



Evaluación Estratégica de Matrices  
de Indicadores para Resultados

# Centro Regulator de Urgencias Médicas de Nuevo León (CRUM)

L19E18340

Ejercicio Fiscal 2022

Centro Regulator de Urgencias Médicas  
de Nuevo León (CRUM)



Programa Anual de Evaluación 2023.

Junio 2023



EL GOBIERNO DEL  
**NUEVO**  
NUEVO LEÓN



**TESORERÍA**  
GABINETE DE  
BUEN GOBIERNO



**SALUD**  
GABINETE DE IGUALDAD  
PARA TODAS LAS PERSONAS

Evaluación Estratégica de Matrices  
de Indicadores para Resultados  
**Centro Regulator de Urgencias  
Médicas de Nuevo León (CRUM)**  
L19E18340  
Ejercicio Fiscal 2022

Junio 2023



## Glosario de Términos

**Análisis de Gabinete:** Conjunto de actividades que involucra el acopio, la organización, la sistematización y la valoración de información concentrada en registros administrativos, bases de datos, evaluaciones internas y/o externas, documentación pública, documentos oficiales y normativos.

**Aspectos Susceptibles de Mejora (ASM):** Compromisos que mediante un posicionamiento institucional asumen los Entes Públicos para introducir mejoras a Programas Presupuestarios, Actividades Institucionales Específicas y Programas y Proyectos de Inversión, sustentadas en las recomendaciones provenientes de una evaluación externa que identifica debilidades, oportunidades y amenazas.

**CONAC:** Consejo Nacional de Armonización Contable.

**Diagnóstico:** Estudio que busca identificar las causas y consecuencias de los problemas que se pretenden resolver o aminorar con la puesta en marcha de un programa presupuestario y de cuyos resultados es posible derivar estrategias de solución.

**Diagnóstico Situacional:** Documento descriptivo que justifica la existencia de un Programa Presupuestario o Actividad Institucional Específica a incluirse en la Ley de Egresos del Estado de Nuevo León.

**Ente Público:** A las dependencias, entidades y tribunales administrativos de conformidad con lo establecido en los artículos 18, 39 y 51 de la Ley Orgánica de la Administración Pública para el Estado de Nuevo León.

**Evaluación:** Análisis sistemático y objetivo de las políticas, los programas presupuestarios y el desempeño institucional, que tiene como finalidad determinar la pertinencia y el logro de sus objetivos y metas, así como su eficiencia, eficacia, calidad, resultados e impacto.

**Evaluación Estratégica:** Diagnóstica y analiza una problemática pública, así como la respuesta gubernamental para atenderla. Mide los resultados de un programa o conjunto de programas en torno a estrategias o políticas públicas de desarrollo e instituciones, en relación con los objetivos estratégicos a los cuales contribuyen.

**Indicadores de Desempeño:** Expresión cuantitativa o, en su caso, cualitativa, correspondiente a un índice, medida, cociente o fórmula, que establece un parámetro del avance en el cumplimiento de los objetivos y metas. Dichos indicadores podrán ser de tipo estratégico o de gestión y en las dimensiones de eficacia, eficiencia, calidad y economía.

**Indicador de gestión:** Indicador de desempeño que mide el avance y logro en procesos y actividades, es decir, sobre la forma en que los bienes y servicios públicos son generados.

**Indicador Estratégico:** Indicador de desempeño que mide el grado de cumplimiento de los objetivos de las políticas públicas y de los programas presupuestarios que impactan de manera directa en la población objetivo o área de enfoque.

**Matriz de Indicadores para Resultados:** Herramienta de la planeación estratégica que en forma sencilla y armónica establece con claridad los objetivos de un Programa Presupuestario y de una Actividad Institucional Específica, señala su alineación con la Planeación del Desarrollo Estatal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible, incorpora indicadores que miden objetivos y metas esperadas, identifica los medios para obtener y verificar la información de los indicadores, describe los bienes, servicios y subsidios que se entregan a la sociedad; así como los insumos y actividades necesarias para producirlos o entregarlos, incluyendo los supuestos o factores externos que influyen en el cumplimiento de los objetivos de los programas presupuestarios y de las actividades institucionales específicas, como resultado de la aplicación de la Metodología de Marco Lógico.

**Metodología de Marco Lógico:** Herramienta de planeación estratégica basada en la estructuración y solución de problemas, que permite organizar de manera sistemática y lógica los objetivos de un Programa y sus relaciones de causalidad; posibilita identificar y definir los factores externos que pueden influir en el cumplimiento de objetivos, y proporciona elementos para evaluar el avance en su consecución y examina el desempeño del Programa en todas sus etapas. Asimismo, facilita el proceso de conceptualización y diseño de programas públicos a través de la Matriz de Indicadores para Resultados.

**Monitoreo:** Proceso continuo que usa la recolección sistemática de información, como indicadores, estudios, diagnósticos, entre otros, para orientar a los servidores públicos acerca de los avances en el logro de objetivos de una intervención pública respecto a los resultados esperados.

**Población o Área de Enfoque Atendida:** Beneficiarios efectivos que reciben los bienes y/o servicios que componen un Programa en un ejercicio fiscal determinado.

**Población o Área de Enfoque Objetivo:** Beneficiarios que el Programa tiene planeado o programado atender en un período de tiempo pudiendo responder a la totalidad de la población potencial o sólo una parte de ella.

**Población o Área de Enfoque Potencial:** Población o área de enfoque total que presenta un problema o necesidad que justifica el diseño de un Programa y que es elegible para recibir los beneficios que el Programa entrega de acuerdo con su diseño de atención, sean estos beneficios bienes o servicios.

**Pregunta Metodológica:** Pregunta de investigación que se formula de manera precisa y clara, de tal manera que no exista ambigüedad respecto al tipo de respuesta esperada.

**Presupuesto basado en Resultados (PbR):** Proceso basado en consideraciones objetivas para la asignación de recursos económicos hacia aquellos Programas que sean pertinentes y estratégicos para obtener los resultados esperados y, cuyo aporte sea decisivo para el desarrollo sostenible.

**Problema o necesidad:** Refiere a una situación que denota inconveniencia, insatisfacción, o un hecho negativo evidente por la forma en que afecta a una población o área de enfoque, que justifica la intervención pública mediante un Programa, ya sea porque atiende a una condición socioeconómica no deseable o a cualquier demanda pública que deba ser atendida por una función de gobierno.

**Programa:** Programa Presupuestario evaluado.

**Programa Presupuestario:** Se refiere a la categoría programática que permite organizar, en forma representativa y homogénea, las asignaciones de recursos y cuya identificación corresponde a la solución de un asunto o problema de carácter público, que de forma directa o intermedia entrega bienes o presta servicios públicos a una población objetivo o área de enfoque claramente identificada y localizada, y que debe clasificarse en atención a lo establecido en el Acuerdo por el que se emite la Clasificación Programática publicado por el Consejo Nacional de Armonización Contable (CONAC) en el Diario Oficial de la Federación de fecha 8 de Agosto de 2013.

**TdR:** Términos de Referencia que describen el propósito de la evaluación y establecen una definición clara de hacia dónde debe ir dirigido el enfoque de evaluación.

**Valor Público:** Según Moore (citado en BID y CLAD, 2007) se crea cuando se realizan actividades capaces de aportar respuestas efectivas y útiles a necesidades o demandas, las cuales debe ser políticamente deseables como consecuencia de un proceso de legitimación democrática, de propiedad colectiva, caracterizando así su naturaleza pública, y generen información sobre los cambios sociales (resultados) que modifiquen ciertos aspectos del conjunto de la sociedad o de algunos grupos específicos reconocidos como destinatarios legítimos de los bienes públicos.

## Resumen Ejecutivo

El Gobierno del Estado de Nuevo León programó la presente Evaluación Estratégica de la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) del Programa **E340 Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León**, con el propósito de valorar la definición de los objetivos que se establecen en los niveles de la MIR y analizar la pertinencia y alcance de los indicadores de desempeño.

En tal sentido con esta evaluación se identifican hallazgos y se emiten recomendaciones que tienen por objeto mejorar el diseño y la gestión del programa ejecutado por la **Secretaría de Salud** a través de su órgano desconcentrado **Centro Regulador de Urgencias Médicas del Estado de Nuevo León**, observando si los objetivos, indicadores de desempeño y metas, se establecieron de acuerdo con los objetivos, estrategias y líneas de acción del Plan Estatal de Desarrollo, además de validar si la producción de los bienes y servicios se entregan a un beneficiario debidamente especificado en apego a la normatividad que ésta debe cumplir.

Como marco de referencia, la Instancia Técnica de Evaluación<sup>1</sup> realizó la presente evaluación de conformidad con la Metodología de Marco Lógico siguiendo lo indicado en los Términos de Referencia (TdR) para la Evaluación Estratégica de Matrices de Indicadores para Resultados de las Dependencias y Entidades del Gobierno del Estado de Nuevo León<sup>2</sup>, así como lo establecido en los documentos técnicos: Guía para el Diseño de la Matriz de Indicadores para Resultados<sup>3</sup> y Guía para el Diseño de Indicadores Estratégicos<sup>4</sup> de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

La Evaluación Estratégica de la Matriz de Indicadores para Resultados contiene el análisis valorativo de la información en diversos registros administrativos, bases de datos, documentos oficiales, páginas de internet, documentos normativos y sistemas de información, entre otros. Su realización busca contribuir al cumplimiento de la gestión por resultados, la transparencia y la rendición de cuentas en el destino, ejercicio y resultados alcanzados con el uso de los recursos públicos aplicados a los Programas Presupuestarios, que se ejercen con recursos federales, estatales o propios en el Gobierno del Estado de Nuevo León.

1 Se refiere a la Instancia de Evaluación Externa responsable de ejecutar la evaluación del programa o fondo federal, designada por la Secretaría mediante proceso de contratación.

2 [https://pbr-sed.nl.gob.mx/sites/default/files/tdr\\_2023\\_eemir\\_paenl\\_vfinal.pdf](https://pbr-sed.nl.gob.mx/sites/default/files/tdr_2023_eemir_paenl_vfinal.pdf)

3 Guía para el Diseño de la Matriz de Indicadores para Resultados. Secretaría de Hacienda y Crédito Público. <https://www.gob.mx/shcp/documentos/guia-para-el-diseno-de-la-matriz-de-indicadores-para-resultados>.

4 Guía para el Diseño de Indicadores Estratégicos. Secretaría de Hacienda y Crédito Público. <https://www.gob.mx/shcp/documentos/guia-para-el-diseno-de-indicadores-estrategicos>.

El Programa **E340 Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León** cuenta con un diagnóstico situacional no oficializado ante la Secretaría de Finanzas y Tesorería General del Estado, sin embargo, cuenta con los árboles de problemas y objetivos que permiten analizar la congruencia con la Matriz de Indicadores para Resultados, además, de las definiciones de la Población Potencial, Objetivo y Atendida, las cuales se identifican definidas de manera incorrecta, con una ausencia en la aplicación de la Metodología de Marco Lógico, debido a que a la Población Potencial y Objetivo las define con base en la Población total del Estado, como se muestra en la Tabla No.2 y a la Población Atendida hace referencia a las “llamadas atendidas”. Ninguna de las anteriores coincide con la Población objetivo de la Matriz de Indicadores para Resultados del Programa.

**Definición de la Población o Área de enfoque potencial, objetivo y atendida  
E340 Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León**

**Tabla No. 2 Definición del Población o Área de Enfoque Potencial, Objetivo y Atendida  
E340 Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León**

<p><b>Potencial:</b> Se considera que la totalidad de la población sin distinción de género y edad del Estado de Nuevo León, es decir 5,685,888 de personas físicas (Fuente: Secretaría de Salud/Dirección General de Información en Salud.)), son atendidas por el Programa del CRUM NL, esto debido a que toda la población tiene el derecho a la salud y derecho a un medio ambiente sano para su desarrollo y bienestar lo cual versa en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en su artículo 4 párrafos 4 y 5; artículo 3 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Nuevo León, toda la población puede ser sujeta a control sanitario en caso de ser necesario.</p>	<p><b>Objetivo:</b> La totalidad de las personas físicas (5,685,888) del Estado de Nuevo León pueden ser sujetos de atención medica de emergencia, o en caso de desastres de cualquier índole.</p>	<p><b>Atendida:</b> Durante 2022 fueron atendidas un total de 477,230 llamadas de emergencia médica a través del número único de emergencias 9-1-1.</p>
---	--	---



Por otra parte, se observa que se desconocen las definiciones de Complementariedades y Coincidencias de un Programa con base en el CONEVAL, debido a que las expuestas en el Diagnóstico Situacional no son congruentes, dicho Diagnóstico Situacional cuenta con diversas oportunidades de mejora.

Con base en la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR), se observa que el Programa **E340 Centro Regulator de Urgencias Médicas de Nuevo León** tiene como:

- FIN: *Contribuir a incrementar la atención médica en urgencia, emergencia y/o desastres mediante los servicios prehospitalarios prestados por el Centro Regulator de Urgencias Médicas del Estado (CRUM).*

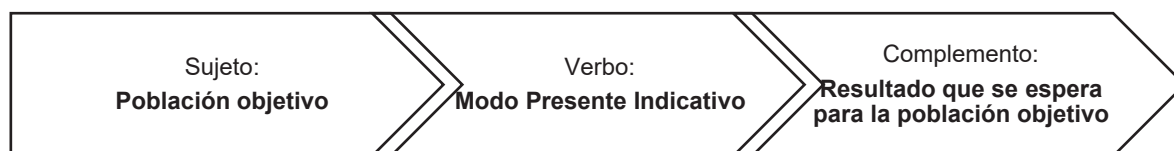
Está construido de acuerdo con lo que se establece en la Guía para el Diseño de la Matriz de Indicadores para Resultados de la SHCP:



La estructura del Objetivo de Nivel de Fin de la MIR del Programa, cumple con los elementos precisos que establece la Metodología de Marco Lógico, sin embargo, tiene mucha similitud al objetivo de Propósito de la MIR del Programa, ya que ambos se enfocan en la provisión del servicio de atención médica de urgencia, emergencia y/o desastres; lo que evidencia una ausencia en las definiciones de los objetivos estratégicos de la MIR y una desarticulación y/o deficiencia en la estructura de los árboles de problemas y objetivos al vincularse con la MIR del programa.

- PROPÓSITO: *Las personas en situación de urgencia, emergencia y/o desastre reciben atención médica prehospitalaria.*

Está construido de acuerdo con lo que se establece en la Guía para el Diseño de la Matriz de Indicadores para Resultados de la SHCP:



Si bien el Objetivo de Nivel de Propósito de la MIR cuenta con las características de la estructura de sintaxis con base en la MML, no obstante, es susceptible de mejora, debido a que el problema no estriba en que se otorguen estos servicios que ya se prestan, sino que sean suficientes.

