

---

# **EVALUACIÓN ESPECÍFICA:**

Del Diseño del Programa y la Matriz de Indicadores  
para Resultados del Programa Presupuestario E048  
Calidad en la Atención Médica.

**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 E048 Calidad en la Atención Médica, 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

APARTADO	PREGUNTAS	TOTAL
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
<b>TOTAL</b>		<b>30</b>

## 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.
- 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
- 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, resultando imposible contestar la presente pregunta.

## 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 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.
3. Evaluar la posibilidad de modificar el Supuesto a nivel Propósito por el siguiente: "Instituciones de Salud operan sus procesos conforme al Modelo de Gestión de Calidad".
4. 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.
5. Considerar implementar un indicador de satisfacción del cliente a nivel Fin para conocer el impacto en la sociedad de la operación del Programa.
6. Evaluar la posibilidad de modificar ficha técnica del indicador del Nivel Fin para expresar de qué manera se va a discriminar la información para que los resultados expresen realmente las atenciones de calidad y no atenciones generales.

7. Verificar que la trayectoria propuesta en las fichas técnicas sea congruente con el indicador y las metas propuestas.
8. 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.....	5
GLOSARIO .....	7
INTRODUCCIÓN.....	9
Fundamento legal de la Evaluación .....	9
Objetivo General de la Evaluación .....	10
Objetivos Específicos. ....	10
Alcances. ....	11
Metodología de la Evaluación de la MIR.....	11
Detección de la problemática a atender.....	12
Análisis de involucrados. ....	12
Árbol de problemas.....	12
Árbol de objetivos. ....	12
Integración de la MIR.....	12
APARTADO I. CARACTERÍSTICAS DEL PROGRAMA.....	15
Descripción general del Programa .....	15
APARTADO II. ANÁLISIS DE LA JUSTIFICACIÓN DE LA CREACIÓN Y DEL DISEÑO DEL PROGRAMA.....	17
APARTADO III. CONTRIBUCIÓN A LAS METAS Y OBJETIVOS NACIONALES .....	21
APARTADO IV. POBLACIÓN POTENCIAL, OBJETIVO Y MECANISMOS DE ELECCIÓN .....	25
APARTADO V. PADRÓN DE BENEFICIARIOS Y MECANISMOS DE ATENCIÓN .....	29
APARTADO VI. EVALUACIÓN Y ANÁLISIS DE LA MATRIZ DE INDICADORES PARA RESULTADOS (MIR)	31
APARTADO VII. PRESUPUESTO Y RENDICIÓN DE CUENTAS .....	39

APARTADO VIII. ANÁLISIS DE POSIBLES COMPLEMENTARIEDADES Y COINCIDENCIAS CON OTROS PROGRAMAS FEDERALES.....	41
VALORACIÓN DEL DISEÑO DEL PROGRAMA .....	43
EVALUACIÓN DE LA MIR.....	45
Evaluación de la lógica vertical .....	45
Evaluación de la lógica horizontal .....	46
Análisis de fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas .....	47
CONCLUSIÓN.....	51
BIBLIOGRAFÍA.....	53
FICHA TÉCNICA CON LOS DATOS GENERALES DE LA INSTANCIA EVALUADORA Y EL COSTO DE LA EVALUACIÓN.....	55
Anexo 1 “Metodología para la cuantificación de las poblaciones potencial y objetivo”. .....	57
Anexo 2 “Procedimiento para la actualización de la base de datos de beneficiarios”. .....	57
Anexo 3 “Arboles de Problema y Objetivos”.....	58
Árbol de problemas.....	58
Arboles de Objetivos.....	59
Anexo 4 “Matriz de Indicadores para Resultados del programa”. .....	60
Anexo 5 “Fichas técnicas de los indicadores de la MIR” .....	66
Indicadores del Fin .....	66
Indicadores del PROPOSITO .....	66
Indicadores del COMPONENTE C01 .....	67
Indicadores del ACTIVIDAD C0101 .....	67
Indicadores del ACTIVIDAD C0102 .....	67
Indicadores del ACTIVIDAD C0103 .....	68
Anexo 6 “Indicadores”.....	69
Anexo 7 “Metas del Programa”.....	71
Anexo 8 “Propuesta de mejora de la Matriz de Indicadores para Resultados”.....	73
Anexo 9 “Gastos desglosados del programa y criterios de clasificación”.....	75
Anexo 10 “Complementariedad y coincidencias entre programas federales y/o acciones de desarrollo social”.....	76
Anexo 11 “Ficha técnica para la difusión de resultados”.....	77

## GLOSARIO

<b>CAUSES</b>	Catálogo Universal de Servicios de Salud
<b>CONAPO</b>	Consejo Nacional de Población
<b>CONEVAL</b>	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social
<b>CPEUM</b>	Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
<b>DOF</b>	Diario Oficial de la Federación
<b>FONDEN</b>	Fondo de Desastres Naturales
<b>GpR</b>	Gestión para Resultados
<b>IAPT</b>	Instituto de Administración Pública de Tabasco, A.C.
<b>IDH</b>	Índice de Desarrollo Humano
<b>INEGI</b>	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
<b>LCF</b>	Ley de Coordinación Fiscal
<b>LDSET</b>	Ley de Desarrollo Social del Estado de Tabasco
<b>LFPRH</b>	Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria
<b>LGCG</b>	Ley General de Contabilidad Gubernamental
<b>LGDS</b>	Ley General de Desarrollo Social
<b>LOPEET</b>	Ley Orgánica del Poder Ejecutivo del Estado de Tabasco
<b>LPET</b>	Ley de Presupuesto del Estado de Tabasco
<b>MIR</b>	Matriz de Indicadores para Resultados
<b>ONU</b>	Organización de las Naciones Unidas
<b>PAE</b>	Programa Anual de Evaluación
<b>PbR</b>	Presupuesto basado en Resultados
<b>PEF</b>	Presupuesto de Egresos de la Federación
<b>PLED</b>	Plan Estatal de Desarrollo
<b>PP</b>	Programa Presupuestario
<b>PPS</b>	Programas Presupuestarios
<b>SEGOB</b>	Secretaría de Gobierno
<b>SFP</b>	Secretaría de Función Pública
<b>SHCP</b>	Secretaría de Hacienda y Crédito Público
<b>UED</b>	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 E048 Calidad en la Atención Médica 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 E048 Calidad en la Atención Médica 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 E048 Calidad en la Atención Médica, 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.

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, se podrán programar y llevar a cabo entrevistas con los responsables de los programas y/o personal de la unidad de 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
<b>TOTAL</b>		<b>30</b>

## **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 E048 Calidad en la Atención Médica 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:

<b>Identificación del programa</b>	E048 Calidad en la Atención Médica
<b>Unidad Responsable</b>	Secretaria de Salud
<b>Finalidad</b>	Desarrollo Social
<b>Función</b>	Salud
<b>Subfunción</b>	Prestación de Servicios de Salud a la Comunidad
<b>Actividad Institucional</b>	Calidad en la Atención Médica
<b>Tipo de recurso</b>	Mixto
<b>Área de atención</b>	Estatad
<b>Cobertura</b>	Estatad
<b>Presupuesto de egresos para el ejercicio 2019</b>	\$ \$50,980,554.51
<b>Responsable del Programa</b>	Dr. Silvia Guillermina Roldan 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"> <li>• El programa tiene identificado el problema o necesidad que busca resolver, y</li> <li>• El problema no cumple con las características establecidas en la pregunta.</li> </ul>	Si
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El programa tiene identificado el problema o necesidad que busca resolver, y</li> <li>• El problema cumple con al menos una de las características establecidas en la pregunta.</li> </ul>	
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El programa tiene identificado el problema o necesidad que busca resolver, y</li> <li>• El problema cumple con dos de las características establecidas en la pregunta.</li> </ul>	
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El programa tiene identificado el problema o necesidad que busca resolver, y</li> <li>• El problema cumple con todas las características establecidas en la pregunta.</li> </ul>	

**Si**

El problema se encuentra identificado en los árboles de problemas proporcionados por el ente evaluado, de la siguiente forma: "La población del Estado de Tabasco carece de acceso a establecimientos confiables y seguros de atención médica"

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

- La propuesta se plantea como una falta de solución y no como un estado o situación existente negativa (Hecho negativo), así mismo, el planteamiento sigue bajo el ámbito de control del programa, por lo que su formulación no es correcta.
- La propuesta no utiliza datos estadísticos para asignar una magnitud al problema.
- No se señala una población a atender en su definición, únicamente contiene la ubicación en la que se origina el problema.
- No se cuenta con un plazo para su revisión o actualización.

**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"> <li>• El programa cuenta con un diagnóstico del problema que atiende el programa.</li> <li>• El diagnóstico no cumple con las características establecidas en la pregunta.</li> </ul>	
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El programa cuenta con un diagnóstico del problema que atiende el programa.</li> </ul>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>El diagnóstico cumple con una de las características establecidas en la pregunta.</li> </ul>	
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>El programa cuenta con un diagnóstico del problema que atiende el programa.</li> <li>El diagnóstico cumple con dos de las características establecidas en la pregunta.</li> </ul>	
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>El programa cuenta con un diagnóstico del problema que atiende el programa.</li> <li>El diagnóstico cumple con todas las características establecidas en la pregunta.</li> </ul>	

**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, sustentar 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"> <li>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</li> </ul>	
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>La justificación teórica o empírica documentada es consistente con el diagnóstico del problema.</li> </ul>	
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>La justificación teórica o empírica documentada es consistente con el diagnóstico del problema, y</li> <li>Existe(n) evidencia(s) (nacional o internacional) de los efectos positivos atribuibles a los beneficios o los apoyos otorgados a la población objetivo.</li> </ul>	
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>La justificación teórica o empírica documentada es consistente con el diagnóstico del problema, y</li> <li>Existe(n) evidencia(s) (nacional o internacional) de los efectos positivos atribuibles a los beneficios o apoyos otorgados a la población objetivo.</li> <li>Existe(n) evidencia(s) (nacional o internacional) de que la intervención es más eficaz para atender la problemática que otras alternativas.</li> </ul>	

**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"> <li>• 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</li> <li>• No es posible determinar vinculación con los aspectos establecidos en la pregunta.</li> </ul>	
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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</li> <li>• Es posible determinar vinculación con uno de los aspectos establecidos en la pregunta.</li> </ul>	Si
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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</li> <li>• Es posible determinar vinculación con todos los aspectos establecidos en la pregunta.</li> </ul>	
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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</li> <li>• Es posible determinar vinculación con todos los aspectos establecidos en la pregunta, y</li> <li>• 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.</li> </ul>	

**Si**

El Programa presupuestario E048 Calidad en la Atención Médica 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
E048 Calidad en la Atención Médica	2.5.8.22. Aplicar un plan de capacitación con base al panorama epidemiológico que mejore el nivel de habilidades y desempeño del capital humano en Salud.	2.5.8.22.1.1 Regionalizar la impartición de la Capacitación del capital humano. 2.5.8.22.1.3 Evaluar el desempeño de la calidad técnica en el personal de salud. 2.5.8.22.1.4 Suscribir acuerdos y convenios de intercambio y colaboración con universidades e instituciones de educación superior públicas y privadas para la preparación, entrenamiento, capacitación, adiestramiento y educación de los trabajadores de la salud.

