

“Informe Final de Evaluación de Diseño al programa E-094 Prevención y Atención a las Enfermedades Crónico Degenerativas y Envejecimiento, del ejercicio 2018: con base en indicadores estratégicos y de gestión.”

Contenido

1.	Introducción.....	3
	Objetivo general.....	4
	Objetivos específicos.....	4
2.	Características del programa.....	4
3.	Apartados de la evaluación del Diseño.....	10
	I. Análisis de la justificación de la creación y del diseño del programa.....	10
	II. Análisis de la contribución del programa a las metas y objetivos.....	16
	III. Análisis de la población potencial y objetivo y mecanismos de elegibilidad.....	25
	IV. Padrón de beneficiarios y mecanismos de atención.....	35
	V. Evaluación y análisis de la Matriz de Indicadores para Resultados.....	40
	VI. Presupuesto y rendición de cuentas.....	54
	VII. Análisis de posibles complementariedades y coincidencias con otros programas presupuestarios.....	58
4.	Análisis de fortalezas, oportunidades, debilidades, amenazas y recomendaciones.....	58
5.	Conclusiones.....	62
6.	Implementación del PbR-SED.....	64
	Ficha de evaluación de la MIR.....	64
	Anexo B.....	64
	Ficha de evaluación de indicadores.....	64
	Anexo C.....	65
	Cuestionario - diagnóstico.....	65
7.	Ficha técnica.....	66
8.	Anexos.....	67
	Anexo 3 “Matriz de Indicadores para Resultados del programa”;.....	67
	Anexo 4 “Indicadores”;.....	69
	Anexo 5 “Metas del programa”;.....	71
	Anexo 7 “Gastos desglosados del programa y criterios de clasificación”; y.....	72
	Anexo 8 “Complementariedad y coincidencias entre programas presupuestarios.....	73
	Anexo 9 “Fichas de evaluación de la MIR.”.....	73
	Anexo 10 “Fichas de evaluación de Indicadores.....	83

1. Introducción

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 esta, para corregirlos, modificarlos, adicionarlos, reorientarlos o suspenderlos total o parcialmente.

En la evaluación de Diseño se busca identificar hallazgos y recomendaciones a partir del análisis de la congruencia del diseño del programa, mediante un análisis de gabinete con base en la normatividad de cada programa. Aunque la evaluación aporta información relevante para el proceso presupuestario, los usuarios de la evaluación, en primera instancia, son las dependencias y entidades a cargo de la operación de dichos programas. La información que brinda la Evaluación de Diseño permite tomar decisiones para mejorar la lógica interna de un programa, es decir, saber si su esquema actual contribuye a la solución del problema para el cual fue creado.

Los Lineamientos Generales para la Evaluación del Desempeño de los Programas Presupuestarios del Estado de Quintana Roo, publicado en el Periódico Oficial del Estado de Quintana Roo (18/02/2019), así como el Programa Anual de Evaluación (PAE) para el ejercicio fiscal 2019, donde se establecen las bases técnicas para implementar la estrategia de monitoreo y evaluación de los programas presupuestarios; la Evaluación de Diseño del Programa presupuestario E094—Prevención y atención de las enfermedades crónico degenerativas y envejecimiento, se realizó con base a los lineamientos emitidos por el CONEVAL, Términos de Referencia (TdR) elaborado por el Centro de Evaluación del Desempeño (CED) y la Metodología de Marco Lógico (MML) SHCP.

Objetivos de la evaluación.

Objetivo general.

Evaluar el diseño del programa (E094 – Prevención y atención a las enfermedades crónico degenerativas y envejecimiento) con la finalidad de proveer información que retroalimente su diseño, gestión y resultados.

Objetivos específicos.

- Analizar la justificación de la creación y diseño del programa;
- Identificar y analizar su vinculación con la planeación estatal y nacional y la normatividad aplicable;
- Identificar a sus poblaciones y mecanismos de atención;
- Analizar el funcionamiento y operación del padrón de beneficiarios y del servicio otorgado;
- Identificar el registro de operaciones presupuestales y rendición de cuentas, e;
- Identificar posibles complementariedades y/o coincidencias con otros programas presupuestarios.

2. Características del programa.

La atención de la salud requiere la participación de los diferentes niveles de gobierno, así como de las instituciones que conforman el sistema nacional de salud y los ciudadanos. Garantizar a la población de Quintana Roo acceso a los servicios de salud, de manera oportuna con un alto nivel de calidad y trato justo.

El Programa presupuestario tiene como objetivo Prevenir la morbilidad y la discapacidad por afecciones crónicas no transmisibles, Envejecimiento y accidentes en la Población del Estado de Quintana Roo.

1. Identificación del programa

Nombre: Prevención y Atención de las Enfermedades Crónico Degenerativas y Envejecimiento

Siglas:

Dependencia y/o entidad coordinadora: Servicios Estatales de Salud (SESA)

Año de inicio de operación:

2. Problema o necesidad que pretende atender

SESA cuenta con un programa institucional en cuyo diagnóstico se observa que los problemas relevantes que busca atender o resolver son:

Tabla 1. Problemas relevantes de SESA

PROBLEMA	CAUSAS
Diabetes mellitus	Sobrepeso / obesidad Sedentarismo Antecedentes familiares de diabetes mellitus (en primera línea) Recién nacidos con peso de 4 kg o más (riesgo para la madre) Perímetro abdominal mayor de 80 cm para las mujeres y 90 cm para los hombres Tabaquismo Edad mayor de 40 años (a mayor edad el riesgo se incrementa)
Hipertensión arterial	Sobrepeso / obesidad Sedentarismo Tabaquismo Estrés Consumo excesivo de sal
Sobrepeso / obesidad	Sedentarismo Dieta con alto consumo de carnes rojas, alimentos procesados y productos refinados Consumo de bebidas azucaradas Consumo regular de alimentos con alta carga energética Consumo regular de "comidas rápidas"

PROBLEMA	CAUSAS
Enfermedades transmitidas por vectores moscos (dengue, zika, Chikungunya, paludismo)	Presencia del mosquito vector Circulación del virus (en el caso del dengue, zika y chikungunya) Susceptibilidad de las personas Presencia del parásito (en el caso del paludismo) Presencia de criaderos positivos en casas y sitios públicos Incremento de la precipitación pluvial Almacenamiento de agua inadecuado Humedad relativa de moderada a alta Vivir en localidades de menos de 2,200 m sobre el nivel del mar
Accidentes de vehículos de motor	Factores relacionados con los automovilistas Velocidad excesiva Consumo de alcohol o drogas Cansancio Conducir durante la noche Uso del teléfono o de otros distractores al conducir Factores relacionados con el vehículo y su equipamiento Frenos en malas condiciones Falta de mantenimiento del vehículo Dirección del vehículo en malas condiciones Factores relacionados con el entorno Defectos en los señalamientos del camino Lluvia y neblina Carreteras en malas condiciones
Mortalidad materna	Edad menor de 15 años Enfermedad hipertensiva Falta de control prenatal Retraso en la atención hospitalaria

Fuente: Programa sectorial de salud pub. 2016-2022

3. Metas y objetivos estatales y nacionales a los que se vincula

Los dieciséis objetivos que comprende el Programa Sectorial de Salud Pública 2016-2022, están alineados al Eje 4 “Desarrollo Social y Combate a la Desigualdad”, Programa 24 Salud Pública del Plan Estatal de Desarrollo 2016-2022, a un objetivo del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, así como a cuatro objetivos del Programa Nacional de Salud 2013-2018, tal como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 2. Objetivos del Programa Nacional de Salud

Objetivos del Programa Sectorial de Salud Pública de Quintana Roo 2016-2022	Objetivos del Plan Estatal de Desarrollo de Quintana Roo 2016-2022	Objetivos del Programa Nacional de Salud 2013-2018	Objetivos del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018
5. Incrementar la detección y tratamiento oportuno de las enfermedades crónicas degenerativas.	Programa 24. Salud Pública Universal: Garantizar a la población de Quintana Roo acceso a los servicios de salud, de manera oportuna con un alto nivel de calidad y trato justo	1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades.	2.3 Asegurar el acceso a los servicios de salud.

4. Descripción de los objetivos del programa, así como de los bienes y/o servicios que ofrece.

El Programa presupuestario tiene como objetivo Contribuir para que la población de Quintana Roo cuente con acceso universal a los servicios de salud de manera oportuna, con un alto nivel de calidad y trato justo, mediante el impulso coordinado del sector salud para el fortalecimiento de Programas encaminados a la prevención y promoción de la salud. El servicio que ofrece es la población tratada y controlada por enfermedades crónicas no transmisibles.

5. Identificación y cuantificación de la población potencial, objetivo y atendida.

El Programa Sectorial de Salud Pública 2016-2022 del estado de Quintana Roo parte del reconocimiento de las necesidades de salud de la población, establece las prioridades en la atención de estas necesidades y plantea las acciones que se requieren implementar para lograr mejores condiciones de salud con igualdad para todos los habitantes de la entidad.

Considerando lo anterior el Programa Sectorial de Salud Pública 2016–2022 contiene un objetivo general que es garantizar a la población de Quintana Roo

acceso universal a los servicios de salud de manera oportuna, con un alto nivel de calidad y trato justo.

Los Servicios Estatales de Salud (SESA), la dirección de innovación y calidad y del departamento de estadísticas, presentan el informe de actividades del ejercicio correspondiente en la plataforma Sistema de Información en Salud (SIS) en el cual se puede consultar el cierre anual de actividades a nivel Estatal, que se encuentra en un documento digital Excel con nombre "*CIERRE ANUAL SIS 2018*".

(Fuente de información: <https://www.qroo.gob.mx/sesa/dic/estadisticas/plataforma-sis-2018>)

6. Cobertura y mecanismos de focalización

Si bien la cobertura geográfica responde a las necesidades de la población en cuanto al número de unidades de salud por indicador de habitantes, los retos actuales para Quintana Roo trascienden hacia ámbitos más complejos de acuerdo a las principales causas de enfermedad y muerte en el estado, las necesidades en salud requieren una reingeniería en la atención, en este sentido se plantean dos panoramas: el fortalecimiento hacia la prevención y promoción a la salud en el primer nivel de atención por medio de la vinculación estrecha con el autocuidado y fomento a la salud con modificación en estilos de vida y el acercar los servicios a la población vulnerable hasta su hogar, y por otro lado el fortalecimiento de la respuesta en las unidades hospitalarias.

La estructura demográfica representa la distribución por edad y sexo de una población. Esta estructura está íntimamente ligada a las condiciones de salud de un estado, y al comportamiento de la migración, y se ve afectada por los nacimientos, las defunciones y los movimientos migratorios.

En Quintana Roo, en 2015 residían 1, 501,562 personas (INEGI 2017) de las cuales 49.9% eran mujeres y 50.1% hombres.

La pirámide de población del estado de Quintana Roo muestra un estado “joven”, una disminución de la proporción de niños y adolescentes con respecto a los adultos de 20 a 34 años de edad, y una proporción de adultos mayores relativamente baja. (Fuente de información: INEGI. Encuesta 2015).

7. Presupuesto aprobado 2017 y 2018

El presupuesto aprobado para el programa E094-Prevención y Atención a las Enfermedades Crónico Degenerativas y el Envejecimiento para 2018 fue de \$7,063.900.00

Tabla 3. Presupuesto aprobado

Cve. Capítulo	Capítulo	Importe
3000	Servicios Generales	839,051.00
2000	Materiales y Suministros	6,224,849.00
		7,063,900.00

8. Principales metas de fin, propósito y componentes

El Programa presupuestario cuenta con las principales metas de acuerdo a la matriz de indicadores para resultados (MIR):

Fin: Contribuir para que la población de Quintana Roo cuente con acceso universal a los servicios de salud de manera oportuna, con un alto nivel de calidad y trato justo, mediante el impulso coordinado del Sector Salud para el fortalecimiento de Programas encaminados a la Prevención y Promoción de la Salud.

Propósito: La población de 20 años y más recibe acciones para la detección y tratamiento oportuno de las enfermedades crónicas no transmisibles y las alteraciones del envejecimiento, reduciendo las complicaciones.

Componente: Población tratada y controlada por enfermedades crónicas no transmisibles.

9. Valoración del diseño del programa respecto a la atención del problema o necesidad.

La manera en la que se ha diseñado el programa presupuestario es consistente con la problemática detectada. De la revisión de la Matriz de indicadores para resultados se observa que se cumple con la sintaxis de la MML. De igual forma se observa que los Resúmenes narrativos de las actividades se encuentran ordenadas de forma cronológica para la realización del componente.

Se recomienda a la Unidad responsable establecer medios de verificación que contengan nombre completo del documento que sustenta la información, del área que genera la información, periodicidad con que se genera el documento, así como de la página en donde se obtiene la información, con la finalidad de que sean los necesarios y suficientes para poder calcular el indicador.

3. Apartados de la evaluación del Diseño

I. 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.

Respuesta: Sí.

Nivel	Criterios
4	<ul style="list-style-type: none">• El programa tiene identificado el problema o necesidad que busca resolver,• El problema cumple con todas las características establecidas en la pregunta, y• El programa actualiza periódicamente la información para conocer la evolución del problema.

El problema o necesidad prioritaria que busca resolver el Programa presupuestario, se encuentra establecido en el Árbol de Problemas en donde se explica el problema central: “Muerte prematura e incapacidad de la población Quintanarroense en edad productiva, derivado de las complicaciones por las Enfermedades No Transmisibles, Envejecimiento y Accidentes”.

Dentro de las funciones del Subcomité Sectorial de Salud Pública se encuentran las sesiones cuatrimestrales con la finalidad de presentar y analizar los avances realizados en cada una de las instituciones que forman parte del sector, con énfasis en los temas incorporados en el Programa Sectorial de Salud Pública Quintana Roo 2016-2022.

Se presentarán y analizarán los resultados de indicadores estratégicos y de gestión establecidos dentro del Programa y con la aportación colegiada de los integrantes

para el logro de los objetivos, el trabajo en equipo y el fortalecimiento de los compromisos en salud para la atención de la población, se evaluará el avance alcanzado, de forma gradual hasta el cumplimiento de las metas del Gobierno del Estado en materia de salud.

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 su revisión y su actualización.**

Respuesta: Sí.

Nivel	Criterios
4	<ul style="list-style-type: none">• El programa cuenta con documentos, información y/o evidencias que le permiten conocer la situación del problema que pretende atender, y• El diagnóstico cumple con todas las características establecidas en la pregunta, y• El programa señala un plazo para la revisión y actualización de su diagnóstico en algún documento.

El programa presupuestario cuenta con un Diagnóstico Situación del Sector Salud del Estado de Quintana Roo 2018. El diagnóstico se elabora a partir de fuentes secundarias, es constituido por tres capítulos, en el primero se hace una breve descripción del modelo de determinantes sociales y de curso de la vida, en el segundo se hace un análisis descriptivo para conocer la demanda de servicios de salud de la población usuaria, identificando las necesidades de salud expresadas en

morbilidad, mortalidad y egresos hospitalarios por grupos de edad y sexo, agrupados con base en la estrategia de línea de vida, en el tercer capítulo, se aborda la distribución de la respuesta social organizada en términos de infraestructura, recursos humanos y la productividad.

También cuenta con un Programa Sectorial de Salud Pública Quintana Roo 2016-2018 dentro de las funciones del Subcomité Sectorial de Salud Pública se encuentran las sesiones cuatrimestrales con la finalidad de presentar y analizar los avances realizados en cada una de las instituciones que forman parte del sector, con énfasis en los temas incorporados en el Programa Sectorial de Salud Pública 2016-2022. En este marco se presentarán y analizarán los resultados de indicadores estratégicos y de gestión establecidos dentro del Programa y con la aportación colegiada de los integrantes para el logro de los objetivos, el trabajo en equipo y el fortalecimiento de los compromisos en salud para la atención de la población, se evaluará el avance alcanzado, de forma gradual hasta el cumplimiento de las metas del Gobierno del Estado en materia de salud.

En el árbol de problema del Programa Presupuestario, se identifican las siguientes causas y efectos:

Causas

1. Baja tasa de detección de cáncer de próstata.
2. Baja tasa de autocuidado en la población masculina mayor de 45 años.
3. Prácticas de Riesgo, alcoholismo y falta de cultura vial.
4. Malos hábitos de alimentación.
5. Sedentarismo.
6. Mal apego al tratamiento.
7. Descontrol de las enfermedades crónicas (Diabetes, Obesidad e Hipertensión).
8. Cetoacidosis diabética, estado hiperosmolar, hipoglicemia, insuficiencia renal, pérdida visual, amputaciones no traumáticas, complicaciones cardiovasculares como

infarto agudo al miocardio, insuficiencia cardiaca, evento vascular cerebral, accidente isquémico transitorio.

Efectos

1. Dificulta el crecimiento económico.
2. Incremento de la incidencia de Enfermedades No Transmisibles.
3. Reduce el potencial de desarrollo del estado.
4. Incremento del gasto público.

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

Respuesta: Sí.

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

El Programa Sectorial de Salud Pública 2016-2022 del estado de Quintana Roo parte del reconocimiento de las necesidades de salud de la población, establece las prioridades en la atención de estas necesidades y plantea las acciones que se

requieren implementar para lograr mejores condiciones de salud con igualdad para todos los habitantes de la entidad.

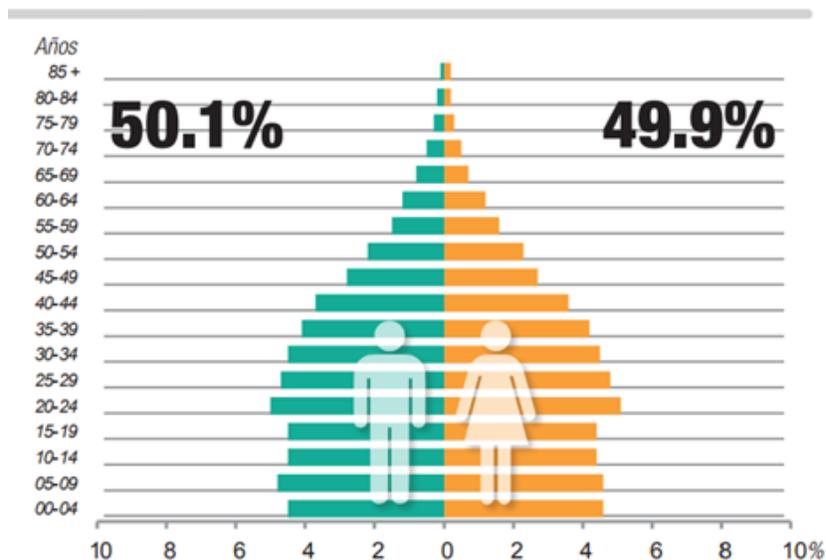
Dinámica poblacional

La estructura demográfica representa la distribución por edad y sexo de una población. Esta estructura está íntimamente ligada a las condiciones de salud de un estado, y al comportamiento de la migración, y se ve afectada por los nacimientos, las defunciones y los movimientos migratorios.

