámbito: Procesos.</p> <p>Método de cálculo: (número de niños menores de 5 años de consulta de primera vez en las unidades médicas de primer nivel por EDAS del plan A / el total de niños menores de 5 años que acuden a consulta de primera vez por EDAS (Plan A + Plan B + Plan C) en las unidades de salud de primer nivel X 100</p> <p>Valor línea Base: 95</p> <p>Año línea Base: 2012</p> <p>Periodicidad: Trimestral.</p> <p>Periodos/ Metas: 1 = 95, 2=95, 3=95, 4=95</p> <p>Parámetros de semaforización</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Periodo</th> <th rowspan="2">Meta</th> <th colspan="2">Verde</th> <th colspan="2">Amarillo</th> <th colspan="2">Rojo</th> </tr> <tr> <th>Desde</th> <th>Hasta</th> <th>Desde</th> <th>Hasta</th> <th>Por debajo</th> <th>Por encima</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>95.0000</td> <td>76.0000</td> <td>109.2500</td> <td>71.2500</td> <td>76.0000</td> <td>71.2500</td> <td>109.2500</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>95.0000</td> <td>76.0000</td> <td>109.2500</td> <td>71.2500</td> <td>76.0000</td> <td>71.2500</td> <td>109.2500</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>95.0000</td> <td>76.0000</td> <td>109.2500</td> <td>71.2500</td> <td>76.0000</td> <td>71.2500</td> <td>109.2500</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>95.0000</td> <td>76.0000</td> <td>109.2500</td> <td>71.2500</td> <td>76.0000</td> <td>71.2500</td> <td>109.2500</td> </tr> </tbody> </table>	Periodo	Meta	Verde		Amarillo		Rojo		Desde	Hasta	Desde	Hasta	Por debajo	Por encima	1	95.0000	76.0000	109.2500	71.2500	76.0000	71.2500	109.2500	2	95.0000	76.0000	109.2500	71.2500	76.0000	71.2500	109.2500	3	95.0000	76.0000	109.2500	71.2500	76.0000	71.2500	109.2500	4	95.0000	76.0000	109.2500	71.2500	76.0000	71.2500	109.2500	<p>Nombre: Sistema de información en salud (SINBA-SS-CE-047 ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA, VARIABLES EDA01, EDA02, EDA03, EDA04, EDA05, EDA06, EDA07, EDA08, EDA09)</p> <p>Área responsable: Dirección General de Información en Salud (DGIS)</p> <p>Disponibilidad: Pública</p> <p>Unidad de análisis: Niños menores de 5 años</p> <p>Cobertura y desagregación geográfica: Estatal.</p> <p>Periodicidad: Trimestral</p> <p>Fecha de publicación: mayo, agosto, noviembre 2019 febrero 2020</p>	<p>Que la madre siga las recomendaciones de prevención otorgadas por el médico de la unidad de primer nivel, para evitar un nuevo cuadro. Contar con madres capacitadas en los signos y síntomas de alarma de las EDAS otorgadas por el médico de la unidad de primer nivel, para evitar un nuevo cuadro</p>
Periodo	Meta	Verde			Amarillo		Rojo																																											
		Desde	Hasta	Desde	Hasta	Por debajo	Por encima																																											
1	95.0000	76.0000	109.2500	71.2500	76.0000	71.2500	109.2500																																											
2	95.0000	76.0000	109.2500	71.2500	76.0000	71.2500	109.2500																																											
3	95.0000	76.0000	109.2500	71.2500	76.0000	71.2500	109.2500																																											
4	95.0000	76.0000	109.2500	71.2500	76.0000	71.2500	109.2500																																											
Actividad 6.4	Contribuir a la disminución de efectos al nacimiento mediante la detección de enfermedades metabólicas a través del Tamiz neonatal a los recién nacidos afiliados al Seguro Popular y otorgarle tratamiento oportuno	<p>Nombre: Porcentaje de detección de enfermedades metabólicas en el recién nacido afiliados al Seguro Popular.</p> <p>Definición: Mide la proporción de las tomas de Tamiz Neonatal a recién nacidos programados.</p> <p>Tipo: Gestión.</p> <p>Dimensión: Eficacia.</p> <p>Ámbito: Procesos.</p> <p>Método de cálculo: (Total de detecciones de Tamiz Neonatal realizadas / total de nacidos vivos programados para toma de tamiz) X 100</p> <p>Valor línea Base: 77.78</p> <p>Año línea Base: 2012</p> <p>Periodicidad: Trimestral</p> <p>Periodos/ Metas: 1 = 25, 2 = 50, 3=75, 4=100</p> <p>Parámetros de semaforización</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Periodo</th> <th rowspan="2">Meta</th> <th colspan="2">Verde</th> <th colspan="2">Amarillo</th> <th colspan="2">Rojo</th> </tr> <tr> <th>Desde</th> <th>Hasta</th> <th>Desde</th> <th>Hasta</th> <th>Por debajo</th> <th>Por encima</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>25.0000</td> <td>20.0000</td> <td>28.7500</td> <td>18.7500</td> <td>20.0000</td> <td>18.7500</td> <td>28.7500</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>50.0000</td> <td>40.0000</td> <td>57.5000</td> <td>37.5000</td> <td>40.0000</td> <td>37.5000</td> <td>57.5000</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>75.0000</td> <td>60.0000</td> <td>86.2500</td> <td>56.2500</td> <td>60.0000</td> <td>56.2500</td> <td>86.2500</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>100.0000</td> <td>80.0000</td> <td>115.0000</td> <td>75.0000</td> <td>80.0000</td> <td>75.0000</td> <td>115.0000</td> </tr> </tbody> </table>	Periodo	Meta	Verde		Amarillo		Rojo		Desde	Hasta	Desde	Hasta	Por debajo	Por encima	1	25.0000	20.0000	28.7500	18.7500	20.0000	18.7500	28.7500	2	50.0000	40.0000	57.5000	37.5000	40.0000	37.5000	57.5000	3	75.0000	60.0000	86.2500	56.2500	60.0000	56.2500	86.2500	4	100.0000	80.0000	115.0000	75.0000	80.0000	75.0000	115.0000	<p>Nombre: Sistema de información en salud SIS SINBA</p> <p>Área responsable: Dirección General de Información en Salud (DGIS)</p> <p>Disponibilidad: Pública</p> <p>Unidad de análisis: Detecciones</p> <p>Cobertura y desagregación geográfica: Estatal.</p> <p>Periodicidad: Trimestral</p> <p>Fecha de publicación: mayo, agosto, noviembre 2019 y febrero 2020</p>	<p>Que los recién nacidos afiliados al Seguro Popular reciban tratamiento oportuno ante una enfermedad metabólica</p>
Periodo	Meta	Verde			Amarillo		Rojo																																											
		Desde	Hasta	Desde	Hasta	Por debajo	Por encima																																											
1	25.0000	20.0000	28.7500	18.7500	20.0000	18.7500	28.7500																																											
2	50.0000	40.0000	57.5000	37.5000	40.0000	37.5000	57.5000																																											
3	75.0000	60.0000	86.2500	56.2500	60.0000	56.2500	86.2500																																											
4	100.0000	80.0000	115.0000	75.0000	80.0000	75.0000	115.0000																																											