A la vez, el Programa cuenta con 4 Componentes y 13 Actividades:

- El Componente C1. Atención médica vía telefónica otorgada, cuenta con 3 Actividades.
- El Componente C2. Servicios de atención médica de emergencia a domicilio otorgados, cuenta con 3 Actividades.
- El Componente C3. Servicios de traslados en ambulancias a unidades médicas otorgados, cuenta con 3 Actividades.
- El Componente C4. Capacitación continua efectiva al público realizada (cursos, talleres, pláticas, reuniones y eventos), cuenta con 4 Actividades.

Con respecto al establecimiento de metas de los indicadores de desempeño de la Matriz de Indicadores para Resultados del Programa **E340 Centro Regulator de Urgencias Médicas de Nuevo León**, más del 50% no están orientadas al desempeño del Programa debido a que están programadas por debajo del 100%. Lo que evidencia una debilidad en la planeación y programación de metas.

Como resultado del análisis derivado de la evaluación practicada, se identificaron las siguientes recomendaciones técnicas:

#### Capítulo I. Justificación del diseño del programa.

##### **Recomendaciones Técnicas:**

- 1) Realizar un rediseño de los árboles de problemas y objetivos, en el cual se identifiquen con base en la metodología para la elaboración de los árboles de problemas y objetivos, las causas y efectos; y a su vez se vinculen de manera consistente con los objetivos de la Matriz de Indicadores para Resultados del Programa, tomando como referencia las atribuciones establecidas en la normatividad del Centro Regulator de Urgencias Médicas de Nuevo León.
- 2) Identificar, definir y cuantificar de manera correcta las Poblaciones Potencial, Objetivo y Atendida.
- 3) Identificar las Coincidencias y Complementariedades del Programa, así como mejorar el contenido del diagnóstico con base en las características establecidas por la guía para la elaboración de diagnósticos de Programas Presupuestarios emitida por la Secretaría de Finanzas y Tesorería del Estado de Nuevo León.
- 4) Se debe redefinir la problemática central y las causas del árbol de problemas del Programa Presupuestario E340 Centro Regulator de Urgencias Médicas de Nuevo León, en el cual no se utilicen frases o palabras que infieran la ausencia de una solución, además de definir los efectos como consecuencias del problema y no como causas que originan la problemática, apegándose a la Metodología del Marco Lógico.
- 5) Mejorar la estructura analítica del Programa Presupuestario, a través de la implementación del análisis de alternativas de solución, en el que se definan nuevos medios que a priori pudieran ser bienes y/o servicios o actividades de gestión que ayuden a cumplir el propósito del programa de forma eficiente.
- 6) Hacer un rediseño de los árboles de problemas y objetivos, con base a las atribuciones establecidas en el decreto de creación del Centro Regulator de Urgencias Médicas de Nuevo León, que conlleve a un mejor diseño y vinculación con la Matriz de Indicadores para Resultados del Programa.

## Capítulo II. Análisis de la lógica causal vertical.

### **Recomendaciones Técnicas:**

- 1) Realizar un análisis sobre los procesos que requieren la producción de cada uno de los bienes y servicios que entrega el programa, que permita un rediseño de las actividades de la MIR, con base en la Guía para el Diseño de la Matriz de Indicadores para Resultados.
- 2) Mejorar la calidad en la definición de los supuestos de las Actividades A1C3, A2C2, A3C2, A1C4, A2C4, A3C4 y A4C4 especificando factores externos que afecten de manera directa el desempeño del Programa y cuya ocurrencia es importante corroborar para el logro de los objetivos y que se vinculen de manera adecuada a cada nivel de desempeño.
- 3) Evitar redundar en la redacción de los Componentes con palabras tales como “bien o servicio”.
- 4) Rediseñar los Componentes de la MIR del Programa, con base en las atribuciones establecidas en la normatividad del Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León.
- 5) Mejorar la redacción del Propósito del Programa, sin perder de vista que el objetivo es en términos de mejorar la cobertura del programa debido a que actualmente es un servicio que ya se otorga.
- 6) Establecer un supuesto en el nivel de Propósito que cumpla con lo establecido en la Metodología de Marco Lógico, evitando incluir supuestos que dependan de las unidades administrativas responsables de ejecutar el programa y poco claros en su redacción.
- 7) Replantear y rediseñar el objetivo de Fin del Programa con base en el análisis de los árboles de problemas y objetivos.
- 8) En la medida de lo posible, en una actualización del Plan Estatal de Desarrollo 2022 – 2027, incorporar algún indicador que mida la cobertura de la atención médica de urgencia y de los servicios de salud pública.
- 9) Rediseñar las Actividades en forma lógica y secuencial como procesos que sumados dan origen al producto o servicio (Componente).
- 10) Identificar con base en la normatividad del Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León, los bienes y servicios que otorga el Programa.
- 11) Analizar y rediseñar la contribución del objetivo de Fin del Programa.
- 12) Redactar de manera clara los supuestos como riesgos en positivo que enfrenta el programa y que no se encuentran bajo el control interno de las unidades administrativas responsables de ejecutar el programa, sino como factores externos al mismo.

### Capítulo III. Análisis de la lógica causal horizontal.

#### **Recomendaciones Técnicas:**

- 1) Rediseñar los indicadores de Fin, Propósito, Componente C4 y de las Actividades: A2C1, A1C2, A1C3 y A2C3, acorde a los criterios CREMAA establecidos en la Guía para el Diseño de Indicadores Estratégicos de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
- 2) Redactar en el apartado correspondiente de la Ficha Técnica de Indicadores de la MIR del Programa E340 Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León, de manera adecuada la descripción del indicador, así como las variables del método de cálculo y la unidad responsable de reportar el indicador, tomando como referencia la Guía para el Diseño de Indicadores Estratégicos de la SHCP.
- 3) Hacer uso de las características básicas para redactar los medios de verificación de los indicadores de la MIR del Programa.
- 4) Realizar una adecuada planeación y programación de metas de los indicadores de desempeño de la MIR.
- 5) Corregir el método de cálculo de los indicadores del Componente C4 y Actividades A2C1, A1C2 y A3C4.
- 6) Elaborar indicadores cuya tendencia de programación sea por su naturaleza de 100% y no de “cero”.
- 7) Corregir los medios de verificación de los indicadores de Propósito, Componente C1, C2 y C3, así como las Actividades A2C1, A3C1, A1C2, A1C3, A2C3 y A3C3 de la MIR del Programa, acorde con las responsabilidades normativas de cada área de la institución que ejecuta el Programa.
- 8) Rediseñar los indicadores de desempeño Fin, Propósito, Componente C4 y Actividades A2C1, A1C2 y A3C4 a efecto de que midan el desempeño de los objetivos de cada nivel de objetivo del Programa y que a su vez cumplan con los criterios CREMAA.
- 9) Mejorar la planeación y programación de las metas del Componente C2 y Actividades A2C1, A1C4, A3C4 y A4C4.

### Capítulo IV. Contribución.

#### **Recomendaciones Técnicas:**

- 1) El Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León como Órgano Administrativo Desconcentrado debe dar cumplimiento a las obligaciones en materia de transparencia y acceso a la información.
- 2) La Secretaría de Salud, debe apegarse a los requerimientos de información que se establecen en las fracciones VI y VII del artículo 95 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública de Nuevo León.

Asimismo, como resultado del proceso de evaluación externa se establecieron las siguientes Recomendaciones asociadas a Aspectos Susceptibles de Mejora:

No.	ASM	No. de Pregunta Metodológica observada	Recomendación para el ASM
1	Oficializar el Diagnóstico Situacional del Programa E340 Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León ante la Secretaría de Finanzas y Tesorería General del Estado.	1 y 3	Elaborar el Diagnóstico Situacional del Programa con base en las características establecidas en la Guía para la Elaboración de Diagnósticos de Programas Presupuestarios emitida por la Secretaría de Finanzas y Tesorería General del Estado de Nuevo León.
2	Realizar una adecuada vinculación de los Árboles de Problemas – Objetivos – MIR del programa.	1, 3 y 8	Rediseñar los Árboles de Problemas y Objetivos, con base en la normatividad del Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León y en la técnica metodológica para la realización de los árboles y evitar confundir actividades como Componentes de la MIR.
3	Mejorar el diseño de los Indicadores de la MIR del Programa.	9	Analizar, corregir y elaborar indicadores que midan el resultado del objetivo planteado, así como verificar que cumplan con las características de los criterios CREMAA, además de verificar que el nombre del indicador tenga correspondencia con su fórmula de cálculo y su descripción en la Ficha Técnica de Indicadores del Programa.
4	Mejorar la definición de los Supuestos de la Matriz de Indicadores para Resultados del Programa.	4, 5, 6, 7 y 8	Describir los supuestos de los objetivos de la MIR: A1C1, A2C1, A1C4, A2C4, A3C4 y A4C4; como un resultado positivo para el logro del Programa, entendiéndose que de no cumplirse sería un riesgo que enfrenta el Programa y que está más allá del control directo de las unidades administrativas responsables de ejecutar de este.
5	Establecer los Medios de verificación que corroboran la información de cada uno de los indicadores de la MIR del Programa.	11	Describir los medios de verificación que comprueban el resultado del Indicador de la MIR del Programa, con las características establecidas en la Guía para el Diseño de Indicadores Estratégicos.
6	Realizar una adecuada planeación y Programación de metas en los indicadores de la MIR del Programa.	12	Programar en un 100% las metas de aquellos indicadores de gestión, así como analizar y definir cuidadosamente las metas de los indicadores de la MIR.
7	Realizar el reporte de los indicadores estratégicos y de gestión con base en lo indicado en la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Nuevo León.	15	Reportar en el portal de Transparencia Presupuestaria, la información que corresponde al artículo 95, fracción VII de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Nuevo León.

## Valoración Global del Programa.

La valoración global del contenido de la evaluación correspondiente a las 15 preguntas metodológicas aplicadas al Programa **E340 Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León** es de **1.8** por lo que se ubica con una semaforización en **AMARILLO** y criterio **MEDIO** de acuerdo con lo siguiente:

Valoración global por capítulo evaluado				
Capítulo Evaluado	Total de Preguntas	Criterio	Valor Promediado <sup>1/</sup>	Semaforización
I. Justificación del diseño del programa.	PM No. 1	Medio	2	Amarillo
	PM No. 2	Alto	3	Verde
	PM No. 3	Bajo	1	Rojo
	<b>3</b>	<b>Medio</b>	<b>2.0</b>	<b>Amarillo</b>
II. Análisis de la lógica causal vertical.	PM No. 4	Medio	2	Amarillo
	PM No. 5	Medio	2	Amarillo
	PM No. 6	Medio	2	Amarillo
	PM No. 7	Bajo	1	Rojo
	PM No. 8	Bajo	1	Rojo
	<b>5</b>	<b>Rojo</b>	<b>1.6</b>	<b>Rojo</b>
III. Análisis de la lógica causal horizontal.	PM No. 9	Medio	2	Amarillo
	PM No. 10	Alto	3	Verde
	PM No. 11	Medio	2	Amarillo
	PM No. 12	Bajo	1	Rojo
	PM No. 13	Bajo	1	Rojo
	<b>5</b>	<b>Medio</b>	<b>1.8</b>	<b>Amarillo</b>
IV. Contribución.	PM No. 14	Alto	3	Verde
	PM No. 15	Bajo	1	Rojo
	<b>2</b>	<b>Medio</b>	<b>2</b>	<b>Amarillo</b>
Valoración Final Promedio <sup>2/</sup> .	<b>15</b>	<b>Medio</b>	<b>1.8</b>	<b>Amarillo</b>

*1/ El Valor Promediado para cada Capítulo Evaluado se calcula con la sumatoria de los valores de cada pregunta metodológica dividida el número total de preguntas con valoración del Capítulo evaluado.*

*2/ La Valoración Final Promedio se calcula con la sumatoria de los Valores Promediados de cada Capítulo Evaluado dividida entre el número total de Capítulos Evaluados de preguntas con valoración.*



## Contenido

<b>Glosario de Términos</b> .....	3
<b>Resumen Ejecutivo</b> .....	6
<b>Valoración Global del Programa</b> .....	13
<b>Introducción</b> .....	17
<b>Contextualización general del programa</b> .....	20
<b>Capítulo I.</b>	
<b>Justificación del diseño del programa</b> .....	27
<b>Capítulo II.</b>	
<b>Análisis de la lógica causal vertical</b> .....	45
<b>Capítulo III.</b>	
<b>Análisis de la lógica causal horizontal</b> .....	73
<b>Capítulo IV.</b>	
<b>Contribución</b> .....	107
<b>Capítulo V.</b>	
<b>Hallazgos</b> .....	117
Hallazgos.....	118
<b>Capítulo VI.</b>	
<b>Análisis FODA y Aspectos Susceptibles de Mejora (ASM)</b> .....	121
Análisis de las Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas.....	122
Aspectos Susceptibles de Mejora.....	123
<b>Capítulo VII.</b>	
<b>Conclusiones</b> .....	127
Conclusiones.....	128
<b>Capítulo VIII.</b>	
<b>Criterios de Valoración</b> .....	131
Valoración Global del Programa.....	132
Recomendaciones técnicas.....	134



## Capítulo IX.

<b>Anexos</b> .....	137
Anexo 1. Matriz de Indicadores para Resultados (MIR).....	138
Anexo 2. Ficha Técnica de Indicadores.....	143
Anexo 3. Fuentes de Información.....	158
Anexo 4. Formato CONAC para la Difusión de los Resultados de las Evaluaciones. ....	160

## Introducción

La Administración Pública del Estado de Nuevo León sustenta su funcionamiento en un modelo de cultura organizacional fundamentado en la orientación a resultados de los recursos públicos. De este modelo de Gestión para Resultados (GpR) se derivan la normatividad que establece la vinculación entre el logro de los objetivos de la política estatal y el proceso de diseño programático y asignación presupuestaria, así como el uso de la información sobre resultados para la toma de decisiones encaminada a la mejora de la política pública y la rendición de cuentas.

La transparencia y la rendición de cuentas en el destino, ejercicio y resultados de los recursos públicos, es uno de los elementos más relevantes que inciden en el quehacer público, ya que requiere información concreta, confiable y verificable; lo cual queda establecido en el Artículo 134 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM); la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria (LFPRH), artículos 85 y 110; la Ley General de Contabilidad Gubernamental (LGCG), artículos 54, 61, 71, 72 y 79; y en el caso de la normativa estatal, en las disposiciones contenidas en la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Nuevo León, artículos 125, fracción IV y 191; Ley de Administración Financiera para el Estado de Nuevo León, artículos 13, fracción III; y 15; Ley de Egresos del Estado de Nuevo León para el Ejercicio Fiscal 2023, artículos 4º, 103, primer párrafo y 104; y en los Lineamientos Generales del Poder Ejecutivo del Estado de Nuevo León para la Consolidación del Presupuesto por Resultados (PpR) y el Sistema de Evaluación del Desempeño (SED).