En Quintana Roo, en 2015 residían 1, 501,562 personas (INEGI 2017) de las cuales 49.9% eran mujeres y 50.1% hombres.

La pirámide de población del estado de Quintana Roo muestra un estado “joven”, una disminución de la proporción de niños y adolescentes con respecto a los adultos de 20 a 34 años de edad, y una proporción de adultos mayores relativamente baja.

Ilustración 1. Habitantes por edad y sexo

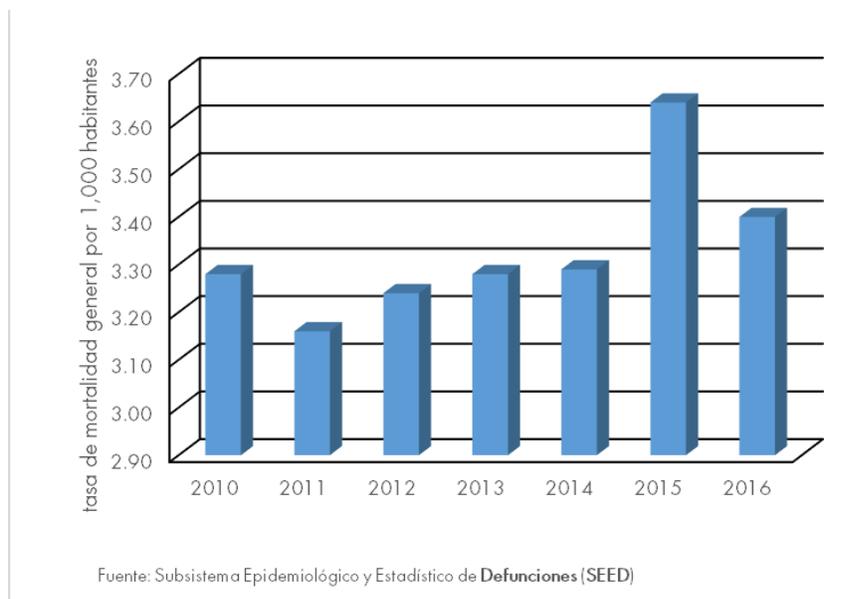


Fuente: INEGI. Encuesta Intercensal 2015.

La tasa global de fecundidad estimada en el 2015 fue de 2.04 y 29,256 nacimientos estimados para el mismo año (CONAPO 2017)

La tasa de mortalidad general de Quintana Roo para el año 2016 se estimó en 3.4 por 1,000 habitantes residentes de Quintana Roo. Se registraron 5,500 muertes de las cuales 3,294 fueron hombres y 2,191 mujeres. La razón de muertes hombre mujer fue de 1.5, lo que indica que por cada 15 hombres 10 mujeres mueren en Quintana Roo.

Ilustración 2. Mortalidad por lugar de residencia



II. Análisis de la contribución del programa a las metas y objetivos.

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

- a) Existen conceptos comunes entre el propósito y los objetivos del programa sectorial, especial o institucional, 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 o institucional.

Respuesta: Sí.

Nivel	Criterios
4	<ul style="list-style-type: none">• El programa cuenta con un documento en el que se establece la relación del Propósito con los objetivos(s) del programa sectorial, especial y/o institucional• Es posible determinar vinculación con todos los aspectos establecidos en la pregunta, y• El logro del Propósito es suficiente para el cumplimiento de alguna(s) de la(s) meta(s) de alguno(s) de los objetivos del programa sectorial, especial, institucional

El propósito del Programa presupuestario evaluado se puede identificar en la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR): “Detección oportuna de las enfermedades crónico degenerativas”.

Existe vinculación con los Objetivos del Programa Nacional de Salud 2013 - 2018:

Tabla 4. Alineación a los Objetivos Nacionales y Estatales

Objetivos del Programa Sectorial de Salud Pública de Quintana Roo 216-2022	Objetivos del Plan Estatal de Desarrollo de Quintana Roo 2016-2022	Objetivos del Programa Nacional de Salud 2013-2018	Objetivos del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018
5. Incrementar la detección y tratamiento oportuno de las enfermedades crónicas degenerativas.	Programa 24. Salud Pública Universal: Garantizar a la población de Quintana Roo acceso a los servicios de salud, de manera oportuna con un alto nivel de calidad y trato justo	1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades.	2.3 Asegurar el acceso a los servicios de salud.

Existen conceptos comunes entre el propósito del Programa presupuestario y los Objetivos del Programa Nacional de Salud 2013 - 2018.

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

No procede valoración cuantitativa.

El Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 (PND) del Gobierno de la República plantea lograr el desarrollo del país a través de cinco Metas Nacionales: México en paz, México incluyente, México con educación de calidad, México próspero y México con responsabilidad global. Uno de los objetivos de la meta Nacional México incluyente es asegurar el acceso a los servicios de salud.

Las metas y objetivos con las que se encuentra vinculado el Programa Presupuestario son los siguientes:

Vinculación con el Plan Nacional de Desarrollo 2013 – 2018:

Meta Nacional 2: México incluyente.

Objetivo 2.3. Asegurar el acceso a los servicios de salud.

Estrategia 2.3.1. Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal.

Líneas de acción:

- Garantizar el acceso y la calidad de los servicios de salud a los mexicanos, con independencia de su condición social o laboral.
- Fortalecer la rectoría de la autoridad sanitaria.
- Desarrollar los instrumentos necesarios para lograr una integración funcional y efectiva de las distintas instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud.
- Fomentar el proceso de planeación estratégica interinstitucional, e implantar un proceso de información y evaluación acorde con ésta.
- Contribuir a la consolidación de los instrumentos y políticas necesarias para una integración efectiva del Sistema Nacional de Salud.

En el Plan Estatal de Desarrollo 2016 – 2022 del estado de Quintana Roo presenta cinco ejes rectores: Desarrollo y Diversificación Económica con Oportunidades para Todos; Gobernabilidad, Seguridad y Estado de Derecho; Gobierno Moderno, Confiable y Cercano a la Gente; Desarrollo Social y Combate a la Desigualdad y Crecimiento Ordenado con Sustentabilidad Ambiental.

Vinculación al Plan Estatal de Desarrollo 2016 – 2022:

Eje estratégico 4. Desarrollo Social y Combate de la Desigualdad.

Programa 24. Salud Pública Universal.

Objetivo: Garantizar a la población de Quintana Roo acceso universal a los servicios de salud de manera oportuna, con un alto nivel de calidad y trato justo.

Estrategia: Ampliar y Fortalecer la red de prestación de servicios de salud a través de la infraestructura, equipamiento, abasto y personal, e impulsar de manera coordinada con el sector salud, programas encaminados a la prevención y promoción de la salud.

Meta: 100% de las unidades de salud equipadas, abastecidas y con personal suficiente, al término de la administración.

Líneas de acción:

1. Diseñar e implementar en coordinación con los gobiernos federal, municipales y organismos de la sociedad civil el programa médico en tu casa.
2. Fortalecer e incrementar la infraestructura, equipamiento y recursos humanos del primer y segundo nivel de atención médica.
3. Ampliar la red de unidades médicas móviles con el objetivo de mejorar la prestación de servicios de salud pública en todo el estado.
4. Reforzar las acciones intersectoriales orientadas a la promoción del autocuidado de la salud con énfasis en población de riesgo.
5. Operar con apoyo del sector educativo, iniciativa privada y padres de familia, un programa para prevenir, diagnosticar oportunamente y disminuir el sobre peso, la obesidad y la diabetes mellitus en la entidad.

6. Incorporar transversalmente la perspectiva de género y de derechos humanos en las políticas de salud y garantizar el acceso a una salud sexual y reproductiva integral en mujeres y hombres de Quintana Roo.
7. Fortalecer el programa integral de capacitación a parteras empíricas.
8. Promover acciones coordinadas con el sector salud, los diferentes niveles de gobierno y sociedad civil, orientada a la prevención y atención de infecciones de transmisión sexual y VIH.
9. Fortalecer las acciones encaminadas a la atención materna y perinatal en Quintana Roo.
10. Impulsar acciones Dirigidas a mejorar la salud bucal con énfasis en población en condiciones de vulnerabilidad.
11. Coordinar, con apoyo de las organizaciones de la sociedad civil y el sector educativo, un programa de prevención de suicidio y atención de la salud mental y las adicciones.
12. Impulsar acciones conjuntas entre gobierno y sociedad, de prevención, diagnóstico oportuno, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades crónico degenerativas.
13. Operar acciones coordinadas, entre el sector salud y los diferentes niveles de gobierno, así como la sociedad civil, dirigidas a la prevención, detección oportuna y mitigación del daño de las enfermedades transmitidas por vector,
14. Desarrollar, con la participación del sector salud, sector educativo y las organizaciones de la sociedad civil, líneas de investigación dirigidas a impulsar la solución de las necesidades de salud de la sociedad de Quintana Roo.

15. Consolidar el modelo de prevención de riesgos sanitarios, sanidad internacional y vigilancia epidemiológica en la entidad.
16. Impulsar el modelo de buenas prácticas de farmacovigilancia en las unidades de salud para fomentar el uso racional, efectividad y seguridad de medicamentos.
17. Abastecer de medicamento del cuadro básico a las unidades médicas estatales.
18. Mejorar la prestación de servicios de salud en unidades médicas a través de la acreditación.
19. Modernizar e incorporar las tecnologías de la información, comunicación y rehabilitar la infraestructura en materia de salud.
20. Desarrollar un programa de capacitación, información y sensibilización dirigido a los prestadores de servicios de salud para contribuir a brindar atención de calidad y de respeto.
21. Realizar un programa para fomentar la permanencia del personal de salud en las unidades médicas.
22. Consolidar los mecanismos de detección y atención de los principales tipos de cáncer en las mujeres y en los hombres de Quintana Roo.
23. Fortalecer las acciones de prevención específica en los grupos de mayor riesgo mediante la aplicación de productos biológicos.
24. Fortalecer la vigilancia, diagnóstico y tratamiento de las microbacteriosis y zoonosis en el Estado.

25. Promover la vinculación con los sectores públicos y privados para fortalecer la cobertura de servicios de salud en la entidad.
26. Regular y vigilar los servicios de atención médica del sector salud distintos a los que ofrece el gobierno estatal.
27. Atender las actividades administrativas, técnicas, jurídicas y de staff.

El Programa Sectorial de Salud 2013 – 2018 plantea seis grandes objetivos: acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades; acceso efectivo a servicios de salud con calidad; reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida; cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país; asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud y avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud.

Vinculación al Programa Sectorial de Salud Pública 2016 – 2022:

Temas 5. Prevención y Atención a las Enfermedades Crónicas Degenerativas.

Objetivo. Incrementar la detección y tratamiento oportuno de las enfermedades crónicas degenerativas.

Estrategia. Promover estilos de vida saludable y detección oportuna de factores de riesgo asociadas a enfermedades crónicas degenerativas.

Líneas de acción.

1. Operar con apoyo del sector educativo, iniciativa privada y padres de familia, un programa para prevenir, diagnosticar oportunamente y disminuir el sobrepeso, la obesidad y la diabetes mellitus en la entidad.

2. Impulsar acciones conjuntas entre gobierno y sociedad, de prevención, diagnóstico oportuno, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades crónico degenerativas.

6. ¿Cómo está vinculado el propósito del programa con los Objetivos de Desarrollo Sostenible?

No procede valoración cuantitativa.

El Propósito del Programa Presupuestario evaluado, están vinculados de manera indirecta, ya que el logro del propósito aporta al cumplimiento de al menos uno de los Objetivo del Desarrollo Sostenible:

Objetivo 3. Salud y Bienestar: “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”.

Metas del Objetivo 3

3.1 De aquí a 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos.

3.2 De aquí a 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos a 12 por cada 1.000 nacidos vivos y la mortalidad de los niños menores de 5 años al menos a 25 por cada 1.000 nacidos vivos.

3.3 De aquí a 2030, poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles.

3.4 De aquí a 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante su prevención y tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar

3.5 Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol.

3.6 De aquí a 2020, reducir a la mitad el número de muertes y lesiones causadas por accidentes de tráfico en el mundo

3.7 De aquí a 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.

III. Análisis de la población potencial y objetivo y mecanismos de elegibilidad.

Población potencial y objetivo.

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) 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.**

Respuesta: Sí.

Nivel	Criterios
4	<ul style="list-style-type: none">• El programa tiene definidas las poblaciones (potencial y objetivo), y• Las definiciones cumplen todas las características establecidas, y• Existe evidencia de que el programa actualiza (según su metodología) y utiliza las definiciones para su planeación.

El Programa Sectorial de Salud Pública 2016-2022 del estado de Quintana Roo parte del reconocimiento de las necesidades de salud de la población, establece las prioridades en la atención de estas necesidades y plantea las acciones que se requieren implementar para lograr mejores condiciones de salud con igualdad para todos los habitantes de la entidad.

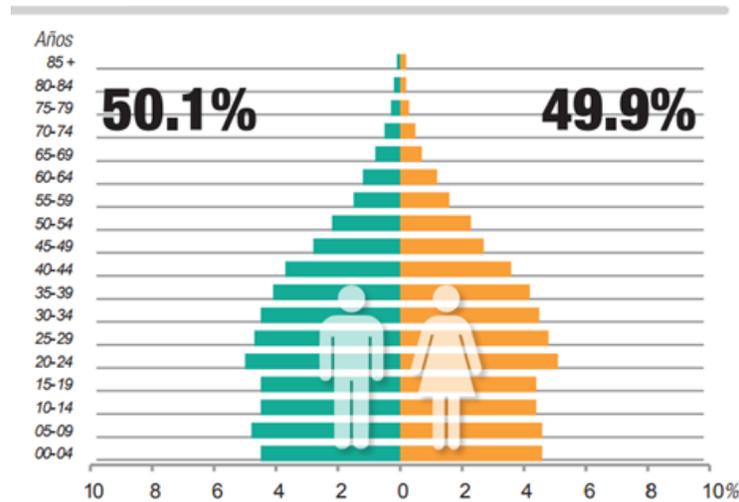
Dinámica poblacional

La estructura demográfica representa la distribución por edad y sexo de una población. Esta estructura está íntimamente ligada a las condiciones de salud de un estado, y al comportamiento de la migración, y se ve afectada por los nacimientos, las defunciones y los movimientos migratorios.

En Quintana Roo, en 2015 residían 1, 501,562 personas (INEGI 2017) de las cuales 49.9% eran mujeres y 50.1% hombres.

La pirámide de población del estado de Quintana Roo muestra un estado “joven”, una disminución de la proporción de niños y adolescentes con respecto a los adultos de 20 a 34 años de edad, y una proporción de adultos mayores relativamente baja.

Ilustración 3. Habitantes por edad y sexo



Fuente: INEGI. Encuesta Intercensal 2015.

El principal organismo de coordinación y concertación de acuerdo con Ley de Planeación de Desarrollo del Estado de Quintana Roo es el Comité de Planeación para el desarrollo del Estado (COPLADE), esta comisión permanente está integrada por el Titular del Poder Ejecutivo, el Titular de la Secretaría de Finanzas y Planeación, el Titular de la Secretaría de Hacienda, y los Titulares de las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Estatal e invitados como los Titulares de las Delegaciones Federales, los Titulares de las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Municipal, los Titulares de las Comisiones de los Sectores Público. Social y Privado, los demás que considere el Titular del Poder Ejecutivo.

De acuerdo con el apartado anterior, dentro de las funciones del Subcomité Sectorial de Salud Pública se encuentran las sesiones cuatrimestrales con la finalidad de presentar y analizar los avances realizados en cada una de las instituciones que forman parte del sector, con énfasis en los temas incorporados en el Programa Sectorial de Salud Pública 2016-2022. En este marco se presentarán y analizarán los resultados de indicadores estratégicos y de gestión establecidos dentro del Programa y con la aportación colegiada de los integrantes para el logro de los

objetivos, el trabajo en equipo y el fortalecimiento de los compromisos en salud para la atención de la población, se evaluará el avance alcanzado, de forma gradual hasta el cumplimiento de las metas del Gobierno del Estado en materia de salud.

La actualización del Programa Sectorial de Salud Pública 2016-2022 se realizará de acuerdo a lo estipulado en la Ley de Planeación del estado considerando el periodo que corresponde al segundo semestre del tercer año de la gestión administrativa, así como en el último semestre del sexto año de Gobierno de la administración, en cuyo caso comprenderá todo el período constitucional.

Mecanismos de elegibilidad.

8. ¿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.**

Respuesta: Sí.

Nivel	Criterios
4	<ul style="list-style-type: none">• La estrategia de cobertura cuenta con todas las características establecidas.

En el programa sectorial la cobertura universal de salud es la respuesta institucional ante las necesidades de la población y el acceso universal a la salud es el camino para que la población emplee sin discriminación alguna los servicios de salud; Al estar relacionados los servicios de salud son proporcionados de manera adecuada, oportuna y de calidad.

Para el estado de Quintana Roo en 2016 el número de establecimientos de salud fue de 258, las principales instituciones por número de unidades en orden decreciente fueron los Servicios Estatales de Salud (SESA) con 212 unidades, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) con 14 unidades y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) con 10 unidades.

El Sector cuenta con 212 unidades que se distribuyen en la geografía del estado a través de diferentes modalidades relacionadas con el nivel de complejidad y resolución en la atención en salud, el grado de especialización y el tipo de atención que se brinda. De acuerdo al Subsistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Salud (SINERHIAS) en 2016 se contaba con 4 de las principales modalidades, Unidades Móviles (17) Centros de Salud (168), Hospitales de Segundo Nivel e Integrales (10), Unidades de Especialidad Médica (17) para ofertar servicios de salud, la capacidad instalada del estado responde con 928 camas censables distribuidas en 423 del Instituto Mexicano de Seguridad Social, 412 de los Servicios Estatales de Salud y 29 del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Este indicador manifiesta que por cada 10,000 habitantes del estado se cuentan con 6 camas de hospital.

Si bien la cobertura geográfica responde a las necesidades de la población en cuanto al número de unidades de salud por indicador de habitantes, los retos actuales para Quintana Roo trascienden hacia ámbitos más complejos de acuerdo a las principales causas de enfermedad y muerte en el estado.

Dentro de las funciones del Subcomité Sectorial de Salud Pública se encuentran las sesiones cuatrimestrales con la finalidad de presentar y analizar los avances realizados en cada una de las instituciones que forman parte del sector, con énfasis en los temas incorporados en el Programa Sectorial de Salud Pública 2016-2022. En este marco se presentarán y analizarán los resultados de indicadores estratégicos y de gestión establecidos dentro del Programa y con la aportación colegiada de los

integrantes para el logro de los objetivos, el trabajo en equipo y el fortalecimiento de los compromisos en salud para la atención de la población, se evaluará el avance alcanzado, de forma gradual hasta el cumplimiento de las metas del Gobierno del Estado en materia de salud. La actualización del Programa Sectorial de Salud Pública 2016-2022 se realizará de acuerdo a lo estipulado en la Ley de Planeación del estado considerando el periodo que corresponde al segundo semestre del tercer año de la gestión administrativa, así como en el último semestre del sexto año de Gobierno de la administración, en cuyo caso comprenderá todo el período constitucional.