	<p>2.5.8.23. Consolidar el Modelo de Gestión de calidad en salud para la toma de decisiones que permita evaluar las acciones efectivas de los servicios de salud.</p>	<p>2.5.8.23.1.1 Aplicar cédulas de evaluación de Acreditación en establecimientos de salud. 2.5.8.23.1.2 Aplicar cédulas de evaluación de Hospital Seguro. 2.5.8.23.1.3 Desarrollar un Plan Estatal de Mejora Continua, basado en el Modelo de Gestión de Calidad en Salud.</p>
	<p>2.5.8.4. Consolidar la capacidad resolutoria de las redes integradas de servicios de salud a través de la regionalización operativa, aseguramiento de los insumos, disponibilidad del recurso humano y mejoramiento de la infraestructura para la prestación de los servicios de salud establecidos en el modelo de atención médica, preventiva, curativa y de rehabilitación, bajo principios de universalidad y centrado en la persona.</p>	<p>2.5.8.4.1.5 Garantizar la suficiencia e intercambio de los recursos materiales y humanos para la salud intra e interinstitucional que permitan mejorar la capacidad resolutoria de las unidades médicas en cada una de las regiones operativas del estado.</p>
	<p>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>	<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>

**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 Programa Sectorial de Salud, Seguridad y Asistencia Social 2019-2024 del estado de Tabasco relacionados al Programa presupuestario E048 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:
<p>E048 Formación de capital humano para la salud</p>	<p>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>	<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>2.5.3.4. Impulsar políticas públicas de formación, capacitación y educación continua del capital humano, y fortalecer la investigación en salud, con base en el panorama epidemiológico de la población.</p>	<p>2.5.3.4.2.1 Potenciar a los servidores públicos, no sólo desde una perspectiva de rendimiento, sino también desde una óptica de dignificación del trabajo y del desarrollo de las capacidades que cada uno posee. 2.5.3.4.2.2 Construir las condiciones para que el trabajador aporte con sus capacidades y desempeños a un mejor logro de los objetivos institucionales.</p>

	<p>2.5.3.7. Incrementar el financiamiento en salud, a través de la implementación de políticas públicas que promuevan una mayor inversión y garanticen el uso eficiente y transparente de los recursos disponibles.</p>	<p>2.5.3.7.2.2 Elaborar, proponer y gestionar plantillas de personal específicas por tipo de unidad.</p>
--	---	--

**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?**

El Programa presupuestario E048 Calidad en la Atención Médica presenta la siguiente alineación con los Objetivos de Desarrollo Sostenible planteados por la ONU.

Objetivo de ODS	Programa	Propósito	Componente
<p>Objetivo 3. Salud y bienestar; garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades.</p>	<p>E048 Calidad en la Atención Médica</p>	<p>La población del Estado acceden a establecimientos de atención médica confiables y seguros</p>	<p>Modelo de gestión de calidad en establecimientos de salud implementado</p>



## 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"> <li>• El programa tiene definidas las poblaciones (potencial y objetivo), y Las definiciones no cumplen con las características establecidas.</li> </ul>	
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El programa tiene definidas las poblaciones (potencial y objetivo), y Las definiciones cumplen con al menos una de las características establecidas.</li> </ul>	
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El programa tiene definidas las poblaciones (potencial y objetivo), y Las definiciones cumplen todas las características establecidas.</li> </ul>	
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> </ul>	

**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".

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.

El bien o servicio del presente programa no puede ser referido como población, por lo que se recomienda se identifique y cuantifique el área de enfoque.

**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"> <li>• El programa cuenta con información sistematizada, pero ésta no permite conocer la demanda total de apoyos ni las características de los solicitantes.</li> </ul>	
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El programa cuenta con información sistematizada que permite conocer la demanda total de apoyos, pero no las características de los solicitantes.</li> </ul>	
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El programa cuenta con información sistematizada que permite conocer la demanda total de apoyos y las características de los solicitantes.</li> </ul>	
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El programa cuenta con información sistematizada que permite conocer la demanda total de apoyos y las características de los solicitantes.</li> <li>• Existe evidencia de que la información sistematizada es válida, es decir, se utiliza como fuente de información única de la demanda total de apoyos.</li> </ul>	

**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 E048 Calidad en la Atención Médica, 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	• La estrategia de cobertura cuenta con una de las características establecidas.	
2	• La estrategia de cobertura cuenta con dos de las características establecidas.	
3	• La estrategia de cobertura cuenta con tres de las características establecidas.	
4	• 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.

Como se mencionó en preguntas anteriores, establecer este tipo de procedimientos 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 E048 Calidad en la Atención Médica, 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	• La información de los beneficiarios cumple con una de las características establecidas.	
2	• La información de los beneficiarios cumple con dos de las características establecidas.	
3	• La información de los beneficiarios cumple con tres de las características establecidas.	
4	• 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	• Los procedimientos para otorgar los apoyos a los beneficiarios tienen una de las características establecidas.	
2	• Los procedimientos para otorgar los apoyos a los beneficiarios tienen dos de las características establecidas.	
3	• Los procedimientos para otorgar los apoyos a los beneficiarios tienen tres de las características establecidas.	

4	<ul style="list-style-type: none"> <li>Los procedimientos para otorgar los apoyos a los beneficiarios tienen todas las características establecidas.</li> </ul>	
---	---	--

**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 E048 Calidad en la Atención Médica o al Programa origen E016.

**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 E048 Calidad en la Atención Médica o su Programa de origen el E016.

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) Están ordenadas de manera cronológica.**
- c) Son necesarias, es decir, ninguna de las Actividades es prescindible para producir los Componentes.**
- d) Su realización genera junto con los supuestos en ese nivel de objetivos los Componentes.**

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

**Si**

El Programa tiene definido únicamente el Componente "Modelo de gestión de calidad en establecimientos de salud implementado", mismo que se genera a través de 3 Actividades:

1. Vigilancia y cumplimiento de las acciones de mejora a través de COCASEP.
2. Desarrollo de planes y proyectos de mejora.
3. Diseño de servicios con base al modelo de gestión.

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.

Las Actividades definidas son necesarias para producir el bien propuesto como Componente; se postulan 3 Actividades por lo que se cumple con la recomendación de contar con al menos 2 Actividades por Componente, establecida en el Artículo 39 de los Lineamientos emitidos por el Consejo Estatal de Evaluación.

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"> <li>Del 0 al 49% de los Componentes cumplen con todas las características establecidas en la pregunta.</li> </ul>	
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>Del 50 al 69% de los Componentes cumplen con todas las características establecidas en la pregunta.</li> </ul>	
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>Del 70 al 84% de los Componentes cumplen con todas las características establecidas en la pregunta.</li> </ul>	Si
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>Del 85 al 100% de los Componentes cumplen con todas las características establecidas en la pregunta.</li> </ul>	

Si

El Programa tiene definido como único Componente "Modelo de gestión de calidad en establecimientos de salud implementado". Dicho Componente está redactado como un bien entregado, en este caso habla de la implementación de un Modelo de Gestión de Calidad mismo que generará como situación esperada que se cuenten con establecimiento con atención medica confiable y segura, con lo que se cumple con lo definido en el Nivel Propósito.

Existe una notable vinculación con el apartado de medios del Árbol de Objetivos, en el cual encausan los medios hacia la implementación de un modelo de gestión de la calidad que resuelva las problemáticas de tiempos de espera, quejas en el servicio, expedientes clínicos mal integrados, entre otros.

La redacción planteada en el Supuesto cumple con lo establecido por la metodología de Marco Lógico.

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

Si

El Propósito formulado para el Programa E048 es "La población del Estado accede a establecimientos de atención médica confiables y seguros". Su planteamiento se realiza conforme al árbol de objetivos y busca garantizar que un 60% de la población acceda a establecimientos de atención médica confiables y seguros. Se busca alcanzar este Propósito a través del servicio de implementación de un Modelo de Gestión de Calidad (Nivel Componente).

Su objetivo único de lograr que los establecimientos de atención médica sean confiables y seguros, no depende de los Responsable de manera directa, ellos sólo marcan las directrices para implementar el Modelo, más sin

embargo, cada establecimiento es el responsable de que sus procesos operen conforme a los requisitos del Sistema de Gestión.

El Supuesto planteado procede, sin embargo, no debería tener tanto efecto en la situación esperada; el Sistema de Gestión debe operar con o sin recursos para las Certificaciones. Por lo que lo recomendable es analizar el riesgo de que las instituciones de Salud no operen sus procesos conforme al Modelo de Gestión de Calidad.

Finalmente, cabe señalar que no se define población objetivo en los documentos normativos del Programa o en la MIR; evaluar modificación del Programa para que opere bajo el concepto de área de enfoque.

**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 al siguiente objetivo estratégico:

<b>Plan Estatal de Desarrollo Tabasco 2019-2024</b>	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	Si
4	• Del 85 al 100% de los indicadores del programa tienen todas las características	

### 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.

El Indicador en el Nivel Fin, tiene una redacción clara pero el cálculo propuesto no parece ser correcto y eso genera problemas con respecto a las características "relevante" y "adecuado". La fórmula únicamente propone medir el porcentaje de atención del servicio pero no describe cómo o con qué mecanismo identifican cuales se consideran como atenciones de calidad; tampoco menciona si su cálculo únicamente se limita a procesos que ya tienen implementado el Modelo de Gestión de Calidad, estas carencias lo vuelven imposible de monitorear con respecto a lo que intenta medir.

Complementar el indicador definido para cada Actividad con un indicador 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.

**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	<ul style="list-style-type: none"> <li>Del 0 al 49% de las Fichas Técnicas de los indicadores del programa tienen todas las características establecidas.</li> </ul>	
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>Del 50 al 69% de las Fichas Técnicas de los indicadores del programa tienen todas las características establecidas.</li> </ul>	
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>Del 70 al 84% de las Fichas Técnicas de los indicadores del programa tienen todas las características establecidas.</li> </ul>	
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>Del 85 al 100% de las Fichas Técnicas de los indicadores del programa tienen todas las características establecidas.</li> </ul>	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><b>Si</b></p> <p>Se interpreta como comportamiento el campo "Trayectoria"</p>

Para mayor referencia revisar el Anexo 6 Indicadores.

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

- a) **Cuentan con unidad de medida.**  
b) **Están orientadas a impulsar el desempeño, es decir, no son laxas.**  
c) **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"> <li>Del 0 al 49% de las metas de los indicadores del programa tienen todas las características establecidas.</li> </ul>	
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>Del 50 al 69% de las metas de los indicadores del programa tienen todas las características establecidas.</li> </ul>	
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>Del 70 al 84% de las metas de los indicadores del programa tienen todas las características establecidas.</li> </ul>	Si
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>Del 85 al 100% de las metas de los indicadores del programa tienen todas las características establecidas.</li> </ul>	

**Si**

Conforme a la Ficha Técnica de Indicadores proporcionada por el Sistema PbR un 70 al 84% de las metas de los indicadores cuenta con unidad de medida, son orientadas a impulsar el desempeño y son factibles de atender.

Las deficiencias que impiden llegar a un 100% se presentan a continuación:

- Indicador Nivel Fin, la meta va en contra de la trayectoria propuesta.
- Indicador Nivel Fin, es imposible justificar su factibilidad debido a que existen inconsistencias en el cálculo del indicador.

Es importante considerar la implementación de una justificación en las fichas técnicas de indicadores que puedan sustentar la definición o cambio de metas en los diferentes periodos. 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.

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

- a) **Oficiales o institucionales.**
- b) **Con un nombre que permita identificarlos.**
- c) **Permiten reproducir el cálculo del indicador.**
- d) **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:**

- a) **Los medios de verificación son los necesarios para calcular los indicadores, es decir, ninguno es prescindible.**
- b) **Los medios de verificación son suficientes para calcular los indicadores.**
- c) **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.**

Recomendación:

No.	Concepto	Recomendación
1	Árbol de Problemas y Objetivos	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 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.
2	Resumen Narrativo Fin, Propósito, Componente y Actividades	No existen recomendaciones en este rubro.
3	Indicadores	Evaluar la posibilidad de modificar ficha técnica del indicador del Nivel Fin para expresar de qué manera se va a discriminar la información para que los resultados expresen realmente las atenciones de calidad y no atenciones generales.  Considerar implementar un indicador de satisfacción del cliente a nivel Fin para conocer el impacto en la sociedad de la operación del Programa.  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.  Verificar que la trayectoria propuesta en las fichas técnicas sea congruente con el indicador y las metas propuestas.