Nivel	Objetivo	Indicadores	Medios de Verificación	Supuestos																																														
Actividad 6.5	A los niños de 4 años que se hayan vacunado contra la difteria, tosferina y tétanos en las unidades de primer nivel.	<p>Nombre: Porcentaje de niños de 4 años vacunados contra la Difteria, Tosferina y Tétanos (DPT) en las unidades de salud de primer nivel de atención.</p> <p>Definición: De los niños de 4 años que reciben vacuna contra la Difteria, Tosferina, Tétanos (DPT), este indicador mostrará que porcentaje están vacunados en las unidades de salud de primer nivel de atención.</p> <p>Tipo: Gestión.</p> <p>Dimensión: Eficacia.</p> <p>Ámbito: Procesos.</p> <p>Método de cálculo: (Total de dosis de vacunas aplicadas a la población / Total de dosis de vacunas programadas) X 100</p> <p>Valor línea Base: 100</p> <p>Año línea Base: 2012</p> <p>Periodicidad: Trimestral.</p> <p>Periodos/ Metas: 1 = 15, 2 = 45, 3=80, 4=100</p> <p style="text-align: center;">Parámetros de semaforización</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Periodo</th> <th rowspan="2">Meta</th> <th colspan="2">Verde</th> <th colspan="2">Amarillo</th> <th colspan="2">Rojo</th> </tr> <tr> <th>Desde</th> <th>Hasta</th> <th>Desde</th> <th>Hasta</th> <th>Por debajo</th> <th>Por encima</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>15.0000</td> <td>12.0000</td> <td>17.2500</td> <td>11.2500</td> <td>12.0000</td> <td>11.2500</td> <td>17.2500</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>45.0000</td> <td>36.0000</td> <td>51.7500</td> <td>33.7500</td> <td>36.0000</td> <td>33.7500</td> <td>51.7500</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>80.0000</td> <td>64.0000</td> <td>92.0000</td> <td>60.0000</td> <td>64.0000</td> <td>60.0000</td> <td>92.0000</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>100.0000</td> <td>80.0000</td> <td>115.0000</td> <td>75.0000</td> <td>80.0000</td> <td>75.0000</td> <td>115.0000</td> </tr> </tbody> </table>	Periodo	Meta	Verde		Amarillo		Rojo		Desde	Hasta	Desde	Hasta	Por debajo	Por encima	1	15.0000	12.0000	17.2500	11.2500	12.0000	11.2500	17.2500	2	45.0000	36.0000	51.7500	33.7500	36.0000	33.7500	51.7500	3	80.0000	64.0000	92.0000	60.0000	64.0000	60.0000	92.0000	4	100.0000	80.0000	115.0000	75.0000	80.0000	75.0000	115.0000	<p>Nombre: Informe Mensual de Actividades Realizadas en la Unidad Médica (SINBA-SS-CE-VAC123, VARIABLE VAC12 4 AÑOS) y estimaciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO) (4 años)</p> <p>Área responsable: Dirección General de Información en Salud (DGIS)</p> <p>Disponibilidad: Pública</p> <p>Unidad de análisis: Vacunas</p> <p>Cobertura y desagregación geográfica: Estatal.</p> <p>Periodicidad: Trimestral</p> <p>Fecha de publicación: mayo, agosto, noviembre 2019 y febrero 2020</p>	Que los niños estén protegidos contra las enfermedades transmisibles y que se cuente con madres capacitadas en la prevención de éstas.
Periodo	Meta	Verde			Amarillo		Rojo																																											
		Desde	Hasta	Desde	Hasta	Por debajo	Por encima																																											
1	15.0000	12.0000	17.2500	11.2500	12.0000	11.2500	17.2500																																											
2	45.0000	36.0000	51.7500	33.7500	36.0000	33.7500	51.7500																																											
3	80.0000	64.0000	92.0000	60.0000	64.0000	60.0000	92.0000																																											
4	100.0000	80.0000	115.0000	75.0000	80.0000	75.0000	115.0000																																											
Actividad 6.6	Contribuir en acciones preventivas dirigidas a la población en estomatología otorgadas.	<p>Nombre: Cobertura de actividades preventivas realizadas en la población que demanda servicio estomatológico.</p> <p>Definición: Se refiere a las actividades preventivas estomatológicas (control de la placa bacteriana, profilaxis; odontosexis, revisión de tejidos bucales, sesiones educativas y aplicación tópica de flúor) realizadas a la población.</p> <p>Tipo: Gestión.</p> <p>Dimensión: Eficacia.</p> <p>Ámbito: Procesos.</p> <p>Método de cálculo: (Total de actividades preventivas estomatológicas realizadas / Total de actividades preventivas estomatológicas programadas) X 100</p> <p>Valor línea Base: 95</p> <p>Año línea Base: 2012</p> <p>Periodicidad: Trimestral.</p> <p>Periodos/ Metas: 1 = 25, 2 = 50, 3=75, 4=100</p> <p style="text-align: center;">Parámetros de semaforización</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Periodo</th> <th rowspan="2">Meta</th> <th colspan="2">Verde</th> <th colspan="2">Amarillo</th> <th colspan="2">Rojo</th> </tr> <tr> <th>Desde</th> <th>Hasta</th> <th>Desde</th> <th>Hasta</th> <th>Por debajo</th> <th>Por encima</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>25.0000</td> <td>21.2500</td> <td>27.5000</td> <td>20.0000</td> <td>21.2500</td> <td>20.0000</td> <td>27.5000</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>50.0000</td> <td>42.5000</td> <td>55.0000</td> <td>40.0000</td> <td>42.5000</td> <td>40.0000</td> <td>55.0000</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>75.0000</td> <td>63.7500</td> <td>82.5000</td> <td>60.0000</td> <td>63.7500</td> <td>60.0000</td> <td>82.5000</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>100.0000</td> <td>85.0000</td> <td>110.0000</td> <td>80.0000</td> <td>85.0000</td> <td>80.0000</td> <td>110.0000</td> </tr> </tbody> </table>	Periodo	Meta	Verde		Amarillo		Rojo		Desde	Hasta	Desde	Hasta	Por debajo	Por encima	1	25.0000	21.2500	27.5000	20.0000	21.2500	20.0000	27.5000	2	50.0000	42.5000	55.0000	40.0000	42.5000	40.0000	55.0000	3	75.0000	63.7500	82.5000	60.0000	63.7500	60.0000	82.5000	4	100.0000	85.0000	110.0000	80.0000	85.0000	80.0000	110.0000	<p>Nombre: Sistema de información en salud. SIS</p> <p>Área responsable: Departamento de estomatología (Salud bucal)</p> <p>Disponibilidad: Pública</p> <p>Unidad de análisis: Porcentaje</p> <p>Cobertura y Desagregación Geográfica: Estatal.</p> <p>Periodicidad: Trimestral</p> <p>Fecha de publicación: mayo, agosto, noviembre 2019 y febrero 2020</p>	La población acude a la atención preventiva en salud bucal en las unidades de salud y aplica las medidas preventivas y correctivas
Periodo	Meta	Verde			Amarillo		Rojo																																											
		Desde	Hasta	Desde	Hasta	Por debajo	Por encima																																											
1	25.0000	21.2500	27.5000	20.0000	21.2500	20.0000	27.5000																																											
2	50.0000	42.5000	55.0000	40.0000	42.5000	40.0000	55.0000																																											
3	75.0000	63.7500	82.5000	60.0000	63.7500	60.0000	82.5000																																											
4	100.0000	85.0000	110.0000	80.0000	85.0000	80.0000	110.0000																																											