En la Matriz de Indicadores de Resultados (MIR) se puede observar que cuenta con dos componentes relacionados con el programa presupuestario.

Componente 1. Población tratada y controlada por enfermedades crónicas no transmisibles.

Componente 2. Población con detección oportuna realizada para enfermedades crónicas no transmisibles y alteraciones del envejecimiento.

De acuerdo con lo anterior, se considera que la información contenida en el Informe de Actividades es congruente con el Programa presupuestario, ya que define el objetivo del programa y se presentan datos de la población beneficiaria en formato Excel con el nombre: *CIERRE ANUAL SIS 2018*. el cual se puede consultar en la plataforma del sistema de información en salud (SIS) (<https://www.qroo.gob.mx/sesa/dic/estadisticas/plataforma-sis-2018>)

9. 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.**

Respuesta: Sí.

Nivel	Criterios
4	<ul style="list-style-type: none">• Los procedimientos para la selección de beneficiarios y/o proyectos tienen todas las características establecidas.

El Estado garantizará el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud, mediante la combinación de intervenciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación, seleccionadas en forma prioritaria según criterios de seguridad, eficacia, costo, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social. Como mínimo se deberán contemplar los servicios de consulta externa en el primer nivel de atención, así como de consulta externa y hospitalización para las especialidades básicas de: medicina interna, cirugía general, ginecoobstetricia, pediatría y geriatría, en el segundo nivel de atención.

Para la selección y otorgamiento de bienes o servicios se hará de acuerdo con los siguientes requisitos establecidos en la Ley General de Salud:

- I. Ser residentes en el territorio nacional.
- II. No ser derechohabientes de la seguridad social.
- III. Contar con Clave Única de Registro de Población.
- IV. Cubrir las cuotas familiares correspondientes, en los términos establecidos por el artículo 77 Bis 21 de la LGS.
- V. Cumplir con las obligaciones establecidas en este Título.

Los procedimientos para la selección de beneficiarios y/o proyectos estará integrado con la información contenida en los padrones de los Regímenes Estatales que componen el Sistema, validados e integrados de acuerdo con los lineamientos emitidos al efecto por la Comisión y de conformidad con lo establecido en el artículo 77 Bis 5 inciso A, fracción X de la Ley.

El Padrón será de tipo nominal y deberá contener, al menos, los siguientes elementos: nombre, apellido paterno, apellido materno, fecha de nacimiento, sexo, Clave Única del Registro de Población, domicilio actual, incluyendo localidad, municipio y entidad, posición en el hogar, clave única de identificación por familia asignada por la Comisión, vigencia de derechos, nivel de cuota familiar y el establecimiento para la atención médica de adscripción.

El Padrón estará sujeto a las normas de confidencialidad en los términos de lo previsto en los artículos 18, 20 y 21 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental y los artículos 5 y 38 de la Ley de Información Estadística y Geográfica, para lo cual la Comisión establecerá los mecanismos para su conformación, actualización y consulta.

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

- a) Corresponden a las características de la población objetivo;**
- b) Existen formatos definidos;**
- c) Están disponibles para la población objetivo;**
- d) Están apegados al documento normativo del programa.**

Respuesta: Sí.

Nivel	Criterios
4	<ul style="list-style-type: none">• El programa cuenta con procedimientos para recibir, registrar y dar trámite a las solicitudes de apoyo.• Los procedimientos cuentan con todas las características descritas.

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de protección social en salud:

La acreditación de los requisitos que se establecen en el artículo 77 Bis 7 de la Ley para los efectos de la incorporación de familias al Sistema buscará otorgar la mayor flexibilidad al solicitante, privilegiando la simple manifestación de los interesados, presumiéndose la buena fe.

En particular, de manera no limitativa, quienes pretendan incorporarse al Sistema, podrán acreditar el cumplimiento de dichos requisitos en los términos siguientes:

I. La residencia podrá demostrarse mediante la presentación de por lo menos un comprobante de domicilio;

II. La no derechohabiencia a instituciones de seguridad social se acreditará con la mera manifestación del solicitante;

III. En caso de que los solicitantes no cuenten con la Clave Única de Registro de Población, se solicitará el acta de nacimiento como documento temporal y con el propósito de que los Regímenes Estatales apoyen la gestión ante las autoridades correspondientes para que otorguen las facilidades necesarias para su obtención;

IV. Si tampoco se cuenta con acta de nacimiento, se podrá proceder conforme a los acuerdos que los gobiernos estatales establezcan con las autoridades del Registro Civil o del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral para la Familia para resolver esta situación, aceptándose la credencial de elector o carta de autoridad local como medio de identificación, en tanto se logra un registro oficial;

V. En lo relativo a cubrir las cuotas familiares correspondientes, se deberá proporcionar la información necesaria para la aplicación del instrumento de evaluación socioeconómica a que se refiere el artículo 125 de este Reglamento, y

VI. Para acreditar el pago de las cuotas familiares, en su caso, deberá exhibirse el recibo oficial correspondiente.

La carencia temporal de la documentación asociada a las fracciones I y III del artículo 77 Bis 7 de la Ley, no será impedimento para la incorporación de una familia o persona al Sistema.

En el caso en que los interesados en incorporarse al Sistema, no aporten la documentación comprobatoria del cumplimiento de los requisitos a que se refiere la Ley, los Regímenes Estatales, de manera provisional, podrán registrarlos hasta por un periodo de noventa días naturales; transcurrido dicho plazo sin que exista

comprobación del cumplimiento de los requisitos correspondientes, se tendrá por no presentada la solicitud de incorporación.

IV. Padrón de beneficiarios y mecanismos de atención.

Padrón de beneficiarios.

11. 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.**

Respuesta: Sí.

Nivel	Criterios
4	<ul style="list-style-type: none">• La información de los beneficiarios cumple con todas las características establecidas.

De conformidad con el artículo 7, fracción X de la Ley General de Salud le corresponde a la Secretaría de Salud promover el establecimiento del Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud.

En ese sentido, la Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012 en Materia de

Información en Salud, la cual tiene por objeto establecer los criterios y procedimientos que se deben seguir para producir, captar, integrar, procesar, sistematizar, evaluar y divulgar la Información en Salud y, en el numeral 6.1 prevé que la Secretaría de Salud es el órgano normativo y rector del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) y del Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud (SNIBMS) y, dentro sus atribuciones, tiene la facultad de fungir como el concentrador de toda la información que agrupan y difunden dichos Sistemas.

La coordinación de dichas funciones se ejerce por atribución de la DGIS y para la información de vigilancia epidemiológica, por conducto de la Dirección General de Epidemiología, de conformidad con las disposiciones jurídicas aplicables, impulsando la coordinación de los integrantes del SNS.

Por otro lado, la Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012 Sistemas de Registro Electrónico para la Salud. Intercambio de Información en Salud, tiene por objeto regular los Sistemas de Información de Registro Electrónico para la Salud, así como establecer los mecanismos para que los Prestadores de Servicios de Salud del Sistema Nacional de Salud registren, intercambien y consoliden información, la cual debe aplicarse de manera obligatoria en todo el territorio nacional para todos los establecimientos que presten servicios de atención médica que formen parte del Sistema Nacional de Salud que adopten un Sistema de Información de Registro Electrónico para la Salud, garantizando la confidencialidad de la identidad de los pacientes así como la integridad y confiabilidad de la información clínica y establecer las medidas de seguridad pertinentes y adecuadas a fin de evitar el uso ilícito o ilegítimo que pueda lesionar la esfera jurídica del titular de la información, cumpliendo también con lo establecido el primer capítulo de Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.

Por lo que las Guías y formatos para Intercambio de Información en salud son documentos técnicos enfocados en orientar a los Prestadores de Servicios de Salud en lograr Interoperabilidad Técnica e Interoperabilidad Semántica para escenarios concretos de intercambio de datos que involucren Sistemas de Información de Registro Electrónico en Salud (SIRES).

La información sobre los servicios otorgados, de acuerdo a los términos y procedimientos establecidos por la Secretaría a través de la DGIS.

Los servicios incluyen:

- a) Consulta externa;
- b) Hospitalización;
- c) Urgencias;
- d) Servicios de corta estancia;
- e) Servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, y
- f) Actividades que se realizan en la comunidad por personal auxiliar de salud.

Mecanismos de atención y entrega del apoyo.

12. Los procedimientos para otorgar los apoyos 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.**

Respuesta: Sí.

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

Ley general de salud:

ARTÍCULO 77 BIS 9. Para incrementar la calidad de los servicios, la Secretaría de Salud, los estados y el Distrito Federal, promoverán las acciones necesarias para que las unidades médicas de las dependencias y entidades de la administración pública, tanto federal como local, que se incorporen al Sistema de Protección Social en Salud provean como mínimo los servicios de consulta externa y hospitalización para las especialidades básicas de medicina interna, cirugía general, ginecoobstetricia, pediatría y geriatría, de acuerdo al nivel de atención, y acrediten previamente su calidad.

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de protección social en salud:

La acreditación de los requisitos que se establecen en el artículo 77 Bis 7 de la Ley para los efectos de la incorporación de familias al Sistema buscará otorgar la mayor flexibilidad al solicitante, privilegiando la simple manifestación de los interesados, presumiéndose la buena fe.

13. 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.

Los datos personales que se recaban en el formato de solicitud son: nombre, dirección, número de teléfono y correo electrónico, así como datos adicionales tales

como la fecha de nacimiento del solicitante, sexo, nivel escolar y profesión, estado civil, grupo de persona que se identifica, etnia, comportamiento sexual y factores de riesgo, uso de drogas inyectables, discriminación.

En cumplimiento a la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados para el Estado de Quintana Roo; los SESA, en su calidad de Sujeto Obligado, es la responsable del tratamiento de los Datos Personales que se obtengan a través de la solicitud de información, y serán utilizados para las siguientes finalidades:

- Brindar atención médica especializada para personas que viven con VIH, de manera gratuita.
- Distribución de medicamentos de manera gratuita (tratamiento antirretroviral).
- Atención psicológica.
- Dotación y acceso a insumos de prevención (preservativos, lubricantes, pruebas rápidas)
- Ayudas sociales.

La instancia ejecutora realiza acciones que permiten la medición, seguimiento y evaluación del Programa, a través de estos indicadores:

Indicador: 12O5IO1 – Detección oportuna de las enfermedades crónico degenerativas.

Formula: (Total de detecciones realizadas de enfermedades crónicas degenerativas en población mayor de 20 años/Total de detecciones programadas de sobrepeso, obesidad y diabetes) x 100.

Periodicidad: Anual.

Indicador: IC1CRONICOS – Acciones realizadas para tratamiento y control de enfermedades crónicas no transmisibles.

Formula: (Total de acciones realizadas para tratamiento y control de enfermedades crónicas no transmisibles/Total de acciones programadas a realizar para tratamiento y control de enfermedades crónicas no transmisibles) x 100.

Periodicidad: Semestral.

Indicador: IC2CRONICOS – Acciones realizadas para detección de enfermedades crónicas no transmisibles y alteraciones del envejecimiento.

Formula: (Total de acciones realizadas para detección de enfermedades crónicas no transmisibles y alteraciones del envejecimiento/Total de acciones programadas para detección de enfermedades crónicas no transmisibles y alteraciones del envejecimiento) x 100.

Periodicidad: Semestral.

V. Evaluación y análisis de la Matriz de Indicadores para Resultados.

De la lógica vertical de la Matriz de Indicadores para Resultados

14. 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.**

Respuesta: Sí.

Nivel	Criterios
4	<ul style="list-style-type: none">• Del 85 al 100% de las actividades cumplen con todas las características establecidas en la pregunta.

En la MIR del Programa presupuestario, se identifican los siguientes Componentes (C) con sus respectivas Actividades (A)

C.1 Población tratada y controlada por enfermedades crónicas no transmisibles

C.1. A. 1 Control de Diabetes Mellitus en población de 20 años y más no derechohabiente que se atienden en Unidad Médica Especializada en enfermedades Crónicas

C. 1. A. 2. Control de Diabetes Mellitus en población de 20 años y más no derechohabiente que se atienden en Centros de Salud

C. 1. A. 3 Control de Obesidad en población de 20 años y más no derechohabiente que se atienden en Centros de Salud

C. 1. A 4 Control de Hipertensión Arterial Sistémica en población de 20 años y más no derechohabiente que se atienden en Centros de Salud

C. 1. A. 5 Mejora del control de enfermedades crónicas a través de la acreditación de Grupos de Ayuda Mutua en Enfermedades Crónicas (GAMs EC)

C 2. Población con detección oportuna realizada para enfermedades crónicas no transmisibles y alteraciones del envejecimiento

C. 2. A. 1 Detección oportuna de Diabetes Mellitus en población de 20 años y más no derechohabiente

C. 2. A. 2 Detección oportuna de Obesidad y Riesgo Cardiovascular en población de 20 años y más no derechohabiente

C. 2. A. 3 Atención de enfermedades crónicas no transmisibles en unidades de especialidades médicas (UNEME EC)

C.2.A.4 Detección de sintomatología prostática en población masculina de 45 años o más sin derechohabiencia

C. 2. A. 5 Detección oportuna de síndromes geriátricos en la población de 60 años y más no derechohabiente

C. 2. A. 6 Prevención oportuna de condiciones crónicas derivadas de accidentes en la población en general

Con lo anterior, se observa que las Actividades se encuentran claramente especificadas, no obstante, algunas presentan oportunidad de mejora en la redacción para una fácil comprensión.

Las Actividades están enumeradas y relacionadas con su Componente respectivo, se observa que están ordenadas de manera cronológica de acuerdo con su realización.

Es importante mencionar que no existe una adecuada transición del Árbol de problemas, Árbol de objetivos y la MIR, lo que representa una oportunidad de mejora.

Se recomienda a la instancia ejecutora del Programa presupuestario, realizar una adecuada identificación de las causas y medios de acuerdo con lógica vertical del Programa y, lograr una transición con los arboles mencionados. anexo 3 “Matriz de Indicadores para Resultados del programa”.

15. 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.**

Respuesta: Sí.

Nivel	Criterios
4	<ul style="list-style-type: none">• Del 85 al 100% de los componentes cumplen con todas las características establecidas en la pregunta.

Los Componentes señalados en la MIR del Programa presupuestario son:

C.1 Población tratada y controlada por enfermedades crónicas no transmisibles

C 2. Población con detección oportuna realizada para enfermedades crónicas no transmisibles y alteraciones del envejecimiento

El objetivo del Propósito del Programa presupuestario es “La población de 20 años y más recibe acciones para la detección y tratamiento oportuno de las enfermedades crónicas no transmisibles y las alteraciones del envejecimiento, reduciendo las complicaciones.”; por lo que se consideran que los Componentes son bienes y servicios que genera el Programa y que aportan a la generación del Propósito.

Es importante mencionar que no existe una adecuada transición del Árbol de problemas, Árbol de objetivos y la MIR, lo que representa una oportunidad de mejora para que se cuente con Componentes claros y que atiendan a la problemática central Programa presupuestario.

Con respecto a los supuestos de cada nivel de la MIR, se observa que son elementos externos que estén fuera del control del Programa presupuestario.

Se recomienda guardar consistencia en los documentos programáticos, asimismo, se sugiere realizar una adecuada identificación y justificación de las relaciones causales, así como de los bienes y servicios que produce el Programa presupuestario. Además, para mejorar los supuestos, es recomendable identificar los elementos que incidan en el logro de los objetivos pero que se encuentren fuera del ámbito de gestión del programa presupuestario.

16. El propósito de la MIR cuenta con las siguientes características:

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

Respuesta: Sí.

Nivel	Criterios
4	<ul style="list-style-type: none">• El propósito cumple con todas las características establecidas en la pregunta.

El Propósito del Programa presupuestario es: “La población de 20 años y más recibe acciones para la detección y tratamiento oportuno de las enfermedades crónicas no transmisibles y las alteraciones del envejecimiento, reduciendo las complicaciones.”; por lo que se encuentra que es consecuencia directa del resultado de todos los Componentes y sus supuestos, pero no se observa relación, claridad y consistencia con los Árboles de Problema y de Objetivos y la MIR.

En el Propósito se considera que la población objetivo recibe acciones para la detección y tratamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles y alteraciones del envejecimiento.

El Propósito se establece como un resultado alcanzado. El logro no está controlado por los responsables del Programa presupuestario.

17. 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.**

Respuesta: Sí.

Nivel	Criterios
4	<ul style="list-style-type: none">• El fin cumple con todas las características establecidas en la pregunta.

El resumen narrativo del nivel Fin del Programa presupuestario consiste en: “Contribuir para que la población de Quintana Roo cuente con acceso universal a los servicios de salud de manera oportuna, con un alto nivel de calidad y trato justo, mediante el impulso coordinado del Sector Salud para el fortalecimiento de Programas encaminados a la Prevención y Promoción de la Salud.”

Es posible afirmar que se cumple con las características establecidas en esta pregunta, ya que se redacción es clara y el logro del propósito no es suficiente para alcanzar el objetivo definido a nivel fin, lo cual deriva en que su logro no esté controlado en su totalidad por la unidad responsable del Programa presupuestario.

Asimismo, se puede afirmar que es un logro único ya que se refiere a garantizar a la población de Quintana Roo acceso universal a los servicios de salud de manera oportuna, con un alto nivel de calidad y trato justo.

18. ¿En el documento normativo del programa es posible identificar el resumen narrativo de la MIR (fin, propósito, componentes y actividades)?

Respuesta: Sí.

Nivel	Criterios
4	<ul style="list-style-type: none">Algunas de las actividades, todos los componentes, el propósito y el fin de la MIR se identifican en los documentos normativos del programa.

La identificación del resumen narrativo de la MIR se encuentra en los siguientes documentos:

La constitución política de los estados unidos mexicanos.

Ley general de salud

La constitución política del estado libre y soberano de Quintana Roo

Ley de salud del estado de Quintana Roo

El Programa Sectorial de Salud Pública 2016 – 2022 contiene un objetivo general que es garantizar a la población de Quintana Roo acceso universal a los servicios de salud de manera oportuna, con un alto nivel de calidad y trato justo. *anexo 3 “Matriz de Indicadores para Resultados”*.

De la lógica horizontal de la Matriz de Indicadores para Resultados.

19. 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.**

Respuesta: Sí.

Nivel	Criterios
4	<ul style="list-style-type: none">• Del 85% al 100% de los indicadores del programa tienen las características establecidas.