Bajo este contexto, en el marco de la operación de la Gestión por Resultados (GpR), en los gobiernos se implementan acciones en materia de monitoreo de los programas públicos con enfoque a resultados y evaluación de desempeño de estos programas; orientadas a mejorar y fortalecer las etapas del ciclo presupuestario y contribuir al sistema de rendición de cuentas para la generación de valor público.

Con este enfoque, la evaluación de programas públicos es un mecanismo que proporciona información acerca de su desempeño, con la finalidad de identificar discrepancias y áreas susceptibles de mejoramiento de la gestión, ejercicio de los recursos, destino y aportación para resolver los problemas públicos que aquejan a la población con el diseño e implementación de las acciones. También es una etapa fundamental dentro del ciclo de la gestión de las políticas públicas, que permite tomar decisiones presupuestales y establecer juicios documentados de valor.

La **Evaluación Estratégica de Matrices de Indicadores para Resultados** realizada al Programa **E340 Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León** se sustenta en las buenas prácticas llevadas a cabo y promovidas por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), agregando y adecuando elementos útiles para la toma de decisiones del Ente Público responsable de la ejecución del Programa y se efectuó siguiendo las directrices enmarcadas en los Términos de Referencia (TdR) para la Evaluación Estratégica de Matrices de Indicadores para Resultados (MIR), con los cuales se revisaron los siguientes temas: I. Justificación del Diseño del Programa; II. Análisis Causal de la Lógica Vertical; III. Análisis Causal de la Lógica Horizontal, y IV. Contribución. De manera particular, la evaluación valoró lo siguiente:

1. La lógica causal vertical de la MIR del Programa Presupuestario.
2. La lógica causal horizontal de la MIR del Programa Presupuestario.
3. La estructura analítica de la MIR del Programa Presupuestario, en donde se verificó que es una matriz cuatro por cuatro que incluye resumen narrativo, indicadores, medios de verificación, fuentes de información y supuestos, así como los niveles del desempeño de Fin, Propósito, Componente y Actividades, y
4. La pertinencia de la alineación de la MIR con respecto a los objetivos de la Planeación del Desarrollo Estatal.

Esta **Evaluación Estratégica de Matrices de Indicadores para Resultados** contiene 15 preguntas metodológicas agrupadas en cuatro capítulos temáticos, de la siguiente manera:

Capítulos Temáticos	Preguntas	Preguntas Binarias con Análisis descriptivo y con valoración cuantitativa	Preguntas con Análisis descriptivo sin valoración cuantitativa	Total
- Contextualización General del Programa.	a – d	-	-	-
I. Justificación del diseño del programa.	1 – 3	1 – 3	-	3
II. Análisis de la lógica causal vertical.	4 – 8	4 – 8	-	5
III. Análisis de la lógica causal horizontal.	9 – 13	9 – 13	-	5
IV. Contribución.	14 – 15	14 -15	-	2
<b>Total de Preguntas</b>				<b>15</b>

Para cada una de las 15 preguntas metodológicas se estructuraron respuestas técnicas apegadas a los Términos de Referencia, y adicional a esto, se identificaron los principales hallazgos derivados de estas respuestas, en función de los objetivos y finalidades del Programa. También se incluyeron la identificación de las principales Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas que fueron identificadas para cada uno de los temas en evaluación, al mismo tiempo que se emiten recomendaciones específicas. Esto, con el propósito de enlistar las recomendaciones orientadas a mejorar la gestión y operación del Programa, denominadas “Aspectos Susceptibles de Mejora” (ASM). Finalmente, en la evaluación se elaboran conclusiones por cada uno de los capítulos temáticos de evaluación, fundamentadas en el análisis de los resultados; incluyendo también un Resumen Ejecutivo de la Evaluación, previo al documento formalizado del informe.

El análisis de gabinete aplicado consideró la información del Programa **E340 Centro Regulator de Urgencias Médicas de Nuevo León** contenida en registros administrativos, bases de datos, documentos oficiales, normativos y sistemas de información, entre otros, que el **Centro Regulator de Urgencias Médicas del Estado de Nuevo León (CRUM)**, organismo público desconcentrado de la Secretaría de Salud de Nuevo León acopió y remitió mediante una Bitácora de Información integrada por 10 fuentes, para dar respuesta a las 15 preguntas valorativas y elaborar 12 tablas y 4 anexos, que en conjunto permiten sustentar y justificar la valoración final del desempeño que obtuvo el Programa. Cabe señalar que la información de la Bitácora de Información fue enunciativa más no limitativa, por lo que también se recopiló información pública dispuesta en diversos portales oficiales de internet. La Bitácora de Información proporcionada por el Ente Público responsable de la ejecución del Programa alcanzó la siguiente valoración:

Programa Estatal	Clave Estatal	Ente Público responsable de la Ejecución del Programa
Centro Regulator de Urgencias Médicas de Nuevo León	L19E18340	043 – Secretaría de Salud de Nuevo León (Centro Regulator de Urgencias Médicas del Estado de Nuevo León).

La información proporcionada logró una valoración de:

**3.20**

**EVALUABLE**

## Contextualización general del programa.

### a. Datos del Programa:

Programa Presupuestario:	Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León.
Clave programática:	L19E18340
Ente Público responsable de la ejecución del Programa:	Centro Regulador de Urgencias Médicas - Secretaría de Salud.

#### Misión de la Institución<sup>5</sup>:

“El Centro Regulador de Urgencias Médicas Nuevo León CRUM-NL es una instancia técnico-médico-administrativa, que opera bajo la responsabilidad de la Secretaría de Salud de Nuevo León, para establecer la coordinación entre las instituciones que brindan atención médica prehospitalaria de urgencias, y así lograr una atención médica adecuada y oportuna en el traslado de pacientes víctimas de urgencias, emergencias, accidentes o desastres, desde el lugar de ocurrencia hasta la Unidad Médica”.

#### Visión de la Institución<sup>6</sup>:

“Ser el mejor Centro Regulador de Urgencias Médicas en el país, que atienda en forma expedita la secuencia de las actividades para la atención médica prehospitalaria en el centro del evento crítico, el traslado y la recepción en el establecimiento médico asignado, con el firme propósito de brindar atención médica oportuna y especializada a toda la población del estado durante los 365 días del año”.

#### Objetivos principales de la Institución<sup>7</sup>:

Mejorar la atención médica prehospitalaria que se otorga a la población del Estado de Nuevo León y se encuentre en situación de urgencia, emergencia y/o desastres.

En tal sentido, el CRUM tiene las siguientes atribuciones sustantivas, establecidas en su decreto de creación<sup>8</sup>:

- I. Establecer normas y procedimientos para la coordinación entre las instituciones que brinden atención prehospitalaria de urgencias, con el propósito de lograr una atención médica adecuada y oportuna en el traslado de pacientes víctimas de accidentes o desastres, desde el lugar de ocurrencia hasta la Unidad Médica;
- II. Unificar el sistema de comunicación entre las unidades móviles de atención prehospitalaria y las unidades hospitalarias receptoras de manera inmediata;
- III. Regular mediante acreditación y certificación a quienes otorgan atención prehospitalaria e intrahospitalaria;
- IV. Colaborar para disminuir la morbilidad, mortalidad y discapacidad, como consecuencia de los accidentes con una atención médica de alta calidad;
- V. Promover la reducción de tiempos de atención en las salas de los servicios de urgencias;
- VI. Regionalizar los servicios de atención prehospitalaria, conjuntamente con las unidades hospitalarias receptoras;
- VII. Supervisar que el personal responsable de prestar sus servicios en atención prehospitalaria, cuenten con la capacitación necesaria;

5 Manual de Organización y de Servicios del Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León - Órgano Administrativo Desconcentrado de la Secretaría de Salud de Nuevo León. Ejercicio 2022. PP.4. Fecha de Elaboración, octubre de 2017.

6 *Ibíd.* PP.6.

7 Decreto de creación del Centro Regulador de Urgencias Médicas como Órgano Administrativo Desconcentrado de la Secretaría de Salud del Estado de Nuevo León. 3 de agosto de 2018. PP.3.

8 Decreto de creación del Centro Regulador de Urgencias Médicas como Órgano Administrativo Desconcentrado de la Secretaría de Salud del Estado de Nuevo León. 3 de agosto de 2018. Artículo segundo. PP. 3-4.

- VIII. Vigilar que la atención médica prehospitalaria e interhospitalaria se brinde de manera oportuna y eficaz, durante las 24 horas, los 365 días del año;
- IX. Supervisar que las ambulancias y centros de atención de emergencias cuenten con el equipamiento y medicamentos requeridos por las Normas oficiales mexicanas aplicables.
- X. Establecer programas de capacitación para la atención prehospitalaria, a bordo de ambulancias y en las instituciones de emergencia y convocar a los sectores público, social y privado para que su personal reciba dicha capacitación;
- XI. Promover la implementación de ambulancias aéreas, que cumplan con los requisitos de la Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA3-2013, Regulación de los Servicios de Salud. Atención Médica Prehospitalaria;
- XII. Crear una cultura de solidaridad hacia la población en emergencias y de respeto para con los operadores de los servicios correspondientes que eviten las llamadas tan dañinas falsas de petición de ayuda;
- XIII. Someter a la consideración del Secretariado de Salud, por conducto del Coordinador General, la propuesta para que conforme al marco normativo vigente, se expida el Reglamento del Centro Regulador de Urgencias Médicas, así como los Manuales de Procesos y Atención a Ejecutar, y
- XIV. Presentar a consideración del Secretario de Salud, por conducto del Coordinador General, la propuesta para que se contemple la necesidad de legislar en materia de emergencias y atención prehospitalaria en el Estado de Nuevo León;

La Secretaría de Salud del Estado de Nuevo León (SSENL) a través de su Organismo Administrativo Desconcentrado Centro Regulador de Urgencias Médicas (CRUM) implementa el Programa Presupuestario E340 Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León el cual cuenta con la clave programática presupuestal “L19E18340”.

El día 3 de agosto de 2018 el Poder Ejecutivo del Estado de Nuevo León, emite el Decreto de creación del CRUM, con autonomía técnica y operativa, de naturaleza multidisciplinaria e interinstitucional y que tiene como objetivo mejorar la atención médica prehospitalaria que se otorga a la población del Estado de Nuevo León y se encuentre en situación de urgencia, emergencia y/o desastres.

Por lo anterior, y con base en su decreto de creación, el CRUM realizará actividades específicas para la atención médica prehospitalaria, en el sitio del evento crítico, el traslado y la recepción en el establecimiento designado según sus necesidades, con la finalidad de brindar atención médica oportuna y especializada las 24 horas del día, los 365 días del año.

**b. Asunto o problema público que atiende el Ente Público responsable de la ejecución del Programa.**

El Programa Presupuestario E340 Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León dispone de un diagnóstico situacional que refleja el asunto o problema público que pretende atenderse con la implementación del Programa, a través de un árbol de problemas, en el que se establece la principal

problemática a atender como: *“Las personas en situación de urgencia no reciben atención médica prehospitolaria”* y se identifican causas directas (primer nivel) y causas secundarias (segundo nivel) las cuales originan dicha problemática y se encuentran redactadas como la falta o ausencia de una solución, por lo que con base en la Metodología del Marco Lógico (MML) tales definiciones no deben reflejar la falta o la ausencia de una solución.

De esta forma, las causas directas e indirectas que se establecen en el árbol de problemas son las siguientes:

**Causa directa:** No se otorga atención médica vía telefónica.

**Causas Indirectas:** 1) No se elaboran actas de supervisión de tiempos de respuesta, 2) No se revisa el cumplimiento de tiempos en bases de operación y 3) No se revisan los resultados de atención telefónica.

**Causa directa:** No se otorga atención médica a domicilio.

**Causas Indirectas:** 1) No se validan los casos de atención médica en domicilio, 2) No se realiza la verificación de recurso humano y equipo para el servicio médico, y 3) No se realiza la verificación del equipo de soporte vital en unidades.

**Causa Directa:** No se realizan traslados de ambulancias a unidades.

**Causas Indirectas:** 1) No se hace la validación de traslados en pacientes rurales, 2) No se realiza el seguimiento a las referencias rechazadas por unidades, y 3) No se clasifican las solicitudes de traslados interhospitalarios.

**Causa directa:** No se otorga capacitación continua a la población.

**Causas indirectas:** 1) No existe un programa de capacitación continua, 2) No se realiza una selección de capacitadores, 3) No se realiza una promoción de cursos, y 4) No se realiza una inscripción de participantes.

Ante esto, el CRUM no define la problemática central y las causas directas e indirectas en el árbol de problemas, de conformidad con la MML, por lo que habría que redefinir el problema central y las causas directas e indirectas, es decir, de tal manera que no se describan como la falta o la ausencia de una solución.

### **c. Analizar la alineación con la Planeación del Desarrollo Estatal**

El Programa Presupuestario E340 Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León a cargo del Centro Regulador de Urgencias Médicas del Estado de Nuevo León se encuentra alineado con el PED 2016 - 2021 del Estado de Nuevo, esta alineación se logra a través del Eje “Desarrollo Humano y Social” y el Tema 3 “Salud”, asimismo, se vincula con el objetivo *“Promover en la población de Nuevo*

*León la corresponsabilidad de crear una nueva cultura de vida saludable, facilitando el acceso oportuno y equitativo de los servicios de salud pública, atención médica y protección contra riesgos sanitarios, bajo estándares de eficiencia y calidad”, la estrategia “Fortalecer la disponibilidad de recursos y acceso a los servicios de salud” y las líneas de acción 5.2.4 “Fortalecer la capacitación en el personal en salud, que nos lleve a la seguridad y calidad en el servicio, así como en la promoción, prevención y detección oportuna de los factores de riesgo” y 5.2.9. “Mantener la organización y coordinación intra e intersectorial para la atención oportuna de urgencias epidemiológicas y desastres”.*

Del mismo modo, el programa se alinea con el objetivo 1 “*Fomentar una vida saludable mediante la promoción, prevención y control de enfermedades*” del Programa Sectorial de Salud 2016 - 2021 (Ver Tabla No.1).