Nivel	Objetivo	Indicadores	Medios de Verificación	Supuestos																																														
Actividad 6.7	Vigilancia y control nutricional en la población de 10 a 19 años beneficiaria de la Secretaría de Salud	<p>Nombre: Porcentaje de consultas de vigilancia nutricional otorgadas a la población de 10 a 19 años beneficiaria de la Secretaría de Salud.</p> <p>Definición: Se define como el volumen de consultas para valoración antropométrica otorgadas a la población de 10 a 19 años beneficiaria de la Secretaría de Salud en relación a las consultas para valoración antropométrica programadas a la</p> <p>Tipo: Gestión.</p> <p>Dimensión: Eficacia.</p> <p>Ámbito: Procesos.</p> <p>Método de cálculo: (Consultas de vigilancia nutricional realizadas a la población de 10 a 19 años beneficiaria de la Secretaría de Salud / el total de consultas de vigilancia nutricional programadas a la población de 10 a 19 años beneficiaria de la Secretaría de Salud con base en proyección CONAPO) X 100</p> <p>Valor línea Base: 80%</p> <p>Año línea Base: 2019</p> <p>Periodicidad: Trimestral.</p> <p>Periodos/ Metas: 1 = 20, 2 = 40, 3=60, 4=80</p> <p>Parámetros de semaforización</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Periodo</th> <th rowspan="2">Meta</th> <th colspan="2">Verde</th> <th colspan="2">Amarillo</th> <th colspan="2">Rojo</th> </tr> <tr> <th>Desde</th> <th>Hasta</th> <th>Desde</th> <th>Hasta</th> <th>Por debajo</th> <th>Por encima</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>20.0000</td> <td>16.0000</td> <td>23.0000</td> <td>15.0000</td> <td>16.0000</td> <td>15.0000</td> <td>23.0000</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>40.0000</td> <td>32.0000</td> <td>46.0000</td> <td>30.0000</td> <td>32.0000</td> <td>30.0000</td> <td>46.0000</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>60.0000</td> <td>48.0000</td> <td>69.5000</td> <td>45.0000</td> <td>48.0000</td> <td>45.0000</td> <td>69.5000</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>80.0000</td> <td>64.0000</td> <td>92.0000</td> <td>60.0000</td> <td>64.0000</td> <td>60.0000</td> <td>92.0000</td> </tr> </tbody> </table>	Periodo	Meta	Verde		Amarillo		Rojo		Desde	Hasta	Desde	Hasta	Por debajo	Por encima	1	20.0000	16.0000	23.0000	15.0000	16.0000	15.0000	23.0000	2	40.0000	32.0000	46.0000	30.0000	32.0000	30.0000	46.0000	3	60.0000	48.0000	69.5000	45.0000	48.0000	45.0000	69.5000	4	80.0000	64.0000	92.0000	60.0000	64.0000	60.0000	92.0000	<p>Nombre: Sistema de información en salud (SIS-SS-CE-H)</p> <p>Área responsable: Dirección General de Información en Salud (DGIS)</p> <p>Disponibilidad: Pública</p> <p>Unidad de análisis: Consultas</p> <p>Cobertura y Desagregación Geográfica: Estatal.</p> <p>Periodicidad: Trimestral</p> <p>Fecha de publicación: mayo, agosto, noviembre 2019 y febrero 2020</p>	Que el beneficiario acuda oportunamente a las revisiones programadas en su Unidad de Salud
Periodo	Meta	Verde			Amarillo		Rojo																																											
		Desde	Hasta	Desde	Hasta	Por debajo	Por encima																																											
1	20.0000	16.0000	23.0000	15.0000	16.0000	15.0000	23.0000																																											
2	40.0000	32.0000	46.0000	30.0000	32.0000	30.0000	46.0000																																											
3	60.0000	48.0000	69.5000	45.0000	48.0000	45.0000	69.5000																																											
4	80.0000	64.0000	92.0000	60.0000	64.0000	60.0000	92.0000																																											

Matriz de Indicadores para Resultados Actual E040 - Prevención y Control de Sobrepeso, Obesidad, y Diabetes 2020

UNIDAD RESPONSABLE	1126 - SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE TABASCO
PROGRAMA PRESUPUESTARIO	E040 - PREVENCIÓN Y CONTROL DE SOBREPESO, OBESIDAD, Y DIABETES

DEFINICIÓN DE PROGRAMA			BENEFICIARIOS				
RESPONSABLE	Dra. Silvia Guillermina Roldán Fernández		POBLACIÓN	TIPO	Mujeres	Hombres	Total
RECURSO	FEDERAL		POTENCIA	POBLACIÓN	1223680	1171592	2395272
EJERCICIO	2020		OBJETIVO	POBLACIÓN	1	1	2
			REFERENCIA	POBLACIÓN	1	1	2
INDICADORES DE PROGRAMA							
RESUMEN NARRATIVO				SUPUESTO			
FIN	Contribuir a impulsar políticas públicas que promuevan la vigilancia, promoción, prevención y control de los principales problemas de salud pública del estado, a fin de favorecer el bienestar de la población Mediante disminución de la mortalidad por problemas de diabetes			Disminuyen las defunciones a causa de la diabetes			
INDICADOR	TIPO/DIMENSIÓN/FRECUENCIA	MÉTODO DE CÁLCULO	FÓRMULA Y VARIABLES	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR INICIAL	VALOR PROGRAMADO	
Tasa de mortalidad por diabetes	ESTRATÉGICO - EFICACIA - ANUAL	TASA DE VARIACIÓN	(NPFDCSVE/TPP) *100000	Resultado	555.33	540.39	
Mide las defunciones por Diabetes sujeta a vigilancia epidemiológica en la población del estado			NPFDCSVE = Número de personas que fallecen por la Diabetes y sus complicaciones, sujetas a vigilancia epidemiológica	CASOS	13502	13502	
			TPP = Total de la población en el periodo	CASOS	2431339	2498558	
RESUMEN NARRATIVO				SUPUESTO			
PROPÓSITO	La población de 20 años y más accede a tratamientos, detección y control de la diabetes			Se detectan los factores de riesgo			
INDICADOR	TIPO/DIMENSIÓN/FRECUENCIA	MÉTODO DE CÁLCULO	FÓRMULA Y VARIABLES	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR INICIAL	VALOR PROGRAMADO	
Porcentaje de incremento de la incidencia de diabetes	ESTRATÉGICO - EFICACIA - ANUAL	PORCENTUAL	(NCNDM/TPP) *100	Resultado	.12	.12	
Mide los casos nuevos de la Diabetes sujeta a vigilancia epidemiológica.			TPP = Total de la población en el periodo responsabilidad de la Secretaría de Salud	POBLACIÓN	1561323	1636383	
			NCNDM = Número de casos nuevos de Diabetes Mellitus	CASOS	1951	2000	
INDICADORES DE COMPONENTES Y ACTIVIDADES							
COMPONENTE	RESUMEN NARRATIVO			SUPUESTO			
C01	Detecciones de diabetes y obesidad realizadas			Contar con usuarios de los servicios de salud que acuden por primera vez en la unidad en el año			
INDICADOR	TIPO/DIMENSIÓN/FRECUENCIA	MÉTODO DE CÁLCULO	FÓRMULA Y VARIABLES	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR INICIAL	VALOR PROGRAMADO	
		PORCENTUAL	(NDDOP20M/TP1raV20M) *100	Resultado	37.54	78.28	