4	Medios de Verificación	Verificar en Sistema PbR la existencia de Medios de Verificación para la MIR del presente programa.
5	Supuestos	Verificar en Sistema PbR la existencia de Supuestos para las Actividades. Evaluar la posibilidad de modificar el Supuesto a nivel Propósito por el siguiente: "Instituciones de Salud operan sus procesos conforme al Modelo de Gestión de Calidad".

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

**Si**

El desglose de gastos proporcionado para la evaluación del Programa E048 contempla información sobre gastos de operación directos y gastos en capital, a continuación se presentan los montos para los Capítulos incurridos:

<b>Capítulo 1000</b>	<b>\$48,607,398.10</b>
<b>Capítulo 5000</b>	<b>\$2,373,156.41</b>

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 algo 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 E048 Calidad en la Atención Médica 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	<b>0.33</b>	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	<b>1</b>	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	<b>0</b>	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	<b>0</b>	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	<b>0.72</b>	<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	<b>1</b>	Se presenta información sobre presupuesto y rendición de cuentas.
Complementariedades y coincidencias con otros programas federales	1	<b>0</b>	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".
<b>Valoración final</b>	<b>30</b>	<b>3.05</b>	<b>Nivel promedio del total de temas</b>

*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 definidas son necesarias para producir el bien propuesto como Componente; se postulan 3 Actividades por lo que se cumple con la recomendación de al menos 2 Actividades por Componente, establecida en el Artículo 39 de los Lineamientos emitidos por el Consejo Estatal de Evaluación.
¿Los componentes son los necesarios y suficientes para lograr el propósito del programa	Si	El componente tiene una notable vinculación con el apartado de medios del Árbol de Objetivos y cumple con los requerimientos de su formulación.
¿El propósito es único y representa un cambio específico en las condiciones de vida de la población objetivo?	Si	El Propósito planteado espera en un futuro otorgar servicios de atención médica confiables y seguros a la población; recomendable revisar Supuestos y operar bajo concepto de área de enfoque.
¿Es razonable esperar que el logro del propósito implique una contribución significativa al logro del fin?	Si	Por su vinculación al árbol de objetivos se mantiene una relación de contribución entre los Niveles planteados.
¿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	Supuesto planteado fuera del ámbito de control del programa y abordando un riesgo latente por la falta de confianza en los servicios de salud públicos.
¿Los supuestos en el propósito representan situaciones externas al ámbito de control del programa?	Si	El supuesto planteado procede, sin embargo, no debería tener tanto efecto en la situación esperada; el Sistema de Gestión debe operar con o sin recursos para las Certificaciones.
¿Los supuestos en los componentes representan situaciones externas al ámbito de control del programa?	Si	Cumple con requisitos de formulación, evaluar propuesta de orientar el riesgo a que las instituciones de Salud operen sus procesos respetando el Modelo de Gestión de Calidad.
¿Los supuestos en las actividades representan situaciones externas al ámbito de control del programa?	No	El reporte del Sistema PbR no presenta Supuestos en el nivel Actividad, por lo que se considera como información inexistente.
¿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?	No	El Indicador en el Nivel Fin, tiene una redacción clara pero el cálculo propuesto no parece ser correcto pues no parece expresar cómo o a través de qué mecanismo se identifican las atenciones de calidad.
¿Los indicadores en el propósito permiten monitorear el programa y evaluar adecuadamente el logro del propósito?	Si	Cumple con los requerimientos. Evaluar medir la efectividad del modelo, ya sea a través del seguimiento a certificaciones o auditorías internas.
¿Los indicadores en los componentes permiten monitorear el programa y evaluar adecuadamente el logro de cada uno de los componentes?	Si	Implementar justificaciones a los incrementos en las metas, pues la falta de información compromete su factibilidad.
¿Los indicadores en las actividades permiten monitorear el programa y evaluar adecuadamente el logro de cada una de las actividades?	Si	Cumplen con función; envaluar la inclusión de un indicador que mida 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
<b>Justificación de la creación y del diseño del programa</b>	<b>Fortaleza y Oportunidad</b>		
	<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.
	<b>Debilidad o Amenaza</b>		
	<p>El Problema definido no se formuló como hecho negativo y no cuenta con magnitud del problema, población o área de enfoque, ubicación y plazo para su revisión.</p> <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>	1,2,3	<p>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.</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
<b>Contribución a las metas y objetivos estatales</b>	<b>Fortaleza y Oportunidad</b>		
	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.	4, 5 y 6	Actualizar alineación en caso de modificaciones a los Planes o Programas de Planeación.

Apartado de la evaluación:	Fortaleza y oportunidad/debilidad o amenaza	Referencia (pregunta)	Recomendación
<b>Población potencial, objetivo y mecanismos de elegibilidad</b>	<b>Fortaleza y Oportunidad</b>		
	<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	Definir área de enfoque en el Diagnóstico del Programa.
<b>Población potencial, objetivo y mecanismos de elegibilidad</b>	<b>Debilidad o Amenaza</b>		
	<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
<b>Padrón de beneficiarios y mecanismos de atención</b>	<b>Fortaleza y Oportunidad</b>		
	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.
<b>Padrón de beneficiarios y mecanismos de atención</b>	<b>Debilidad o Amenaza</b>		

	<p>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.</p>	15	<p>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.</p>
--	--	----	---

Apartado de la evaluación:	Fortaleza y oportunidad/debilidad o amenaza	Referencia (pregunta)	Recomendación
Matriz de Indicadores para Resultados (MIR)	<b>Fortaleza y Oportunidad</b>		
	<p>El programa cuenta con su Matriz de Indicadores para Resultados (MIR). El Diseño de la MIR tiene una fuerte vinculación a los Árboles de Problemas y Objetivos. Existe una propuesta para cada Nivel de la MIR. El nivel Fin está claramente alineado a ejercicios de planeación superiores conforme a los Lineamientos del CEE. Se cuenta con indicadores que cumplen con las características CREMA. La ficha de indicadores cuenta con todos los atributos necesarios para su cálculo. Los indicadores tienen definidas metas. Se cuenta con normatividad para la construcción de la MIR y sus Indicadores por parte del CEE y CONEVAL.</p>	16,17,18,19,  22,23	<p>Continuar con los procesos de evaluación y mejora de la MIR y sus niveles.  Elaborar los ASM para la mejora de la operación del Programa presupuestario.</p>
	<b>Debilidad o Amenaza</b>		
<p>Errores en el Reporte del Sistema PbR en apartado de Supuesto (Actividad). Solo se define un indicador para las Actividades propuestas en la MIR. 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). Cambios en los cálculos de las metas por requerimientos de la dependencia. 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>	16, 22, 23 y 24	<p>Revisar Sistema PbR para verificar la existencia de información en el apartado de Supuestos para las Actividades.  Evaluar la posibilidad de modificar ficha técnica del indicador del Nivel Fin para expresar de qué manera se va a discriminar la información para que los resultados expresen realmente las atenciones de calidad y no atenciones generales.  Considerar implementar un indicador de satisfacción del cliente a nivel Fin para conocer el impacto en la sociedad de la operación del Programa.  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</p>	

			<p>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	<b>Fortaleza y Oportunidad</b>		
	El Programe presupuestario conforme a las entrevistas con el personal Responsable, cuenta con sus mecanismos para garantizar la transparencia y rendición de cuentas.	28	Mantener actualizar la información en los portales de Transparencia.
	<b>Debilidad o Amenaza</b>		
	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	<b>Fortaleza y Oportunidad</b>		
	Existen Programas federales rectores de la función.	30	Identificar y documentar complementariedades o coincidencias del programa actual con Programas federales en materia.
	<b>Debilidad o Amenaza</b>		
	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 E048 Calidad en la Atención Médica, 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	Área de oportunidad
Justificación de la creación y del diseño del programa	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.
Población potencial, objetivo y mecanismos de elegibilidad	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	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	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, resultando imposible contestar la presente pregunta.
Complementariedades y coincidencias con otros programas federales	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".

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 E048 Calidad en la Atención Médica del Ejercicio Fiscal 2019, se emiten las siguientes recomendaciones:

9. 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.
10. 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.
11. Evaluar la posibilidad de modificar el Supuesto a nivel Propósito por el siguiente: "Instituciones de Salud operan sus procesos conforme al Modelo de Gestión de Calidad".
12. 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.
13. Considerar implementar un indicador de satisfacción del cliente a nivel Fin para conocer el impacto en la sociedad de la operación del Programa.
14. Evaluar la posibilidad de modificar ficha técnica del indicador del Nivel Fin para expresar de qué manera se va a discriminar la información para que los resultados expresen realmente las atenciones de calidad y no atenciones generales.
15. Verificar que la trayectoria propuesta en las fichas técnicas sea congruente con el indicador y las metas propuestas.
16. 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. <b>Analista de datos:</b> 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

### “Arboles de Problema y Objetivos”.

#### Árbol de problemas



## Arboles de Objetivos



## Anexo 4

### “Matriz de Indicadores para Resultados del programa”.

#### Matriz de Indicadores para Resultados Origen E016 formación de capital humano para la salud 2019

Nive I	Objetivo	Indicadores	Medios de Verificación	Supuestos																						
Fin	Contribuir a mejorar la salud de la población del estado mediante el incremento de la calidad de los servicios de salud a través de la formación de recursos humanos en salud.	<p><b>Nombre del indicador:</b> Esperanza de vida al nacimiento  <b>Definición:</b> El número de años, que un recién nacido puede esperar vivir, si las condiciones de mortalidad de la población, en el momento en que nació, se mantienen constante a lo largo de su vida  <b>Tipo de indicador:</b> Estratégico.  <b>Dimensión a medir:</b> Eficacia.  <b>Ámbito de la medición:</b> Impacto.  <b>Método de cálculo:</b> (Cociente del total de años vividos desde la edad exacta "x" / los supervivientes en la edad exacta "x")  <b>Valor línea Base:</b> 74.25 años de vida  <b>Año línea Base:</b> 2012  <b>Periodicidad:</b> Anual  <b>Periodos/ Metas:</b> 1 = 74.34</p> <p><b>Parámetros de semaforización</b></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>Desde</th> <th>Hasta</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>74.3400</td> <td>73.9900</td> <td>75.8200</td> <td>72.8500</td> <td>73.9900</td> <td>72.8500</td> <td>75.8200</td> </tr> </tbody> </table>	Periodo	Meta	Verde		Amarillo		Rojo		Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta	1	74.3400	73.9900	75.8200	72.8500	73.9900	72.8500	75.8200	<p><b>Nombre:</b> Proyecciones de indicadores demográficos 2010-2050.  <b>Área responsable de la información:</b> Consejo Nacional de Población (Conapo).  <b>Disponibilidad:</b> Pública  <b>Unidad de análisis:</b> Supervivientes en la edad exacta.  <b>Cobertura y desagregación geográfica:</b> Estatal.  <b>Periodicidad de actualización de la información:</b> Anual  <b>Fecha de publicación:</b> 2 años posterior a los levantamientos censales del INEGI.</p>	La población confía en los servicios de salud, para recibir atención médica.
Periodo	Meta	Verde			Amarillo		Rojo																			
		Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta																			
1	74.3400	73.9900	75.8200	72.8500	73.9900	72.8500	75.8200																			
Propósito	Los servicios de salud del estado cuentan con recursos humanos profesionales capacitados para otorgar una atención de calidad a la población.	<p><b>Nombre del indicador:</b> Porcentaje de unidades que cumplen con el programa nacional de calidad  <b>Definición:</b> Se refiere a la proporción de usuarios, que están satisfechos con los servicios de salud recibidos en las unidades médicas, de la Secretaría de Salud.  <b>Tipo de indicador:</b> Estratégico.  <b>Dimensión a medir:</b> Eficacia.  <b>Ámbito de la medición:</b> Resultados.  <b>Método de cálculo:</b> (Usuarios satisfechos con los servicios de salud / Usuarios encuestados) X 100  <b>Valor línea Base:</b> 70%  <b>Año línea Base:</b> 2015  <b>Periodicidad:</b> Anual  <b>Periodos/ Metas:</b> 1=90</p> <p><b>Parámetros de semaforización</b></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>Desde</th> <th>Hasta</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>90.0000</td> <td>85.5000</td> <td>94.5000</td> <td>81.0000</td> <td>85.5000</td> <td>81.0000</td> <td>94.5000</td> </tr> </tbody> </table>	Periodo	Meta	Verde		Amarillo		Rojo		Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta	1	90.0000	85.5000	94.5000	81.0000	85.5000	81.0000	94.5000	<p><b>Nombre:</b> Registros de la dirección de calidad y educación en salud y página <a href="http://www.calidad.salud.gob.mx/">www.calidad.salud.gob.mx/</a>  <b>Área responsable:</b> Dirección de calidad y educación en salud. Departamento de mejora continua en calidad. Departamento de monitoreo y evaluación en calidad.  <b>Disponibilidad:</b> Pública  <b>Unidad de análisis:</b> Unidades que cumplen con el  <b>Cobertura y desagregación geográfica:</b> Estatal.  <b>Periodicidad:</b> Bienal  <b>Fecha de publicación:</b> Mayo del año posterior al que se construye el indicador</p>	Las unidades médicas y administrativas, disponen de los recursos e insumos necesarios (presupuestales, materiales y de recursos humanos) para cumplir con el programa nacional de calidad, "Estrategia nacional para la consolidación de la calidad en los establecimientos y servicios de atención médica.
Periodo	Meta	Verde			Amarillo		Rojo																			
		Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta																			
1	90.0000	85.5000	94.5000	81.0000	85.5000	81.0000	94.5000																			