<b>Tabla No. 1 Alineación al Plan Estatal de Desarrollo 2016 - 2021</b>	
<b>ENTE PÚBLICO</b>	<b>UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE</b>
Secretaría de Salud	Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León
<b>NOMBRE DEL PP</b>	<b>CLAVE PROGRAMÁTICA</b>
Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León	L19E18340
<b>EJE DEL PED</b>	<b>TEMA DEL PED</b>
Desarrollo Humano y Social	3. Salud
<b>OBJETIVO DEL PED</b>	5. Promover en la población de Nuevo León la corresponsabilidad de crear una nueva cultura de vida saludable, facilitando el acceso oportuno y equitativo de los servicios de salud pública, atención médica y protección contra riesgos sanitarios, bajo estándares de eficiencia y calidad.
<b>ESTRATEGIA DEL PED</b>	5.2. Fortalecer la disponibilidad de recursos y acceso a los servicios de salud.
<b>LÍNEAS DE ACCIÓN DEL PED</b>	5.2.4 Fortalecer la capacitación en el personal en salud, que nos lleve a la seguridad y calidad en el servicio, así como en la promoción, prevención y detección oportuna de los factores de riesgo.
	5.2.9. Mantener la organización y coordinación intra e intersectorial para la atención oportuna de urgencias epidemiológicas y desastres.
<b>PROGRAMA SECTORIAL, ESPECIAL O INSTITUCIONAL</b>	Programa Sectorial de Salud 2016 – 2021.
<b>DESCRIPCIÓN DEL BENEFICIARIO (POBLACIÓN O ÁREA DE ENFOQUE OBJETIVO):</b>	
Se considera la totalidad de la población sin distinción de género y edad del Estado de Nuevo León que solicite atención médica de urgencia.	



Objetivo de Fin

***Contribuir a incrementar la atención médica en urgencia, emergencia y/o desastres mediante los servicios prehospitalarios prestados por el Centro Regulador de Urgencias Médicas del Estado (CRUM).***



Es oportuno mencionar que la alineación del Programa Presupuestario E340 Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León en el ejercicio fiscal 2022 se da con el PED 2016 - 2021, toda vez que en 2021 se dio un proceso de cambio en la administración estatal, alineado el programa con dicho instrumento de planeación, no obstante, para el ejercicio fiscal 2023, el programa se encuentra alineado con el Eje *“Igualdad para todas las personas”*, el tema *“Salud y vida saludable”* y con el objetivo *“Promover el bienestar integral de la población de Nuevo León a través de intervenciones orientadas a la prevención, atención y control de enfermedades, garantizando el acceso oportuno y de calidad a los servicios de salud”* del PED 2022 - 2027.

Finalmente, mediante el cumplimiento del objetivo a nivel de Fin de la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) del programa contribuye de manera directa con los objetivos del PED 2016 - 2021 y el Plan Sectorial de Salud 2016 - 2021.

#### **d. Definición y cuantificación del Beneficiario del Programa Presupuestario.**

Es importante mencionar que el Diagnóstico del Programa E340 Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León no se encuentra oficializado ante la Secretaría de Finanzas y Tesorería General del Estado, Sin embargo, se toma como referencia para efectos de esta evaluación.

En dicho Diagnóstico se identifica que las definiciones de población Potencial, Objetivo y Atendida no son las más adecuadas, debido a que como Población Potencial considera el total de la población del Estado (ver Tabla No. 2); con base en el Decreto de creación del Programa, éste, va dirigido a brindar atención médica prehospitalaria de urgencia a los “pacientes víctimas de accidentes o desastres”, por lo que las definiciones de población deben ser definidas en función de “pacientes víctimas de accidentes o desastres”.

Aunado a que se identifica poco clara de redacción, confusa e inconsistente de la definición de la población atendida, debido a que la describen y cuantifican en función de las llamadas atendidas, como dice a continuación: *“Durante 2022 fueron atendidas un total de 477,230 llamadas de emergencia médica a través del número único de emergencias 9-1-1”*., no obstante, una llamada atendida no define el número de pacientes víctimas de accidentes o desastres que el programa atendió en un ejercicio fiscal determinado.

Por otro lado, es importante puntualizar, con base en el catálogo de beneficiarios de la Secretaría de Finanzas y Tesorería General del Estado del ejercicio fiscal 2022, que la clave que integra los dos dígitos que componen el beneficiario del programa los cuales son “18” no corresponden a la población beneficiada por el programa y establecida en la Matriz de Indicadores para Resultados del Programa.

**Tabla No. 2 Definición del Población o Área de Enfoque Potencial, Objetivo y Atendida  
E340 Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León**

<p><b>Potencial:</b> <i>Se considera que la totalidad de la población sin distinción de género y edad del Estado de Nuevo León, es decir 5,685,888 de personas físicas (Fuente: Secretaría de Salud/ Dirección General de Información en Salud.)), son atendidas por el Programa del CRUM NL, esto debido a que toda la población tiene el derecho a la salud y derecho a un medio ambiente sano para su desarrollo y bienestar lo cual versa en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en su artículo 4 párrafos 4 y 5; artículo 3 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Nuevo León, toda la población puede ser sujeta a control sanitario en caso de ser necesario.</i></p>	
<p><b>Objetivo:</b> <i>La totalidad de las personas físicas (5,685,888) del Estado de Nuevo León pueden ser sujetos de atención médica de emergencia, o en caso de desastres de cualquier índole.</i></p>	<p><b>Atendida:</b> <i>Durante 2022 fueron atendidas un total de 477,230 llamadas de emergencia médica a través del número único de emergencias 9-1-1.</i></p>

**Fuente:** Diagnóstico del Programa Presupuestario Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León. Centro Regulador de Urgencias Médicas Órgano Administrativo Desconcentrado de la Secretaría de Salud de Nuevo León. Ejercicio 2022.

Así como también, es importante destacar que, en el Diagnóstico situacional del programa, no se observan las cuantificaciones de las poblaciones potencial, objetivo y atendida para el ejercicio fiscal 2021, por tal motivo la información correspondiente se establece como No Disponible en la Tabla No. 3; no obstante, para el ejercicio fiscal 2022 las cuantificaciones de Población Potencial y Objetivo, son poco certeras debido a que no coinciden con las cifras publicadas por el INEGI y/o CONAPO.

Finalmente, la cuantificación de la población atendida de 477,230 llamadas de emergencia atendidas, no atiende a la correcta cuantificación y definición de población que atiende el programa con base en su decreto de creación, ni a la población objetivo establecida en el Propósito de la MIR del Programa.

<b>Tabla No. 3 Cuantificación de la Población o Área de Enfoque Potencial, Objetivo y Atendida</b>			
<b>Objetivo de PROPÓSITO del Programa</b>	Las personas en situación de urgencia, emergencia y/o desastre reciben atención médica prehospitalaria.		
<b>Ejercicio Fiscal</b>	<b>Potencial</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Atendida</b>
<b>2021</b>	No Disponible.	No Disponible.	No Disponible.
<b>2022</b>	5,685,888	5,685,888	477,230

**Fuente:** Diagnóstico del Programa Presupuestario Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León. Centro Regulador de Urgencias Médicas Órgano Administrativo Desconcentrado de la Secretaría de Salud de Nuevo León. Ejercicio 2022.

# Capítulo I. Justificación del diseño del programa.

### Pregunta Metodológica No. 1

**¿El Ente Público responsable de la ejecución del Programa cuenta con un diagnóstico situacional que contextualice el asunto o problema público que se atiende con la implementación del Programa?**

**Respuesta: Sí**

Valor	Criterio	Semaforización
2	Medio	Amarillo

**a) Las causas, efectos y características del asunto o problema público que atiende el programa se observan de manera clara y precisa en el árbol de problemas.**

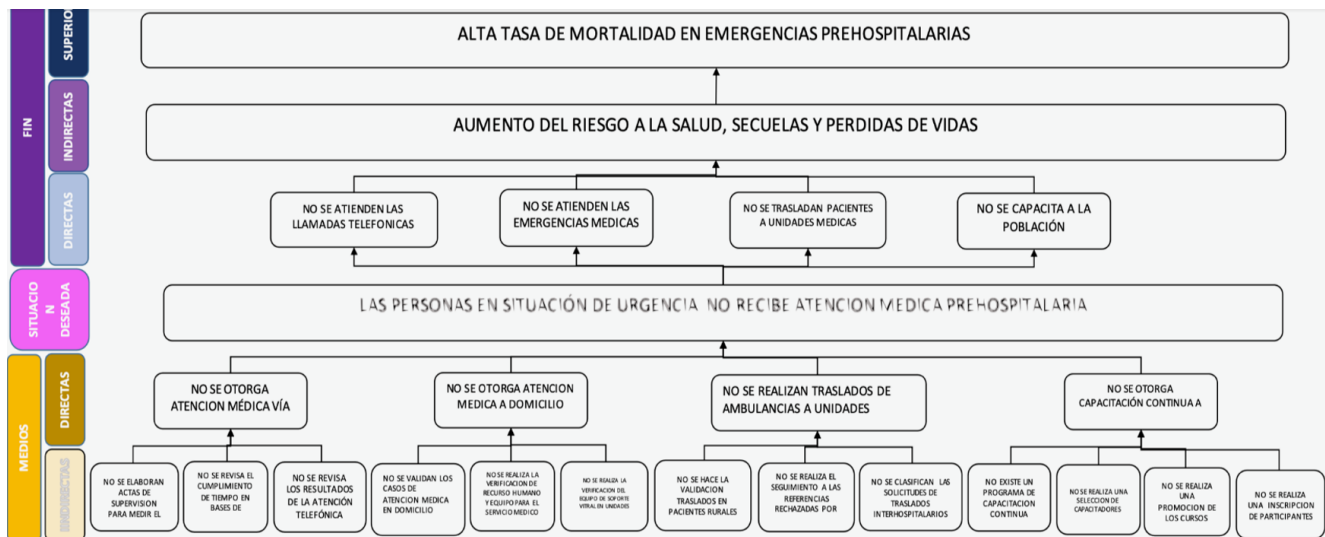
El Centro Regulator de Urgencias Médicas de Nuevo León, cuenta con un diagnóstico situacional que contextualiza el problema público, relatando que los registros de la atención prehospitalaria en México tienen sus inicios en los siglos XIX y finales del XX, relacionados estrechamente con los orígenes de la Cruz Roja por la parte civil y en el ámbito militar con la creación formal de un cuerpo de ambulantes (Sanidad Militar) en el servicio médico del ejército mexicano como parte de su reorganización post-revolucionaria; en 1922 aparecen los Servicios Médicos Municipales (Cruz Verde), creados para la atención de lesionados, en Guadalajara, Jalisco; de 1970 a 1980 se forman grupos de rescate entre los que se cuentan “Cruz Ámbar”, “Radio Brigada de Auxilio y Salvamento” Escuadrón S.O.S. Comisión Nacional de Emergencia con cobertura en las carreteras del país, hasta la elaboración del marco legal de la Norma Oficial Mexicana “NOM 034-SSA3-2013, en donde se plasman los elementos regulatorios para que la prestación de servicios en ambulancias se lleve a cabo con niveles homogéneos de calidad, estableciéndose de esta manera la operación del Centro Regulator de Urgencias Médicas CRUM-NL, cuya operación favorecerá la coordinación de los servicios de atención prehospitalaria (unidades móviles tipo ambulancia), vinculándose con los establecimientos para la atención médica y así permitir la optimización de tiempos y estandarización de los procedimientos en la atención prehospitalaria de las urgencias médicas.

No obstante, dicho diagnóstico se identifica que no está validado por la Secretaría de Finanzas y Tesorería General del Estado, además que, no cuenta con la estructura suficiente establecida en la

Guía para la Elaboración de Diagnósticos de Programas Presupuestarios<sup>9</sup>. Sin embargo, se toma como referencia para la presente evaluación.

En el diagnóstico, el problema público se define como “Las personas en situación de urgencia no reciben atención médica prehospitaria” (ver Imagen No.1), por lo que se observa con los errores frecuentes en la definición del problema<sup>10</sup>: Identificarlo como ausencia de solución, definirlo como la falta de un servicio y verlo como la falta de un bien.

**Imagen 1. Árbol de Problemas del Programa Presupuestario E340 Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León.**



**Fuente:** Árbol de Problemas. Diagnóstico del Programa Presupuestario Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León del Centro Regulador de Urgencias Médicas Órgano Administrativo Desconcentrado de la Secretaría de Salud de Nuevo León. Ejercicio Fiscal 2022.

Por lo anterior, se sugiere definir el planteamiento del problema con base en la regla de la Metodología de Marco Lógico, de acuerdo al siguiente ejemplo: “**Las personas en situación de urgencia, emergencia y/o desastre reciben servicios de atención médica prehospitaria insuficientes**”.

9 Guía para la Elaboración de Diagnósticos de los Programas Presupuestarios. Elaborada por la Dirección de Presupuesto y Control Presupuestal – Subsecretaría de Egresos – Secretaría de Finanzas y Tesorería General del Estado de Nuevo León. Actualizada en julio de 2021. [https://pbr-sed.nl.gov.mx/sites/default/files/guia\\_para\\_elaboracion\\_del\\_diagnostico\\_2021.pdf](https://pbr-sed.nl.gov.mx/sites/default/files/guia_para_elaboracion_del_diagnostico_2021.pdf)

10 Guía para la Elaboración de Matrices de Indicadores para Resultados. Secretaría de Hacienda y Crédito Público. PP.29. <chrome-extension://efaidnbmnncnibpajpcglclefindmkaj/https://www.transparenciapresupuestaria.gob.mx/work/models/PTP/Capacitacion/GuiaMIR.pdf>

Se identifican cuatro causas directas en el árbol de problemas presentado en el Diagnóstico Situacional del Programa, de las cuales 3 se observan susceptibles de mejorar en su redacción

Causas	Recomendación de mejora de redacción de causa
No se otorga atención médica a domicilio.	Insuficiente o nula atención médica a domicilio.
No se realizan traslado de ambulancias a unidades médicas.	Insuficiente o nulo traslado de pacientes en ambulancias a unidades médicas.
No se otorga atención médica vía telefónica.	Insuficiente o nula atención médica vía telefónica.

Finalmente, la última causa directa, además que su redacción es incorrecta, debido que a toda causa le corresponde una población objetivo determinada en el planteamiento el problema que son “personas en situación de urgencia” y no a la población de manera generalizada como lo define ésta causa: “No se otorga capacitación continua a la población”; dadas las sub-causas que a continuación se enumeran, se observan como actividades sustantivas que deben de realizar los ejecutores del programa para el logro de sus metas y cumplimiento de sus atribuciones y no como una causa directa que afecte al programa, así como su redacción no es la adecuada, debido a que se describen como la ausencia o falta de algo.

La MML establece que la definición de la problemática central no debe definirse como la ausencia de una solución, por lo que no deben contemplarse palabras como (no se cuenta, no hay, no se tiene, falta, etc.), de igual manera en la definición de las causas directas e indirectas que dan lugar al problema central, las cuales se redactan de la siguiente forma:

1. No existe un programa de capacitación continua.
2. No se realiza una selección de capacitadores.
3. No se realiza una promoción de cursos y,
4. No se realiza una inscripción de participantes.

Reforzando lo anterior, con base en el Decreto de creación del Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León, artículo 2, fracción X, se establece como una de sus atribuciones *“Establecer programas de capacitación para la atención prehospitalaria, a bordo de ambulancias y en las instituciones de emergencias y convocar a los sectores público, social y privado para que su personal reciba dicha capacitación”*.

Analizado lo anterior, se identifica, de manera clara y precisa que “la capacitación” no es una causa directa en el planteamiento del problema, más bien es una actividad sustantiva para que el programa pueda producir los bienes y servicios que otorga.