Porcentaje de detección de Diabetes y Obesidad en la población que acude por primera vez en el año en la unidad de salud	GESTIÓN - EFICACIA - SEMESTRAL		TP1raV20M = Total de pacientes primera vez en el año de 20 años y más en la unidad de salud	ATENCIONES	436816	436816
Todo paciente primera vez en el año en la unidad independientemente del motivo y la aplicación de un cuestionario de Factores de Riesgo			NDDOP20M = Numero de detecciones de Diabetes y Obesidad realizadas en la población de 20 años y mas	DETECCIONES	164007	341963
ACTIVIDAD	RESUMEN NARRATIVO		SUPUESTO			
C0102	Detecciones oportunas de Diabetes, hipertensión, obesidad y dislipidemias					
INDICADOR	TIPO/DIMENSIÓN/ FRECUENCIA	MÉTODO DE CÁLCULO	FÓRMULA Y VARIABLES	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR INICIAL	VALOR PROGRAMADO
Porcentaje de detecciones de diabetes, hipertensión, obesidad y dislipidemias realizadas en la población de 20 años y más Aplicar cuestionario de Factores de Riesgo a la población de 20 años y más verificación de peso y talla, toma de presión arterial, panel de lípidos, así como toma de Glicemia Capilar entre el 33% de la población de 20 años y más responsabilidad de la Secretaría de Salud	GESTIÓN - EFICACIA - TRIMESTRAL	PORCENTUAL	$(NDDHODR/PIP20M) * 100$	Resultado	33.62	32.99
			NDDHODR = Número de detecciones de diabetes, hipertensión, obesidad y dislipidemias realizadas	DETECCIONES	341963	341963
			PIP20M = Porcentaje del indicador de la población de 20 años y más responsabilidad de la SS	POBLACIÓN	1016876	1036252
ACTIVIDAD	RESUMEN NARRATIVO		SUPUESTO			
C0101	Toma de hemoglobina glucosilada al paciente que vive con diabetes.					
INDICADOR	TIPO/DIMENSIÓN/ FRECUENCIA	MÉTODO DE CÁLCULO	FÓRMULA Y VARIABLES	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR INICIAL	VALOR PROGRAMADO
Porcentaje de tomas de hemoglobina glucosilada en el paciente con diagnóstico de diabetes Todo paciente con diagnóstico de Diabetes se le debe realizar la prueba de hemoglobina glucosilada al menos una vez por año.	GESTIÓN - EFICACIA - TRIMESTRAL	PORCENTUAL	$(NHGR/NPDT) * 100$	Resultado	100	100
			NHGR = Número de hemoglobinas glucosiladas realizadas	DETECCIONES	16365	16365
			NPDT = Número de pacientes con Diabetes en tratamiento	TRATAMIENTOS	16365	16365

Anexo 5

"Fichas técnicas de los indicadores de la MIR"

Objetivos de la MIR del Programa Presupuestario "E040"

NO.	NIVEL	INDICADOR	OBJETIVO
1	Fin	Tasa de mortalidad por diabetes	Contribuir a impulsar políticas públicas que promuevan la vigilancia, promoción, prevención y control de los principales problemas de salud pública del estado, a fin de favorecer el bienestar de la población Mediante disminución de la mortalidad por problemas de diabetes
2	Propósito	Porcentaje de incremento de la incidencia de diabetes	La población de 20 años y más accede a tratamientos, detección y control de la diabetes
3	Componente C01	Porcentaje de detección de Diabetes y Obesidad en la población que acude por primera vez en el año en la unidad de salud	Detecciones de diabetes y obesidad realizadas
4	Actividad C0102	Porcentaje de detecciones de diabetes, hipertensión, obesidad y dislipidemias realizadas en la población de 20 años y más	Detecciones oportunas de Diabetes. hipertensión, obesidad y dislipidemias
5	Actividad C0101	Porcentaje de tomas de hemoglobina glucosilada en el paciente con diagnóstico de diabetes	Toma de hemoglobina glucosilada al paciente que vive con diabetes

Fuente: IAP; Elaboración propia con base en la información proporcionada por la Secretaría de Salud del Estado de Tabasco

Indicadores del Fin

Nombre	Tasa de mortalidad por diabetes
Definición	Mide las defunciones por Diabetes sujeta a vigilancia epidemiológica en la población del estado
Supuesto	Disminuyen las defunciones a causa de la diabetes
Método de Cálculo	Tasa de Variación
Unidad de Medida	Casos
Frecuencia de Medición del Indicador	Anual
Línea Base y año del indicador	555.33 / 2012
Meta del Indicador	540.39

Fuente: IAP; Elaboración propia con base en la información proporcionada por la Secretaría de Salud del Estado de Tabasco

Indicadores del Propósito

Nombre	Porcentaje de incremento de la incidencia de diabetes
Definición	Mide los casos nuevos de la Diabetes sujeta a vigilancia epidemiológica
Supuesto	Se detectan los factores de riesgo

Método de Cálculo	Porcentual
Unidad de Medida	Población / Casos
Frecuencia de Medición del Indicador	Anual
Línea Base y año del indicador	.12/ 2018
Meta del Indicador	.12

Fuente: IAP; Elaboración propia con base en la información proporcionada por la Secretaría de Salud del Estado de Tabasco

Indicadores del Componente C01

Nombre	Porcentaje de detección de Diabetes y Obesidad en la población que acude por primera vez en el año en la unidad de salud
Definición	Todo paciente primera vez en el año en la unidad independientemente del motivo y la aplicación de un cuestionario de Factores de Riesgo
Supuesto	Contar con usuarios de los servicios de salud que acudan por primera vez en la unidad en el año.
Método de Cálculo	Porcentual
Unidad de Medida	Atenciones / Detecciones
Frecuencia de Medición del Indicador	Semestral
Línea Base y año del indicador	37.54 / 2019
Meta del Indicador	78.28

Fuente: IAP; Elaboración propia con base en la información proporcionada por la Secretaría de Salud del Estado de Tabasco