Se observa que los componentes y las actividades presentan la característica de claridad y relevancia, sin embargo, se recomienda anexarle la liga a la página de la que se obtiene la información.

Finalmente, se recomienda establecer indicadores que sean Claros, Relevantes, Económicos, Monitoreables y Adecuados, de acuerdo con la Metodología del Marco Lógico y a lo establecido a nivel federal por la SHCP, así como de la Guía para la construcción de la MIR emitida por el CONEVAL. *anexo 4 "Indicadores"*.

20. 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).

Respuesta: Sí.

Nivel	Criterios
4	<ul style="list-style-type: none">• Del 85% al 100% de las fichas técnicas de los indicadores del programa tienen las características establecidas.

Se observa que en la ficha Técnica del Programa presupuestario cuenta con la información necesaria, los cuales son “los elementos mínimos para su adecuado seguimiento y evaluación” de acuerdo con la Guía para el diseño de la Matriz de Indicadores para Resultados, emitida por la SHCP. anexo 4 “Indicadores”.

Tabla 5. Formato ficha técnica, SIPPRES

IDENTIFICACIÓN DEL INDICADOR									
Indicador									
Descripción						Unidad Responsable de la Fuente del Indicador			
Método de Cálculo									
Referencias Adicionales									
Medios de Verificación									
Categoría	Dimensión	Periodicidad			Unidad de Medida del Indicador	¿Es para Cuenta Pública?			
VARIABLES									
Otro					Unidad de Medida				
METAS									
Línea Base	Año Meta	Meta Programada en el Año	Comportamiento del Indicador hacia la Meta		Tipo de Método	Semaforización			
Año:						Verde	Amarillo	Rojo	
Valor:									

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.

Respuesta: Sí.

Nivel	Criterios
4	<ul style="list-style-type: none"> Del 85% al 100% de las metas de los indicadores del programa tienen las características establecidas.

El programa no cuenta con un documento oficial donde se establezca el mecanismo o metodología que utiliza para la determinación de sus metas y la información que utiliza para la construcción de las mismas.

Las metas son del ejercicio fiscal 2018 en todos los casos la meta cuenta con unidades de medida como porcentajes, promedio y tasas de variación, cada meta es clara y son factibles de alcanzar en proporción a los recursos con los que cuenta el programa. anexo 5 “Metas del programa”.

21. 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.**

Respuesta: Sí.

Nivel	Criterios
3	<ul style="list-style-type: none">• Del 70% al 84% de los medios de verificación cumplen con las características establecidas en la pregunta.

Algunos indicadores no son posible identificarlos fácilmente y no permiten reproducir el indicador, ya que no cumplen con las características establecidas a nivel federal por el CONEVAL, el cual señala que los medios de verificación deben contar con un “nombre completo del documento que sustenta la información, nombre del área que genera o publica la información, periodicidad con que se genera el documento y en su caso liga de la página de la que se obtiene la información”.

Así como, “Los medios de verificación corresponden a las fuentes de información que se utilizarán para calcular los indicadores. La existencia de esta columna en la MIR ayuda a identificar fuentes existentes de información para calcular los indicadores, o bien, si éstas no están disponibles, permite incluir en el diseño del programa actividades orientadas a recolectar la información requerida. Además, es importante en términos de transparencia, pues facilita que cualquier persona ajena al programa verifique el cálculo de los indicadores al estar identificadas las fuentes de información”.

se recomienda a la Unidad responsable del Programa presupuestario incluir medios de verificación fáciles que cumplan con las características establecidas en esta pregunta, además de tomar en cuenta los puntos que se establecen en el Manual para el Diseño y la Construcción de Indicadores principales para el monitoreo de programas sociales de México¹¹, emitido por el CONEVAL, en donde se indican de forma correcta el medio de verificación a considerar:

- Nombre completo del documento que sustenta la información
- Nombre del área que genera o publica la información
- Periodicidad con que se genera el documento (debe coincidir con la frecuencia de medición del indicador)
- Liga a la página de la que se obtiene la información (si es el caso)

22. 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.

Respuesta: Sí.

Nivel	Criterios
4	<ul style="list-style-type: none">• Todos los conjuntos <i>objetivo-indicadores-medios de verificación</i> del programa tienen las características establecidas.

A través del análisis realizado en cada nivel de la MIR, se identificó que la mayoría de los medios de verificación, presentan la mayoría de las características consideradas en esta pregunta.

En consecuencia, se recomienda a la Unidad responsable establecer medios de verificación que contengan nombre completo del documento que sustenta la información, del área que genera la información, periodicidad con que se genera el documento, así como de la página en donde se obtiene la información, con la finalidad de que sean los necesarios y suficientes para poder calcular el indicador.

Valoración final de la MIR.

23. 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.

No procede valoración cuantitativa.

Se recomienda a la instancia ejecutora del Programa presupuestario, realizar una adecuada identificación de las causas y medios de acuerdo con lógica vertical del Programa y, lograr una transición con los arboles de problemas, objetivos y la MIR.

Algunos indicadores no son posible identificarlos fácilmente y no permiten reproducir el indicador, ya que no cumplen con las características establecidas a nivel federal por el CONEVAL, el cual señala que los medios de verificación deben contar con un “nombre completo del documento que sustenta la información, nombre del área que genera o publica la información, periodicidad con que se genera el documento y en su caso liga de la página de la que se obtiene la información”.

VI. Presupuesto y rendición de cuentas.

Registro de operaciones programáticas y presupuestales

24. 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.

Respuesta: Sí.

Nivel	Criterios
4	<ul style="list-style-type: none">El programa identifica y cuantifica los gastos en operación y desglosa todos los conceptos establecidos.

El programa identifica y cuantifica los gastos en los que incurre para generar los bienes y los servicios (componentes) que ofrece y los desglosa de acuerdo con el clasificador por objetos del gasto en los siguientes capítulos:

Cve. Capítulo	Capítulo	importe
3000	Servicios Generales	839,051.00
2000	Materiales y Suministros	6,224,849.00
		7,063,900.00

Fuente SESA 2018

anexo 7 "Gastos desglosados del programa y criterios de clasificación".

Rendición de cuentas.

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

- a) Los documentos normativos 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.**

Respuesta: Sí.

Nivel	Criterios
4	<ul style="list-style-type: none">• Los mecanismos de transparencia y rendición de cuentas tienen todas las características establecidas.

¹La Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública para el Estado de Quintana Roo, en su Artículo 131 indica que: “Cada Área del sujeto obligado elaborará un índice de los Expedientes clasificados como reservados, por Área

¹ Para mayor información: <http://transparencia.qroo.gob.mx/portalliframe/transparencia.php?id=11>

responsable de la información y tema. El índice deberá elaborarse semestralmente y publicarse en Formatos Abiertos al día siguiente de su elaboración. Dicho índice deberá indicar el Área que generó la información, el nombre del documento, si se trata de una reserva completa o parcial, la fecha en que inicia y finaliza la reserva, su justificación, el plazo de reserva y, en su caso, las partes del documento que se reservan y si se encuentra en prórroga.

En ningún caso el índice será considerado como información reservada.”

En cumplimiento del citado ordenamiento legal, se declara que el sujeto obligado Secretaría de Salud NO cuenta con expedientes clasificados como reservados, por lo que no se posee un índice con dicha clasificación.

Periodo de actualización: Semestral
Fecha de actualización: 31/diciembre/2018
Fecha de validación: 07/enero/2019

26. 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.**

SESA no realiza procedimientos de ejecución de obra pública por lo que no es posible contestar esta pregunta.

VII. Análisis de posibles complementariedades y coincidencias con otros programas presupuestarios.

27. ¿Con cuáles programas y en qué aspectos el programa evaluado podría tener complementariedad y/o coincidencias?

No procede valoración cuantitativa.

Con la información proporcionada por SESA no es posible identificar si existen Programas que pudieran tener complementariedad con el programa E094- Prevención y Atención de las Enfermedades Crónicas Degenerativas y Envejecimiento

A pesar que existen otros programas de SESA no es la misma, por lo que el propósito u objetivo de los programas presupuestarios, la definición de la población objetivo y los tipos de apoyo otorgados por el programa pueden ser diferentes.

anexo 8 “Complementariedad y coincidencias entre programas presupuestarios”,

27.1 Las fuentes de información mínimas a utilizar deben ser documentos oficiales y MIR de programas presupuestarios.

4. Análisis de fortalezas, oportunidades, debilidades, amenazas y recomendaciones.

Tabla 1. “Principales fortalezas, oportunidades, debilidades, amenazas y recomendaciones”

Tabla 6. Justificación de la creación y del diseño del programa

Apartado de la evaluación:	Fortaleza y oportunidad/debilidad o amenaza	Referencia (pregunta)	Recomendación
Fortaleza y oportunidad			
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 2.-El problema está planteado con el fin de dar solución.	1-3	Ninguno
Debilidad o amenaza			
Justificación de la creación y del diseño del programa	No hay una adecuada identificación de las causas y medios de acuerdo con lógica vertical de la MIR	1-3	Se recomienda identificar causas y medios, que establezcan lógica la MIR

Tabla 7. Análisis de la contribución del programa a las metas y objetivos.

Apartado de la evaluación:	Fortaleza y oportunidad/debilidad o amenaza	Referencia (pregunta)	Recomendación
Fortaleza y oportunidad			
Análisis de la contribución del programa a las metas y objetivos.	1.-El programa cuenta con un documento que establece la relación del propósito con los objetivos del programa establecidos en la MIR 2.- El programa está vinculado con los ODS	4-6	Ninguno
Debilidad o amenaza			
Análisis de la contribución del programa a las metas y objetivos.	Los objetivos nacionales a los que se encuentra alineado el programa corresponden al programa nacional 2013-2018	4-6	Se recomienda que en el caso en el que el programa siga en operación se considere alinearlo a los nuevos planes y objetivos de desarrollo.

Tabla 8 Análisis de la población potencial y objetivo y mecanismos de elegibilidad.

Apartado de la evaluación:	Fortaleza y oportunidad/debilidad o amenaza	Referencia (pregunta)	Recomendación
Fortaleza y oportunidad			
Análisis de la población potencial y objetivo y mecanismos de elegibilidad.	1.-El programa cuenta con la definición de sus poblaciones potencial y objetivo. 2.- El programa cuenta con procedimiento para la selección de los beneficiarios..	7-10	Ninguno
Debilidad o amenaza			
Análisis de la población potencial y objetivo y mecanismos de elegibilidad.	El programa no se actualice con el programa sectorial de salud	7-10	

Tabla 9 Padrón de beneficiarios y mecanismos de atención.

Apartado de la evaluación:	Fortaleza y oportunidad/debilidad o amenaza	Referencia (pregunta)	Recomendación
Fortaleza y oportunidad			
Padrón de beneficiarios y mecanismos de atención.	El programa cuenta con un padrón de beneficiarios	11-13	Se recomienda incluir en el padrón de beneficiarios, el tipo de bien o servicio otorgado.
Debilidad o amenaza			
Padrón de beneficiarios y mecanismos de atención.	Que el personal no lleve a cabo los mecanismos de atención	11-13	Capacitación y supervisión constante del personal.

Tabla 10. Evaluación y análisis de la Matriz de Indicadores para Resultados.

Apartado de la evaluación:	Fortaleza y oportunidad/debilidad o amenaza	Referencia (pregunta)	Recomendación
Fortaleza y oportunidad			
Evaluación y análisis de la Matriz de Indicadores para Resultados.	El programa cuenta con una MIR completa, es decir, cuenta con una Fin, Propósito, Componentes y Actividades, los cuales cumplen con la sintaxis de la MML	14-23	Ninguno
Debilidad o amenaza			
Evaluación y análisis de la Matriz de Indicadores para Resultados.	Los medios de verificación no son accesibles para cualquier persona	14-23	Se recomienda que los medios de verificación cuenten con un nombre completo que sustente la información y la liga de la página donde se obtiene la información.

Tabla 11. Presupuesto y rendición de cuentas.

Apartado de la evaluación:	Fortaleza y oportunidad/debilidad o amenaza	Referencia (pregunta)	Recomendación
Fortaleza y oportunidad			
Presupuesto y rendición de cuentas	El programa identifica y cuantifica sus gastos en operación y cuenta con mecanismos de transparencia y rendición de cuentas	24-26	Ninguno
Debilidad o amenaza			
Presupuesto y rendición de cuentas	Recorte del presupuesto	24-26	Supervisión del manejo del presupuesto.

Nota: Se debe realizar una tabla por cada uno de los temas de la evaluación.

5. Conclusiones.

El Programa presupuestario “E094–Prevención y atención a las enfermedades crónico degenerativas y envejecimiento presenta diversas áreas de oportunidad, principalmente en establecer una coherencia en la transición del Árbol de problemas-Árbol de objetivos-MIR.

El programa presupuestario se encuentra vinculado al PND y al PED vigente, así como con documentos en los que se indica la alineación del programa presupuestario a los objetivos del PND y del PED, así como también se encuentra vinculado con los programas sectoriales de salud.

Es importante mencionar que el Programa presupuestario cuenta con un documento Diagnóstico en donde se plasme el fundamento y justificación de la creación del Programa presupuestario.

Con respecto a la MIR, los indicadores cumplen con algunas características de Claro, Relevante, Económico y Adecuado, sin embargo, de acuerdo con sus características de monitoriable se observa que en los medios de verificación no son plasmados de acuerdo a la MML. Además, cuentan con información para elaborar las Fichas Técnicas de los Indicadores, definición, nombre, método de cálculo y metas.

En el análisis de posibles complementariedades y coincidencias, no se encontraron Programas presupuestarios con los que resalta los objetivos y estrategias del programa evaluado.

Adicionalmente, se debe incluir la tabla “*Valoración final del diseño del programa*” con la información de cada tema. El formato de dicha tabla se presenta a continuación:

Tabla 12 “Valoración final del programa”

Tema	Nivel	Justificación
Justificación de la creación y del diseño del programa	4	El problema es identificado en un documento y el programa plantea el problema con el fin de dar solución.
Contribución a la meta y objetivos nacionales	4	El programa cuenta con un documento que establece la relación del propósito con los objetivos del programa establecidos en la MIR y está vinculado con los ODS
Población potencial, objetivo y mecanismos de elegibilidad	4	El programa cuenta con la definición de sus poblaciones potencial y objetivo.
Padrón de beneficiarios y mecanismos de atención	4	El programa no cuenta con una estrategia de cobertura documentada para atender a su población objetivo o la estrategia por lo que no cuenta con al menos una de las características establecidas en la pregunta considerándose como información inexistente
Matriz de Indicadores para Resultados	3.9	El programa cuenta con una MIR completa, es decir, cuenta con una Fin, Propósito, Componentes y Actividades, los cuales cumplen con la sintaxis de la MML
Presupuesto y rendición de cuentas	4	El programa identifica y cuantifica sus gastos en operación y cuenta con mecanismos de transparencia y rendición de cuentas
Complementariedades y coincidencias con otros programas presupuestarios		
Valoración final	Nivel promedio del total de temas	3.98

6. Implementación del PbR-SED

Anexo "A"

Ficha de evaluación de la MIR.

Para obtener la calificación de la MIR se llevará a cabo por medio de una ficha de evaluación conformada de 3 rubros, éstos se dividen en subrubros que contienen preguntas específicas con relación a la planeación nacional, la lógica vertical y horizontal de la MIR.

El cuadro de la MIR representará el 30% de la calificación final, así mismo, es de suma importancia indicar que por cada MIR que tenga el programa sujeto a evaluación, se hará una ficha de evaluación.

Para obtener la calificación total del anexo A, se deberá sumar el total de cada ficha de evaluación de la MIR, seguidamente la suma se dividirá entre el número total de cuadros por MIR y al final se multiplicará por 0.30, así obteniendo el porcentaje total del anexo A.

Tabla 13 Resultados de la valoración de la MIR

Criterio de valoración	Puntuación		Puntuación total	Calificación ponderada
Planeación	4.44		88.8	29.64%
Lógica vertical	57.72			
Lógica horizontal	26.64			

Anexo B.

Ficha de evaluación de indicadores.

Para obtener la calificación total del anexo B, se deberá sumar el total de cada ficha de evaluación de indicadores, seguidamente el resultado de la suma se dividirá entre el número total de cuadros de cada indicador y al final se multiplicará por 0.30.

Tabla 14 Resultados de la valoración de los indicadores

Nivel	Indicador	Puntuación	Puntuación promedio	Calificación ponderados
Fin	PED2411 - Porcentaje de población sin acceso a servicios de salud	81.81		
Propósito	12O5IO1-Detección oportuna de la enfermedades crónico degenerativas	81.81	89.68	26.90
Componente	IC1CRONICOS-Acciones realizadas para tratamiento y control de enfermedades crónicas no transmisibles	90.9		
Actividad	IA1C1CRONICOS-Control de diabetes mellitus en UNEME EC	90.9		
Actividad	IA2C1CRONICOS-Control de diabetes mellitus	90.9		
Actividad	IA3C1CRONICOS-Control de obesidad	90.9		
Actividad	IA4C1CRONICOS-Control de Hipertensión Arterial Sistémica	90.9		
Actividad	IA5C1CRONICOS-Acreditación de grupos de ayuda mutua en Enfermedades Crónicas	90.9		
Componente	IC2CRONICOS-Acciones realizadas para detección de enfermedades crónicas no transmisibles y alteraciones del envejecimiento	90.9		
Actividad	IA1C2CRONICOS-Detección de Diabetes Mellitus.	90.9		
Actividad	IA2C2CRONICOS-Detección de Obesidad y Riesgo Cardiovascular	90.9		
Actividad	IA3C2CRONICOS-Cobertura de atención en UNEME EC	90.9		
Actividad	IA4C2CRONICOS-Detección de sintomatología prostática	90.9		
Actividad	IA5C2CRONICOS-Detección de Síndromes Geriátricos	90.9		
Actividad	IA6C2CRONICOS-Capacitación para la prevención de accidentes	90.9		

Anexo C.

Cuestionario - diagnóstico.

La valoración de las preguntas se realizará de acuerdo con la siguiente ponderación:

Tabla 15 Valoración cuestionario diagnostico

Sección	Pregunta	Ponderación
Marco jurídico	1-5	5%
Planeación estratégica	6-7	5%
Programación presupuestaria	8-12	5%
Ejercicio y control	13-15	5%
Seguimiento de los programas presupuestarios	16-23	30%
Evaluación del desempeño	24-29	30%
Capacitación en PbR - SED	30-31	20%
Total	31	100%

La calificación obtenida en la valoración de MIR representa un valor del 30%, la valoración de los indicadores representa un valor del 30% y el cuestionario Diagnostico tendrá un valor del 40%, para al final obtener una calificación el nivel de implementación del 100%. Por lo que la calificación final de la MIR es:

$$Cal\ MIR = (91.02 \times .30) + (89.68 \times .30) + (000 \times .40) = 94.2$$

7. Ficha técnica.

Finalmente, se debe llenar los siguientes incisos, los cuales forman parte de la ficha técnica que consiste principalmente en datos generales de la instancia evaluadora, así como el costo total de la evaluación.