Por otra parte, los efectos directos e indirectos del árbol de problemas del Programa E340 Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León, se encuentran redactados como causas que pudieran generar la problemática central y no como un efecto a raíz de la problemática.

**b) Se identifica la definición y cuantificación de la población o área de enfoque objetivo que presenta el asunto o problema público.**

En el Diagnóstico Situacional del Programa, se establecen las definiciones y cuantificaciones de las poblaciones Potencial, Objetivo y Atendida solo para el Ejercicio Fiscal 2022, las cuales son:

**“Población Potencial:** Se considera que la totalidad de la población sin distinción de género y edad del Estado de Nuevo León, es decir 5,685,888 de personas físicas (Fuente: Secretaría de Salud/Dirección General de Información en Salud.), son atendidas por el Programa del CRUM NL, esto debido a que toda la población tiene el derecho a la salud y derecho a un medio ambiente sano para su desarrollo y bienestar lo cual versa en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en su artículo 4 párrafos 4 y 5; artículo 3 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Nuevo León, toda la población puede ser sujeta a control sanitario en caso de ser necesario.

**Población Objetivo:** La totalidad de las personas físicas (5,685,888) del Estado de Nuevo León pueden ser sujetos de atención médica de emergencia, o en caso de desastres de cualquier índole.

**Población Atendida:** Durante 2022 fueron atendidas un total de 477,230 llamadas de emergencia médica a través del número único de emergencias 9-1-1, de las cuales se desprendieron 70,452 despachos de unidades tipo ambulancia de diferentes corporaciones; de estos, correspondieron a 1,157 atenciones de COVID-19, que a su vez representan más del 80% de la atenciones pre hospitalarias de COVID-19, cabe hacer mención que dicho margen de atención nos ha ubicado como uno de los 4 CRUM que ha atendido más de 10,000 casos durante la pandemia. Además de lo anterior, se ha continuado con la atención de emergencias No COVID-19 que representan las 70,452”<sup>11</sup>.

Es importante mencionar que dichas poblaciones no se encuentran correctamente definidas, debido a que en el Decreto de Creación del CRUM se especifica como una de sus atribuciones *“Establecer las normas y procedimientos para la coordinación entre las instituciones que brinden atención prehospitalaria de urgencias, con el propósito de otorgar una atención médica adecuada y oportuna en el traslado de*

11 Diagnóstico del Programa Presupuestario Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León. Centro Regulador de Urgencias Médicas Órgano Administrativo Desconcentrado de la Secretaría de Salud de Nuevo León. Ejercicio 2022. PP. 30 – 31.



*pacientes víctimas de accidentes o desastres, desde el lugar de ocurrencia hasta la unidad médica*<sup>12</sup>. Motivo por el cual, la definición de población debe de estar definida con base en: “los pacientes víctimas de accidentes o desastres”.

Complementando lo anterior, se identifica de manera clara que la definición de la población Atendida se encuentra en términos de la cuantificación de llamadas de emergencia atendidas, de tal manera, que dicha población difiere del contexto del planteamiento del problema y de las poblaciones establecidas en las definiciones Potencial y Objetivo.

Por otro lado, en la Tabla No. 4, la población potencial, objetivo y atendida en el ejercicio fiscal 2021 se registra como “*No Disponible*” debido a la ausencia de la información en el Diagnóstico Situacional del Programa, en el ejercicio fiscal 2022 la población Potencial y Objetivo fue de 5,685,888 personas, mientras que la Atendida fue de 477,230 llamadas, por lo cual, la cobertura de atención del Programa Presupuestario E340 Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León fue del 8.3%, con un mismo porcentaje de eficiencia de cobertura.

Es de vital importancia mencionar, que existe un sesgo en el cálculo de la cobertura y eficiencia del programa, debido a las diferencias entre las definiciones y cuantificaciones de Población Potencial y Objetivo versus Población Atendida, puesto que las primeras se definen como la población total y la Población Atendida se define en términos de la cuantificación de las llamadas atendidas.

Finalmente, como complemento de lo anterior, en la Matriz de Indicadores para Resultados del Programa, el Beneficiario es definido como “Personas (en situación de urgencia, emergencia y/o desastre)”. Por lo que la cuantificación y definición de Población Atendida debe estar en función del número de personas que se atiendan en cada situación de urgencia, emergencia y/o desastre; ya que en una llamada telefónica puede registrarse el auxilio a una o más personas, por lo que el registro de tal cuantificación y definición de Población Atendida debe ser mejorado y corregido.

12 Decreto de creación del Centro Regulador de Urgencias Médicas como Órgano Administrativo Desconcentrado de la Secretaría de Salud del Estado de Nuevo León. 3 de agosto de 2018. Artículo Segundo. Fracción II.

**Tabla No. 4 Análisis de Beneficiarios con la aplicación del Programa E340 Centro Regulator de Urgencias Médicas de Nuevo León**

Año	Pob. Objetivo <sup>1/</sup> (PO)	Pob. Atendida <sup>2/</sup> (PA)	Cobertura <sup>3/</sup> (PA/PO)*100	Eficiencia (PA/PO)*100
2021	No Disponible.	No Disponible.	No Disponible.	No Disponible.
2022	5,685,888	477,230	8.3%	8.3%

**1/ Población o Área de Enfoque Objetivo:** Beneficiarios que el Programa tiene planeado o programado atender en un periodo de tiempo pudiendo responder a la totalidad de la población potencial o sólo una parte de ella.

**2/ Población o Área de Enfoque Atendida:** Beneficiarios efectivos que recibieron los bienes y/o servicios que componen el Programa en un ejercicio fiscal determinado.

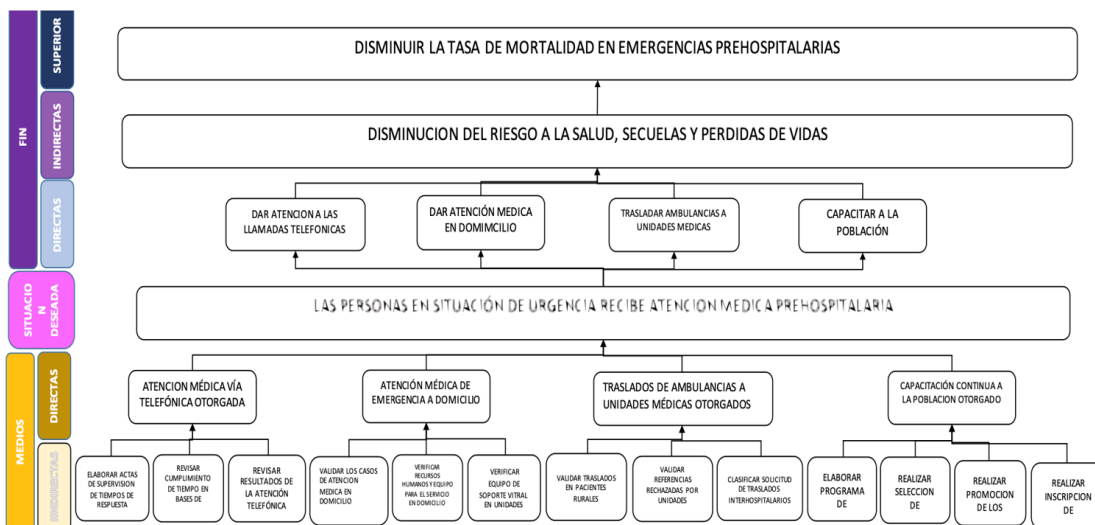
**3/ Población o Área de Enfoque Potencial:** Población o área de enfoque total que presenta un problema o necesidad que justifica el diseño de un Programa y que es elegible para recibir los beneficios que el Programa entrega de acuerdo con su diseño de atención, sean estos beneficios bienes o servicios.

**Fuente:** Diagnóstico Situacional del Programa Presupuestario Centro Regulator de Urgencias Médicas de Nuevo León del Centro Regulator de Urgencias Médicas Órgano Administrativo Desconcentrado. Ejercicio 2022. PP. 30 – 31.

**c) El árbol de problemas y objetivos y la vinculación del árbol de objetivos con los objetivos (ámbitos de desempeño) de la MIR del Programa son consistentes entre sí.**

El diagnóstico situacional del programa establece un árbol de objetivos en el cual se hace una transferencia en positivo de la problemática central, causas y efectos descritos en negativo en el árbol de problemas, estableciendo el objetivo (situación deseada), medios y fines, en la Imagen No. 2 se muestra el árbol de objetivos definido en el diagnóstico.

**Imagen 2. Árbol de Objetivos del Programa Presupuestario E340 Centro Regulator de Urgencias Médicas de Nuevo León.**



**Fuente:** Árbol de Objetivos. Diagnóstico del Programa Presupuestario Centro Regulator de Urgencias Médicas de Nuevo León del Centro Regulator de Urgencias Médicas Órgano Administrativo Desconcentrado de la Secretaría de Salud de Nuevo León. Ejercicio Fiscal 2022.

La transferencia de causas – efectos a medios - fines entre el árbol de problemas – árbol de objetivos es consistente pero no adecuada debido a la ausencia de la estructura de sintaxis y a la confusión en la identificación de causas y efectos; y al vincularse éstos con los objetivos de la Matriz de Indicadores para Resultados no son consistentes entre sí, debido a lo siguiente:

1. El efecto superior del árbol de problemas hace referencia a una “Alta tasa de mortalidad en emergencias prehospitalarias” que a su vez se vincula de manera correcta en el fin superior del árbol de objetivos, siendo este: “Disminuir la tasa de mortalidad en emergencias prehospitalarias” versus el objetivo de Fin: “Contribuir a incrementar la atención médica en urgencia, emergencia y/o desastres mediante los servicios prehospitalarios prestados por el centro regulador de urgencias médicas del estado (CRUM)”; lo que observa un objetivo de Fin de la MIR del Programa incongruente con el efecto final planteado en el árbol de soluciones.
2. Respecto a la vinculación del Planteamiento del Problema (árbol de problemas – árbol de objetivos) – Propósito de la Matriz de Indicadores para Resultados, se observa de manera consistente su vinculación, aunque con mejoras en la sintaxis del planteamiento del problema con base a la MML, debido a que se encuentra redactado como la ausencia de una solución, motivo por el cual el planteamiento del problema podría plantearse, por ejemplo como: *“Las personas en situación de urgencia, emergencia y/o desastre reciben servicios de atención médica prehospitalaria insuficientes”*.
3. En el mismo sentido, se identifican consistentemente vinculadas las cuatro causas directas del árbol de problemas al árbol de objetivos con la MIR, sin embargo, no quiere decir que sean correctas dentro del planteamiento de los árboles.

Con base en lo anterior, los medios y los fines establecidos en el árbol de objetivos son transferidos a la MIR del programa, sin embargo, se sugiere hacer un análisis de alternativas de solución tal y como lo establece la guía para la elaboración de la MIR de la SHCP, con el objeto de identificar nuevos medios que abonen al cumplimiento del objetivo, toda vez que los instaurados en el árbol de objetivos se consideran insuficientes para el cumplimiento del objeto.

**d) El análisis de complementariedades y coincidencias con otros programas presupuestarios se observa en el Diagnóstico Situacional del Programa.**

El Diagnóstico Situacional del Programa E340 Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León cuenta con un apartado llamado “vinculación con otros programas de la administración pública estatal”<sup>13</sup>, en donde menciona algunas áreas del sector salud, así como hospitales con los que se vincula, sin embargo, no se identifican los nombres de los programas y sus características que los hacen ser coincidentes o complementarios con base en las definiciones establecidas por el CONEVAL<sup>14</sup>.

<b>Coincidencias</b>	NOMBRE DE PROGRAMA PRESUPUESTARIO. CLAVE DE PROGRAMA. Ente Público responsable del Programa.	<b>Fin</b>	Definición del Fin.
		<b>Propósito</b>	Definición del Propósito.
		<b>Beneficiario</b>	Definición de Beneficiario.
	NOMBRE DE PROGRAMA PRESUPUESTARIO. CLAVE DE PROGRAMA. Ente Público responsable del Programa.	<b>Fin</b>	Definición del Fin.
		<b>Propósito</b>	Definición del Propósito.
		<b>Beneficiario</b>	Definición de Beneficiario.

<b>Complementariedades</b>	NOMBRE DE PROGRAMA PRESUPUESTARIO. CLAVE DE PROGRAMA. Ente Público responsable del Programa.	<b>Fin</b>	Definición del Fin.
		<b>Propósito</b>	Definición del Propósito.
		<b>Beneficiario</b>	Definición de Beneficiario.
	NOMBRE DE PROGRAMA PRESUPUESTARIO/ACTIVIDAD INSTITUCIONAL ESPECÍFICA. CLAVE DE PROGRAMA. Ente Público responsable del Programa.	<b>Fin</b>	Definición del Fin.
		<b>Propósito</b>	Definición del Propósito.
		<b>Beneficiario</b>	Definición de Beneficiario.

13 Diagnóstico del Programa Presupuestario Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León. Centro Regulador de Urgencias Médicas Órgano Administrativo Desconcentrado. Ejercicio 2022. PP. 28

14 Un Programa es Complementario cuando: Dos o más programas son complementarios cuando atienden a la misma población, pero los apoyos son diferentes; o bien cuando sus componentes son similares o iguales, pero atienden a diferente población.

Un Programa es Coincidente cuando: Hay coincidencias entre dos o más programas cuando sus objetivos son similares; o bien cuando sus componentes son similares o iguales, pero atienden a la misma población. Página principal de CONEVAL – Evaluación de Programas Sociales – Glosario. <https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/Paginas/Glosario-EVALUACION.aspx>

**e) El Diagnóstico Situacional del Programa tiene plazo de revisión y actualización.**

De acuerdo con la guía para la elaboración de diagnósticos de Programas Presupuestarios<sup>15</sup> emitida por la Secretaría de Finanzas y Tesorería del Estado de Nuevo León, señala que los diagnósticos situacionales deberán ser actualizados cada año, o las ocasiones que sea necesario durante el ejercicio fiscal, derivado de los cambios que requieran las diversas secciones que lo componen.

El Diagnóstico Situacional del Programa E340 Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León cuenta con una fecha de actualización en enero del 2023, sin embargo, no es un Diagnóstico publicado y oficializado por la Secretaría de Finanzas y Tesorería General del Estado.

<sup>15</sup> Guía para la elaboración de diagnósticos de Programa Presupuestarios del Estado de Nuevo León. Obtenido de: <https://pbr-sed.nl.gob.mx/marco-normativo>

### **Recomendaciones técnicas para la mejora del Programa.**

- 1) Realizar un rediseño de los árboles de problemas y objetivos, en el cual se identifiquen con base en la metodología para la elaboración de los árboles de problemas y objetivos, las causas y efectos; y a su vez se vinculen de manera consistente con los objetivos de la Matriz de Indicadores para Resultados del Programa, tomando como referencia las atribuciones establecidas en la normatividad del Centro Regulator de Urgencias Médicas de Nuevo León.
- 2) Identificar, definir y cuantificar de manera correcta las Poblaciones Potencial, Objetivo y Atendida.
- 3) Identificar las Coincidencias y Complementariedades del Programa, así como mejorar el contenido del diagnóstico con base en las características establecidas por la guía para la elaboración de diagnósticos de Programas Presupuestarios emitida por la Secretaría de Finanzas y Tesorería del Estado de Nuevo León.