Indicadores del Actividad C0102

Nombre	Porcentaje de detecciones de diabetes, hipertensión, obesidad y dislipidemias realizadas en la población de 20 años y más
Definición	Aplicar cuestionario de Factores de Riesgo a la población de 20 años y más verificación de peso y talla, toma de presión arterial, panel de lípidos, así como toma de Glicemia Capilar entre el 33% de la población de 20 años y más responsabilidad de la Secretaría de Salud.
Supuesto	En el reporte denominado MATRIZ DE INDICADORES PARA RESULTADOS el campo de supuesto en el nivel de actividad viene en blanco
Método de Cálculo	Porcentual
Unidad de Medida	Detecciones / Población
Frecuencia de Medición del Indicador	Trimestral
Línea Base y año del indicador	33.62 / 2019
Meta del Indicador	32.99

Fuente: IAP; Elaboración propia con base en la información proporcionada por la Secretaría de Salud del Estado de Tabasco

Indicadores del Actividad C0101

Nombre	Porcentaje de tomas de hemoglobina glucosilada en el paciente con diagnóstico de diabetes
Definición	Todo paciente con diagnóstico de Diabetes se le debe realizar la prueba de hemoglobina glucosilada al menos una vez por año
Supuesto	En el reporte denominado MATRIZ DE INDICADORES PARA RESULTADOS el campo de supuesto en el nivel de actividad viene en blanco

Método de Cálculo	Porcentual
Unidad de Medida	Detecciones / Tratamientos
Frecuencia de Medición del Indicador	Trimestral
Línea Base y año del indicador	100 / 2019
Meta del Indicador	100

Fuente: IAP; Elaboración propia con base en la información proporcionada por la Secretaría de Salud del Estado de Tabasco

Anexo 6

“Indicadores”.

Nombre del Programa:	Prevención y Control de Sobrepeso, Obesidad, y Diabetes.
Modalidad:	E
Dependencia/Entidad:	Secretaria de Salud
Unidad Responsable:	Secretaria de Salud
Tipo de Evaluación:	Específica
Año de la Evaluación:	2019

Nivel de objetivo	Nombre del indicador	Método de cálculo	Claro	Relevante	Económico	Monitoreables	Adecuado	Definición	Unidad de medida	Frecuencia de medición	Línea base	Metas	Comportamiento del indicador
Fin	Tasa de mortalidad por diabetes	Tasa de Variación	<i>Si</i>	<i>Si</i>	<i>Si</i>	<i>Si</i>	<i>Si</i>	<i>Si</i>	<i>Si</i>	<i>Si</i>	<i>Si</i>	<i>Si</i>	<i>Si pero está erróneo</i>
Propósito	Porcentaje de incremento de la incidencia de diabetes	Porcentual	<i>Si</i>	<i>Si</i>	<i>Si</i>	<i>Si</i>	<i>Si</i>	<i>Si</i>	<i>Si</i>	<i>Si</i>	<i>Si</i>	<i>Si</i>	<i>Si pero está erróneo</i>
Componente C01	Porcentaje de detección de Diabetes y Obesidad en la población que acude por primera vez en el año en la unidad de salud	Porcentual	<i>Si</i>	<i>Si</i>	<i>Si</i>	<i>Si</i>	<i>Si</i>	<i>Si</i>	<i>Si</i>	<i>Si</i>	<i>Si</i>	<i>Si</i>	<i>Si</i>
Actividad C0102	Porcentaje de detecciones de diabetes, hipertensión, obesidad y dislipidemias realizadas en la población de 20 años y más	Porcentual	<i>Si</i>	<i>Si</i>	<i>Si</i>	<i>Si</i>	<i>Si</i>	<i>Si</i>	<i>Si</i>	<i>Si</i>	<i>Si</i>	<i>Si</i>	<i>Si</i>

Nivel de objetivo	Nombre del indicador	Método de cálculo	Claro	Relevante	Económico	Monitoreables	Adecuado	Definición	Unidad de medida	Frecuencia de medición	Línea base	Metas	Comportamiento del indicador
Actividad C0101	Porcentaje de tomas de hemoglobina glucosilada en el paciente con diagnóstico de diabetes	Porcentual	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si

Anexo 7

“Metas del Programa”.

Nombre del Programa: Prevención y Control de Sobrepeso, Obesidad, y Diabetes
Modalidad: E
Dependencia/Entidad: Secretaria de Salud
Unidad Responsable: Secretaria de Salud
Tipo de Evaluación: Especifica
Año de la Evaluación: 2019

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	Tasa de mortalidad por diabetes	540.39	Sí	Sí	Se plantea disminuir las defunciones,	Sí	Es factible por el crecimiento en cultura preventiva de la población.	Es necesario corregir la Trayectoria pues dice Ascendente y debería ser Descendente.
Propósito	Porcentaje de incremento de la incidencia de diabetes	.12	Sí	Sí	Se mantiene la meta.	Sí	Se justifica por desempeño en años previos.	El Indicador debe llamarse solo incidencia pues existe una confusión en su trayectoria, ya que debería ser Descendente.
Componente C01	Porcentaje de detección de Diabetes y Obesidad en la población que acude por primera vez en el año en la unidad de salud	78.28	Sí	Sí	Incremento de casi el doble de lo establecido como línea base.	No	La meta requiere análisis pues ese incremento depende mucho del supuesto que exista participación por la población	Revisar y ajustar meta considerando riesgos externos.
Actividad C0102	Porcentaje de detecciones de diabetes, hipertensión, obesidad y dislipidemias realizadas en la	32.99	Sí	No	Se plantea una disminución.	Sí	Es menor a la Línea base.	Utilizar misma meta que el año previo.

Nivel de objetivo	Nombre del indicador	Meta	Unidad de medida	Orientada a impulsar el desempeño	Justificación	Factible	Justificación	Propuesta de mejora de la meta
	población de 20 años y más							
Actividad C0101	Porcentaje de tomas de hemoglobina glucosilada en el paciente con diagnóstico de diabetes	100	Sí	Sí	Mantener el estándar.	Sí	Misma que línea base.	Ninguna.

Anexo 8

“Propuesta de mejora de la Matriz de Indicadores para Resultados”.

Evaluar la posibilidad de incluir Actividades para la Adquisición y Distribución de insumos:

- Adquisición y Distribución de tiras medidoras de glucosa.
- Adquisición y Distribución de tiras medidoras de panel de lípidos.