Tabla 3. “Ficha técnica con los datos generales de la instancia evaluadora y el costo de la evaluación”

Nombre de la instancia evaluadora	Miguel Ángel Uitzil May
Nombre del coordinador de la evaluación	Miguel Ángel Uitzil May
Nombres de los principales colaboradores	José Carlos Yam Chi Aracely López Velázquez Aracely Jerónimo Ahilon Héctor Gabriel Hoy Cauich Diana Elizabeth Avilés Mendoza
Nombre de la unidad administrativa responsable de dar seguimiento a la evaluación	Centro de Evaluación de Desempeño
Nombre del titular de la unidad administrativa responsable de dar seguimiento a la evaluación	Lic. Juan Manuel Catzim Director del Centro de Evaluación de Desempeño
Forma de contratación de la instancia evaluadora	Invitación restringida a cuando menos tres proveedores
Costo total de la evaluación	\$52,037.93
Fuente de financiamiento	Origen Estatal

8. Anexos

Anexo 3 “Matriz de Indicadores para Resultados del programa”;

Nivel	Resumen Narrativo	Indicador	Medio de Verificación	Supuesto
Fin	F - Contribuir para que la población de Quintana Roo cuente con acceso universal a los servicios de salud de manera oportuna, con un alto nivel de calidad y trato justo, mediante el impulso coordinado del Sector Salud para el fortalecimiento de Programas encaminados a la Prevención y Promoción de la Salud.	Porcentaje de población sin acceso a servicios de salud	CONEVAL y Módulo de Condiciones Socioeconómicas de la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares. INEGI	Que la población quintanarroense utilice los servicios de salud y fomenta acciones de autocuidado de la salud
Propósito	P - La población de 20 años y más recibe acciones para la detección y tratamiento oportuno de las enfermedades crónicas no transmisibles y las alteraciones del envejecimiento, reduciendo las complicaciones.	Detección oportuna de las enfermedades crónicas degenerativas	Sistema de Información en Salud SSA	Alta participación de la población quintanarroense en las actividades destinadas al manejo de las enfermedades crónicas no transmisibles y alteraciones del envejecimiento
Componente	C.1 Población tratada y controlada por enfermedades crónicas no transmisibles	Acciones realizadas para tratamiento y control de enfermedades crónicas no transmisibles	Plataforma de la Dirección General de Información en salud (CUBOS dinámicos)/ Sistema General de Información en salud UNEME EC/ Plataforma del Sistema de Vigilancia y Estudio de Grupos de Ayuda Mutua/ Plataforma nominal de crecimiento prostático benigno	Alta participación de la población quintanarroense en las actividades destinadas al manejo de las enfermedades crónicas no transmisibles.
Actividad	C.1. A. 1 Control de Diabetes Mellitus en población de 20 años y más no derechohabiente que se atienden en Unidad Médica Especializada en enfermedades Crónicas	Control de Diabetes Mellitus en UNEME EC	Sistema General de información en salud UNEME EC (UNEMES web federal)	Alta adherencia al tratamiento, adquisición de estilos de vida saludable y ejercicio físico de los pacientes que viven con Diabetes Mellitus atendidos en UNEMEs EC
Actividad	C. 1. A. 2. Control de Diabetes Mellitus en población de 20 años y más no derechohabiente que se atienden en Centros de Salud	Control de Diabetes Mellitus	Plataforma de la Dirección General de Información en salud (CUBOS dinámicos)	Alta adherencia al tratamiento, adquisición de estilos de vida saludable y ejercicio físico de los pacientes que viven con Diabetes Mellitus atendidos en Centros de Salud
Actividad	C. 1. A. 3 Control de Obesidad en población de 20 años y más no derechohabiente que se atienden en Centros de Salud	Control de Obesidad	Plataforma de la Dirección General de Información en salud (CUBOS dinámicos)	Alta adherencia al tratamiento, adquisición de estilos de vida saludable y ejercicio físico de los pacientes que viven con Obesidad atendidos en Centros de Salud
Actividad	C. 1. A 4 Control de Hipertensión Arterial Sistémica en población de	Control de Hipertensión Arterial Sistémica	Sistémica	Alta adherencia al tratamiento, adquisición de estilos de vida

Nivel	Resumen Narrativo	Indicador	Medio de Verificación	Supuesto
Actividad	20 años y más no derechohabiente que se atienden en Centros de Salud		Plataforma de la Dirección General de Información en salud (CUBOS dinámicos)	saludable y ejercicio físico de los pacientes que viven con Hipertensión Arterial Sistémica atendidos en Centros de Salud
	C. 1. A. 5 Mejora del control de enfermedades crónicas a través de la acreditación de Grupos de Ayuda Mutua en Enfermedades Crónicas (GAMs EC)	Acreditación de Grupos de Ayuda Mutua en Enfermedades Crónicas	Plataforma del Sistema de Vigilancia y Estudio de Grupos de Ayuda Mutua	Alta participación en la adquisición de estilos de vida saludable y ejercicio físico de de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles que integran los Grupos de Ayuda Mutua de enfermedades crónico degenerativa
Componente	C. 2. Población con detección oportuna realizada para enfermedades crónicas no transmisibles y alteraciones del envejecimiento	Acciones realizadas para detección de enfermedades crónicas no transmisibles y alteraciones del envejecimiento	Plataforma de la Dirección General de Información en salud (CUBOS dinámicos)/ Sistema General de información en salud UNEME EC/ Plataforma del Sistema de Vigilancia y Estudio de Grupos de Ayuda Mutua/ Plataforma nominal de crecimiento prostático benigno/Reporte trimestral validado por el Secretariado Técnico de la Comisión Nacional para la Prevención de Accidentes.	Alta participación de la población quintanarroense en las actividades destinadas al manejo de las enfermedades crónicas no transmisibles y alteraciones del envejecimiento
	C. 2. A. 1 Detección oportuna de Diabetes Mellitus en población de 20 años y más no derechohabiente	Detección de Diabetes Mellitus	Plataforma de la Dirección General de Información en salud (CUBOS dinámicos)	Alta participación de la población quintanarroense en las actividades de detección de casos de diabetes mellitus
Actividad	C. 2. A. 2 Detección oportuna de Obesidad y Riesgo Cardiovascular en población de 20 años y más no derechohabiente	Detección de Obesidad y Riesgo Cardiovascular	Plataforma de la Dirección General de Información en salud (CUBOS dinámicos)	Alta participación de la población quintanarroense en las actividades de detección de casos de obesidad y riesgo cardiovascular
Actividad	C. 2. A. 3 Atención de enfermedades crónicas no transmisibles en unidades de especialidades médicas (UNEME EC)	Cobertura de atención en UNEME EC	Sistema General de información en salud UNEME EC (UNEMES web federal)	Alta referencia de pacientes con enfermedades crónicas desde los centros de salud de primer nivel de atención.
Actividad	C.2.A.4 Detección de sintomatología prostática en población masculina de 45 años o más sin derechohabiencia	Detección de sintomatología prostática	Plataforma de la Dirección General de Información en salud (CUBOS dinámicos)	Alta participación de la población masculina en acciones de detección de sintomatología prostática.
Actividad	C. 2. A. 5 Detección oportuna de síndromes geriátricos en la población de 60 años y más no derechohabiente	Detección de Síndromes Geriátricos	Plataforma de la Dirección General de Información en salud (CUBOS dinámicos)	Alta participación de la población quintanarroense de 60 años y más en acciones de detección de riesgo de caídas e incontinencia urinaria
Actividad	C. 2. A. 6 Prevención oportuna de condiciones crónicas derivadas de	Capacitación para la prevención de accidentes	Reporte trimestral validado por el Secretariado Técnico de la	Alta participación de la población quintanarroense en

Nivel	Resumen Narrativo	Indicador	Medio de Verificación	Supuesto
	accidentes en la población en general		Comisión Nacional para la Prevención de Accidentes.	acciones de capacitación sobre seguridad vial y prevención de accidentes

Anexo 4 “Indicadores”;

Formato del anexo 4 “Indicadores”

**Prevención y Atención a las
Enfermedades Crónico Degenerativas
y Envejecimiento**

Nombre del programa:

Modalidad:

Dependencia/entidad: **SERVICIOS ESTATALES DE SALUD**

Unidad responsable: **Despacho de la Dirección de Servicios de Salud**

Tipo de evaluación: **DISEÑO**

Año de la evaluación: **2018**

Nivel de objetivo	Nombre del indicador	Claro	Relevante	Económico	Monitoreables	Adecuado	Definición	Unidad de medida	Frecuencia de medición	Línea base	Metas	Comportamiento del indicador
Fin	PED2411 - Porcentaje de población sin acceso a servicios de salud	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí/No	Sí	Descendente
Propósito	12O5IO1- Detección oportuna de la enfermedades crónico degenerativas	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí/No	Sí	Ascendente
Componente	IC1CRONICOS- Acciones realizadas para tratamiento y control de enfermedades	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí/No	Sí	Ascendente

Nivel de objetivo	Nombre del indicador	Claro	Relevante	Económico	Monitoreables	Adecuado	Definición	Unidad de medida	Frecuencia de medición	Línea base	Metas	Comportamiento del indicador
	crónicas no transmisibles											
Actividad	IA1C1CRONICOS- Control de diabetes mellitus en UNEME EC	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Ascendente
Actividad	IA2C1CRONICOS- Control de diabetes mellitus	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Ascendente
Actividad	IA3C1CRONICOS- Control de obesidad	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Ascendente
Actividad	IA4C1CRONICOS- Control de Hipertensión Arterial Sistémica	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Ascendente
Actividad	IA5C1CRONICOS- Acreditación de grupos de ayuda mutua en Enfermedades Crónicas	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Ascendente
Componente	IC2CRONICOS- Acciones realizadas para detección de enfermedades crónicas no transmisibles y alteraciones del envejecimiento	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Ascendente
Actividad	IA1C2CRONICOS- Detección de Diabetes Mellitus	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Ascendente
Actividad	IA2C2CRONICOS- Detección de Obesidad y Riesgo Cardiovascular	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Ascendente
Actividad	IA3C2CRONICOS- Cobertura de atención en UNEME EC	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Ascendente
Actividad	IA4C2CRONICOS- Detección de sintomatología prostática	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Ascendente
Actividad	IA5C2CRONICOS- Detección de Síndromes Geriátricos	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Ascendente
Actividad	IA6C2CRONICOS- Capacitación para la prevención de accidentes	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Ascendente

Anexo 5 “Metas del programa”:

Nombre del programa: Prevención y Atención a las Enfermedades Crónicas Degenerativas y Envejecimiento

Modalidad:

Dependencia/entidad: SERVICIOS ESTATALES DE SALUD

Unidad responsable: Despacho de la Dirección de Servicios de Salud

Tipo de evaluación: DISEÑO

Año de la evaluación: 2018

Nivel de objetivo	Nombre del indicador	Meta	Unidad de medida	Justificación	Orientada a impulsar el desempeño	Justificación	Factible	Justificación	Propuesta de mejora de la meta
Fin	PED2411 - Porcentaje de población sin acceso a servicios de salud	16.500	S/	NA	S/	NA	S/	NA	NA
Propósito	12O5IO1- Detección oportuna de la enfermedades crónicas degenerativas	138,530.000	S/	NA	S/	NA	S/	NA	NA
Componente	IC1CRONICOS- Acciones realizadas para tratamiento y control de enfermedades crónicas no transmisibles	5.000	S/	NA	S/	NA	S/	NA	NA
Actividad	IA1C1CRONICOS- Control de diabetes mellitus en UNEME EC	50.000	S/	NA	S/	NA	S/	NA	NA
Actividad	IA2C1CRONICOS- Control de diabetes mellitus	50.000	S/	NA	S/	NA	S/	NA	NA
Actividad	IA3C1CRONICOS- Control de obesidad	30.000	S/	NA	S/	NA	S/	NA	NA
Actividad	IA4C1CRONICOS- Control de Hipertensión Arterial Sistémica	60.000	S/	NA	S/	NA	S/	NA	NA
Actividad	IA5C1CRONICOS- Acreditación de grupos de ayuda mutua en Enfermedades Crónicas	9.000	S/	NA	S/	NA	S/	NA	NA
Componente	IC2CRONICOS- Acciones realizadas para detección de	100.000	S/	NA	S/	NA	S/	NA	NA

Nivel de objetivo	Nombre del indicador	Meta	Unidad de medida	Justificación	Orientada a impulsar el desempeño	Justificación	Factible	Justificación	Propuesta de mejora de la meta
	enfermedades crónicas no transmisibles y alteraciones del envejecimiento								
Actividad	IA1C2CRONICOS- Detección de Diabetes Mellitus	141,963.000	SI	NA	SI	NA	SI	NA	NA
Actividad	IA2C2CRONICOS- Detección de Obesidad y Riesgo Cardiovascular	314,040.000	SI	NA	SI	NA	SI	NA	NA
Actividad	IA3C2CRONICOS- Cobertura de atención en UNEME EC	900.000	SI	NA	SI	NA	SI	NA	NA
Actividad	IA4C2CRONICOS- Detección de sintomatología prostática	6,293.000	SI	NA	SI	NA	SI	NA	NA
Actividad	IA5C2CRONICOS- Detección de Síndromes Geriátricos	14,018.000	SI	NA	SI	NA	SI	NA	NA
Actividad	IA6C2CRONICOS- Capacitación para la prevención de accidentes	15,144	SI	NA	SI	NA	SI	NA	NA

Anexo 7 “Gastos desglosados del programa y criterios de clasificación”; y

Cve. Capítulo	Capítulo	Importe
3000	Servicios Generales	839,051.00
2000	Materiales y Suministros	6,224,849.00
		7,063,900.00

Anexo 8 “Complementariedad y coincidencias entre programas presupuestarios.

Nombre del programa:

Modalidad:

Dependencia/entidad:

Unidad responsable:

Tipo de evaluación:

Año de la evaluación:

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
NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA

Anexo 9 “Fichas de evaluación de la MIR.”

Cuadro 1. Ficha de evaluación de la MIR.				
Rubros y subrubros de evaluación de la calidad de la MIR				
i) Planeación estatal	Criterios	Criterios de valoración calificación/porcentaje		Observaciones
		SI (2.22%)	NO (0)	

1. El programa tiene relación directa o es congruente con el objetivo estratégico superior al cual está vinculado	El fin del programa está vinculado a los objetivos sectorial, especial o institucional considerando que:			
	a) ¿Existen conceptos comunes entre el fin y los objetivos del programa sectorial, especial o institucional?	2.22%		El objetivo central del programa sectorial de SESA aborda el tema de consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades, estableciendo términos comunes entre el resumen narrativo del fin y el objetivo del plan.
	b) ¿El logro del fin aporta al cumplimiento de alguna(s) de la(s) meta(s) de alguno(s) de los objetivos del programa sectorial, especial o institucional?	2.22%		El logro del FIN refleja los conceptos establecidos en el apartado estratégico del Plan sectorial de SESA ya que pretende promover estilos de vida saludable y detección oportuna de factores de riesgo asociadas a enfermedades crónico degenerativas haciendo énfasis en incrementar la detección y tratamiento oportuno de las enfermedades crónicas degenerativas

Total planeación estatal		4.44%	0.00%	4.44%
ii) Lógica vertical				
2. Se incluyen las actividades necesarias y suficientes para la consecución de cada componente	a) ¿Las actividades (a excepción de las transversales) son únicas?	2.22%		De la revisión de los Resúmenes Narrativos para los niveles de objetivo ACTIVIDAD, se observa que no se repiten en los diferentes niveles de componentes establecidos en la MIR
	b) ¿Las actividades son las necesarias para generar los componentes?	2.22%		Dado que todas las actividades son únicas y se relacionan con su componente se considera que todas son necesarias para el logro del componente.
	c) ¿Las actividades son las suficientes para generar los componentes?	2.22%		Dado que todas las actividades son únicas y se relacionan con su componente se considera que todas son suficientes para el logro del componente.
	d) ¿La redacción de los objetivos de actividades cumplen con la redacción sugerida en la MML?	2.22%		de la revisión de los Resúmenes Narrativos para los niveles de objetivo ACTIVIDAD, se constató que de las 11 actividades que componen la

				MIR todas cumplen con la sintaxis de la MML
	e) A excepción de las actividades transversales, ¿los objetivos de las actividades se repiten en algún otro nivel de la MIR?			Las actividades no se repiten en algún otro nivel de la MIR
	f) ¿Se encuentran ordenadas de manera cronológica?	2.22%		De la revisión de los Resúmenes narrativos de las actividades se observa que se encuentran ordenadas de forma cronológica para la realización del componente.
3. Los componentes son los necesarios y suficientes para lograr el propósito del programa	a) ¿Los objetivos de componentes son únicos a lo largo de la matriz?	2.22%		Los objetivos a nivel componente no se repiten en ningún nivel de la MIR
	b) ¿Los componentes son los necesarios para alcanzar el propósito establecido?	2.22%		Dado que todas los componentes son únicas y se relacionan con el propósito se considera que todas son necesarias para el logro del mismo.
	c) ¿Los componentes son los suficientes para alcanzar el propósito establecido?	2.22%		Dado que todas los componentes son únicas y se relacionan con el propósito se considera que todas son necesarias para el logro del mismo.