## Pregunta Metodológica No. 2

**¿La justificación que sustenta el diseño de la MIR es adecuada y está documentada con una base teórica o empírica para validar el tipo de intervención de las acciones del Programa?**

**Respuesta: Sí**

Valor	Criterio	Semaforización
3	Alto	Verde

**a) Se observa la existencia de una justificación documentada que sustente el diseño del Programa.**

La justificación que sustenta la Matriz de Indicadores para Resultados del Programa E340 Centro Regulator de Urgencias Médicas de Nuevo León, se encuentra documentada en el Diagnóstico Situacional del Programa, desde sus antecedentes que datan desde los inicios de la atención médica prehospitalaria en los siglos XIX y XX, relacionados con los orígenes de la Cruz Roja y todos los servicios de apoyo a emergencias y accidentes que han surgido a la fecha, así como la creación de Normas Oficiales Mexicanas tales como la NOM-237-SSA1-2004 para la regulación de los servicios de atención médica prehospitalaria.

La publicación en el Diario Oficial de la Federación el miércoles 9 de mayo del 2007 del decreto de modificación del Artículo 79 de la Ley General de Salud, con lo que se obliga a todo el personal de Atención Prehospitalaria contar con Diploma legalmente expedido y registrado ante las autoridades educativas competentes.

La reforma a la Norma Oficial Mexicana NOM-237-SSA1-2004, Regulación de los Servicios de Salud. Atención Prehospitalaria de las Urgencias Médicas, para quedar como Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA3-2013, Regulación de los Servicios de Salud. Atención Médica Prehospitalaria, que establece la figura del Centro Regulator de Urgencias Médicas (CRUM), cuya operación favorecerá la coordinación de los servicios de atención prehospitalaria (unidades móviles tipo ambulancia), vinculándose con los establecimientos para la atención médica y así permitir la optimización de tiempos y estandarización de los procedimientos en la atención prehospitalaria de las urgencias médicas.

Lo anterior, provee de los elementos necesarios para la construcción de los árboles de problemas y objetivos establecidos en el Diagnóstico Situacional del Programa E340 Centro Regulator de Urgencias

Médicas de Nuevo León, no obstante, se identifican oportunidades de mejora en la construcción de dichos árboles toda vez que las causas y la problemática central se encuentran definidas como la ausencia de una solución, estableciendo palabras como (No se cuenta, falta, no realiza), por su parte, los efectos se encuentran definidos como causas que pudieran generar la problemática central y no como los efectos que se pudieran presentar por este problema.

Además de establecer un análisis de alternativas de solución en donde se definan medios precisos, que pudieran contemplarse posteriormente como bienes y/o servicios o actividades (Procesos de gestión) que sean correctas para la producción del Componente y que al mismo tiempo abonen al cumplimiento del objetivo de Propósito del Programa Presupuestario, sumado a esto, se mejoraría la Estructura Analítica del programa.

Sin embargo, se considera importante fortalecer dicha justificación con datos estadísticos tales como se ha comportado en el tiempo la demanda y oferta de los servicios de atención prehospitalaria, así como el comportamiento de la tasa de mortalidad en emergencias prehospitalarias en el Estado de Nuevo León, y como ha variado el tiempo de respuesta en la atención médica de emergencia.



### **Recomendaciones técnicas para la mejora del Programa.**

- 1) Se debe redefinir la problemática central y las causas del árbol de problemas del Programa Presupuestario E340 Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León, en el cual no se utilicen frases o palabras que infieran la ausencia de una solución, además de definir los efectos como consecuencias del problema y no como causas que originan la problemática, apeándose a la Metodología del Marco Lógico.
- 2) Mejorar la estructura analítica del Programa Presupuestario, a través de la implementación del análisis de alternativas de solución, en el que se definan nuevos medios que a priori pudieran ser bienes y/o servicios o actividades de gestión que ayuden a cumplir el propósito del programa de forma eficiente.

### Pregunta Metodológica No. 3

Cómo parte del diseño del Programa, ¿la definición del resumen narrativo en la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) está vinculado con la situación deseada, así como con los medios y los fines identificados en el árbol de objetivos en apego a la Metodología de Marco Lógico (MML)?

Respuesta: No

Valor	Criterio	Semaforización
1	Bajo	Rojo

a) **Analizar la justificación de la creación y el diseño del Programa, en cuanto a la vinculación del resumen narrativo con el análisis del árbol de objetivos.**

La vinculación del resumen narrativo de la Matriz de Indicadores para Resultados del Programa E340 Centro Regulator de Urgencias Médicas de Nuevo León con su árbol de objetivos, tiene algunas debilidades, debido a que como se puede observar en la Tabla No. 5; el Fin superior del árbol de objetivos hace referencia a la disminución de la tasa de mortalidad de emergencias prehospitalarias y el Objetivo de Fin de la MIR hace referencia al incrementar la atención médica en urgencia, emergencia y/o desastres; son dos objetivos diferentes, que por consiguiente no se observan vinculados.

**Tabla No. 5 Vinculación del Resumen Narrativo con el Árbol de Objetivos.  
E340 Centro Regulator de Urgencias Médicas de Nuevo León.**

Nivel de Desempeño	Objetivos del Programa	Vinculación a Fines o Medios del árbol de objetivos	Supuestos de la MIR
<b>Fin</b>	Contribuir a incrementar la atención médica en urgencia, emergencia y/o desastres mediante los servicios prehospitalarios prestados por el Centro Regulator de Urgencias Médicas del Estado (CRUM).	Disminuir la tasa de mortalidad de emergencias prehospitalarias.	El sistema de emergencias 911 se activa de manera adecuada.
<b>Propósito</b>	Las personas en situación de urgencia, emergencia y/o desastre reciben atención médica prehospitalaria.	Las personas en situación de urgencia reciben atención médica hospitalaria.	La población y responsables de servicios utilizan el número único de emergencias 9-1-1.

**Tabla No. 5 Vinculación del Resumen Narrativo con el Árbol de Objetivos.  
 E340 Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León.**

Nivel de Desempeño	Objetivos del Programa	Vinculación a Fines o Medios del árbol de objetivos	Supuestos de la MIR
<b>Componentes</b>	C1. Atención médica vía telefónica otorgada.	Atención médica vía telefónica otorgada.	Los sistemas tecnológicos del número de emergencia 9-1-1 funcionan correctamente.
	C2. Servicios de atención médica de emergencia a domicilio otorgados.	Atención médica de emergencia a domicilio.	El centro de atención de llamadas de emergencia 9-1-1 realiza la asignación y referencia oportuna y de acuerdo a la necesidad del paciente.
	C3. Servicios de traslados en ambulancias a unidades médicas otorgados.	Traslados de ambulancias a unidades médicas otorgados.	Las unidades médicas tienen la capacidad disponible para atender a los pacientes.
	C4. Capacitación continua efectiva al público realizada (cursos, talleres, pláticas, reuniones y eventos).	Capacitación continua a la población otorgado.	Las personas participan en los cursos de capacitación en primeros auxilios.

**Fuente:** Matriz de Indicadores para Resultados del Programa E340 Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León de la Secretaría de Salud de Nuevo León, Ejercicio Fiscal 2022.

Por otro lado, existe una vinculación adecuada de la solución del problema en el árbol de objetivos y el objetivo del nivel de Propósito de la MIR, no obstante, evidentemente, se observa una duplicidad del objetivo de Propósito con el objetivo de Fin de la MIR, dado que el objetivo de Propósito se enfoca a proveer atención médica prehospitalaria y el objetivo de Fin de la MIR se refiere a incrementar esta atención médica de urgencia, emergencia y/o desastres, lo cual refleja una confusión en el impacto de la política pública que el programa atiende y que en el árbol de objetivos se identifica de manera clara, dado que el Fin de la MIR del Programa y con base en el decreto de creación del Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León, es más viable que debería de estar orientado a “Contribuir a la disminución de la tasa de mortalidad de emergencia prehospitalarias a través de los servicios prestados por el Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León”.

En otro orden de ideas, los cuatro medios directos (sustantivo) que se observan del árbol de objetivos del programa, se encuentran vinculados acorde a los cuatro Componentes de la MIR, sin embargo, en el árbol de objetivos se observa una confusión con el medio directo: “Capacitación continua a la población otorgado”, debido a que con base en las atribuciones establecidas en el decreto de creación del CRUM se identifica que el CRUM brinda capacitación a personas que laboran en instituciones de emergencias, de acuerdo al artículo 2, fracción X<sup>16</sup>. Por lo que la capacitación debe ser un medio indirecto en el árbol de objetivos y trasladado a los objetivos de nivel de actividad de la MIR del Programa, debido a que la capacitación es un proceso para la preparación y certificación del personal que labora y proporciona la atención médica prehospitalaria y el servicio de traslado en ambulancia.

Aunado a que, en el árbol de objetivos existen fines y medios incorrectamente definidos, debido a una ausencia de la aplicación de la Metodología para elaborar los árboles de problemas (causas y efectos) y por consiguiente los medios y efectos del árbol de soluciones.

---

16 Decreto de creación del Centro Regulator de Urgencias Médicas de Nuevo León. Artículo 2, Fracción X: Establecer programas de capacitación para la atención prehospitalaria a bordo de ambulancias y en las instituciones de emergencias y convocar a los sectores público, social y privado para que su personal reciba dicha capacitación.

### **Recomendaciones técnicas para la mejora del Programa.**

- 1) Hacer un rediseño de los árboles de problemas y objetivos, con base a las atribuciones establecidas en el decreto de creación del Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León, que conlleve a un mejor diseño y vinculación con la Matriz de Indicadores para Resultados del Programa.

## Capítulo II. Análisis de la lógica causal vertical.

#### Pregunta Metodológica No. 4

¿Los Actividades definidas en la Matriz de Indicadores para Resultados cumplen las características técnicas de la Metodología de Marco Lógico?

Respuesta: Sí

Valor	Criterio	Semaforización
2	Medio	Amarillo

Para cada uno de los Componentes de la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) existen Actividades (Procesos Lógicos Secuenciales de Gestión) que:

a) Están claramente especificadas, es decir, no existe ambigüedad en su redacción. Están ordenadas de manera lógica y secuencial y son las necesarias y suficientes para producir los Componentes.

La Matriz de Indicadores para Resultados del Programa Presupuestario E340 Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León a cargo del CRUM<sup>17</sup>, cuenta con cuatro Componentes y trece Actividades. En la Tabla No. 6 se visualiza la relación entre los Componentes y Actividades; así como los Supuestos caracterizados por ser factores externos, cuyo incumplimiento alteraría la implementación del Programa.

Tabla No. 7 Componentes del Propósito de la MIR E340 Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León.					
Nivel de la MIR		Objetivo	Actividades		Supuestos (A-C)
Componentes	C1.	Atención médica vía telefónica otorgada.	A1C1.	Elaboración de actas de supervisión del tiempo de respuesta.	La coordinación operativa realiza adecuadamente las actas de supervisión.
			A2C1.	Revisión de cumplimiento de tiempo en bases de operación.	Se actualiza la operación en base de las necesidades de la población.
			A3C1.	Revisión de resultados de la atención telefónica.	Los sistemas tecnológicos del número de emergencia 9-1-1 funcionan correctamente.

<sup>17</sup> Matriz de Indicadores para Resultados del Programa Presupuestario “Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León. Ejercicio Fiscal 2022. <https://pbr-sed.nl.gob.mx/programas-presupuestarios>

**Tabla No. 7 Componentes del Propósito de la MIR  
E340 Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León.**

Nivel de la MIR	Objetivo	Actividades		Supuestos (A-C)
C2.	Servicios de atención médica de emergencia a domicilio otorgados.	A1C2.	Validación de casos de atención médica en domicilio.	Los sistemas tecnológicos del número de emergencia 9-1-1 funcionan correctamente.
		A2C2.	Verificación del recurso humano equipo y unidad disponible para el servicio a domicilio.	Las unidades se encuentran equipadas de acuerdo a la NOM-034-SSA3-2013.
		A3C2.	Verificación de equipo de soporte vital en la unidad a despachar.	Las unidades se encuentran equipadas con el equipo de soporte vital necesario.
C3.	Servicios de traslados en ambulancias a unidades médicas otorgados.	A1C3.	Validación de referencias rechazadas por unidades hospitalarias.	Las instituciones y hospitales privados participan activamente con el CRUM.
		A2C3.	Validación de traslados de pacientes de zonas rurales al Área Metropolitana de Monterrey.	Las instituciones y hospitales privados participan activamente con el CRUM.
		A3C3.	Clasificación de solicitud de traslado interhospitalario.	Las instituciones y hospitales privados participan activamente con el CRUM.
C4.	Capacitación continua efectiva al público realizada (cursos, talleres, pláticas, reuniones y eventos).	A1C4.	Elaboración del programa de capacitación mediante la detección de necesidades en lugares estratégicos.	Se cuenta con el personal para impartir la capacitación.
		A2C4.	Realización de la selección de los capacitadores.	Se cuenta con el personal para impartir la capacitación.
		A3C4.	Realización de la promoción de los cursos de capacitación.	Se cuenta con el personal y los medios para hacer la promoción.
		A4C4.	Realización de la inscripción de los participantes.	Se cuenta con los medios y el personal administrativo para el registro de inscripción.

**Fuente:** Matriz de Indicadores para Resultados del Programa Presupuestario Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León – Secretaría de Salud de Nuevo León. Ejercicio Fiscal 2022.



En cuanto a la forma lógica y secuencial de las actividades y si estas son las necesarias y suficientes para producir cada uno de los componentes se identifica lo siguiente:

Las Actividades del Componente C1. Atención médica vía telefónica otorgada. No son claras, dado que no se observan los procesos sustantivos para la producción del servicio; tales como:

- a) Valoración y registro del tipo de atención médica telefónica que se le va a otorgar al paciente, o si es un paciente potencial para la atención médica telefónica.
- b) Asignación de Médico para la atención del paciente.

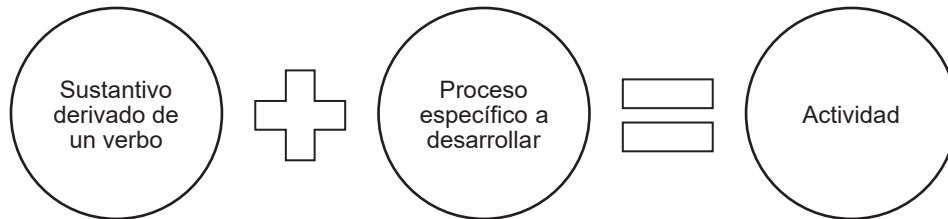
Por lo que se recomienda que el Ente Público revise el proceso lógico secuencial que se requiere para la producción del Componente C1.