UNIDAD RESPONSABLE	1126 - SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE TABASCO
PROGRAMA PRESUPUESTARIO	E040 - PREVENCIÓN Y CONTROL DE SOBREPESO, OBESIDAD, Y DIABETES

DEFINICIÓN DE PROGRAMA			BENEFICIARIOS			
RESPONSABLE	Dra. Silvia Guillermina Roldán Fernández	POBLACIÓN	TIPO	Mujeres	Hombres	Total
RECURSO	FEDERAL	POTENCIA	POBLACIÓN	1223680	1171592	2395272
EJERCICIO	2020	OBJETIVO	POBLACIÓN	1	1	2
		REFERENCIA	POBLACIÓN	1	1	2
INDICADORES DE PROGRAMA						
FIN	Contribuir a impulsar políticas públicas que promuevan la vigilancia, promoción, prevención y control de los principales problemas de salud pública del estado, a fin de favorecer el bienestar de la población Mediante disminución de la mortalidad por problemas de diabetes			Disminuyen las defunciones a causa de la diabetes		
INDICADOR	TIPO/DIMENSIÓN/FRECUENCIA	MÉTODO DE CÁLCULO	FÓRMULA Y VARIABLES	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR INICIAL	VALOR PROGRAMADO
Tasa de mortalidad por diabetes Mide las defunciones por Diabetes sujeta a vigilancia epidemiológica en la población del estado	ESTRATÉGICO - EFICACIA - ANUAL	TASA DE VARIACIÓN	$(NPFDCSVE/TPP) * 100000$ NPFDCSVE = Número de personas que fallecen por la Diabetes y sus complicaciones, sujetas a vigilancia epidemiológica TPP = Total de la población en el periodo	Resultado CASOS	555.33 13502	540.39 13502
				CASOS	2431339	2498558
PROPÓSITO	La población de 20 años y más accede a tratamientos, detección y control de la diabetes			La población mantiene una cultura de prevención y detección temprana de factores de riesgo.		
INDICADOR	TIPO/DIMENSIÓN/FRECUENCIA	MÉTODO DE CÁLCULO	FÓRMULA Y VARIABLES	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR INICIAL	VALOR PROGRAMADO
Porcentaje de incremento de la incidencia de diabetes Mide los casos nuevos de la Diabetes sujeta a vigilancia epidemiológica.	ESTRATÉGICO - EFICACIA - ANUAL.	PORCENTUAL	$(NCNDM/TPP) * 100$ TPP = Total de la población en el periodo responsabilidad de la Secretaría de Salud NCNDM = Número de casos nuevos de Diabetes Mellitus	Resultado POBLACIÓN	.12 1561323	.12 1636383
				CASOS	1951	2000
INDICADORES DE COMPONENTES Y ACTIVIDADES						
COMPONENTE	C01 Detecciones de diabetes y obesidad realizadas			Contar con usuarios de los servicios de salud que acudan por primera vez en la unidad en el año		
INDICADOR	TIPO/DIMENSIÓN/FRECUENCIA	MÉTODO DE CÁLCULO	FÓRMULA Y VARIABLES	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR INICIAL	VALOR PROGRAMADO
Porcentaje de detección de Diabetes y Obesidad en la población que acude por primera vez en el año en la unidad de salud Todo paciente primera vez en el año en la unidad independientemente del motivo y la aplicación de un cuestionario de Factores de Riesgo	GESTIÓN - EFICACIA - SEMESTRAL	PORCENTUAL	$(NDDOP20M/TP1raV20M) * 100$ TP1raV20M = Total de pacientes primera vez en el año de 20 años y más en la unidad de salud NDDOP20M = Numero de detecciones de Diabetes y Obesidad realizadas en la población de 20 años y mas	Resultado ATENCIONES	37.54 436816	78.28 436816
				DETECCIONES	164007	341963
ACTIVIDAD	C0102 Detecciones oportunas de Diabetes, hipertensión, obesidad y dislipidemias -Adquisición y Distribución de tiras medidoras de glucosa. -Adquisición y Distribución de tiras medidoras de panel de lípidos.					
INDICADOR	TIPO/DIMENSIÓN/FRECUENCIA	MÉTODO DE CÁLCULO	FÓRMULA Y VARIABLES	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR INICIAL	VALOR PROGRAMADO
Porcentaje de detecciones de diabetes, hipertensión, obesidad y dislipidemias realizadas en la población de 20 años y más Aplicar cuestionario de Factores de Riesgo a la población de 20 años y más verificación de peso y talla, toma de presión arterial, panel de lípidos, así como toma de Glicemia Capilar entre el 33% de la	GESTIÓN - EFICACIA - TRIMESTRAL	PORCENTUAL	$(NDDHODR/PIP20M) * 100$ NDDHODR = Número de detecciones de diabetes, hipertensión, obesidad y dislipidemias realizadas PIP20M = Porcentaje del indicador de la población de 20 años y más responsabilidad de la SS	Resultado DETECCIONES	33.62 341963	32.99 341963
				POBLACIÓN	1016876	1036252

población de 20 años y más responsabilidad de la Secretaría de Salud						
ACTIVIDAD	RESUMEN NARRATIVO		SUPUESTO			
C0101	Toma de hemoglobina glucosilada al paciente que vive con diabetes.					
INDICADOR	TIPO/DIMENSIÓN/ FRECUENCIA	MÉTODO DE CÁLCULO	FÓRMULA Y VARIABLES	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR INICIAL	VALOR PROGRAMADO
Porcentaje de tomas de hemoglobina glucosilada en el paciente con diagnóstico de diabetes	GESTIÓN – EFICACIA – TRIMESTRAL.	PORCENTUAL	(NHGR/NPDT) *100	Resultado	100	100
Todo paciente con diagnóstico de Diabetes se le debe realizar la prueba de hemoglobina glucosilada al menos una vez por año.			NHGR = Número de hemoglobinas glucosiladas realizadas	DETECCIONES	16365	16365
			NPDT = Número de pacientes con Diabetes en tratamiento	TRATAMIENTOS	16365	16365

Anexo 9

“Gastos desglosados del programa y criterios de clasificación”.

El presente desglose de gastos, se refiere al programa E016 Formación de Capital Humano para la Salud 2019; el cual da origen a la creación del programa E040 Prevención y Control de Sobrepeso, Obesidad, y Diabetes.