	d) ¿La redacción de los objetivos de componentes cumplen con la redacción sugerida en la MML?	2.22%		de la revisión de los Resúmenes Narrativos para los niveles de objetivo COMPONENTE, se constató que de los dos componentes presentes en la MIR cumplen con la sintaxis de la MML
4. El propósito es único y representa un cambio específico en las condiciones de vida de la población objetivo	a) ¿El objetivo de propósito es único?	2.22%		La MIR cuenta con un único PROPÓSITO como lo establece la MML
	b) ¿El objetivo de propósito está identificado como un cambio específico en las condiciones de vida de la población objetivo?	2.22%		El resumen narrativo del PROPÓSITO establece un cambio en las condiciones de vida de la población de 20 años y más, al ofrecer acciones para la detección y tratamiento oportuno de las enfermedades crónicas no transmisibles y las alteraciones del envejecimiento
	c) ¿La población objetivo está definida con claridad y acotada geográfica o socialmente?	2.22%		La población que se define en el PROPÓSITO se considera como la población de 20 años y más en general del estado de Quintana Roo
	d) ¿Es consecuencia directa que se espera ocurrirá como resultado de los componentes?	2.22%		El logro de los componentes están relacionados con

				el objetivo planteado en el propósito
	e) ¿La redacción del objetivo de propósito cumple con la redacción sugerida en la MML?	2.22%		de la revisión de los Resúmenes Narrativos para los niveles de objetivo PROPÓSITO, se constató que cumplen con la sintaxis de la MML
5. Si se contribuye al logro del fin y se mantienen vigentes los supuestos asociados a éste, se garantizará la sustentabilidad de los beneficios del programa	a) ¿El objetivo de fin tiene asociado al menos un supuesto?	2.22%		
	b) ¿El supuesto está fuera del ámbito del control del programa?	2.22%		El supuesto establece que la población quintanarroense utilice los servicios de salud y fomenta acciones de autocuidado de la salud, se considera como un ámbito externo
	c) Si se mantiene el supuesto, ¿se considera que el cumplimiento del fin implica el logro de un objetivo jerárquicamente superior?	2.22%		Como se menciona, el supuesto es de ámbito externo por lo que es necesario mantenerlo
6. Si se logra el propósito y se cumplen los supuestos asociados a éste, se contribuirá al logro del fin (lógica vertical)	a) ¿El objetivo de propósito tiene asociado al menos un supuesto?	2.22%		
	b) ¿El supuesto está fuera del ámbito del control del programa?	2.22%		El supuesto establece que la población quintanarroense

				tenga alta participación en las actividades destinadas al manejo de las enfermedades crónicas no transmisibles y alteraciones del envejecimiento, por lo tanto se puede considerar como un ámbito externo
	c) Si se mantiene el supuesto, ¿se considera que el cumplimiento del propósito implica el logro del fin?	2.22%		Como se menciona, el supuesto es de ámbito externo por lo que es necesario mantenerlo
7. Si se producen los componentes detallados y se cumplen con los supuestos asociados a éstas, se logrará el propósito (lógica vertical)	a) ¿Los componentes tienen asociados al menos un supuesto?	2.22%		
	b) ¿El supuesto está fuera del ámbito del control del programa?	2.22%		Los supuestos de los niveles de COMPONENTE se relacionan con la alta participación de la población quintanarroense en las actividades destinadas al manejo de las enfermedades crónicas no transmisibles, por lo que se puede establecer que son factores fuera del ámbito de control del programa.
	c) Si se mantienen los supuestos, ¿se considera que la entrega de los componentes implica el logro del propósito?	2.22%		La suma de los objetivos plasmados en los resúmenes narrativos de los componentes y

				sus supuestos guardan una relación de causalidad que permite el logro del propósito.
6. Si se completan las actividades programadas y se cumplen los supuestos asociados a éstas, se lograrán producir los componentes (lógica vertical)	a) ¿Las actividades tienen asociado al menos un supuesto?	2.22%		
	b) ¿El supuesto está fuera del ámbito del control del programa?	2.22%		
	c) Si se mantienen los supuestos, ¿se considera que la realización de las actividades implica la generación de los componentes?	2.22%		
Total lógica vertical		57.72%	0.00%	57.72%
iii. Lógica horizontal				
9. Los indicadores a nivel de fin permiten monitorear el programa y evaluar adecuadamente el logro del propósito	Los criterios que deben tener los indicadores son los siguientes: a) Claros b) Relevantes c) Monitoreables d) Adecuados Como revisión agregada se debe determinar si: a) ¿Los indicadores son los necesarios para monitorear el desempeño del objetivo establecido?			
	b) ¿Los indicadores son los suficientes para monitorear el desempeño del objetivo establecido?	2.22%		
10. Los indicadores a nivel de propósito permiten monitorear el programa y	Los criterios que deben tener los indicadores son los siguientes: a) Claros b) Relevantes c) Monitoreables d) Adecuados			

evaluar adecuadamente el logro del propósito.	Como revisión agregada se debe determinar si: a) ¿Los indicadores son los necesarios para monitorear el desempeño del objetivo establecido?			
	b) ¿Los indicadores son los suficientes para monitorear el desempeño del objetivo establecido?	2.22%		
11. Los indicadores a nivel de componentes permiten monitorear el programa y evaluar adecuadamente el logro de cada uno de los componentes	Los criterios que deben tener los indicadores son los siguientes: a) Claros b) Relevantes c) Monitoreables d) Adecuados Como revisión agregada se debe determinar si: a) ¿Los indicadores son los necesarios para monitorear el desempeño del objetivo establecido?			
	b) ¿Los indicadores son los suficientes para monitorear el desempeño del objetivo establecido?	2.22%		
12. Los indicadores a nivel de actividades permiten monitorear el programa y evaluar adecuadamente el logro de cada una de las actividades	Los criterios que deben tener los indicadores son los siguientes: a) Claros b) Relevantes c) Monitoreables d) Adecuados Como revisión agregada se debe determinar si: a) ¿Los indicadores son los necesarios para monitorear el desempeño del objetivo establecido?			
	b) ¿Los indicadores son los suficientes para monitorear el desempeño del objetivo establecido?	2.22%		
13. 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	a) ¿La frecuencia de medición coincide con la de los medios de verificación?	2.22%		La ficha técnica del indicador establece una frecuencia de medición del indicador bianual, sin

verificación externa (monitoreo)				embargo la ficha técnica no indica el periodo de actualización del medio de verificación.
	b) ¿Los datos de las variables a medir efectivamente son medidos por el medio de verificación planteado?	2.22%		Los datos de las variables están en las páginas del CONEVAL e INEGI
14. 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)	a) ¿La frecuencia de medición coincide con la de los medios de verificación?	2.22%		La ficha técnica del indicador establece una frecuencia de medición del indicador anual, sin embargo la ficha técnica no indica el periodo de actualización del medio de verificación.
	b) ¿Los datos de las variables a medir efectivamente son medidos por el medio de verificación planteado?	2.22%		
15. 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)	a) ¿La frecuencia de medición coincide con la de los medios de verificación?	2.22%		La ficha técnica del indicador establece una frecuencia de medición del indicador semestral, sin embargo la ficha técnica no indica el periodo de actualización del medio de verificación.
	b) ¿Los datos de las variables a medir efectivamente son medidos por el medio de verificación planteado?	2.22%		

16. 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)	a) ¿La frecuencia de medición coincide con la de los medios de verificación?	2.22%		La ficha técnica del indicador establece una frecuencia de medición del indicador trimestral, y un indicador anual sin embargo la ficha técnica no indica el periodo de actualización del medio de verificación.
	b) ¿Los datos de las variables a medir efectivamente son medidos por el medio de verificación planteado?	2.22%		
Total lógica horizontal		26.64%	0.00%	26.64%
Total=		88.80%		

Anexo 10 “Fichas de evaluación de Indicadores.

Cuadro 2. Ficha de evaluación de indicadores (FIN)				
PED2411 - Porcentaje de población sin acceso a servicios de salud				
i) Claridad	Criterios	Valoración		Observación
		Si (9.09)	NO 0	
1. ¿La fórmula de cálculo del indicador es coherente con su nombre?	a) ¿La fórmula de cálculo se encuentra expresada como es señalado en el nombre (porcentaje, proporción, tasa, etcétera)?	9.09		El método de cálculo corresponde a un porcentaje, lo cual es congruente con el nombre del indicador

	b) ¿El nombre del indicador expresa lo conformado en la fórmula de cálculo?	9.09		El método de cálculo corresponde a un porcentaje, lo cual es congruente con el nombre del indicador
2. ¿Existe coherencia dentro de los elementos (numerador y denominador) que conforman la fórmula de cálculo del indicador?	a) ¿Existe coherencia del numerador y denominador en cuanto a frecuencias de medición y unidades de medida?	9.09		El denominador y numerador son congruentes en unidad de medida y frecuencia de medición con lo establecido en un porcentaje.
3. ¿La descripción de las variables de la fórmula de cálculo permite tener claridad sobre cualquier concepto incluido en ella?	a) ¿La definición de las variables es clara y si utiliza conceptos especializados, éstos se explican en una nota técnica?	9.09		
Total		36.36	0	36.36
ii) Relevancia				
4. ¿El indicador refleja un factor o variable central del logro del objetivo?	a) ¿Existe al menos un factor relevante del objetivo que se mide en el indicador?	9.09		El indicador mide los factores relevantes del acceso a los servicios de salud de la población de Quintana Roo, con un alto nivel de calidad y trato justo.
5. ¿El indicador está asociado a una meta(s) específica(s) de acuerdo con la frecuencia de medición establecida?	a) ¿El indicador cuenta con al menos una meta específica de acuerdo con la frecuencia de medición?	9.09		La ficha técnica incluye la meta de cada una de las variables del indicador y del propio indicador, de igual forma incluye los criterios de semaforización
Total		18.18	0	18.18
iii) Monitoreable				
6. ¿El indicador tiene un valor de línea base para su seguimiento?	a) ¿El indicador tiene especificado el valor de la línea de base, o bien, tiene explícito cuándo se realizará el primer levantamiento para la línea base?		0	La ficha técnica incluye el campo de la línea base, sin embargo para el caso del indicador analizado no se cuenta con el dato numérico de la línea base.

7. ¿Los medios de verificación planteados en el indicador son consistentes?	a) ¿La frecuencia de medición coincide con la de los medios de verificación?	9.09		En la ficha técnica se puede observar la variable de frecuencia de medición del indicador, sin embargo no se indica la frecuencia del indicador del medio de verificación.
	b) ¿Los datos de las variables a medir efectivamente son medidos por el medio de verificación planteado?		0	No se cuenta con el documento oficial indicado como medio de verificación.
Total		9.09	0	9.09
iv) Adecuado				
8. ¿Existe congruencia en el establecimiento de metas anuales y sexenales?	a) ¿Las metas anuales y sexenales son congruentes en el sentido del indicador?	9.09		
9. ¿La dimensión del indicador está bien identificada (eficacia, eficiencia, calidad, economía)?	a) ¿La dimensión del indicador coincide con los conceptos de las guías y manuales de la Metodología de Marco Lógico?	9.09		La dimensión indicada en la ficha técnica del indicador es de "EFICACIA" lo cual cumple con las recomendaciones de la MML
Total		18.18	0	18.18
Total=				81.81

Cuadro 2. Ficha de evaluación de indicadores (PROPÓSITO)				
1205IO1-Detección oportuna de la enfermedades crónico degenerativas				
i) Claridad	Criterios	Valoración		Observación
		Si (9.09)	NO 0	
1. ¿La fórmula de cálculo del indicador es coherente con su nombre?	a) ¿La fórmula de cálculo se encuentra expresada como es señalado en el nombre (porcentaje, proporción, tasa, etcétera)?	9.09		El método de cálculo corresponde a un porcentaje, lo cual es congruente con el nombre del indicador

	b) ¿El nombre del indicador expresa lo conformado en la fórmula de cálculo?	9.09		El método de cálculo corresponde a un porcentaje, lo cual es congruente con el nombre del indicador
2. ¿Existe coherencia dentro de los elementos (numerador y denominador) que conforman la fórmula de cálculo del indicador?	a) ¿Existe coherencia del numerador y denominador en cuanto a frecuencias de medición y unidades de medida?	9.09		El denominador y numerador son congruentes en unidad de medida y frecuencia de medición con lo establecido en un porcentaje.
3. ¿La descripción de las variables de la fórmula de cálculo permite tener claridad sobre cualquier concepto incluido en ella?	a) ¿La definición de las variables es clara y si utiliza conceptos especializados, éstos se explican en una nota técnica?	9.09		
Total		36.36	0	36.36
ii) Relevancia				
4. ¿El indicador refleja un factor o variable central del logro del objetivo?	a) ¿Existe al menos un factor relevante del objetivo que se mide en el indicador?	9.09		El indicador mide los factores relevantes de la detección oportuna de las enfermedades crónico degenerativas a la población mayor de 20 años y más.
5. ¿El indicador está asociado a una meta(s) específica(s) de acuerdo con la frecuencia de medición establecida?	a) ¿El indicador cuenta con al menos una meta específica de acuerdo con la frecuencia de medición?	9.09		La ficha técnica incluye la meta de cada una de las variables del indicador y del propio indicador, de igual forma incluye los criterios de semaforización
Total		18.18	0	18.18
iii) Monitoreable				
6. ¿El indicador tiene un valor de línea base para su seguimiento?	a) ¿El indicador tiene especificado el valor de la línea de base, o bien, tiene explícito cuándo se realizará el primer levantamiento para la línea base?		0	La ficha técnica incluye el campo de la línea base, sin embargo para el caso del indicador analizado no se cuenta con el dato numérico de la línea base.

7. ¿Los medios de verificación planteados en el indicador son consistentes?	a) ¿La frecuencia de medición coincide con la de los medios de verificación?	9.09		En la ficha técnica se puede observar la variable de frecuencia de medición del indicador, en el cual se indica la frecuencia del indicador del medio de verificación.
	b) ¿Los datos de las variables a medir efectivamente son medidos por el medio de verificación planteado?		0	No se cuenta con el documento oficial indicado como medio de verificación.
Total		9.09	0	9.09
iv) Adecuado				
8. ¿Existe congruencia en el establecimiento de metas anuales y sexenales?	a) ¿Las metas anuales y sexenales son congruentes en el sentido del indicador?	9.09		
9. ¿La dimensión del indicador está bien identificada (eficacia, eficiencia, calidad, economía)?	a) ¿La dimensión del indicador coincide con los conceptos de las guías y manuales de la Metodología de Marco Lógico?	9.09		La dimensión indicada en la ficha técnica del indicador es de "EFICIENCIA" lo cual cumple con las recomendaciones de la MML
Total		18.18	0	18.18
Total=		81.81		

Cuadro 2. Ficha de evaluación de indicadores (COMPONENTE)				
IC1CRONICOS-Acciones realizadas para tratamiento y control de enfermedades crónicas no transmisibles				
i) Claridad	Criterios	Valoración		Observación
		Si (9.09)	NO 0	
1. ¿La fórmula de cálculo del indicador es coherente con su nombre?	a) ¿La fórmula de cálculo se encuentra expresada como es señalado en el nombre (porcentaje, proporción, tasa, etcétera)?	9.09		El método de cálculo corresponde a un porcentaje, lo cual es congruente con el nombre del indicador

	b) ¿El nombre del indicador expresa lo conformado en la fórmula de cálculo?	9.09		El método de cálculo corresponde a un porcentaje, lo cual es congruente con el nombre del indicador
2. ¿Existe coherencia dentro de los elementos (numerador y denominador) que conforman la fórmula de cálculo del indicador?	a) ¿Existe coherencia del numerador y denominador en cuanto a frecuencias de medición y unidades de medida?	9.09		El denominador y numerador son congruentes en unidad de medida y frecuencia de medición con lo establecido en un porcentaje.
3. ¿La descripción de las variables de la fórmula de cálculo permite tener claridad sobre cualquier concepto incluido en ella?	a) ¿La definición de las variables es clara y si utiliza conceptos especializados, éstos se explican en una nota técnica?	9.09		
Total		36.36	0	36.36
ii) Relevancia				
4. ¿El indicador refleja un factor o variable central del logro del objetivo?	a) ¿Existe al menos un factor relevante del objetivo que se mide en el indicador?	9.09		El indicador mide los factores relevantes del porcentaje de las acciones realizadas para el tratamiento y control de enfermedades crónicas no transmisibles.
5. ¿El indicador está asociado a una meta(s) específica(s) de acuerdo con la frecuencia de medición establecida?	a) ¿El indicador cuenta con al menos una meta específica de acuerdo con la frecuencia de medición?	9.09		La ficha técnica incluye la meta de cada una de las variables del indicador y del propio indicador, de igual forma incluye los criterios de semaforización
Total		18.18	0	18.18
iii) Monitoreable				
6. ¿El indicador tiene un valor de línea base para su seguimiento?	a) ¿El indicador tiene especificado el valor de la línea de base, o bien, tiene explícito cuándo se realizará el primer levantamiento para la línea base?	9.09		

7. ¿Los medios de verificación planteados en el indicador son consistentes?	a) ¿La frecuencia de medición coincide con la de los medios de verificación?	9.09		En la ficha técnica se puede observar la variable de frecuencia de medición del indicador, en el cual se indica la frecuencia del indicador del medio de verificación.
	b) ¿Los datos de las variables a medir efectivamente son medidos por el medio de verificación planteado?		0	No se cuenta con el documento oficial indicado como medio de verificación.
Total		18.18	0	18.18
iv) Adecuado				
8. ¿Existe congruencia en el establecimiento de metas anuales y sexenales?	a) ¿Las metas anuales y sexenales son congruentes en el sentido del indicador?	9.09		
9. ¿La dimensión del indicador está bien identificada (eficacia, eficiencia, calidad, economía)?	a) ¿La dimensión del indicador coincide con los conceptos de las guías y manuales de la Metodología de Marco Lógico?	9.09		La dimensión indicada en la ficha técnica del indicador es de "EFICACIA" lo cual cumple con las recomendaciones de la MML
Total		18.18	0	18.18
Total=		90.9		

Cuadro 2. Ficha de evaluación de indicadores (ACTIVIDAD)				
IA1C1CRONICOS-Control de diabetes mellitus en UNEME EC				
i) Claridad	Crterios	Valoración		Observación
		Si (9.09)	NO 0	
1. ¿La fórmula de cálculo del indicador es coherente con su nombre?	a) ¿La fórmula de cálculo se encuentra expresada como es señalado en el nombre (porcentaje, proporción, tasa, etcétera)?	9.09		El método de cálculo corresponde a un porcentaje, lo cual es congruente con el nombre del indicador
	b) ¿El nombre del indicador expresa lo conformado en la fórmula de cálculo?	9.09		El método de cálculo corresponde a un porcentaje, lo cual es congruente con el nombre del indicador

2. ¿Existe coherencia dentro de los elementos (numerador y denominador) que conforman la fórmula de cálculo del indicador?	a) ¿Existe coherencia del numerador y denominador en cuanto a frecuencias de medición y unidades de medida?	9.09		El denominador y numerador son congruentes en unidad de medida y frecuencia de medición con lo establecido en un porcentaje.
3. ¿La descripción de las variables de la fórmula de cálculo permite tener claridad sobre cualquier concepto incluido en ella?	a) ¿La definición de las variables es clara y si utiliza conceptos especializados, éstos se explican en una nota técnica?	9.09		
Total		36.36	0	36.36
ii) Relevancia				
4. ¿El indicador refleja un factor o variable central del logro del objetivo?	a) ¿Existe al menos un factor relevante del objetivo que se mide en el indicador?	9.09		El indicador mide los factores relevantes del porcentaje de control de diabetes mellitus en UNEME EC en población de 20 años y más
5. ¿El indicador está asociado a una meta(s) específica(s) de acuerdo con la frecuencia de medición establecida?	a) ¿El indicador cuenta con al menos una meta específica de acuerdo con la frecuencia de medición?	9.09		La ficha técnica incluye la meta de cada una de las variables del indicador y del propio indicador, de igual forma incluye los criterios de semaforización
Total		18.18	0	18.18
iii) Monitoreable				
6. ¿El indicador tiene un valor de línea base para su seguimiento?	a) ¿El indicador tiene especificado el valor de la línea de base, o bien, tiene explícito cuándo se realizará el primer levantamiento para la línea base?	9.09		
7. ¿Los medios de verificación planteados en el indicador son consistentes?	a) ¿La frecuencia de medición coincide con la de los medios de verificación?	9.09		En la ficha técnica se puede observar la variable de frecuencia de medición del indicador, en el cual se indica la frecuencia del indicador del medio de verificación.

	b) ¿Los datos de las variables a medir efectivamente son medidos por el medio de verificación planteado?		0	No se cuenta con el documento oficial indicado como medio de verificación.
Total		18.18	0	18.18
iv) Adecuado				
8. ¿Existe congruencia en el establecimiento de metas anuales y sexenales?	a) ¿Las metas anuales y sexenales son congruentes en el sentido del indicador?	9.09		
9. ¿La dimensión del indicador está bien identificada (eficacia, eficiencia, calidad, economía)?	a) ¿La dimensión del indicador coincide con los conceptos de las guías y manuales de la Metodología de Marco Lógico?	9.09		La dimensión indicada en la ficha técnica del indicador es de "EFICACIA" lo cual cumple con las recomendaciones de la MML
Total		18.18	0	18.18
Total=				90.9

Cuadro 2. Ficha de evaluación de indicadores (ACTIVIDAD)				
IA2C1CRONICOS-Control de diabetes mellitus				
i) Claridad	Criterios	Valoración		Observación
		Si (9.09)	NO 0	
1. ¿La fórmula de cálculo del indicador es coherente con su nombre?	a) ¿La fórmula de cálculo se encuentra expresada como es señalado en el nombre (porcentaje, proporción, tasa, etcétera)?	9.09		El método de cálculo corresponde a un porcentaje, lo cual es congruente con el nombre del indicador
	b) ¿El nombre del indicador expresa lo conformado en la fórmula de cálculo?	9.09		El método de cálculo corresponde a un porcentaje, lo cual es congruente con el nombre del indicador
2. ¿Existe coherencia dentro de los elementos (numerador y denominador) que conforman la fórmula de cálculo del indicador?	a) ¿Existe coherencia del numerador y denominador en cuanto a frecuencias de medición y unidades de medida?	9.09		El denominador y numerador son congruentes en unidad de medida y frecuencia de medición con lo establecido en un porcentaje.