Nive I	Objetivo	Indicadores	Medios de Verificación	Supuestos																														
Componente 1	Cumplimiento de los estándares de calidad en los servicios médicos-administrativos normados en las políticas de salud implementado.	<p><b>Nombre del indicador:</b> Porcentaje de unidades médicas que cumplen con los estándares de calidad nacionales</p> <p><b>Definición:</b> Alcance de la implementación del Programa Nacional de Calidad</p> <p><b>Tipo de indicador:</b> Gestión.</p> <p><b>Dimensión a medir:</b> Eficacia.</p> <p><b>Ámbito de la medición:</b> Servicios.</p> <p><b>Método de cálculo:</b> (Personal capacitado / Total de personal de los servicios de salud) X 100.</p> <p><b>Valor línea Base:</b> 73.8%</p> <p><b>Año línea Base:</b> 2012</p> <p><b>Periodicidad:</b> Anual</p> <p><b>Periodos/ Metas:</b> 1 = 95</p> <p style="text-align: center;"><b>Parámetros de semaforización</b></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>Desde</th> <th>Hasta</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>95.0000</td> <td>92.2500</td> <td>99.7500</td> <td>85.5000</td> <td>99.2500</td> <td>85.5000</td> <td>99.7500</td> </tr> </tbody> </table>	Periodo	Meta	Verde		Amarillo		Rojo		Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta	1	95.0000	92.2500	99.7500	85.5000	99.2500	85.5000	99.7500	<p><b>Nombre de la fuente de información:</b> Reporte del sistema INDICAS. <a href="http://dgc.es.salud.gob.mx/INDICASII">http://dgc.es.salud.gob.mx/INDICASII</a></p> <p><b>Área responsable:</b> Dirección de calidad y educación en salud. Departamento de Mejora Continua en calidad y Departamento de gestión de la capacitación</p> <p><b>Disponibilidad:</b> Pública</p> <p><b>Unidad de análisis:</b> Usuarios satisfechos</p> <p><b>Cobertura y desagregación geográfica:</b> Estatal.</p> <p><b>Periodicidad:</b> Anual</p> <p><b>Fecha de publicación:</b> Mayo del año posterior al que se construye el indicador.</p>	El Programa Nacional de Calidad permanece sin cambios.								
Periodo	Meta	Verde			Amarillo		Rojo																											
		Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta																											
1	95.0000	92.2500	99.7500	85.5000	99.2500	85.5000	99.7500																											
Componente 2	Los Recursos humanos de la Secretaría de Salud, se profesionalizan y capacitan, para otorgar a los usuarios servicios de calidad	<p><b>Nombre del indicador:</b> Porcentaje de personal capacitado y profesionalizado</p> <p><b>Definición</b> Representa el porcentaje de personal capacitado y profesionalizado.</p> <p><b>Tipo de indicador:</b> Estratégico.</p> <p><b>Dimensión a medir:</b> Eficacia.</p> <p><b>Ámbito de la medición:</b> Servicios.</p> <p><b>Método de cálculo:</b> (Total de personal capacitado y profesionalizado / Total de personal programado) X 100</p> <p><b>Valor línea Base:</b> 86%</p> <p><b>Año línea Base:</b> 2012</p> <p><b>Periodicidad:</b> Semestral</p> <p><b>Periodos/ Metas:</b> 1 = 45, 2 = 90</p> <p style="text-align: center;"><b>Parámetros de semaforización</b></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>Desde</th> <th>Hasta</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>45.0000</td> <td>42.7500</td> <td>47.2500</td> <td>40.5000</td> <td>42.7500</td> <td>40.5000</td> <td>47.2500</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>90.0000</td> <td>85.5000</td> <td>94.5000</td> <td>81.0000</td> <td>85.5000</td> <td>81.0000</td> <td>94.5000</td> </tr> </tbody> </table>	Periodo	Meta	Verde		Amarillo		Rojo		Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta	1	45.0000	42.7500	47.2500	40.5000	42.7500	40.5000	47.2500	2	90.0000	85.5000	94.5000	81.0000	85.5000	81.0000	94.5000	<p><b>Nombre de la fuente de información:</b> Sistema interno de registro de capacitación y profesionalización del recurso humano en salud. (Secretaría de Salud del Estado).</p> <p><b>Área responsable:</b> Dirección de calidad y educación en salud. Departamento de gestión de la capacitación.</p> <p><b>Disponibilidad:</b> Pública</p> <p><b>Unidad de análisis:</b> Personal capacitado y</p> <p><b>Cobertura y desagregación geográfica:</b> Estatal.</p> <p><b>Periodicidad:</b> Semestral</p> <p><b>Fecha de publicación:</b> Agosto del año posterior al que se construye el indicador</p>	El personal formado permanece prestando sus servicios dentro de las unidades médicas del sector salud.
Periodo	Meta	Verde			Amarillo		Rojo																											
		Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta																											
1	45.0000	42.7500	47.2500	40.5000	42.7500	40.5000	47.2500																											
2	90.0000	85.5000	94.5000	81.0000	85.5000	81.0000	94.5000																											
Componente 3	Los recursos humanos en el área de la salud, finalizan su formación de acuerdo a la normatividad federal.	<p><b>Nombre del indicador:</b> Porcentaje de eficiencia terminal de los recursos humanos en formación</p> <p><b>Definición</b> Representa el porcentaje de eficiencia terminal de los recursos humanos en formación.</p> <p><b>Tipo de indicador:</b> Estratégico.</p> <p><b>Dimensión a medir:</b> Eficacia.</p> <p><b>Ámbito de la medición:</b> Servicios.</p> <p><b>Método de cálculo:</b> (Total de recursos humanos en formación que egresan / Total de recursos humanos en formación que ingresan) X 100</p> <p><b>Valor línea Base:</b> 85%</p> <p><b>Año línea Base:</b> 2012</p> <p><b>Periodicidad:</b> Anual</p> <p><b>Periodos/ Metas:</b> 1 = 96</p> <p style="text-align: center;"><b>Parámetros de semaforización</b></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>Desde</th> <th>Hasta</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>96.0000</td> <td>91.2000</td> <td>99.8400</td> <td>86.4000</td> <td>91.2000</td> <td>86.4000</td> <td>99.8400</td> </tr> </tbody> </table>	Periodo	Meta	Verde		Amarillo		Rojo		Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta	1	96.0000	91.2000	99.8400	86.4000	91.2000	86.4000	99.8400	<p><b>Nombre de la fuente de información:</b> Sistema nacional de administración de capacitación en salud. <a href="http://dgc.es.salud.gob.mx/snac/">http://dgc.es.salud.gob.mx/snac/</a></p> <p><b>Área responsable:</b> Dirección de calidad y educación en salud. Departamento de formación de recursos humanos.</p> <p><b>Disponibilidad:</b> Pública</p> <p><b>Unidad de análisis:</b> Eficiencia terminal</p> <p><b>Cobertura y desagregación geográfica:</b> Estatal.</p> <p><b>Periodicidad:</b> Anual</p> <p><b>Fecha de publicación:</b> Agosto del año posterior al que se construye el indicador</p>	El personal formado permanece prestando sus servicios dentro de las unidades médicas del sector salud.								
Periodo	Meta	Verde			Amarillo		Rojo																											
		Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta																											
1	96.0000	91.2000	99.8400	86.4000	91.2000	86.4000	99.8400																											