Las Actividades del Componente C2. Servicios de atención médica de emergencia a domicilio otorgados. Se encuentran ordenadas de manera cronológica y secuencial, además que son necesarias y suficientes para la producción del Componente y no existe ambigüedad en su redacción. Esto al observarse que, para proporcionar la atención médica de emergencia a domicilio, como primer proceso se valida si el caso de atención es a domicilio, posteriormente se verifica el recurso humano, equipo y la unidad disponible para el servicio a domicilio y como proceso final se verifica el equipo de soporte vital en la unidad a despachar.

Las Actividades del Componente C3. Servicios de traslados en ambulancias a unidades médicas otorgados. Se encuentran ordenadas de manera cronológica y secuencial, además que son necesarias y suficientes para la producción del Componente y no existe ambigüedad en su redacción a excepción de la Actividad final que es la Clasificación de solicitud de traslado interhospitalario, la cual se describe mejor en el nombre del indicador que en el objetivo de actividad, por lo que se recomienda mejorar su redacción.

Finalmente, las Actividades del Componente C4. Capacitación continua efectiva al público realizada (cursos, talleres, pláticas, reuniones y eventos). Se observan ordenadas de manera cronológica y secuencial, además que son necesarias y suficientes para la producción del Componente y no existe ambigüedad en su redacción, empero, es importante destacar que el Componente de Capacitación no es un bien o servicio, ya que con base en el decreto de creación del CRUM, la capacitación se observa como parte de una actividad sustantiva para lograr la producción de los Componentes de Atención médica vía telefónica y a domicilio de emergencia. Además que la estructura de sintaxis de dicho Objetivo de Componente C4, no se encuentra acorde a la Metodología de Marco Lógico.

**b) Cumplen con lo que se establece en la Guía para el Diseño de la Matriz de Indicadores para Resultados de la SHCP.**



De acuerdo con la guía para el diseño de la MIR de la SHCP<sup>18</sup> los procesos o las actividades son las principales acciones emprendidas mediante las cuales se movilizan los insumos para generar los bienes y servicios que produce o entrega el programa.

Por lo anterior, la redacción o regla de sintaxis de los objetivos a nivel de actividad deben contar con un sustantivo derivado de un verbo más el establecimiento de un proceso específico a desarrollar (Complemento), de esta manera, se identifica lo siguiente en la redacción de las actividades para cada uno de los componentes:

Las actividades del componente C1. “Atención médica vía telefónica otorgada.” cumplen con la regla de sintaxis establecida en la guía para el diseño de la MIR de la SHCP al establecer un sustantivo derivado de un verbo para cada una de las actividades: “Elaboración” y “Revisión”, asimismo, instituyen un proceso específico a desarrollar, si bien las actividades definidas cumplen con la regla de sintaxis, no son las necesarias ni suficientes para dar cumplimiento con el componente.

Las actividades del componente C2. “Servicios de Atención Médica de Emergencia a domicilio otorgados” cumplen con las reglas de sintaxis al fincar un sustantivo derivado de un verbo “Validación” y “Verificación”, no obstante, las actividades establecidas para el Componente C2 si bien son necesarias, no son las suficientes para el cumplimiento eficiente del objetivo, debido a que no se observa el proceso de proveer de equipamiento a las unidades de emergencia médica, así como la capacitación del recurso humano para la atención médica de emergencia.

Por su parte, para las actividades del componente C3. “Servicios de traslados en ambulancias a unidades médicas otorgados” cumplen con la regla de sintaxis al establecer un sustantivo derivado de

<sup>18</sup> Guía para el Diseño de la Matriz de Indicadores para Resultados de la SHCP. Obtenida de: <https://www.gob.mx/shcp/documentos/guia-para-el-diseno-de-la-matriz-de-indicadores-para-resultados>

un verbo “Validación” y “Clasificación”, además de definir el proceso específico a desarrollar que son: referencias rechazadas por unidades hospitalarias, traslados de pacientes de zonas rurales al área metropolitana de Monterrey y la solicitud de traslado interhospitalario, no obstante, las actividades no guardan una relación lógica que permita el cumplimiento del objetivo, así como no se observan los procesos de equipamiento, mantenimiento y preparación de la ambulancia, y la capacitación del personal paramédico a bordo de la ambulancia que atiende la emergencia; por lo que las actividades no son necesarias ni suficientes para el cumplimiento eficiente del Componente.

Por último, para las actividades del componente C4 “Capacitación continua efectiva al público realizada (cursos, talleres, prácticas, reuniones y eventos)” los objetivos cumplen con la regla de sintaxis al establecer un sustantivo derivado de un verbo “Elaboración” y “Realización” más el proceso específico a desarrollar como la elaboración del programa de capacitación, la selección de los capacitadores, la promoción de los cursos de capacitación y la inscripción de los participantes; con lo cual es evidente que las actividades cuentan con una relación lógica secuencial que permite el cumplimiento del objetivo, así como son necesarias y suficientes para desarrollar el componente de manera eficiente. No obstante, la Capacitación no es un componente sino una actividad sustantiva para la producción de los servicios que otorga el programa.

**c) Los supuestos de Actividad a Componente (A-C) son factores externos que pueden afectar de manera directa el desempeño del Programa Presupuestario y se vinculan de manera adecuada al nivel de desempeño correspondiente, están redactados en positivo, es decir, se describe lo que se desearía que pasara.**

Los supuestos que se establecen en las Actividades A1C1 y A2C1 son factores internos debido a que su logro se encuentra a cargo de la gestión institucional del programa como factores que se encuentran bajo el control de la Institución, por lo que con base en la Metodología de Marco Lógico se encuentran definidos de manera incorrecta dado que los supuestos son factores externos que pueden afectar de manera directa el desempeño del programa y estos deben ser redactados en positivo; respecto al supuesto de la Actividad A3C1, se encuentra redactado acorde a la MML<sup>19</sup>, en positivo, como un factor externo que de no cumplir su logro afectaría de manera directa el desempeño del programa.

19 Guía para el Diseño de la Matriz de Indicadores para Resultados de la SHCP. PP.58. Obtenida de: <https://www.gob.mx/shcp/documentos/guia-para-el-diseno-de-la-matriz-de-indicadores-para-resultados>

Los supuestos de las Actividades A2C2 y A3C2, se identifican como factores que se encuentran a cargo de la gestión institucional del Programa al considerar que las unidades se encuentren equipadas con base en la norma NOM-034-SSA3-2013, por lo que con base en la Metodología de Marco Lógico se encuentran definidos de manera incorrecta. La Actividad A1C2, se observa redactada de forma positiva y como factor externo que de no cumplirse puede afectar de manera directa el desempeño del Programa Presupuestario.

Los supuestos de las Actividades A1C3, A2C3 y A3C3, se encuentran redactados de forma positiva y como factores externos que de no cumplirse pueden afectar de manera directa el desempeño del Programa Presupuestario.

Los supuestos que se establecen para las actividades A1C4, A2C4, A3C4 y A4C4 si bien pudieran considerarse factores externos que pueden afectar de manera directa el desempeño del programa y estos se encuentran redactados en positivo, cabe mencionar que, metodológicamente su definición no es adecuada, toda vez que los supuestos no debieran considerar el contar con los recursos económicos o financieros, materiales y humanos suficientes, en ese sentido, se recomienda mejorar la calidad en la definición de los supuestos de las actividades antes señaladas, contemplando realmente los riesgos y/o contingencias que pueden afectar el desempeño de los objetivos del Programa.

### **Recomendaciones técnicas para la mejora del Programa.**

- 1) Realizar un análisis sobre los procesos que requieren la producción de cada uno de los bienes y servicios que entrega el programa, que permita un rediseño de las actividades de la MIR, con base en la Guía para el Diseño de la Matriz de Indicadores para Resultados.
- 2) Mejorar la calidad en la definición de los supuestos de las Actividades A1C3, A2C2, A3C2, A1C4, A2C4, A3C4 y A4C4 especificando factores externos que afecten de manera directa el desempeño del Programa y cuya ocurrencia es importante corroborar para el logro de los objetivos y que se vinculen de manera adecuada a cada nivel de desempeño.

### Pregunta Metodológica No. 5

¿Los Componentes definidos en la Matriz de Indicadores para Resultados cumplen con las características técnicas de la Metodología de Marco Lógico?

Respuesta: Sí

Valor	Criterio	Semaforización
2	Medio	Amarillo

Los Componentes observados en la MIR tienen las siguientes características:

a) Son los bienes o servicios necesarios que produce el Programa, su producción genera junto con los supuestos en ese nivel de objetivos el cumplimiento del objetivo de Propósito del programa.

Los componentes son aquellos bienes y/o servicios que produce o entrega un programa presupuestario para cumplir con su propósito, así, deben establecerse como productos terminados o servicios proporcionados.

En consecuencia, en la Tabla No.7 se visualizan los cuatro componentes para el cumplimiento del propósito del Programa Presupuestario E340 Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León.

Tabla No. 7 Componentes del Propósito de la MIR E340 Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León.				
Nivel de la MIR	Objetivo	Componentes		Supuestos (C-P)
Propósito	Las personas en situación de emergencia y/o desastre reciben atención médica prehospitalaria.	C1.	Atención médica vía telefónica otorgada.	Los sistemas tecnológicos del número de emergencia 9-1-1 funcionan correctamente.
		C2.	Servicios de atención médica de emergencia a domicilio otorgados.	El centro de atención de llamadas de emergencia 9-1-1 realiza la asignación y referencia oportuna y de acuerdo a la necesidad del paciente.
		C3.	Servicios de traslados en ambulancias a unidades médicas otorgados.	Las unidades médicas tienen la capacidad disponible para atender a los pacientes.
		C4.	Capacitación continua efectiva al público realizada (cursos, talleres, pláticas, reuniones y eventos).	Las personas participan en los cursos de capacitación en primeros auxilios.

**Fuente:** Matriz de Indicadores para Resultados del Programa Presupuestario Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León – Secretaría de Salud de Nuevo León. Ejercicio Fiscal 2022.

**b) Están redactados como resultados logrados y cumplen con lo que se establece en la Guía para el Diseño de la Matriz de Indicadores para Resultados de la SHCP.**



Con respecto al componente C1 se identifica lo siguiente:

El componente es necesario, debido a que se identifica la atención médica vía telefónica se identifica como un servicio que otorga el CRUM, asimismo, el Componente cumple con la estructura de sintaxis que establece la Guía para el Diseño de la Matriz de Indicadores para Resultados.

Con respecto al componente C2 se identifica lo siguiente:

El componente se considera necesario para dar cumplimiento al propósito, toda vez que al otorgar atención médica de emergencia a domicilio se logra que las personas en situación de emergencia reciban atención médica prehospitalaria. Por otro lado, el Componente no cumple con la estructura de sintaxis de la MML debido a que la redacción de dicho objetivo debe iniciar mencionando el producto o servicio terminado sin ser reiterativos empezando con la palabra “Servicio” porque *Per se* es un bien o servicio.

Con respecto al componente C3 se identifica lo siguiente:

El componente es necesario para cumplir con el propósito del programa, lo anterior se debe a que el servicio de traslados en ambulancias a unidades médicas otorgados, se identifica como una de las atribuciones en el decreto de creación del Programa, con la finalidad de lograr el propósito de que las personas en situación de emergencia y/o desastre reciban atención médica prehospitalaria.

No obstante, lo anterior, el Componente no cumple con la estructura de sintaxis de la MML debido a que la redacción de dicho objetivo debe iniciar mencionando el producto o servicio terminado sin ser repetitivos empezando con la palabra “Servicio” porque *Per se* es un bien o servicio.

Con respecto al componente C4 se identifica lo siguiente:

El componente no se considera necesario para el cumplimiento del propósito del programa, toda vez que la capacitación, con base en la fracción X, de su Artículo Segundo, establece que para el cumplimiento

de su objeto el Centro Regulator de Urgencias Médicas, tendrá como atribución *“establecer programas de capacitación para la atención prehospitalaria, a bordo de ambulancias y en las instituciones de emergencias y convocar a los sectores público, social y privado, para que su personal reciba dicha capacitación”*<sup>20</sup>; por lo que se observa que la capacitación forma parte de una actividad o proceso de gestión de los componentes C1, C2 y C3, atendiendo a la lógica de que para otorgar dichos componentes se debe contar con personal capacitado en emergencias médicas.

Además, la redacción del objetivo es incorrecta debido a que la estructura de la sintaxis del objetivo del componente con base en la Metodología de Marco Lógico no establece incluir la población objetivo a la que va dirigida el bien o servicio, así como no señala con claridad en que materia o materias se capacitara, por lo cual resulta ambigua su definición.

**c) Los supuestos de Componente a Propósito (C-P) son factores externos que pueden afectar de manera directa el desempeño del Programa Presupuestario, se vinculan de manera adecuada al nivel de desempeño correspondiente y están redactados en positivo, es decir, se describe lo que se desearía que pasara.**

El supuesto del Componente C1, se vincula de manera adecuada al nivel del desempeño correspondiente y su cumplimiento impacta al cumplimiento eficiente del propósito. Asimismo, el supuesto se encuentra redactado en positivo como una acción que debe de cumplirse para el logro del objetivo.

El supuesto del Componente C2, es un riesgo que enfrenta el programa, debido a que no se encuentra bajo el control directo de las unidades administrativas responsables de ejecutar el programa, sino de otra dependencia a cargo del número telefónico de emergencia 9-1-1 a través del cual se realizan los reportes que a su vez deben ser canalizados al CRUM para su atención de manera oportuna.

El supuesto del Componente C3, es un riesgo que enfrenta el programa, debido a que no se encuentra bajo el control directo de las unidades administrativas responsables de ejecutar el programa, sino de otras instituciones de salud, las cuales deben de contar con capacidad disponible para atender a los pacientes trasladados por el CRUM.

<sup>20</sup> Decreto de creación del Centro Regulator de Urgencias Médicas como Órgano Administrativo Desconcentrado de la Secretaría de Salud del Estado de Nuevo León. 3 de agosto de 2018. Artículo Segundo, Fracción X.



El supuesto del Componente C4, es un riesgo que enfrenta el programa, no se encuentra bajo el control directo de las unidades administrativas responsables de ejecutar el programa, sino de que las personas asistan a la capacitación otorgada por el CRUM; Asimismo, el supuesto se encuentra redactado en positivo como una acción que debe de cumplirse para el logro del objetivo.

### **Recomendaciones técnicas para la mejora del Programa.**

- 1) Evitar redundar en la redacción de los Componentes con palabras tales como “bien o servicio”.
- 2) Rediseñar los Componentes de la MIR del Programa, con base en las atribuciones establecidas en la normatividad del Centro Regulator de Urgencias Médicas de Nuevo León.