3. ¿La descripción de las variables de la fórmula de cálculo permite tener claridad sobre cualquier concepto incluido en ella?	a) ¿La definición de las variables es clara y si utiliza conceptos especializados, éstos se explican en una nota técnica?	9.09		
Total		36.36	0	36.36
ii) Relevancia				
4. ¿El indicador refleja un factor o variable central del logro del objetivo?	a) ¿Existe al menos un factor relevante del objetivo que se mide en el indicador?	9.09		El indicador mide los factores relevantes del porcentaje de control de diabetes mellitus en población de 20 años y más en centros de salud
5. ¿El indicador está asociado a una meta(s) específica(s) de acuerdo con la frecuencia de medición establecida?	a) ¿El indicador cuenta con al menos una meta específica de acuerdo con la frecuencia de medición?	9.09		La ficha técnica incluye la meta de cada una de las variables del indicador y del propio indicador, de igual forma incluye los criterios de semaforización
Total		18.18	0	18.18
iii) Monitoreable				
6. ¿El indicador tiene un valor de línea base para su seguimiento?	a) ¿El indicador tiene especificado el valor de la línea de base, o bien, tiene explícito cuándo se realizará el primer levantamiento para la línea base?	9.09		
7. ¿Los medios de verificación planteados en el indicador son consistentes?	a) ¿La frecuencia de medición coincide con la de los medios de verificación?	9.09		En la ficha técnica se puede observar la variable de frecuencia de medición del indicador, en el cual se indica la frecuencia del indicador del medio de verificación.
	b) ¿Los datos de las variables a medir efectivamente son medidos por el medio de verificación planteado?		0	No se cuenta con el documento oficial indicado como medio de verificación.
Total		18.18	0	18.18
iv) Adecuado				

8. ¿Existe congruencia en el establecimiento de metas anuales y sexenales?	a) ¿Las metas anuales y sexenales son congruentes en el sentido del indicador?	9.09		
9. ¿La dimensión del indicador está bien identificada (eficacia, eficiencia, calidad, economía)?	a) ¿La dimensión del indicador coincide con los conceptos de las guías y manuales de la Metodología de Marco Lógico?	9.09		La dimensión indicada en la ficha técnica del indicador es de "EFICACIA" lo cual cumple con las recomendaciones de la MML
Total		18.18	0	18.18
Total=				90.9

Cuadro 2. Ficha de evaluación de indicadores (ACTIVIDAD)

IA3C1CRONICOS-Control de obesidad

i) Claridad	Criterios	Valoración		Observación
		Si (9.09)	NO 0	
1. ¿La fórmula de cálculo del indicador es coherente con su nombre?	a) ¿La fórmula de cálculo se encuentra expresada como es señalado en el nombre (porcentaje, proporción, tasa, etcétera)?	9.09		El método de cálculo corresponde a un porcentaje, lo cual es congruente con el nombre del indicador
	b) ¿El nombre del indicador expresa lo conformado en la fórmula de cálculo?	9.09		El método de cálculo corresponde a un porcentaje, lo cual es congruente con el nombre del indicador
2. ¿Existe coherencia dentro de los elementos (numerador y denominador) que conforman la fórmula de cálculo del indicador?	a) ¿Existe coherencia del numerador y denominador en cuanto a frecuencias de medición y unidades de medida?	9.09		El denominador y numerador son congruentes en unidad de medida y frecuencia de medición con lo establecido en un porcentaje.
3. ¿La descripción de las variables de la fórmula de cálculo permite tener claridad sobre cualquier concepto incluido en ella?	a) ¿La definición de las variables es clara y si utiliza conceptos especializados, éstos se explican en una nota técnica?	9.09		

Total		36.36	0	36.36
ii) Relevancia				
4. ¿El indicador refleja un factor o variable central del logro del objetivo?	a) ¿Existe al menos un factor relevante del objetivo que se mide en el indicador?	9.09		El indicador mide los factores relevantes del control de obesidad en población de 20 años y más en centros de salud
5. ¿El indicador está asociado a una meta(s) específica(s) de acuerdo con la frecuencia de medición establecida?	a) ¿El indicador cuenta con al menos una meta específica de acuerdo con la frecuencia de medición?	9.09		La ficha técnica incluye la meta de cada una de las variables del indicador y del propio indicador, de igual forma incluye los criterios de semaforización
Total		18.18	0	18.18
iii) Monitoreable				
6. ¿El indicador tiene un valor de línea base para su seguimiento?	a) ¿El indicador tiene especificado el valor de la línea de base, o bien, tiene explícito cuándo se realizará el primer levantamiento para la línea base?	9.09		
7. ¿Los medios de verificación planteados en el indicador son consistentes?	a) ¿La frecuencia de medición coincide con la de los medios de verificación?	9.09		En la ficha técnica se puede observar la variable de frecuencia de medición del indicador, en el cual se indica la frecuencia del indicador del medio de verificación.
	b) ¿Los datos de las variables a medir efectivamente son medidos por el medio de verificación planteado?		0	No se cuenta con el documento oficial indicado como medio de verificación.
Total		18.18	0	18.18
iv) Adecuado				
8. ¿Existe congruencia en el establecimiento de metas anuales y sexenales?	a) ¿Las metas anuales y sexenales son congruentes en el sentido del indicador?	9.09		
9. ¿La dimensión del indicador está bien identificada (eficacia, eficiencia, calidad, economía)?	a) ¿La dimensión del indicador coincide con los conceptos de las guías y manuales de la Metodología de Marco Lógico?	9.09		La dimensión indicada en la ficha técnica del indicador es de "EFICACIA" lo cual cumple con las

				recomendaciones de la MML
Total		18.18	0	18.18
Total=				90.9

Cuadro 2. Ficha de evaluación de indicadores (ACTIVIDAD)				
IA4C1CRONICOS-Control de Hipertensión Arterial Sistémica				
i) Claridad	Criterios	Valoración		Observación
		Si (9.09)	NO 0	
1. ¿La fórmula de cálculo del indicador es coherente con su nombre?	a) ¿La fórmula de cálculo se encuentra expresada como es señalado en el nombre (porcentaje, proporción, tasa, etcétera)?	9.09		El método de cálculo corresponde a un porcentaje, lo cual es congruente con el nombre del indicador
	b) ¿El nombre del indicador expresa lo conformado en la fórmula de cálculo?	9.09		El método de cálculo corresponde a un porcentaje, lo cual es congruente con el nombre del indicador
2. ¿Existe coherencia dentro de los elementos (numerador y denominador) que conforman la fórmula de cálculo del indicador?	a) ¿Existe coherencia del numerador y denominador en cuanto a frecuencias de medición y unidades de medida?	9.09		El denominador y numerador son congruentes en unidad de medida y frecuencia de medición con lo establecido en un porcentaje.
3. ¿La descripción de las variables de la fórmula de cálculo permite tener claridad sobre cualquier concepto incluido en ella?	a) ¿La definición de las variables es clara y si utiliza conceptos especializados, éstos se explican en una nota técnica?	9.09		
Total		36.36	0	36.36
ii) Relevancia				
4. ¿El indicador refleja un factor o variable central del logro del objetivo?	a) ¿Existe al menos un factor relevante del objetivo que se mide en el indicador?	9.09		El indicador mide los factores relevantes del control de Hipertensión Arterial Sistémica en

				población de 20 años y más
5. ¿El indicador está asociado a una meta(s) específica(s) de acuerdo con la frecuencia de medición establecida?	a) ¿El indicador cuenta con al menos una meta específica de acuerdo con la frecuencia de medición?	9.09		La ficha técnica incluye la meta de cada una de las variables del indicador y del propio indicador, de igual forma incluye los criterios de semaforización
Total		18.18	0	18.18
iii) Monitoreable				
6. ¿El indicador tiene un valor de línea base para su seguimiento?	a) ¿El indicador tiene especificado el valor de la línea de base, o bien, tiene explícito cuándo se realizará el primer levantamiento para la línea base?	9.09		
7. ¿Los medios de verificación planteados en el indicador son consistentes?	a) ¿La frecuencia de medición coincide con la de los medios de verificación?	9.09		En la ficha técnica se puede observar la variable de frecuencia de medición del indicador, en el cual se indica la frecuencia del indicador del medio de verificación.
	b) ¿Los datos de las variables a medir efectivamente son medidos por el medio de verificación planteado?		0	No se cuenta con el documento oficial indicado como medio de verificación.
Total		18.18	0	18.18
iv) Adecuado				
8. ¿Existe congruencia en el establecimiento de metas anuales y sexenales?	a) ¿Las metas anuales y sexenales son congruentes en el sentido del indicador?	9.09		
9. ¿La dimensión del indicador está bien identificada (eficacia, eficiencia, calidad, economía)?	a) ¿La dimensión del indicador coincide con los conceptos de las guías y manuales de la Metodología de Marco Lógico?	9.09		La dimensión indicada en la ficha técnica del indicador es de "EFICACIA" lo cual cumple con las recomendaciones de la MML
Total		18.18	0	18.18

Total=	90.9
---------------	------

Cuadro 2. Ficha de evaluación de indicadores (ACTIVIDAD)				
IA5C1CRONICOS-Acreditación de grupos de ayuda mutua en Enfermedades Crónicas				
i) Claridad	Criterios	Valoración		Observación
		Si (9.09)	NO 0	
	a) ¿La fórmula de cálculo se encuentra expresada como es señalado en el nombre (porcentaje, proporción, tasa, etcétera)?	9.09		El método de cálculo corresponde a un porcentaje, lo cual es congruente con el nombre del indicador
	b) ¿El nombre del indicador expresa lo conformado en la fórmula de cálculo?	9.09		El método de cálculo corresponde a un porcentaje, lo cual es congruente con el nombre del indicador
2. ¿Existe coherencia dentro de los elementos (numerador y denominador) que conforman la fórmula de cálculo del indicador?	a) ¿Existe coherencia del numerador y denominador en cuanto a frecuencias de medición y unidades de medida?	9.09		El denominador y numerador son congruentes en unidad de medida y frecuencia de medición con lo establecido en un porcentaje.
3. ¿La descripción de las variables de la fórmula de cálculo permite tener claridad sobre cualquier concepto incluido en ella?	a) ¿La definición de las variables es clara y si utiliza conceptos especializados, éstos se explican en una nota técnica?	9.09		
Total		36.36	0	36.36
ii) Relevancia				
4. ¿El indicador refleja un factor o variable central del logro del objetivo?	a) ¿Existe al menos un factor relevante del objetivo que se mide en el indicador?	9.09		El indicador mide los factores relevantes de acreditación de grupos de ayuda mutua en enfermedades crónicas
5. ¿El indicador está asociado a una meta(s) específica(s) de acuerdo con la frecuencia de medición establecida?	a) ¿El indicador cuenta con al menos una meta específica de acuerdo con la frecuencia de medición?	9.09		La ficha técnica incluye la meta de cada una de las variables del indicador y del propio indicador, de igual forma incluye los criterios de semaforización

Total		18.18	0	18.18
iii) Monitoreable				
6. ¿El indicador tiene un valor de línea base para su seguimiento?	a) ¿El indicador tiene especificado el valor de la línea de base, o bien, tiene explícito cuándo se realizará el primer levantamiento para la línea base?	9.09		
7. ¿Los medios de verificación planteados en el indicador son consistentes?	a) ¿La frecuencia de medición coincide con la de los medios de verificación?	9.09		En la ficha técnica se puede observar la variable de frecuencia de medición del indicador, en el cual se indica la frecuencia del indicador del medio de verificación.
	b) ¿Los datos de las variables a medir efectivamente son medidos por el medio de verificación planteado?		0	No se cuenta con el documento oficial indicado como medio de verificación.
Total		18.18	0	18.18
iv) Adecuado				
8. ¿Existe congruencia en el establecimiento de metas anuales y sexenales?	a) ¿Las metas anuales y sexenales son congruentes en el sentido del indicador?	9.09		
9. ¿La dimensión del indicador está bien identificada (eficacia, eficiencia, calidad, economía)?	a) ¿La dimensión del indicador coincide con los conceptos de las guías y manuales de la Metodología de Marco Lógico?	9.09		La dimensión indicada en la ficha técnica del indicador es de "EFICACIA" lo cual cumple con las recomendaciones de la MML
Total		18.18	0	18.18
Total=				90.9

Cuadro 2. Ficha de evaluación de indicadores (COMPONENTE)				
IC2CRONICOS-Acciones realizadas para detección de enfermedades crónicas no transmisibles y alteraciones del envejecimiento				
i) Claridad	Criterios	Valoración		Observación
		Si (9.09)	NO 0	

1. ¿La fórmula de cálculo del indicador es coherente con su nombre?	a) ¿La fórmula de cálculo se encuentra expresada como es señalado en el nombre (porcentaje, proporción, tasa, etcétera)?	9.09		El método de cálculo corresponde a un porcentaje, lo cual es congruente con el nombre del indicador
	b) ¿El nombre del indicador expresa lo conformado en la fórmula de cálculo?	9.09		El método de cálculo corresponde a un porcentaje, lo cual es congruente con el nombre del indicador
2. ¿Existe coherencia dentro de los elementos (numerador y denominador) que conforman la fórmula de cálculo del indicador?	a) ¿Existe coherencia del numerador y denominador en cuanto a frecuencias de medición y unidades de medida?	9.09		El denominador y numerador son congruentes en unidad de medida y frecuencia de medición con lo establecido en un porcentaje.
3. ¿La descripción de las variables de la fórmula de cálculo permite tener claridad sobre cualquier concepto incluido en ella?	a) ¿La definición de las variables es clara y si utiliza conceptos especializados, éstos se explican en una nota técnica?	9.09		
Total		36.36	0	36.36
ii) Relevancia				
4. ¿El indicador refleja un factor o variable central del logro del objetivo?	a) ¿Existe al menos un factor relevante del objetivo que se mide en el indicador?	9.09		El indicador mide los factores relevantes de las acciones realizadas para la detección oportuna de enfermedades crónicas no transmisibles y alteraciones del envejecimiento.
5. ¿El indicador está asociado a una meta(s) específica(s) de acuerdo con la frecuencia de medición establecida?	a) ¿El indicador cuenta con al menos una meta específica de acuerdo con la frecuencia de medición?	9.09		La ficha técnica incluye la meta de cada una de las variables del indicador y del propio indicador, de igual forma incluye los criterios de semaforización
Total		18.18	0	18.18
iii) Monitoreable				

6. ¿El indicador tiene un valor de línea base para su seguimiento?	a) ¿El indicador tiene especificado el valor de la línea de base, o bien, tiene explícito cuándo se realizará el primer levantamiento para la línea base?	9.09		
7. ¿Los medios de verificación planteados en el indicador son consistentes?	a) ¿La frecuencia de medición coincide con la de los medios de verificación?	9.09		En la ficha técnica se puede observar la variable de frecuencia de medición del indicador, en el cual se indica la frecuencia del indicador del medio de verificación.
	b) ¿Los datos de las variables a medir efectivamente son medidos por el medio de verificación planteado?		0	No se cuenta con el documento oficial indicado como medio de verificación.
Total		18.18	0	18.18
iv) Adecuado				
8. ¿Existe congruencia en el establecimiento de metas anuales y sexenales?	a) ¿Las metas anuales y sexenales son congruentes en el sentido del indicador?	9.09		
9. ¿La dimensión del indicador está bien identificada (eficacia, eficiencia, calidad, economía)?	a) ¿La dimensión del indicador coincide con los conceptos de las guías y manuales de la Metodología de Marco Lógico?	9.09		La dimensión indicada en la ficha técnica del indicador es de "EFICACIA" lo cual cumple con las recomendaciones de la MML
Total		18.18	0	18.18
Total=		90.9		

Cuadro 2. Ficha de evaluación de indicadores (ACTIVIDAD)