Nivel	Objetivo	Indicadores	Medios de Verificación	Supuestos																																						
Actividad 1.1	Unidades de salud con líneas de acción del programa nacional de calidad, "estrategia nacional para la consolidación de la calidad en los establecimientos y Servicios de atención médica", supervisadas y asesoradas	<p><b>Nombre del indicador:</b> Porcentaje de supervisiones y asesorías de los componentes del programa nacional de calidad</p> <p><b>Definición</b> Se refiere al porcentaje de jurisdicciones y hospitales supervisados y asesorados en los componentes que integran el programa nacional de calidad</p> <p><b>Tipo de indicador:</b> Gestión.</p> <p><b>Dimensión a medir:</b> Eficacia.</p> <p><b>Ámbito de la medición:</b> Procesos.</p> <p><b>Método de cálculo:</b> (Jurisdicciones y hospitales supervisados y asesorados / Total de jurisdicciones y hospitales) X 100</p> <p><b>Valor línea Base:</b> 60%</p> <p><b>Año línea Base:</b> 2013</p> <p><b>Periodicidad:</b> Cuatrimestre</p> <p><b>Periodos/ Metas:</b> 1 = 30, 2 = 65, 3 = 100</p> <p><b>Parámetros de semaforización</b></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>Desde</th> <th>Hasta</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>30,000</td> <td>27,000</td> <td>30,0300</td> <td>25,500</td> <td>27,000</td> <td>25,500</td> <td>30,0300</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>65,000</td> <td>58,500</td> <td>65,0650</td> <td>55,250</td> <td>58,500</td> <td>55,250</td> <td>65,0650</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>100,00</td> <td>90,000</td> <td>100,100</td> <td>85,000</td> <td>90,000</td> <td>85,000</td> <td>100,100</td> </tr> </tbody> </table>	Periodo	Meta	Verde		Amarillo		Rojo		Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta	1	30,000	27,000	30,0300	25,500	27,000	25,500	30,0300	2	65,000	58,500	65,0650	55,250	58,500	55,250	65,0650	3	100,00	90,000	100,100	85,000	90,000	85,000	100,100	<p><b>Nombre de la fuente de información:</b> Minutas y registros de la dirección de calidad y educación en salud</p> <p><b>Área responsable:</b> Dirección de calidad y educación en salud. Departamento de mejora continua. Departamento de monitoreo y evaluación. Departamento de gestión de la capacitación.</p> <p><b>Disponibilidad:</b> Pública</p> <p><b>Unidad de análisis:</b> Jurisdicciones y hospitales</p> <p><b>Cobertura y desagregación geográfica:</b> Municipal</p> <p><b>Periodicidad:</b> Cuatrimestre</p> <p><b>Fecha de publicación:</b> Abril del año posterior al que se construye el indicador.</p>	Las unidades apoyan y facilitan los medios para la objetiva supervisión y asesoría
Periodo	Meta	Verde			Amarillo		Rojo																																			
		Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta																																			
1	30,000	27,000	30,0300	25,500	27,000	25,500	30,0300																																			
2	65,000	58,500	65,0650	55,250	58,500	55,250	65,0650																																			
3	100,00	90,000	100,100	85,000	90,000	85,000	100,100																																			
Actividad 1.2	Las unidades médicas y administrativas de la Secretaría de Salud del Estado participan en el programa de mejora de la calidad de la atención médica, posterior al que se construye el indicador.	<p><b>Nombre del indicador:</b> Porcentaje de jurisdicciones y hospitales que participan en el programa de mejora de la calidad en la atención médica.</p> <p><b>Definición</b> Se refiere al porcentaje de jurisdicciones y hospitales que participan en el programa de mejora de la calidad en la atención médica, (proyectos de capacitación, investigación, acuerdos de gestión y premio nacional a la.</p> <p><b>Tipo de indicador:</b> Gestión.</p> <p><b>Dimensión a medir:</b> Eficacia.</p> <p><b>Ámbito de la medición:</b> Procesos.</p> <p><b>Método de cálculo:</b> (Número de jurisdicciones y hospitales que participan en los programas de mejora de la calidad en la atención médica / Total de jurisdicciones y hospitales) X 100.</p> <p><b>Valor línea Base:</b> 15%</p> <p><b>Año línea Base:</b> 2014</p> <p><b>Periodicidad:</b> Anual</p> <p><b>Periodos/ Metas:</b> 1 = 25</p> <p><b>Parámetros de semaforización</b></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>Desde</th> <th>Hasta</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>25,0000</td> <td>22,5000</td> <td>26,2500</td> <td>21,2500</td> <td>22,5000</td> <td>21,2500</td> <td>26,2500</td> </tr> </tbody> </table>	Periodo	Meta	Verde		Amarillo		Rojo		Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta	1	25,0000	22,5000	26,2500	21,2500	22,5000	21,2500	26,2500	<p><b>Nombre de la fuente de información:</b> Sistema de convocatorias en el programa de programa de mejora de la calidad en la atención médica. <a href="http://www.calidad.salud.gob.mx/site/convocatoria/convoca_00.html">http://www.calidad.salud.gob.mx/site/convocatoria/convoca_00.html</a> <a href="http://plataforma.salud.gob.mx">http://plataforma.salud.gob.mx</a>.</p> <p><b>Área responsable:</b> Secretaría de salud del estado. Dirección general de calidad y educación en salud (DGCES). Departamento de mejora continua en calidad.</p> <p><b>Disponibilidad:</b> Pública</p> <p><b>Unidad de análisis:</b> Unidades médicas</p> <p><b>Cobertura y desagregación geográfica:</b> Estatal.</p> <p><b>Periodicidad:</b> Anual</p> <p><b>Fecha de publicación:</b> Abril del año posterior al que se construye el indicador.</p>	Las unidades médicas y administrativas de la Secretaría de Salud en el Estado, cumplen con la normatividad (acuerdos, contratos, reglas de operación) establecida por el Gobierno Federal, para la inscripción y participación en el programa de mejora de la calidad de la atención médica.																
Periodo	Meta	Verde			Amarillo		Rojo																																			
		Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta																																			
1	25,0000	22,5000	26,2500	21,2500	22,5000	21,2500	26,2500																																			

Nivel	Objetivo	Indicadores	Medios de Verificación	Supuestos																																														
Actividad 2.1	Unidades de salud cumplen con el programa específico de capacitación	<p><b>Nombre del indicador:</b> Porcentaje de cursos realizados.</p> <p><b>Definición</b> Se refiere al porcentaje de cursos de formación y capacitación, impartidos a los recursos humanos, que desempeñan acciones orientadas a los servicios de salud en la Secretaría de Salud del Estado.</p> <p><b>Tipo de indicador:</b> Gestión.</p> <p><b>Dimensión a medir:</b> Eficacia.</p> <p><b>Ámbito de la medición:</b> Procesos.</p> <p><b>Método de cálculo:</b> (Cursos realizados / Cursos programados) X 100.</p> <p><b>Valor línea Base:</b> 30%</p> <p><b>Año línea Base:</b> 2012</p> <p><b>Periodicidad:</b> Semestral</p> <p><b>Periodos/ Metas:</b> 1 = 45, 2 = 95</p> <p><b>Parámetros de semaforización</b></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>Desde</th> <th>Hasta</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>45,000</td> <td>42,750</td> <td>47,250</td> <td>40,500</td> <td>42,750</td> <td>40,500</td> <td>47,250</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>95,000</td> <td>90,250</td> <td>99,750</td> <td>85,500</td> <td>90,250</td> <td>85,500</td> <td>99,750</td> </tr> </tbody> </table>	Periodo	Meta	Verde		Amarillo		Rojo		Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta	1	45,000	42,750	47,250	40,500	42,750	40,500	47,250	2	95,000	90,250	99,750	85,500	90,250	85,500	99,750	<p><b>Nombre de la fuente de información:</b> Programa institucional de capacitación de la Secretaría de Salud del Estado</p> <p><b>Área responsable:</b> Dirección de calidad y educación en salud del estado. Departamento de gestión de la capacitación.</p> <p><b>Disponibilidad:</b> Pública</p> <p><b>Unidad de análisis:</b> Cursos realizados</p> <p><b>Cobertura y desagregación geográfica:</b> Estatal.</p> <p><b>Periodicidad:</b> Semestral</p> <p><b>Fecha de publicación:</b> Agosto del año posterior al que se construye el indicador</p>	<p>1. Las unidades médicas envían al personal adecuado a las capacitaciones</p>																
Periodo	Meta	Verde			Amarillo		Rojo																																											
		Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta																																											
1	45,000	42,750	47,250	40,500	42,750	40,500	47,250																																											
2	95,000	90,250	99,750	85,500	90,250	85,500	99,750																																											
Actividad 3.1	Jurisdicciones y unidades hospitalarias con recursos humanos en formación son supervisadas	<p><b>Nombre del indicador:</b> Porcentaje de jurisdicciones y hospitales supervisados con recursos humanos en formación</p> <p><b>Definición</b> Se refiere al porcentaje de jurisdicciones y hospitales bajo supervisión, y que cuentan con recursos humanos en formación</p> <p><b>Tipo de indicador:</b> Gestión.</p> <p><b>Dimensión a medir:</b> Eficacia.</p> <p><b>Ámbito de la medición:</b> Procesos.</p> <p><b>Método de cálculo:</b> (Jurisdicciones y hospitales con recursos humanos en formación supervisados / Total de jurisdicciones y hospitales con recursos humanos en formación) X 100</p> <p><b>Valor línea Base:</b> 78%</p> <p><b>Año línea Base:</b> 2012</p> <p><b>Periodicidad:</b> Trimestral</p> <p><b>Periodos/ Metas:</b> 1 = 20, 2 = 45, 3 = 70, 4 = 95</p> <p><b>Parámetros de semaforización</b></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>Desde</th> <th>Hasta</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>20,000</td> <td>18,000</td> <td>21,000</td> <td>17,000</td> <td>18,000</td> <td>17,000</td> <td>21,000</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>45,000</td> <td>40,500</td> <td>49,500</td> <td>39,500</td> <td>40,500</td> <td>39,500</td> <td>49,500</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>70,000</td> <td>63,000</td> <td>73,500</td> <td>59,500</td> <td>63,000</td> <td>59,500</td> <td>73,500</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>95,000</td> <td>85,500</td> <td>99,750</td> <td>80,750</td> <td>85,500</td> <td>80,750</td> <td>99,750</td> </tr> </tbody> </table>	Periodo	Meta	Verde		Amarillo		Rojo		Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta	1	20,000	18,000	21,000	17,000	18,000	17,000	21,000	2	45,000	40,500	49,500	39,500	40,500	39,500	49,500	3	70,000	63,000	73,500	59,500	63,000	59,500	73,500	4	95,000	85,500	99,750	80,750	85,500	80,750	99,750	<p><b>Nombre de la fuente de información:</b> Sistema de información de recursos humanos en formación (SIASS). <a href="http://dgces.salud.gob.mx/siass">http://dgces.salud.gob.mx/siass</a></p> <p><b>Área responsable:</b> Dirección de calidad y educación en salud (DCES). Departamento de formación de recursos humanos. Secretaría de salud del estado.</p> <p><b>Disponibilidad:</b> Pública</p> <p><b>Unidad de análisis:</b> Jurisdicciones y hospitales.</p> <p><b>Cobertura y desagregación geográfica:</b> Estatal.</p> <p><b>Periodicidad:</b> Trimestral</p> <p><b>Fecha de publicación:</b> Agosto del año posterior al que se construye el indicador</p>	<p>El organismo de control y supervisión realiza cada semana recorridos de evaluación y medición del desarrollo del Recurso Humano en formación</p>
Periodo	Meta	Verde			Amarillo		Rojo																																											
		Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta																																											
1	20,000	18,000	21,000	17,000	18,000	17,000	21,000																																											
2	45,000	40,500	49,500	39,500	40,500	39,500	49,500																																											
3	70,000	63,000	73,500	59,500	63,000	59,500	73,500																																											
4	95,000	85,500	99,750	80,750	85,500	80,750	99,750																																											
Actividad 3.2	Recursos humanos en formación con dotación de uniformes y material bibliohemerográfico	<p><b>Nombre del indicador:</b> Porcentaje de recursos humanos en formación con dotación de uniformes y material bibliohemerográfico</p> <p><b>Definición</b> Se refiere al porcentaje de recurso humano en formación, con dotación de uniformes y material bibliohemerográfico</p> <p><b>Tipo de indicador:</b> Gestión.</p> <p><b>Dimensión a medir:</b> Eficacia.</p> <p><b>Ámbito de la medición:</b> Procesos.</p> <p><b>Método de cálculo:</b> (Médicos internos y residentes en formación con dotación de uniformes y material bibliohemerográfico / Total de médicos internos y residentes en formación) X 100</p> <p><b>Valor línea Base:</b> 100%</p> <p><b>Año línea Base:</b> 2012</p> <p><b>Periodicidad:</b> Anual</p> <p><b>Periodos/ Metas:</b> 1 = 100</p> <p><b>Parámetros de semaforización</b></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>Desde</th> <th>Hasta</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>100,00</td> <td>85,000</td> <td>100,100</td> <td>80,000</td> <td>85,000</td> <td>80,000</td> <td>100,100</td> </tr> </tbody> </table>	Periodo	Meta	Verde		Amarillo		Rojo		Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta	1	100,00	85,000	100,100	80,000	85,000	80,000	100,100	<p><b>Nombre de la fuente de información:</b> Sistema de información de recursos humanos en formación (SIASS). Secretaría de Salud del Estado. Solicitud de requisición y plantillas de recepción de uniformes.</p> <p><b>Área responsable:</b> Dirección de calidad y educación en salud. Departamento de formación de recursos humanos para la salud.</p> <p><b>Disponibilidad:</b> Pública</p> <p><b>Unidad de análisis:</b> Dotación de uniformes y material</p> <p><b>Cobertura y desagregación geográfica:</b> Estatal.</p> <p><b>Periodicidad:</b> Anual</p> <p><b>Fecha de publicación:</b> Abril del año posterior al que se construye el indicador.</p>	<p>El Personal realiza sus actividades con seguridad y confianza con uniformes y equipos acordes a sus tareas y entrenados para tal fin</p>																								
Periodo	Meta	Verde			Amarillo		Rojo																																											
		Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta																																											
1	100,00	85,000	100,100	80,000	85,000	80,000	100,100																																											