Capítulos de gasto	Partida	Concepto de Gasto	Total
1000: Servicios personales	1100	REMUNERACIONES AL PERSONAL DE CARÁCTER PERMANENTE	Sin Información
	1200	REMUNERACIONES AL PERSONAL DE CARÁCTER TRANSITORIO	Sin Información
	1300	REMUNERACIONES ADICIONALES Y ESPECIALES	Sin Información
	1400	SEGURIDAD SOCIAL	Sin Información
	1500	OTRAS PRESTACIONES SOCIALES Y ECONÓMICAS	Sin Información
	1600	PREVISIONES	Sin Información
	1700	PAGO DE ESTÍMULOS A SERVIDORES PÚBLICOS	Sin Información
Subtotal de Capítulo 1000			\$2,568,998,679.00
2000: Materiales y suministros	2100	MATERIALES DE ADMINISTRACION, EMISION DE DOCUMENTOS Y ARTÍCULOS	
	2200	ALIMENTOS Y UTENSILIOS	
	2300	MATERIAS PRIMAS Y MATERIALES DE PRODUCCIÓN Y COMERCIALIZACIÓN	
	2400	MATERIALES Y ARTÍCULOS DE CONSTRUCCIÓN Y DE REPARACIÓN	
	2500	PRODUCTOS QUÍMICOS, FARMACÉUTICOS Y DE LABORATORIO	
	2600	COMBUSTIBLES, LUBRICANTES Y ADITIVOS	
	2700	VESTUARIO, BLANCOS, PRENDAS DE PROTECCIÓN Y ARTÍCULOS DEP	
	2800	MATERIALES Y SUMINISTROS PARA SEGURIDAD	
	2900	HERRAMIENTAS, REFACCIONES Y ACCESORIOS MENORES	
Subtotal de Capítulo 2000			
3000: Servicios generales	3100	SERVICIOS BÁSICOS	
	3200	SERVICIOS DE ARRENDAMIENTO	
	3300	SERVICIOS PROFESIONALES, CIENTÍFICOS, TÉCNICOS Y OTROS SERVICIOS	
	3400	SERVICIOS FINANCIEROS, BANCARIOS Y COMERCIALES	
	3500	SERVICIOS DE INSTALACIÓN, REPARACIÓN, MANTENIMIENTO Y CONSERVACIÓN	
	3600	SERVICIOS DE COMUNICACIÓN SOCIAL Y PUBLICIDAD	
	3700	SERVICIOS DE TRASLADO Y VIÁTICOS	
	3800	SERVICIOS OFICIALES	
	3900	OTROS SERVICIOS GENERALES	
Subtotal Capítulo 3000			
4000: Transferencias, asignaciones, subsidios y otras ayudas	4100	TRANSFERENCIAS INTERNAS Y ASIGNACIONES AL SECTOR PÚBLICO	Sin Información
	4200	TRANSFERENCIAS AL RESTO DEL SECTOR PÚBLICO	Sin Información
	4300	SUBSIDIOS Y SUBVENCIONES	Sin Información
	4400	AYUDAS SOCIALES	Sin Información
	4500	PENSIONES Y JUBILACIONES	Sin Información
	4600	TRANSFERENCIAS A FIDEICOMISOS, MANDATOS Y OTROS ANÁLOGOS	Sin Información
	4700	TRANSFERENCIAS A LA SEGURIDAD SOCIAL	Sin Información
	4800	DONATIVOS	Sin Información
	4900	TRANSFERENCIAS AL EXTERIOR	Sin Información
Subtotal Capítulo 4000			\$45,263,953.77
5000: Bienes Muebles e Inmuebles	5100	MOBILIARIO Y EQUIPO DE ADMINISTRACIÓN	
	5200	MOBILIARIO Y EQUIPO EDUCACIONAL Y RECREATIVO	
	5300	EQUIPO E INSTRUMENTAL MEDICO Y DE LABORATORIO	
	5400	VEHÍCULOS Y EQUIPO DE TRANSPORTE	
	5500	EQUIPO DE DEFENSA Y SEGURIDAD	
	5600	MAQUINARIA, OTROS EQUIPOS Y HERRAMIENTAS	
	5700	ACTIVOS BIOLÓGICOS	
	5800	BIENES INMUEBLES	
	5900	ACTIVOS INTANGIBLES	
Subtotal Capítulo 5000			
6000: Obras Públicas	6100	OBRA PÚBLICA EN BIENES DE DOMINIO PÚBLICO	
	6200	OBRA PÚBLICA EN BIENES PROPIOS	
	6300	PROYECTOS PRODUCTIVOS Y ACCIONES DE FOMENTO	
Subtotal Capítulo 6000			
Metodología y criterios para clasificar cada concepto de gasto			
Gastos en Operación Directos			
Gastos en Operación Indirectos			
Gastos en Mantenimiento			
Gastos en capital			

Anexo 10

“Complementariedad y coincidencias entre programas federales y/o acciones de desarrollo social”.

Nombre del Programa: Prevención y Control de Sobrepeso, Obesidad, y Diabetes
Modalidad: E
Dependencia/Entidad: Secretaria de Salud
Unidad Responsable: Secretaria de Salud
Tipo de Evaluación: Específica
Año de la Evaluación: 2019

Nombre del programa	Modalidad y clave	Dependencia/ Entidad	Propósito	Población objetivo	Tipo de apoyo	Cobertura geográfica	Fuentes de información	¿Coincide con el programa evaluado?	¿Se complementa con el programa evaluado?	Justificación

Como se mencionó anteriormente en la pregunta 30 de la presente evaluación, los responsables del programa manifiestan tener que el Programa presupuestario E040 Prevención y Control de Sobrepeso, Obesidad, y Diabetes; si cuenta con la complementariedad y coincidencias entre programas federales y/o acciones de desarrollo social; pero el ente evaluado no presenta ningún documento oficial donde respalde dichos testimonios, por tal motivo se considera como información faltante para poder contestar este anexo

Anexo 11

“Ficha técnica para la difusión de resultados”.

1. Descripción de la evaluación	
1.1 Nombre de la evaluación: Evaluación Específica: del Diseño del Programa y la Matriz de Indicadores para Resultados del Programa Presupuestario E040 Prevención y Control de Sobrepeso, Obesidad, y Diabetes del Ejercicio Fiscal 2019 de la Secretaría de Salud del Estado de Tabasco.	
1.2 Fecha de inicio de la evaluación (dd/mm/aaaa): 01 de septiembre de 2020	
1.3 Fecha de término de la evaluación (dd/mm/aaaa): 30 de noviembre de 2020	
1.4 Nombre de la persona responsable de darle seguimiento a la evaluación y nombre de la unidad administrativa a la que pertenece:	
Nombre: Lic. María del Carmen Castro Quintero	Unidad administrativa: Directora de Planeación
1.5 Objetivo general de la evaluación Evaluar el diseño del Programa presupuestario E040 Prevención y Control de Sobrepeso, Obesidad, y Diabetes, así como de su Matriz de Indicadores para Resultados con la finalidad de proveer información que retroalimente sus diseños, gestión y resultados	
1.6 Objetivos específicos de la evaluación: <ul style="list-style-type: none"> • Analizar la justificación de la creación y diseño del programa; • Identificar y analizar su vinculación con la planeación sectorial y nacional; • Identificar a sus poblaciones y mecanismos de atención; • Analizar el funcionamiento y operación del padrón de beneficiarios y la entrega de apoyos; • Analizar la consistencia entre su diseño y la normatividad aplicable; • Identificar el registro de operaciones presupuestales y rendición de cuentas, • Identificar posibles complementariedades y/o coincidencias con otros programas federales, y • Analizar el diseño de la Matriz de Indicadores para Resultados de los Programas Presupuestarios 	
1.7 Metodología utilizada en la evaluación:	
Instrumentos de recolección de información:	
Cuestionarios X Entrevistas X Formatos__ Otros__ Especifique:	
Descripción de las técnicas y modelos utilizados: Se realizó con base en los Términos de Referencia para Evaluación Específica: del Diseño del Programa y la Matriz de Indicadores para Resultados del Programa Presupuestario E040 Prevención y Control de Sobrepeso, Obesidad, y Diabetes del Ejercicio Fiscal 2019 de la Secretaría de Salud del Estado de Tabasco, mediante un análisis de gabinete, con información proporcionada por la entidad responsable del Programa presupuestario, así como la información adicional que el grupo evaluador del IAP; consideró necesaria para justificar su análisis, mediante el acopio, organización y valoración de la información recabada así como la aplicación de entrevistas semiestructuradas a funcionarios involucrados con el Programa presupuestario a evaluar	
2. Principales Hallazgos de la evaluación	
2.1 Describir los hallazgos más relevantes de la evaluación: Hay una ausencia del proceso de construcción basado en la metodología de Marco Lógico, donde la definición y análisis del problema representan el origen de las fallas o brechas en el diseño, no se cuenta con un diagnóstico; falta de documentación oficial donde se establezca claramente la población potencial y objetivo.	
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: <ul style="list-style-type: none"> • El Programa tiene definido el problema o necesidad que busca resolver con base en su Árbol de Problemas. • El diseño del Programa cuenta con Árboles de Problema y de Objetivos. • La Secretaria de Salud cuenta con un Manual General de Organización y un Manual de Procedimientos y se encuentran difundidos públicamente 	
2.2.2 Oportunidades:	