IA1C2CRONICOS-Detección de Diabetes Mellitus

i) Claridad	Criterios	Valoración		Observación
		Si (9.09)	NO 0	
1. ¿La fórmula de cálculo del indicador es coherente con su nombre?	a) ¿La fórmula de cálculo se encuentra expresada como es señalado en el nombre (porcentaje, proporción, tasa, etcétera)?	9.09		El método de cálculo corresponde a un porcentaje, lo cual es

				congruente con el nombre del indicador
	b) ¿El nombre del indicador expresa lo conformado en la fórmula de cálculo?	9.09		El método de cálculo corresponde a un porcentaje, lo cual es congruente con el nombre del indicador
2. ¿Existe coherencia dentro de los elementos (numerador y denominador) que conforman la fórmula de cálculo del indicador?	a) ¿Existe coherencia del numerador y denominador en cuanto a frecuencias de medición y unidades de medida?	9.09		El denominador y numerador son congruentes en unidad de medida y frecuencia de medición con lo establecido en un porcentaje.
3. ¿La descripción de las variables de la fórmula de cálculo permite tener claridad sobre cualquier concepto incluido en ella?	a) ¿La definición de las variables es clara y si utiliza conceptos especializados, éstos se explican en una nota técnica?	9.09		
Total		36.36	0	36.36
ii) Relevancia				
4. ¿El indicador refleja un factor o variable central del logro del objetivo?	a) ¿Existe al menos un factor relevante del objetivo que se mide en el indicador?	9.09		El indicador mide los factores relevantes de la detección oportuna de diabetes mellitus en población de 20 años y más
5. ¿El indicador está asociado a una meta(s) específica(s) de acuerdo con la frecuencia de medición establecida?	a) ¿El indicador cuenta con al menos una meta específica de acuerdo con la frecuencia de medición?	9.09		La ficha técnica incluye la meta de cada una de las variables del indicador y del propio indicador, de igual forma incluye los criterios de semaforización
Total		18.18	0	18.18
iii) Monitoreable				
6. ¿El indicador tiene un valor de línea base para su seguimiento?	a) ¿El indicador tiene especificado el valor de la línea de base, o bien, tiene explícito cuándo se realizará el primer levantamiento para la línea base?	9.09		

7. ¿Los medios de verificación planteados en el indicador son consistentes?	a) ¿La frecuencia de medición coincide con la de los medios de verificación?	9.09		En la ficha técnica se puede observar la variable de frecuencia de medición del indicador, en el cual se indica la frecuencia del indicador del medio de verificación.
	b) ¿Los datos de las variables a medir efectivamente son medidos por el medio de verificación planteado?		0	No se cuenta con el documento oficial indicado como medio de verificación.
Total		18.18	0	18.18
iv) Adecuado				
8. ¿Existe congruencia en el establecimiento de metas anuales y sexenales?	a) ¿Las metas anuales y sexenales son congruentes en el sentido del indicador?	9.09		
9. ¿La dimensión del indicador está bien identificada (eficacia, eficiencia, calidad, economía)?	a) ¿La dimensión del indicador coincide con los conceptos de las guías y manuales de la Metodología de Marco Lógico?	9.09		La dimensión indicada en la ficha técnica del indicador es de "EFICACIA" lo cual cumple con las recomendaciones de la MML
Total		18.18	0	18.18
Total=		90.9		

Cuadro 2. Ficha de evaluación de indicadores (ACTIVIDAD)				
IA2C2CRONICOS-Detección de Obesidad y Riesgo Cardiovascular				
i) Claridad	Criterios	Valoración		Observación
		Si (9.09)	NO 0	
1. ¿La fórmula de cálculo del indicador es coherente con su nombre?	a) ¿La fórmula de cálculo se encuentra expresada como es señalado en el nombre (porcentaje, proporción, tasa, etcétera)?	9.09		El método de cálculo corresponde a un porcentaje, lo cual es congruente con el nombre del indicador
	b) ¿El nombre del indicador expresa lo conformado en la fórmula de cálculo?	9.09		El método de cálculo corresponde a un porcentaje, lo cual es congruente con el nombre del indicador

2. ¿Existe coherencia dentro de los elementos (numerador y denominador) que conforman la fórmula de cálculo del indicador?	a) ¿Existe coherencia del numerador y denominador en cuanto a frecuencias de medición y unidades de medida?	9.09		El denominador y numerador son congruentes en unidad de medida y frecuencia de medición con lo establecido en un porcentaje.
3. ¿La descripción de las variables de la fórmula de cálculo permite tener claridad sobre cualquier concepto incluido en ella?	a) ¿La definición de las variables es clara y si utiliza conceptos especializados, éstos se explican en una nota técnica?	9.09		
Total		36.36	0	36.36
ii) Relevancia				
4. ¿El indicador refleja un factor o variable central del logro del objetivo?	a) ¿Existe al menos un factor relevante del objetivo que se mide en el indicador?	9.09		El indicador mide los factores relevantes de la detección oportuna de obesidad y riesgo cardiovascular en población de 20 años y más
5. ¿El indicador está asociado a una meta(s) específica(s) de acuerdo con la frecuencia de medición establecida?	a) ¿El indicador cuenta con al menos una meta específica de acuerdo con la frecuencia de medición?	9.09		La ficha técnica incluye la meta de cada una de las variables del indicador y del propio indicador, de igual forma incluye los criterios de semaforización
Total		18.18	0	18.18
iii) Monitoreable				
6. ¿El indicador tiene un valor de línea base para su seguimiento?	a) ¿El indicador tiene especificado el valor de la línea de base, o bien, tiene explícito cuándo se realizará el primer levantamiento para la línea base?	9.09		
7. ¿Los medios de verificación planteados en el indicador son consistentes?	a) ¿La frecuencia de medición coincide con la de los medios de verificación?	9.09		En la ficha técnica se puede observar la variable de frecuencia de medición del indicador, en el cual se indica la frecuencia del indicador del medio de verificación.

	b) ¿Los datos de las variables a medir efectivamente son medidos por el medio de verificación planteado?		0	No se cuenta con el documento oficial indicado como medio de verificación.
Total		18.18	0	18.18
iv) Adecuado				
8. ¿Existe congruencia en el establecimiento de metas anuales y sexenales?	a) ¿Las metas anuales y sexenales son congruentes en el sentido del indicador?	9.09		
9. ¿La dimensión del indicador está bien identificada (eficacia, eficiencia, calidad, economía)?	a) ¿La dimensión del indicador coincide con los conceptos de las guías y manuales de la Metodología de Marco Lógico?	9.09		La dimensión indicada en la ficha técnica del indicador es de "EFICACIA" lo cual cumple con las recomendaciones de la MML
Total		18.18	0	18.18
Total=				90.9

Cuadro 2. Ficha de evaluación de indicadores (ACTIVIDAD)				
IA3C2CRONICOS-Cobertura de atención en UNEME EC				
i) Claridad	Criterios	Valoración		Observación
		Si (9.09)	NO 0	
1. ¿La fórmula de cálculo del indicador es coherente con su nombre?	a) ¿La fórmula de cálculo se encuentra expresada como es señalado en el nombre (porcentaje, proporción, tasa, etcétera)?	9.09		El método de cálculo corresponde a un porcentaje, lo cual es congruente con el nombre del indicador
	b) ¿El nombre del indicador expresa lo conformado en la fórmula de cálculo?	9.09		El método de cálculo corresponde a un porcentaje, lo cual es congruente con el nombre del indicador
2. ¿Existe coherencia dentro de los elementos (numerador y denominador) que conforman la fórmula de cálculo del indicador?	a) ¿Existe coherencia del numerador y denominador en cuanto a frecuencias de medición y unidades de medida?	9.09		El denominador y numerador son congruentes en unidad de medida y frecuencia de medición con lo establecido en un porcentaje.

3. ¿La descripción de las variables de la fórmula de cálculo permite tener claridad sobre cualquier concepto incluido en ella?	a) ¿La definición de las variables es clara y si utiliza conceptos especializados, éstos se explican en una nota técnica?	9.09		
Total		36.36	0	36.36
ii) Relevancia				
4. ¿El indicador refleja un factor o variable central del logro del objetivo?	a) ¿Existe al menos un factor relevante del objetivo que se mide en el indicador?	9.09		El indicador mide los factores relevantes del porcentaje de pacientes de primera vez en UNEME EC
5. ¿El indicador está asociado a una meta(s) específica(s) de acuerdo con la frecuencia de medición establecida?	a) ¿El indicador cuenta con al menos una meta específica de acuerdo con la frecuencia de medición?	9.09		La ficha técnica incluye la meta de cada una de las variables del indicador y del propio indicador, de igual forma incluye los criterios de semaforización
Total		18.18	0	18.18
iii) Monitoreable				
6. ¿El indicador tiene un valor de línea base para su seguimiento?	a) ¿El indicador tiene especificado el valor de la línea de base, o bien, tiene explícito cuándo se realizará el primer levantamiento para la línea base?	9.09		
7. ¿Los medios de verificación planteados en el indicador son consistentes?	a) ¿La frecuencia de medición coincide con la de los medios de verificación?	9.09		En la ficha técnica se puede observar la variable de frecuencia de medición del indicador, en el cual se indica la frecuencia del indicador del medio de verificación.
	b) ¿Los datos de las variables a medir efectivamente son medidos por el medio de verificación planteado?		0	No se cuenta con el documento oficial indicado como medio de verificación.
Total		18.18	0	18.18
iv) Adecuado				

8. ¿Existe congruencia en el establecimiento de metas anuales y sexenales?	a) ¿Las metas anuales y sexenales son congruentes en el sentido del indicador?	9.09		
9. ¿La dimensión del indicador está bien identificada (eficacia, eficiencia, calidad, economía)?	a) ¿La dimensión del indicador coincide con los conceptos de las guías y manuales de la Metodología de Marco Lógico?	9.09		La dimensión indicada en la ficha técnica del indicador es de "EFICACIA" lo cual cumple con las recomendaciones de la MML
Total		18.18	0	18.18
Total=				90.9

Cuadro 2. Ficha de evaluación de indicadores (ACTIVIDAD)

IA4C2CRONICOS-Detección de sintomatología prostática

i) Claridad	Criterios	Valoración		Observación
		Si (9.09)	NO 0	
1. ¿La fórmula de cálculo del indicador es coherente con su nombre?	a) ¿La fórmula de cálculo se encuentra expresada como es señalado en el nombre (porcentaje, proporción, tasa, etcétera)?	9.09		El método de cálculo corresponde a un porcentaje, lo cual es congruente con el nombre del indicador
	b) ¿El nombre del indicador expresa lo conformado en la fórmula de cálculo?	9.09		El método de cálculo corresponde a un porcentaje, lo cual es congruente con el nombre del indicador
2. ¿Existe coherencia dentro de los elementos (numerador y denominador) que conforman la fórmula de cálculo del indicador?	a) ¿Existe coherencia del numerador y denominador en cuanto a frecuencias de medición y unidades de medida?	9.09		El denominador y numerador son congruentes en unidad de medida y frecuencia de medición con lo establecido en un porcentaje.
3. ¿La descripción de las variables de la fórmula de cálculo permite tener claridad sobre cualquier concepto incluido en ella?	a) ¿La definición de las variables es clara y si utiliza conceptos especializados, éstos se explican en una nota técnica?	9.09		

Total		36.36	0	36.36
ii) Relevancia				
4. ¿El indicador refleja un factor o variable central del logro del objetivo?	a) ¿Existe al menos un factor relevante del objetivo que se mide en el indicador?	9.09		El indicador mide los factores relevantes del porcentaje de detecciones de sintomatología prostática
5. ¿El indicador está asociado a una meta(s) específica(s) de acuerdo con la frecuencia de medición establecida?	a) ¿El indicador cuenta con al menos una meta específica de acuerdo con la frecuencia de medición?	9.09		La ficha técnica incluye la meta de cada una de las variables del indicador y del propio indicador, de igual forma incluye los criterios de semaforización
Total		18.18	0	18.18
iii) Monitoreable				
6. ¿El indicador tiene un valor de línea base para su seguimiento?	a) ¿El indicador tiene especificado el valor de la línea de base, o bien, tiene explícito cuándo se realizará el primer levantamiento para la línea base?	9.09		
7. ¿Los medios de verificación planteados en el indicador son consistentes?	a) ¿La frecuencia de medición coincide con la de los medios de verificación?	9.09		En la ficha técnica se puede observar la variable de frecuencia de medición del indicador, en el cual se indica la frecuencia del indicador del medio de verificación.
	b) ¿Los datos de las variables a medir efectivamente son medidos por el medio de verificación planteado?		0	No se cuenta con el documento oficial indicado como medio de verificación.
Total		18.18	0	18.18
iv) Adecuado				
8. ¿Existe congruencia en el establecimiento de metas anuales y sexenales?	a) ¿Las metas anuales y sexenales son congruentes en el sentido del indicador?	9.09		

9. ¿La dimensión del indicador está bien identificada (eficacia, eficiencia, calidad, economía)?	a) ¿La dimensión del indicador coincide con los conceptos de las guías y manuales de la Metodología de Marco Lógico?	9.09		La dimensión indicada en la ficha técnica del indicador es de "EFICACIA" lo cual cumple con las recomendaciones de la MML
Total		18.18	0	18.18
Total=				90.9

Cuadro 2. Ficha de evaluación de indicadores (ACTIVIDAD)				
IASC2CRONICOS-Detección de Síndromes Geriátricos				
i) Claridad	Criterios	Valoración		Observación
		Si (9.09)	NO 0	
1. ¿La fórmula de cálculo del indicador es coherente con su nombre?	a) ¿La fórmula de cálculo se encuentra expresada como es señalado en el nombre (porcentaje, proporción, tasa, etcétera)?	9.09		El método de cálculo corresponde a un porcentaje, lo cual es congruente con el nombre del indicador
	b) ¿El nombre del indicador expresa lo conformado en la fórmula de cálculo?	9.09		El método de cálculo corresponde a un porcentaje, lo cual es congruente con el nombre del indicador
2. ¿Existe coherencia dentro de los elementos (numerador y denominador) que conforman la fórmula de cálculo del indicador?	a) ¿Existe coherencia del numerador y denominador en cuanto a frecuencias de medición y unidades de medida?	9.09		El denominador y numerador son congruentes en unidad de medida y frecuencia de medición con lo establecido en un porcentaje.
3. ¿La descripción de las variables de la fórmula de cálculo permite tener claridad sobre cualquier concepto incluido en ella?	a) ¿La definición de las variables es clara y si utiliza conceptos especializados, éstos se explican en una nota técnica?	9.09		
Total		36.36	0	36.36

ii) Relevancia				
4. ¿El indicador refleja un factor o variable central del logro del objetivo?	a) ¿Existe al menos un factor relevante del objetivo que se mide en el indicador?	9.09		El indicador mide los factores relevantes del porcentaje de detecciones de síndromes geriátricos en la población de 60 años y más
5. ¿El indicador está asociado a una meta(s) específica(s) de acuerdo con la frecuencia de medición establecida?	a) ¿El indicador cuenta con al menos una meta específica de acuerdo con la frecuencia de medición?	9.09		La ficha técnica incluye la meta de cada una de las variables del indicador y del propio indicador, de igual forma incluye los criterios de semaforización
Total		18.18	0	18.18
iii) Monitoreable				
6. ¿El indicador tiene un valor de línea base para su seguimiento?	a) ¿El indicador tiene especificado el valor de la línea de base, o bien, tiene explícito cuándo se realizará el primer levantamiento para la línea base?	9.09		
7. ¿Los medios de verificación planteados en el indicador son consistentes?	a) ¿La frecuencia de medición coincide con la de los medios de verificación?	9.09		En la ficha técnica se puede observar la variable de frecuencia de medición del indicador, en el cual se indica la frecuencia del indicador del medio de verificación.
	b) ¿Los datos de las variables a medir efectivamente son medidos por el medio de verificación planteado?		0	No se cuenta con el documento oficial indicado como medio de verificación.
Total		18.18	0	18.18
iv) Adecuado				
8. ¿Existe congruencia en el establecimiento de metas anuales y sexenales?	a) ¿Las metas anuales y sexenales son congruentes en el sentido del indicador?	9.09		

9. ¿La dimensión del indicador está bien identificada (eficacia, eficiencia, calidad, economía)?	a) ¿La dimensión del indicador coincide con los conceptos de las guías y manuales de la Metodología de Marco Lógico?	9.09		La dimensión indicada en la ficha técnica del indicador es de "EFICACIA" lo cual cumple con las recomendaciones de la MML
Total		18.18	0	18.18
Total=		90.9		

Cuadro 2. Ficha de evaluación de indicadores (ACTIVIDAD)				
IA6C2CRONICOS-Capacitación para la prevención de accidentes				
i) Claridad	Criterios	Valoración		Observación
		Si (9.09)	NO 0	
1. ¿La fórmula de cálculo del indicador es coherente con su nombre?	a) ¿La fórmula de cálculo se encuentra expresada como es señalado en el nombre (porcentaje, proporción, tasa, etcétera)?	9.09		El método de cálculo corresponde a un porcentaje, lo cual es congruente con el nombre del indicador
	b) ¿El nombre del indicador expresa lo conformado en la fórmula de cálculo?	9.09		El método de cálculo corresponde a un porcentaje, lo cual es congruente con el nombre del indicador
2. ¿Existe coherencia dentro de los elementos (numerador y denominador) que conforman la fórmula de cálculo del indicador?	a) ¿Existe coherencia del numerador y denominador en cuanto a frecuencias de medición y unidades de medida?	9.09		El denominador y numerador son congruentes en unidad de medida y frecuencia de medición con lo establecido en un porcentaje.
3. ¿La descripción de las variables de la fórmula de cálculo permite tener claridad sobre cualquier concepto incluido en ella?	a) ¿La definición de las variables es clara y si utiliza conceptos especializados, éstos se explican en una nota técnica?	9.09		
Total		36.36	0	36.36
ii) Relevancia				

4. ¿El indicador refleja un factor o variable central del logro del objetivo?	a) ¿Existe al menos un factor relevante del objetivo que se mide en el indicador?	9.09		El indicador mide los factores relevantes del porcentaje de capacitación para la prevención de accidentes
5. ¿El indicador está asociado a una meta(s) específica(s) de acuerdo con la frecuencia de medición establecida?	a) ¿El indicador cuenta con al menos una meta específica de acuerdo con la frecuencia de medición?	9.09		La ficha técnica incluye la meta de cada una de las variables del indicador y del propio indicador, de igual forma incluye los criterios de semaforización
Total		18.18	0	18.18
iii) Monitoreable				
6. ¿El indicador tiene un valor de línea base para su seguimiento?	a) ¿El indicador tiene especificado el valor de la línea de base, o bien, tiene explícito cuándo se realizará el primer levantamiento para la línea base?	9.09		
7. ¿Los medios de verificación planteados en el indicador son consistentes?	a) ¿La frecuencia de medición coincide con la de los medios de verificación?	9.09		En la ficha técnica se puede observar la variable de frecuencia de medición del indicador, sin embargo no se indica la frecuencia del indicador del medio de verificación.
	b) ¿Los datos de las variables a medir efectivamente son medidos por el medio de verificación planteado?		0	No se cuenta con el documento oficial indicado como medio de verificación.
Total		18.18	0	18.18
iv) Adecuado				
8. ¿Existe congruencia en el establecimiento de metas anuales y sexenales?	a) ¿Las metas anuales y sexenales son congruentes en el sentido del indicador?	9.09		
9. ¿La dimensión del indicador está bien identificada (eficacia, eficiencia, calidad, economía)?	a) ¿La dimensión del indicador coincide con los conceptos de las guías y manuales de la Metodología de Marco Lógico?	9.09		La dimensión indicada en la ficha técnica del indicador es de "EFICACIA" lo cual cumple con las recomendaciones de la MML

Total	18.18	0	18.18
Total=			90.9