Nivel	Objetivo	Indicadores	Medios de Verificación	Supuestos																						
Actividad 3.3	Participación de los recursos humanos en la formación en la elaboración y difusión de proyectos de investigación orientados a las ciencias de la salud	<p><b>Nombre del indicador:</b> Porcentaje de difusión de proyectos de investigación en eventos científicos</p> <p><b>Definición</b> Se refiere al porcentaje de los proyectos de investigación, que fueron elaborados y presentados en congresos o foros científicos, en materia de salud por los recursos humanos en formación.</p> <p><b>Tipo de indicador:</b> Gestión.</p> <p><b>Dimensión a medir:</b> Eficacia.</p> <p><b>Ámbito de la medición:</b> Procesos.</p> <p><b>Método de cálculo:</b> (Proyectos de investigación presentados en eventos científicos / Total de proyectos registrados) X 100</p> <p><b>Valor línea Base:</b> 10%</p> <p><b>Año línea Base:</b> 2012</p> <p><b>Periodicidad:</b> Anual</p> <p><b>Periodos/ Metas:</b> 1 =25</p> <p><b>Parámetros de semaforización</b></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>Desde</th> <th>Hasta</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>25,000</td> <td>23,750</td> <td>27,500</td> <td>22,500</td> <td>23,750</td> <td>22,500</td> <td>27,500</td> </tr> </tbody> </table>	Periodo	Meta	Verde		Amarillo		Rojo		Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta	1	25,000	23,750	27,500	22,500	23,750	22,500	27,500	<p><b>Nombre de la fuente de información:</b> Base de datos estatal de registros de proyectos de investigación. Dirección de calidad y educación en salud. Departamento de investigación.</p> <p><b>Área responsable:</b> Dirección de calidad y educación en salud. Departamento de investigación.</p> <p><b>Disponibilidad:</b> Pública</p> <p><b>Unidad de análisis:</b> Proyectos de investigación</p> <p><b>Cobertura y desagregación geográfica:</b> Estatal.</p> <p><b>Periodicidad:</b> Anual</p> <p><b>Fecha de publicación:</b> Agosto del año posterior al que se construye el indicador.</p>	El recurso humano especializado realiza investigaciones periódicas en materia de salud, difundiendo y publicando resultados para uso interno y externo de la Secretaría de Salud.
Periodo	Meta	Verde			Amarillo		Rojo																			
		Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta																			
1	25,000	23,750	27,500	22,500	23,750	22,500	27,500																			
Actividad 3.4	Proyectos de investigación científica en ciencias de la salud, difundidos y publicados.	<p><b>Nombre del indicador:</b> Porcentaje de publicación y distribución de la revista salud en Tabasco</p> <p><b>Definición</b> Se refiere al porcentaje de publicación y distribución de la revista salud en Tabasco, en relación con las ediciones programadas de dicha revista.</p> <p><b>Tipo de indicador:</b> Gestión.</p> <p><b>Dimensión a medir:</b> Eficacia.</p> <p><b>Ámbito de la medición:</b> Procesos.</p> <p><b>Método de cálculo:</b> (Revistas editadas y distribuidas / Total de revistas programadas) X 100.</p> <p><b>Valor línea Base:</b> 100%</p> <p><b>Año línea Base:</b> 2012</p> <p><b>Periodicidad:</b> Anual</p> <p><b>Periodos/ Metas:</b> 1 = 100</p> <p><b>Parámetros de semaforización</b></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>Desde</th> <th>Hasta</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>100,000</td> <td>65,000</td> <td>100,100</td> <td>60,000</td> <td>65,000</td> <td>60,000</td> <td>100,100</td> </tr> </tbody> </table>	Periodo	Meta	Verde		Amarillo		Rojo		Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta	1	100,000	65,000	100,100	60,000	65,000	60,000	100,100	<p><b>Nombre de la fuente de información:</b> Página Web de la Secretaría de Salud del Estado. Sección denominada "Revista Salud en Tabasco". www.saludtab.gob.mx.</p> <p><b>Área responsable</b> Dirección de calidad y educación en salud. Departamento de investigación. Secretaría de salud del estado.</p> <p><b>Disponibilidad:</b> Pública</p> <p><b>Unidad de análisis:</b> Publicación y distribución de revistas</p> <p><b>Cobertura y desagregación geográfica:</b> Estatal.</p> <p><b>Periodicidad:</b> Anual</p> <p><b>Fecha de publicación:</b> Noviembre del año posterior al que se construye el indicador.</p>	<p>1. Los usuarios de los servicios de salud se interesan por los artículos Y/o actualizaciones difundidas y publicadas en materia de salud.</p> <p>2. Los Trabajadores asisten constantemente a capacitaciones en investigación científica en salud</p>
Periodo	Meta	Verde			Amarillo		Rojo																			
		Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta																			
1	100,000	65,000	100,100	60,000	65,000	60,000	100,100																			

### Matriz de Indicadores para Resultados Actual E048 - Calidad en la Atención Médica 2020

UNIDAD RESPONSABLE		08000000 - SECRETARÍA DE SALUD					
PROGRAMA PRESUPUESTARIO		E048 - CALIDAD EN LA ATENCIÓN MÉDICA					
DEFINICIÓN DE PROGRAMA			BENEFICIARIOS				
RESPONSABLE	Dra. Silvia Guillermina Roldán Fernández		POBLACIÓN	TIPO	Mujeres	Hombres	Total
RECURSO	Mixto		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, mediante el establecimiento de calidad en los servicios de atención médica			La primera opción de los usuarios son los centros y unidades de servicios de atención médica de la Secretaría de Salud.			
INDICADOR	TIPO/DIMENSIÓN/FRECUENCIA	MÉTODO DE CÁLCULO	FORMULA Y VARIABLES	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR INICIAL	VALOR PROGRAMADO	
Porcentaje de usuarios de servicios de salud que reciben atención médica de calidad	ESTRATÉGICO - EFICACIA - ANUAL	PORCENTUAL	NUAUM/TUAUM*100 TUAUM = TOTAL DE USUARIOS ATENDIDOS EN UNIDADES MÉDICAS	Resultado POBLACIÓN	100 1120000	95.83 1200000	

Mide el número de usuarios de los servicios que reciben atención médica de calidad			NUAUM = NÚMERO DE USUARIOS ATENDIDOS DE UNIDADES MÉDICAS	POBLACIÓN	1120000	1150000
<b>RESUMEN NARRATIVO</b>			<b>SUPUESTO</b>			
<b>PROPÓSITO</b>	La población del Estado accede a establecimientos de atención médica confiables y seguros		Certificación continua de las instituciones de salud pública			
<b>INDICADOR</b>	<b>TIPO/DIMENSIÓN/FRECUENCIA</b>	<b>MÉTODO DE CÁLCULO</b>	<b>FORMULA Y VARIABLES</b>	<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>	<b>VALOR INICIAL</b>	<b>VALOR PROGRAMADO</b>
Porcentaje de la población atendida en establecimientos con modelo de gestión de calidad Mide el porcentaje de la población la cual fue atendida mediante servicios con el modelo de gestión de calidad.	ESTRATÉGICO – EFICACIA – ANUAL.	PORCENTUAL	PAEMGS/PTA*100	Resultado	72	94.11
			PAEMGS = Población Atendida en Establecimiento con Modelo de Gestión de Calidad	POBLACIÓN	720000	
			PTA = POBLACIÓN TOTAL ATENDIDA	POBLACIÓN	1000000	850000
<b>INDICADORES DE COMPONENTES Y ACTIVIDADES</b>						
<b>RESUMEN NARRATIVO</b>			<b>SUPUESTO</b>			
<b>COMPONENTE</b>	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD IMPLEMENTADO		LAS INSTITUCIONES MEJORAN LOS TIEMPOS DE ATENCIÓN Y LA CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE			
<b>INDICADOR</b>	<b>TIPO/DIMENSIÓN/FRECUENCIA</b>	<b>MÉTODO DE CÁLCULO</b>	<b>FORMULA Y VARIABLES</b>	<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>	<b>VALOR INICIAL</b>	<b>VALOR PROGRAMADO</b>
Porcentaje de avances del Programa Operativo del Modelo de Gestión de Calidad en Salud Mide el porcentaje de avances de la implementación del Programa Operativo del Modelo de Gestión de Calidad	ESTRATÉGICO - EFICACIA – SEMESTRAL	PORCENTUAL	PEMG/TPIMG*100	Resultado	50	100
			TPIMG = Total de Procesos a Implementar del Modelo de Gestión de Calidad	PROGRAMAS	6	8
			PEMG = Procesos en Ejecución del Modelo de Gestión	PROCESOS	3	8
<b>RESUMEN NARRATIVO</b>			<b>SUPUESTO</b>			
<b>ACTIVIDAD</b>	VIGILANCIA Y CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONES DE MEJORA A TRAVÉS DE COCASEP					
<b>INDICADOR</b>	<b>TIPO/DIMENSIÓN/FRECUENCIA</b>	<b>MÉTODO DE CÁLCULO</b>	<b>FORMULA Y VARIABLES</b>	<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>	<b>VALOR INICIAL</b>	<b>VALOR PROGRAMADO</b>
Porcentaje de cumplimiento de mejoras en COCASEP Mide el porcentaje de acciones de mejora vigiladas y analizadas a través de los Comités de Calidad y Seguridad del Paciente.	GESTIÓN – EFICACIA – TRIMESTRAL	PORCENTUAL	NAMG/TAMG*100	Resultado	72.72	100
			TAMG = Total de Acuerdos de Mejora Generados	ACUERDOS	11	23
			NAMG = Número de Acuerdos de Mejora Cumplidos	ACUERDOS	8	23
<b>RESUMEN NARRATIVO</b>			<b>SUPUESTO</b>			
<b>ACTIVIDAD</b>	DESARROLLO DE PLANES Y PROYECTOS DE MEJORA					
<b>INDICADOR</b>	<b>TIPO/DIMENSIÓN/FRECUENCIA</b>	<b>MÉTODO DE CÁLCULO</b>	<b>FORMULA Y VARIABLES</b>	<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>	<b>VALOR INICIAL</b>	<b>VALOR PROGRAMADO</b>
Porcentaje de proyectos de mejora continua proporcionados Mide el porcentaje de proyectos para la mejora continua de los establecimientos de servicios de atención médica.	GESTIÓN – EFICACIA – TRIMESTRAL.	PORCENTUAL	NPDMC/TPMCP*100	Resultado	75	100
			TPMCP = Número de proyectos de mejora continua para la salud y seguridad del paciente desarrollados	PROCESOS	4	8
			NPDMC = Total de proyectos de los programas prioritarios	PROCESOS	3	8
<b>RESUMEN NARRATIVO</b>			<b>SUPUESTO</b>			
<b>ACTIVIDAD</b>	DISEÑO DE SERVICIOS CON BASE AL MODELO DE GESTIÓN					
<b>INDICADOR</b>	<b>TIPO/DIMENSIÓN/FRECUENCIA</b>	<b>MÉTODO DE CÁLCULO</b>	<b>FORMULA Y VARIABLES</b>	<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>	<b>VALOR INICIAL</b>	<b>VALOR PROGRAMADO</b>
Porcentaje de servicios con diseño en el modelo de gestión de calidad en salud Mide la implementación del modelo de gestión de calidad en los servicios brindados por los establecimientos de salud.	GESTIÓN – EFICACIA – TRIMESTRAL.	PORCENTUAL	NSMG/TSEM*100	Resultado	75	100
			NSMG = Número de Servicios con base al Modelo de Gestión	SERVICIOS	3	8
			TSEM = Total de servicios de Establecimientos Médicos	SERVICIOS	4	8

## Anexo 5

### “Fichas técnicas de los indicadores de la MIR”.

#### Objetivos de la MIR del Programa Presupuestario “E048”

NO.	NIVEL	INDICADOR	OBJETIVO
1	Fin	Porcentaje de usuarios de servicios de salud que reciben atención médica de calidad	Contribuir a impulsar políticas públicas que promuevan la vigilancia, promoción, prevención y control de los principales problemas de salud pública del estado, mediante el establecimiento de calidad en los servicios de atención médica
2	Propósito	Porcentaje de la población atendida en establecimientos con modelo de gestión de calidad	La población del Estado accede a establecimientos de atención médica confiables y seguros
3	Componente C01	Porcentaje de avances del Programa Operativo del Modelo de Gestión de Calidad en Salud	Modelo de gestión de calidad en establecimientos de salud implementado
4	Actividad C0101	Porcentaje de cumplimiento de mejoras en COCASEP	Vigilancia y cumplimiento de las acciones de mejora a través de COCASEP
4	Actividad C0102	Porcentaje de proyectos de mejora continua proporcionados	Desarrollo de planes y proyectos de mejora
5	Actividad C0103	Porcentaje de servicios con diseño en el modelo de gestión de calidad en salud	Diseño de servicios con base al modelo de gestión