<ul style="list-style-type: none"> • Se cuenta con registros internos por área para realizar estrategia de cobertura basada en el área de enfoque • Reformas a la Ley General de Salud para garantizar el acceso universal y oportuno a los servicios de salud. • El Programe presupuestario conforme a las entrevistas con el personal Responsable, cuenta con sus mecanismos para garantizar la transparencia y rendición de cuentas
<p>2.2.3 Debilidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El Problema definido no cuenta con plazo para su revisión y ubicación • El Pp no cuenta con documentos oficiales donde se establezca claramente la información sobre los tipos de poblaciones (Potencial, Objetivo y Atendida).
<p>2.2.4 Amenazas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El programa no cuenta con una justificación teórica o empírica documentada que sustente el tipo de intervención gubernamental que lleva a cabo • No se cuenta con Reglas de Operación, documentos normativos o manuales de operación del Programa que señalen una estrategia de cobertura que establezca una población objetivo, metas y congruencia con el diseño y diagnóstico • El Programa Presupuestario no permite conocer la demanda total de apoyos y características de los solicitantes ya que no cuenta con información sistematizada.
<p>3. Conclusiones y recomendaciones de la evaluación</p>
<p>3.1 Describir brevemente las conclusiones de la evaluación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El Programa no cuenta con un Diagnóstico. • El programa no cuenta con una justificación teórica o empírica documentada que sustente el tipo de intervención gubernamental que lleva a cabo. • No se cuenta con documentos oficiales o un diagnóstico dónde se establezca claramente la población potencial y objetivo. • No se cuenta con Reglas de Operación, documentos normativos o manuales de operación del Programa que señalen una estrategia de cobertura que establezca una población objetivo, metas y congruencia con el diseño y diagnóstico • No se cuenta con Reglas de Operación o un documento normativo del Programa donde se incluya el resumen narrativo de la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR). • En la Matriz de Indicadores para Resultados y Fichas Técnicas de Indicadores proporcionada por el Sistema PbR no se visualiza el campo "Medios de Verificación" por lo que se considera información inexistente, • Se presenta información sobre presupuesto y rendición de cuentas.
<p>3.2 Describir las recomendaciones de acuerdo a su relevancia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Elaborar diagnóstico del problema con base en los requerimientos establecidos en el Artículo 18 de los LINEAMIENTOS SOBRE LA METODOLOGÍA PARA LA CONSTRUCCIÓN DE MATRIZ DE MARCO LÓGICO E INDICADORES DE DESEMPEÑO PARA LOS ENTES PÚBLICOS ESTATALES del Consejo Estatal de Evaluación. 2. Definir población, ubicación y plazo de revisión/actualización para el problema. Evaluar la posibilidad de empezar a implementar la Matriz de Motricidad y Dependencia. 3. Evaluar la posibilidad de incluir Actividades para la Adquisición y Distribución de insumos: Adquisición y Distribución de tiras medidoras de glucosa. 4. Adquisición y Distribución de tiras medidoras de panel de lípidos. 5. Evaluar la posibilidad de modificar el Supuesto del Propósito por: La población mantiene una cultura de prevención y detección temprana de factores de riesgo. 6. Evaluar la posibilidad de implementar un nuevo indicador para cada Actividad que mida la eficiencia en el ejercicio del gasto, únicamente se está midiendo realización de procesos. Lo anterior conforme al Artículo 42 de los Lineamientos publicados por el Consejo Estatal de Evaluación. 7. Verificar reportes en Sistema PbR para asegurarse de la existencia de información con respecto a los Supuestos del Nivel Actividades y los Medios de Verificación para todos los Niveles de la MIR
<p>4. Datos de la Instancia evaluadora</p>

4.1 Nombre del coordinador de la evaluación: Iván Eduardo Ramírez Urdaneta	
4.2 Cargo: Coordinador	
4.3 Institución a la que pertenece: Instituto de Administración Pública de Tabasco A.C	
4.4 Principales colaboradores: Ulises Alejandro Palomeque Cedano	
Analista de Datos: Bryan Lamas García	
4.5 Correo electrónico del coordinador de la evaluación: evaluaciones@iaptabasco.org.mx	
4.6 Teléfono (con clave lada): 9933141177	
5. Identificación del (los) programa(s)	
5.1 Nombre del (los) programa(s) evaluado(s): Prevención y Control de Sobrepeso, Obesidad, y Diabetes	
5.2 Siglas: E	
5.3 Ente público coordinador del (los) programa(s): Secretaria de Salud de Tabasco	
5.4 Poder público al que pertenece(n) el(los) programa(s): Poder Ejecutivo <input checked="" type="checkbox"/> Poder Legislativo ___ Poder Judicial ___ Ente Autónomo ___	
5.5 Ámbito gubernamental al que pertenece(n) el(los) programa(s): Federal ___ Estatal <input checked="" type="checkbox"/> Local _	
5.6 Nombre de la(s) unidad(es) administrativa(s) y de (los) titular(es) a cargo del (los) programa(s):	
5.6.1 Nombre(s) de la(s) unidad(es) administrativa(s) a cargo de (los) programa(s): Secretaría de Salud	
5.6.2 Nombre(s) de (los) titular(es) de la(s) unidad(es) administrativa(s) a cargo de (los) programa(s) (nombre completo, correo electrónico y teléfono con clave lada):	
Nombre Dra. Silvia Guillermina Roldan Fernández	Unidad administrativa: Secretaria de Salud del Estado de Tabasco
6. Datos de Contratación de la Evaluación	
6.1 Tipo de contratación:	
6.1.1 Adjudicación Directa <input checked="" type="checkbox"/> 6.1.2 Invitación a tres _ 6.1.3 Licitación Pública Nacional ___	
6.1.4 Licitación Pública Internacional ___ 6.1.5 Otro: (Señalar) ___	
6.2 Unidad administrativa responsable de contratar la evaluación:	
6.3 Costo total de la evaluación: \$88,235.01	
6.4 Fuente de Financiamiento: Gastos Corrientes	
7. Difusión de la evaluación	
7.1 Difusión en internet de la evaluación:	
7.2 Difusión en internet del formato:	



 Teléfono 9933141177

 www.iaptabasco.org.mx

  @IAPTabascoac

 IAP Tabasco, A.C.