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

#### Indicadores del Fin

<b>Nombre</b>	Porcentaje de usuarios de servicios de salud que reciben atención médica de calidad
<b>Definición</b>	Mide el número de usuarios de los servicios que reciben atención médica de calidad
<b>Supuesto</b>	La primera opción de los usuarios son los centros y unidades de servicios de atención médica de la Secretaría de Salud
<b>Método de Cálculo</b>	Porcentual
<b>Unidad de Medida</b>	Población
<b>Frecuencia de Medición del Indicador</b>	Anual
<b>Línea Base y año del indicador</b>	100/ 2019
<b>Meta del Indicador</b>	95.83

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

#### Indicadores del PROPOSITO

<b>Nombre</b>	Porcentaje de la población atendida en establecimientos con modelo de gestión de calidad
<b>Definición</b>	Mide el porcentaje de la población la cual fue atendida mediante servicios con el modelo de gestión de calidad

<b>Supuesto</b>	Certificación continua de las instituciones de salud pública
<b>Método de Cálculo</b>	Porcentual
<b>Unidad de Medida</b>	Población
<b>Frecuencia de Medición del Indicador</b>	Anual
<b>Línea Base y año del indicador</b>	72 / 2019
<b>Meta del Indicador</b>	94.11

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

### Indicadores del COMPONENTE C01

<b>Nombre</b>	Porcentaje de avances del Programa Operativo del Modelo de Gestión de Calidad en Salud
<b>Definición</b>	Mide el porcentaje de avances de la implementación del Programa Operativo del modelo de gestión de calidad
<b>Supuesto</b>	Las instituciones mejoran los tiempos de atención y la calidad y seguridad del paciente.
<b>Método de Cálculo</b>	Porcentual
<b>Unidad de Medida</b>	Programas / Procesos
<b>Frecuencia de Medición del Indicador</b>	Semestral
<b>Línea Base y año del indicador</b>	50/ 2019
<b>Meta del Indicador</b>	100
<b>Valor del indicador al cierre del año</b>	

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

### Indicadores del ACTIVIDAD C0101

<b>Nombre</b>	Porcentaje de cumplimiento de mejoras en COCASEP
<b>Definición</b>	Mide el porcentaje de acciones de mejora vigiladas y analizadas a través de los Comités de Calidad y Seguridad del Paciente
<b>Supuesto</b>	En el reporte denominado MATRIZ DE INDICADORES PARA RESULTADOS el campo de supuesto en el nivel de actividad viene en blanco
<b>Método de Cálculo</b>	Porcentual
<b>Unidad de Medida</b>	Acuerdos
<b>Frecuencia de Medición del Indicador</b>	Trimestral
<b>Línea Base y año del indicador</b>	72.72 / 2019
<b>Meta del Indicador</b>	100

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

### Indicadores del ACTIVIDAD C0102

<b>Nombre</b>	Porcentaje de proyectos de mejora continúa proporcionados
---------------	---

<b>Definición</b>	Mide el porcentaje de proyectos para la mejora continua de los establecimientos de servicios de atención médica
<b>Supuesto</b>	En el reporte denominado MATRIZ DE INDICADORES PARA RESULTADOS el campo de supuesto en el nivel de actividad viene en blanco
<b>Método de Cálculo</b>	Porcentual
<b>Unidad de análisis</b>	Procesos
<b>Frecuencia de Medición del Indicador</b>	Trimestral
<b>Línea Base y año del indicador</b>	75 / 2019
<b>Meta del Indicador</b>	100

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

### Indicadores del ACTIVIDAD C0103

<b>Nombre</b>	Porcentaje de servicios con diseño en el modelo de gestión de calidad en salud
<b>Definición</b>	Mide la implementación del modelo de gestión de gestión de calidad en los servicios brindados por los establecimientos de salud
<b>Supuesto</b>	En el reporte denominado MATRIZ DE INDICADORES PARA RESULTADOS el campo de supuesto en el nivel de actividad viene en blanco
<b>Método de Cálculo</b>	Porcentual
<b>Unidad de Medida</b>	Servicios
<b>Frecuencia de Medición del Indicador</b>	Trimestral
<b>Línea Base y año del indicador</b>	75 / 2019
<b>Meta del Indicador</b>	100

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

## Anexo 6

### "Indicadores".

<b>Nombre del Programa:</b>	<b>Calidad en la Atención Médica I</b>
<b>Modalidad:</b>	<b>E</b>
<b>Dependencia/Entidad:</b>	<b>Secretaria de Salud</b>
<b>Unidad Responsable:</b>	<b>Secretaria de Salud</b>
<b>Tipo de Evaluación:</b>	<b>Específica</b>
<b>Año de la Evaluación:</b>	<b>2019</b>

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
Fin	Porcentaje de usuarios de servicios de salud que reciben atención médica de calidad	Porcentual	Si	No	Si	No	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Propósito	Porcentaje de la población atendida en establecimientos con modelo de gestión de calidad	Porcentual	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Componente C01	Porcentaje de avances del Programa Operativo del Modelo de Gestión de Calidad en Salud	Porcentual	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Actividad C0101	Porcentaje de cumplimiento de mejoras en COCASEP	Porcentual	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si

Nivel de objetivo	Nombre del indicador	Método de cálculo	Claro	Relevante	Económico	Monitoreables	Adecuado	Definición	Unidad de medida	Frecuencia de medición	Línea base	Metas	Componento del
Actividad C0102	Porcentaje de proyectos de mejora continua proporcionados	Porcentual	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Actividad C0103	Porcentaje de servicios con diseño en el modelo de gestión de calidad en salud	Porcentual	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si

## Anexo 7

### “Metas del Programa”.

<b>Nombre del Programa:</b>	<b>Calidad en la Atención Médica</b>
<b>Modalidad:</b>	<b>E</b>
<b>Dependencia/Entidad:</b>	<b>Secretaria de Salud</b>
<b>Unidad Responsable:</b>	<b>Secretaria de Salud</b>
<b>Tipo de Evaluación:</b>	<b>Específica</b>
<b>Año de la Evaluación:</b>	<b>2019</b>

Nivel de objetivo	Nombre del indicador	Meta	Unidad de medida	Orientada a impulsar el desempeño	Justificación	Factible	Justificación	Propuesta de mejora de la meta
<b>Fin</b>	Porcentaje de usuarios de servicios de salud que reciben atención médica de calidad	95.83	Sí	No	Se propone un descenso lo que va en contra de la Trayectoria descrita en la ficha técnica.	No	El indicador presenta deficiencias para su cálculo por lo que es imposible declarar su factibilidad	Revisar el indicador para que identifique los servicios de calidad y una vez establecido el parámetro establecer nuevas metas.
<b>Propósito</b>	Porcentaje de la población atendida en establecimientos con modelo de gestión de calidad	94.11	Sí	Sí	Se propone un incremento de 22 puntos conforme a Trayectoria descrita en la ficha técnica.	Sí	Es factible pues implementar el Modelo no es afectado por la falta de recursos económicos.	Debería medirse la efectividad del modelo, ya sea a través del seguimiento a certificaciones o auditorías internas.
<b>Componente C01</b>	Porcentaje de avances del Programa Operativo del Modelo de Gestión de Calidad en Salud	100	Sí	Sí	Se propone un incremento de 50 puntos conforme a Trayectoria descrita en la ficha técnica.	Sí	Es factible pues implementar el Modelo no es afectado por la falta de recursos económicos.	Los incrementos tan altos en metas deberían manejar de forma oficial una justificación.

<b>Actividad C0101</b>	Porcentaje de cumplimiento de mejoras en COCASEP	100	Sí	Sí	Se propone un incremento de 28 puntos conforme a Trayectoria descrita en la ficha técnica.	Sí	Es factible pues las mejoras de COCASEP son documentales conforme al Modelo de Gestión de Calidad.	Los incrementos tan altos en metas deberían manejar de forma oficial una justificación.
<b>Actividad C0102</b>	Porcentaje de proyectos de mejora continua proporcionados	100	Sí	Sí	Se propone un incremento de 25 puntos conforme a Trayectoria descrita en la ficha técnica.	Sí	Es factible pues ya se tienen identificadas las mejoras.	Los incrementos tan altos en metas deberían manejar de forma oficial una justificación.
<b>Actividad C0103</b>	Porcentaje de servicios con diseño en el modelo de gestión de calidad en salud	100	Sí	Sí	Se propone un incremento de 25 puntos conforme a Trayectoria descrita en la ficha técnica.	Sí	Es factible su elaboración es específica pero depende de los recursos internos diseñarla.	Los incrementos tan altos en metas deberían manejar de forma oficial una justificación.

## Anexo 8

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

UNIDAD RESPONSABLE	08000000 - SECRETARÍA DE SALUD
PROGRAMA PRESUPUESTARIO	E048 - CALIDAD EN LA ATENCIÓN MÉDICA

DEFINICIÓN DE PROGRAMA			BENEFICIARIOS				
RESPONSABLE	Dra. Silvia Guillermina Roldán Fernández		POBLACIÓN	TIPO	Mujeres	Hombres	Total
RECURSO	Mixto		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, mediante el establecimiento de calidad en los servicios de atención médica			La primera opción de los usuarios son los centros y unidades de servicios de atención médica de la Secretaría de Salud.			
INDICADOR	TIPO/DIMENSIÓN/FRECUENCIA	MÉTODO DE CÁLCULO	FORMULA Y VARIABLES	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR INICIAL	VALOR PROGRAMADO	
Satisfacción del Cliente Mide el grado de satisfacción del cliente a través de encuestas del servicio	ESTRATÉGICO - EFICACIA - ANUAL	PORCENTUAL	NUAUM/TUAUM*100	Resultado	100	95.83	
			TUAUM = TOTAL DE USUARIOS ATENDIDOS EN UNIDADES MÉDICAS	POBLACIÓN	1120000	1200000	
			NUAUM = NÚMERO DE USUARIOS ATENDIDOS DE UNIDADES MÉDICAS	POBLACIÓN	1120000	1150000	
RESUMEN NARRATIVO			SUPUESTO				
PROPÓSITO	La población del Estado accede a establecimientos de atención médica confiables y seguros			"Instituciones de Salud operan sus procesos conforme al Modelo de Gestión de Calidad".			
INDICADOR	TIPO/DIMENSIÓN/FRECUENCIA	MÉTODO DE CÁLCULO	FORMULA Y VARIABLES	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR INICIAL	VALOR PROGRAMADO	
Porcentaje de la población atendida en establecimientos con modelo de gestión de calidad Mide el porcentaje de la población la cual fue atendida mediante servicios con el modelo de gestión de calidad.	ESTRATÉGICO - EFICACIA - ANUAL	PORCENTUAL	PAEMGS/PTA*100	Resultado	72	94.11	
			PAEMGS = Población Atendida en Establecimiento con Modelo de Gestión de Calidad	POBLACIÓN	720000		
			PTA = POBLACIÓN TOTAL ATENDIDA	POBLACIÓN	1000000	850000	
INDICADORES DE COMPONENTES Y ACTIVIDADES							
RESUMEN NARRATIVO			SUPUESTO				
COMPONENTE	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD IMPLEMENTADO			LAS INSTITUCIONES MEJORAN LOS TIEMPOS DE ATENCIÓN Y LA CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE			
C01							
INDICADOR	TIPO/DIMENSIÓN/FRECUENCIA	MÉTODO DE CÁLCULO	FORMULA Y VARIABLES	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR INICIAL	VALOR PROGRAMADO	
Porcentaje de avances del Programa Operativo del Modelo de Gestión de Calidad en Salud Mide el porcentaje de avances de la implementación del Programa Operativo del Modelo de Gestión de Calidad	ESTRATÉGICO - EFICACIA - SEMESTRAL	PORCENTUAL	PEMG/TPIMG*100	Resultado	50	100	
			TPIMG = Total de Procesos a Implementar del Modelo de Gestión de Calidad	PROGRAMAS	6	8	
			PEMG = Procesos en Ejecución del Modelo de Gestión	PROCESOS	3	8	
RESUMEN NARRATIVO			SUPUESTO				
ACTIVIDAD	VIGILANCIA Y CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONES DE MEJORA A TRAVES DE COCASEP						
C0101							
INDICADOR	TIPO/DIMENSIÓN/FRECUENCIA	MÉTODO DE CÁLCULO	FORMULA Y VARIABLES	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR INICIAL	VALOR PROGRAMADO	
Porcentaje de cumplimiento de mejoras en COCASEP Mide el porcentaje de acciones de mejora vigiladas y analizadas a través de los Comités de Calidad y Seguridad del Paciente.	GESTIÓN - EFICACIA - TRIMESTRAL	PORCENTUAL	NAMC/TAMG*100	Resultado	72.72	100	
			TAMG = Total de Acuerdos de Mejora Generados	ACUERDOS	11	23	
			NAMC = Número de Acuerdos de Mejora Cumplidos	ACUERDOS	8	23	
RESUMEN NARRATIVO			SUPUESTO				
ACTIVIDAD	DESARROLLO DE PLANES Y PROYECTOS DE MEJORA						
C0102							
INDICADOR	TIPO/DIMENSIÓN/FRECUENCIA	MÉTODO DE CÁLCULO	FORMULA Y VARIABLES	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR INICIAL	VALOR PROGRAMADO	
Porcentaje de proyectos de mejora continua proporcionados Mide el porcentaje de proyectos para la mejora continua de los establecimientos de servicios de atención médica.	GESTIÓN - EFICACIA - TRIMESTRAL	PORCENTUAL	NPDMC/TPMCP*100	Resultado	75	100	
			TPMCP = Número de proyectos de mejora continua para la salud y seguridad del paciente desarrollados	PROCESOS	4	8	
			NPDMC = Total de proyectos de los programas prioritarios	PROCESOS	3	8	
RESUMEN NARRATIVO			SUPUESTO				
ACTIVIDAD	DISEÑO DE SERVICIOS CON BASE AL MODELO DE GESTIÓN						
C0103							
INDICADOR	TIPO/DIMENSIÓN/FRECUENCIA	MÉTODO DE CÁLCULO	FORMULA Y VARIABLES	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR INICIAL	VALOR PROGRAMADO	
Porcentaje de servicios con diseño en el modelo de gestión de calidad en salud	GESTIÓN - EFICACIA - TRIMESTRAL	PORCENTUAL	NSMG/TSEM*100	Resultado	75	100	
			NSMG = Número de Servicios con base al Modelo de Gestión	SERVICIOS	3	8	

Mide la implementación del modelo de gestión de gestión de calidad en los servicios brindados por los establecimientos de salud.			TSEM = Total de servicios de Establecimientos Médicos	SERVICIOS	4	8
--	--	--	---	-----------	---	---

## Anexo 9

### “Gastos desglosados del programa y criterios de clasificación”.

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
	<b>Subtotal de Capítulo 1000</b>		
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		
<b>Subtotal de Capítulo 2000</b>			
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		
<b>Subtotal Capítulo 3000</b>			
4000: Transferencias, asignaciones, subsidios y otras ayudas	4100	TRANSFERENCIAS INTERNAS Y ASIGNACIONES AL SECTOR PÚBLICO	
	4200	TRANSFERENCIAS AL RESTO DEL SECTOR PÚBLICO	
	4300	SUBSIDIOS Y SUBVENCIONES	
	4400	AYUDAS SOCIALES	
	4500	PENSIONES Y JUBILACIONES	
	4600	TRANSFERENCIAS A FIDEICOMISOS, MANDATOS Y OTROS ANÁLOGOS	
	4700	TRANSFERENCIAS A LA SEGURIDAD SOCIAL	
	4800	DONATIVOS	
4900	TRANSFERENCIAS AL EXTERIOR		
<b>Subtotal Capítulo 4000</b>			
5000: Bienes Muebles e Inmuebles	5100	MOBILIARIO Y EQUIPO DE ADMINISTRACIÓN	Sin Información
	5200	MOBILIARIO Y EQUIPO EDUCACIONAL Y RECREATIVO	Sin Información
	5300	EQUIPO E INSTRUMENTAL MEDICO Y DE LABORATORIO	Sin Información
	5400	VEHÍCULOS Y EQUIPO DE TRANSPORTE	Sin Información
	5500	EQUIPO DE DEFENSA Y SEGURIDAD	Sin Información
	5600	MAQUINARIA, OTROS EQUIPOS Y HERRAMIENTAS	Sin Información
	5700	ACTIVOS BIOLÓGICOS	Sin Información
	5800	BIENES INMUEBLES	Sin Información
5900	ACTIVOS INTANGIBLES	Sin Información	
<b>Subtotal Capítulo 5000</b>			<b>2,373,156.41</b>
6000: Obras Públicas	6100	OBRA PÚBLICA EN BIENES DE DOMINIO PÚBLICO	
	6200	OBRA PÚBLICA EN BIENES PROPIOS	
	6300	PROYECTOS PRODUCTIVOS Y ACCIONES DE FOMENTO	
<b>Subtotal Capítulo 6000</b>			
<b>Metodología y criterios para clasificar cada concepto de gasto</b>			
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”.

<b>Nombre del Programa:</b>	<b>Calidad en la Atención Médica</b>
<b>Modalidad:</b>	<b>E</b>
<b>Dependencia/Entidad:</b>	<b>Secretaria de Salud</b>
<b>Unidad Responsable:</b>	<b>Secretaria de Salud</b>
<b>Tipo de Evaluación:</b>	<b>Especifica</b>
<b>Año de la Evaluación:</b>	<b>2019</b>

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 E048 Calidad en la Atención Médica; 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: <b>Evaluación Específica: del Diseño del Programa y la Matriz de Indicadores para Resultados del Programa Presupuestario E048 Calidad en la Atención Médica del Ejercicio Fiscal 2019 de la Secretaría de Salud del Estado de Tabasco.</b>	
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: <b>Lic. María del Carmen Castro Quintero</b>	Unidad administrativa: Directora de Planeación
1.5 Objetivo general de la evaluación <b>Evaluar el diseño del Programa presupuestario E048 Calidad en la Atención Médica, así como de su Matriz de Indicadores para Resultados con la finalidad de proveer información que retroalimente sus diseños, gestión y resultados</b>	
1.6 Objetivos específicos de la evaluación: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Analizar la justificación de la creación y diseño del programa;</li> <li>• Identificar y analizar su vinculación con la planeación sectorial y nacional;</li> <li>• Identificar a sus poblaciones y mecanismos de atención;</li> <li>• Analizar el funcionamiento y operación del padrón de beneficiarios y la entrega de apoyos;</li> <li>• Analizar la consistencia entre su diseño y la normatividad aplicable;</li> <li>• Identificar el registro de operaciones presupuestales y rendición de cuentas,</li> <li>• Identificar posibles complementariedades y/o coincidencias con otros programas federales, y</li> <li>• Analizar el diseño de la Matriz de Indicadores para Resultados de los Programas Presupuestarios.</li> </ul>	
1.7 Metodología utilizada en la evaluación:	
Instrumentos de recolección de información:	
Cuestionarios <input checked="" type="checkbox"/> Entrevistas <input checked="" type="checkbox"/> 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 E048 Calidad en la Atención Médica 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"> <li>• El Programa tiene definido el problema o necesidad que busca resolver con base en su Árbol de Problemas</li> <li>• 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</li> </ul>	

<p>2.2.2 Oportunidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El diseño del Programa cuenta con Árboles de Problema y de Objetivos</li> <li>• La Secretaria de Salud cuenta con un Manual General de Organización y un Manual de Procedimientos y se encuentran difundidos públicamente</li> </ul>
<p>2.2.3 Debilidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El Problema definido no se formuló como hecho negativo y no cuenta con magnitud del problema, población o área de enfoque, ubicación y plazo para su revisión.</li> <li>• El Programa Presupuestario no cuenta con un Diagnóstico que describa el Problema que busca atender.</li> <li>• El programa no cuenta con una justificación teórica o empírica documentada que sustente el tipo de intervención gubernamental que lleva a cabo</li> </ul>
<p>2.2.4 Amenazas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El programa no cuenta con una justificación teórica o empírica documentada que sustente el tipo de intervención gubernamental que lleva a cabo</li> <li>• 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</li> <li>• No se cuenta con información oficial o documento normativo que permita evidenciar la complementariedad con Programas Federales Complementariedades</li> </ul>
<p><b>3. Conclusiones y recomendaciones de la evaluación</b></p>
<p>3.1 Describir brevemente las conclusiones de la evaluación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El Programa no cuenta con un Diagnóstico.</li> <li>• El programa no cuenta con una justificación teórica o empírica documentada que sustente el tipo de intervención gubernamental que lleva a cabo.</li> <li>• 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".</li> <li>• 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</li> <li>• 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).</li> <li>• 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.</li> </ul>
<p>3.2 Describir las recomendaciones de acuerdo a su relevancia:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>2. 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.</li> <li>3. Evaluar la posibilidad de modificar el Supuesto a nivel Propósito por el siguiente: "Instituciones de Salud operan sus procesos conforme al Modelo de Gestión de Calidad".</li> <li>4. 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.</li> <li>5. Considerar implementar un indicador de satisfacción del cliente a nivel Fin para conocer el impacto en la sociedad de la operación del Programa.</li> <li>6. Evaluar la posibilidad de modificar ficha técnica del indicador del Nivel Fin para expresar de qué manera se va a discriminar la información para que los resultados expresen realmente las atenciones de calidad y no atenciones generales.</li> </ol>

7. Verificar que la trayectoria propuesta en las fichas técnicas sea congruente con el indicador y las metas propuestas.	
8. 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	
<b>4. Datos de la Instancia evaluadora</b>	
4.1 Nombre del coordinador de la evaluación: <b>Iván Eduardo Ramírez Urdaneta</b>	
4.2 Cargo: <b>Coordinador de la Evaluación</b>	
4.3 Institución a la que pertenece: <b>Instituto de Administración Pública de Tabasco A.C</b>	
4.4 Principales colaboradores: Ulises Alejandro Palomeque Cedano Analista de Datos: Bryan Lamas García.	
4.5 Correo electrónico del coordinador de la evaluación: <a href="mailto:evaluaciones@iaptabasco.org.mx">evaluaciones@iaptabasco.org.mx</a>	
4.6 Teléfono (con clave lada): <b>99 33 14 11 77</b>	
<b>5. Identificación del (los) programa(s)</b>	
5.1 Nombre del (los) programa(s) evaluado(s): Calidad en la Atención Médica	
5.2 Siglas: E048	
5.3 Ente público coordinador del (los) programa(s):	
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): Secretaria 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
<b>6. Datos de Contratación de la Evaluación</b>	
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: Secretaria de Salud.	
6.3 Costo total de la evaluación: \$88,235.01	
6.4 Fuente de Financiamiento: Gastos Corrientes.	
<b>7. Difusión de la evaluación</b>	
7.1 Difusión en internet de la evaluación:	
7.2 Difusión en internet del formato:	



---

 Teléfono 9933141177

 [www.iaptabasco.org.mx](http://www.iaptabasco.org.mx)

  @IAPTabascoac

 IAP Tabasco, A.C.