### Pregunta Metodológica No. 6

¿El Propósito definido en la Matriz de Indicadores para Resultados cumple con las características técnicas de la Metodología de Marco Lógico?

Respuesta: Sí

Valor	Criterio	Semaforización
2	Medio	Amarillo

**El Propósito de la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) del Programa tiene las siguientes características:**

**a) Es la consecuencia directa (situación deseada) que se espera con el resultado de los Componentes, las Actividades y los Supuestos (A-C y C-P).**

El Propósito establecido en la MIR del Programa<sup>21</sup>, es la situación deseada que se espera con el resultado de los Componentes C1, C2 y C3, derivado de que **“Las personas en situación de urgencia, emergencia y/o desastre reciben atención médica prehospitalaria”** (ver Tabla No. 8), a su vez, las Actividades son el resultado del Componente, excepto las actividades del Componente “C1. Atención médica vía telefónica otorgada”, por lo que se sugiere revisarlas y rediseñarlas.

No obstante, es importante hacer notar, que el Componente *C4. Capacitación continua efectiva al público realizada (cursos, talleres, pláticas, reuniones y eventos)*, no es un bien o servicio, sino una actividad para el logro de los Componentes C1, C2 y C3.

**b) Incluye un solo objetivo (Objetivo del Programa).**

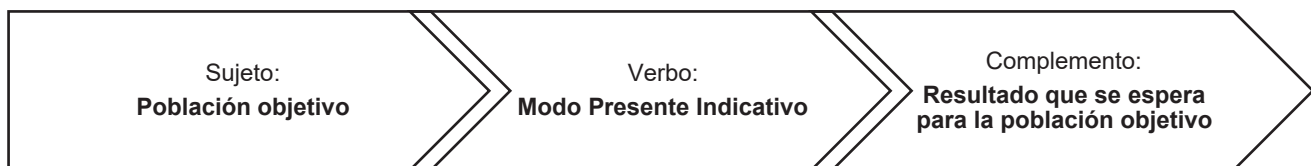
Asu vez, el Nivel de Objetivo de Propósito de la MIR del Programa evaluado es solo un objetivo alcanzable (situación deseada) al igual que el objetivo de nivel de Fin en donde se identifica la contribución a la política pública, y el cual se describe en la Tabla No. 8 como **“Contribuir a incrementar la atención médica en urgencia, emergencia y/o desastres mediante los servicios prehospitalarios prestados por el Centro Regulador de Urgencias Médicas del Estado (CRUM)”**.

<sup>21</sup> Matriz de Indicadores para Resultados del Programa Presupuestario Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León – Secretaría de Salud de Nuevo León. Ejercicio Fiscal 2022.

Tabla No. 8 Propósito de la MIR E340 Centro Regulator de Urgencias Médicas de Nuevo León.				
Nivel de la MIR	Objetivo	Nivel de la MIR	Objetivo	Supuestos (P-F)
Fin	Contribuir a incrementar la atención médica en urgencia, emergencia y/o desastres mediante los servicios prehospitalarios prestados por el Centro Regulator de Urgencias Médicas del Estado (CRUM).	Propósito	Las personas en situación de urgencia, emergencia y/o desastre reciben atención médica prehospitalaria.	La población y responsables de servicios utilizan el número único de emergencias 9-1-1.

**Fuente:** Matriz de Indicadores para Resultados del Programa Presupuestario Centro Regulator de Urgencias Médicas de Nuevo León – Secretaría de Salud de Nuevo León. Ejercicio Fiscal 2022.

c) **Está claramente especificado, es decir, no existe ambigüedad en su redacción y cumplen con lo que se establece en la Guía para el Diseño de la Matriz de Indicadores para Resultados de la SHCP.**



El objetivo de propósito de la MIR es la razón de ser del Programa Presupuestario, por tal motivo indica el efecto directo que el programa se propone alcanzar sobre la población o área de enfoque, asimismo, no debe presentar ambigüedad en su redacción, por ello, el objetivo de propósito de la MIR del Programa Presupuestario E340 Centro Regulator de Urgencias Médicas de Nuevo León cumple con la redacción que se establece en la guía para el Diseño de la MIR de la SHCP, tal como se muestra a continuación:

- Sujeto/ Población objetivo: Las personas en situación de urgencia, emergencia y/o desastre
- Verbo en modo presente indicativo: Reciben
- Complemento/Resultado que se espera para la población objetivo: Atención médica prehospitalaria.

**d) Los supuestos de Propósito (P-F) son factores externos que pueden afectar de manera directa el desempeño del Programa Presupuestario, se vinculan de manera adecuada al nivel de desempeño correspondiente y están redactados en positivo, es decir, se describe lo que se desearía que pasara.**

El supuesto establecido en el nivel de Propósito de la MIR es “La población y responsables de servicios utilizan el número único de emergencias 9-1-1”; se observa con una oportunidad de mejora, ya que decir que *“la población utiliza el número único de emergencia”* es correcto debido a que es un factor externo y necesario para que se cumpla el Propósito, pero incluir a los *“responsables de servicios”* es poco claro y resulta ambigua su comprensión en la redacción del supuesto.

### **Recomendaciones técnicas para la mejora del Programa.**

- 1) Mejorar la redacción del Propósito del Programa, sin perder de vista que el objetivo es en términos de mejorar la cobertura del programa debido a que actualmente es un servicio que ya se otorga.
- 2) Establecer un supuesto en el nivel de Propósito que cumpla con lo establecido en la Metodología de Marco Lógico, evitando incluir supuestos que dependan de las unidades administrativas responsables de ejecutar el programa y poco claros en su redacción.

**Pregunta Metodológica No. 7**

**¿El Fin definido en la Matriz de Indicadores para Resultados cumple con las características técnicas de la Metodología de Marco Lógico?**

**Respuesta: No**

Valor	Criterio	Semaforización
1	Bajo	Rojo

**El Fin de la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) tiene las siguientes características:**

**a) Es un objetivo superior al que el Programa contribuye, es decir, no se espera que por sí solo la ejecución de éste sea suficiente para alcanzar el Fin y su logro no está bajo el control de los responsables de ejecutar el Programa.**

El objetivo de Fin de la MIR del Programa es *“Contribuir a incrementar la atención médica en urgencia, emergencia y/o desastres mediante los servicios prehospitalarios prestados por el Centro Regulator de Urgencias Médicas del Estado (CRUM)”* (ver Tabla No. 9), no se identifica como un objetivo superior al que el programa contribuye debido a que el objetivo de nivel de Propósito de la MIR hace referencia al mismo objetivo de nivel de Fin.

Aunado a que, con base en el planteamiento del efecto final y el Fin establecido en los árboles de problemas y objetivos del Diagnóstico Situacional del Programa, y con base en el decreto de creación del programa, se identifica que la contribución a la política pública determina la disminución de la tasa de mortalidad de emergencias prehospitalarias a través de la atención con consultas vía telefónica, a domicilio y con traslados en ambulancia de las personas en situación de urgencia, emergencia y/o desastre. Dicho Fin con la ejecución del programa, no se espera que sea suficiente para su logro, por lo que es importante rediseñar el objetivo de Fin de la MIR del Programa.

**Tabla No. 9 Fin de la MIR y la alineación a la planeación del desarrollo  
E340 Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León.**

**Plan Estatal de Desarrollo 2016 - 2021**

Promover en la población de Nuevo León la corresponsabilidad de crear una nueva cultura de vida saludable, facilitando el acceso oportuno y equitativo de los servicios de salud pública, atención médica y protección contra riesgos sanitarios, bajo estándares de eficiencia y calidad.

**Objetivo de Fin del Programa**

Contribuir a incrementar la atención médica en urgencia, emergencia y/o desastres mediante los servicios prehospitalarios prestados por el Centro Regulador de Urgencias Médicas del Estado (CRUM).

**Supuesto a Nivel de Fin del Programa**

El sistema de emergencias 911 se activa de manera adecuada.

**Indicador de Fin del Programa**

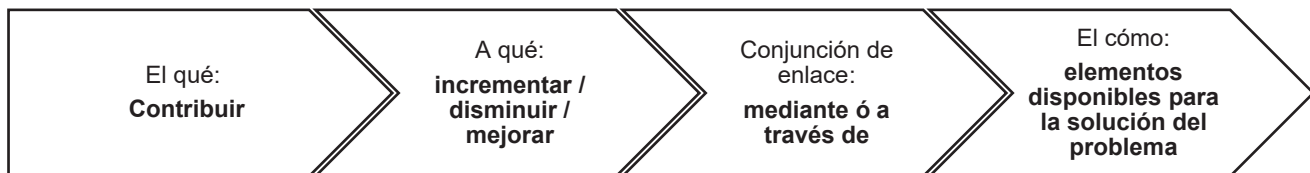
Tasa de mortalidad general.

**Indicador del PED 2016 - 2021**

No Disponible.

**Fuente:** Plan Estatal de Desarrollo 2016 – 2021 y Matriz de Indicadores para Resultados del Programa Presupuestario Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León, Ejercicio Fiscal 2022.

**b) Incluye un solo objetivo y está claramente especificado, es decir, no existe ambigüedad en su redacción y cumplen con lo que se establece en la Guía para el Diseño de la Matriz de Indicadores para Resultados de la SHCP.**



Por su parte la MIR del Programa Presupuestario E340 Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León *sólo cuenta con un objetivo para el nivel de Fin y este está claramente especificado, por lo cual, no existe ambigüedad en su redacción, cumpliendo con lo establecido en la guía para el diseño de la MIR de la SHCP, tal como se muestra a continuación:*

El qué/Contribuir: Contribuir

A qué incrementar/disminuir/ mejorar: a incrementar la atención médica en urgencia, emergencia y/o desastres

Conjunción de enlace mediante/ a través de: mediante

El cómo/ elementos disponibles para la solución del problema: los servicios prehospitalarios prestados por el Centro Regulador de Urgencias Médicas del Estado (CRUM).



**c) Está vinculado con algún objetivo estratégico de la Planeación del Desarrollo y/o Programa Sectorial, Institucional o Especial.**

Es importante hacer énfasis en la alineación o vinculación del Programa E340 Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León, debido a que en el periodo de evaluación correspondiente al ejercicio fiscal 2022, se encontraba en la transición del cambio de gobierno sexenal y en el proceso de elaboración y publicación el Plan Estatal de Desarrollo 2022 – 2027, por lo que es hasta el ejercicio fiscal 2022, el año en el cual se encontró alineado al Plan Estatal de Desarrollo 2016 – 2021.

Dicho lo anterior, la Matriz de Indicadores para Resultados del Programa, se encuentra vinculado al objetivo No. 5 del Tema No. 3 Salud, perteneciente al Eje de “Desarrollo Humano y Social” del Plan Estatal de Desarrollo 2016 – 2021 del Estado de Nuevo León, el cual es “Promover en la población de Nuevo León la corresponsabilidad de crear una nueva cultura de vida saludable, facilitando el acceso oportuno y equitativo de los servicios de salud pública, atención médica y protección contra riesgos sanitarios, bajo estándares de eficiencia y calidad”. Sin embargo, es importante destacar que en dicho PED solo se identifica un indicador, el cual es “*Prevalencia de escolares con sobrepeso*”<sup>22</sup>, que no es referente para la medición de dicho objetivo.

Por otro lado, se identifica que el objetivo de Fin de la MIR del programa se encuentra vinculado de manera directa con el objetivo 1. “Fomentar una vida saludable mediante la promoción, prevención y control de las enfermedades” del Plan Sectorial de Salud 2016 - 2021, alineado a la estrategia 1.16 Contribuir a la disminución de la morbilidad y mortalidad consecuencia de las lesiones accidentales; ligado a la línea de acción 1.16.4 Impulsar la Creación del Centro Regulador de Urgencias Médicas para favorecer la oportuna atención prehospitalaria.

No obstante, es importante señalar que en el Plan Sectorial de Salud 2016 – 2021 no existe un indicador que mida el objetivo del nivel de Fin de la Matriz de Indicadores para Resultados del Programa 340 Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León.

22 Plan Estatal de Desarrollo 2016 – 2021 del Estado de Nuevo León. PP. 171.

**d) Los supuestos de FIN (SF), son factores externos que pueden afectar de manera directa el desempeño del Programa Presupuestario, y se vinculan de manera adecuada al nivel de desempeño correspondiente y están redactados en positivo, es decir, describen lo que se desearía que pasara.**

El supuesto establecido en el nivel de Fin de la MIR como se observa en la Tabla No. 9, es “El sistema de emergencias 911 se activa de manera adecuada”, el cual es un factor externo que no depende de las unidades administrativas responsables de ejecutar el programa y necesario para que se cumpla el Fin; asimismo está redactado de manera positiva como una situación que se espera que suceda.

### **Recomendaciones técnicas para la mejora del Programa.**

- 1) Replantear y rediseñar el objetivo de Fin del Programa con base en el análisis de los árboles de problemas y objetivos.
- 2) En la medida de lo posible, en una actualización del Plan Estatal de Desarrollo 2022 – 2027, incorporar algún indicador que mida la cobertura de la atención médica de urgencia y de los servicios de salud pública.

### Pregunta Metodológica No. 8

De acuerdo con el análisis de las secuencias lógicas causales del Resumen Narrativo y los Supuestos de la MIR. ¿Se valida la lógica causal vertical con base en los requerimientos metodológicos de la Metodología del Marco Lógico (MML)?

Respuesta: No

Valor	Criterio	Semaforización
1	Bajo	Rojo

Se cumplen con las siguientes características:

**a) Las Actividades son las necesarias y suficientes para producir los Componentes (Bienes y/o Servicios) del programa.**

El análisis de la lógica causal vertical de la Matriz de Indicadores para Resultados permite verificar la relación directa que existe entre los diferentes niveles de la MIR, se realiza partiendo de abajo hacia arriba, donde se identificó lo siguiente:

- La suma de las Actividades que conforman el Componente C1 no guardan una relación lógica causal que permita el logro del Componente C1, identificándose oportunidades de mejora en la descripción de sus procesos.
- En las Actividades del Componente C2, si bien se observan algunos procesos para otorgar la atención médica a domicilio y si bien son necesarias para brindar los bienes y/o servicios, no son las suficientes para el cumplimiento eficiente, debido a que no se visualiza el mantenimiento y/o equipamiento de la unidad para el servicio a domicilio; así como también, no se observa la capacitación del recurso humano para brindar la atención médica a domicilio.
- En las Actividades del Componente C3, de igual forma que la anterior, se observan algunos procesos para otorgar el traslado de pacientes en ambulancia, y si bien son necesarios para brindar los bienes y/o servicios, no son los suficientes para el cumplimiento eficiente, debido a que no se visualiza el mantenimiento y/o equipamiento de la ambulancia; así como también, no se observa la capacitación del recurso humano para brindar la atención médica prehospitalaria, no obstante, que ésta es una actividad fundamental dentro de las atribuciones del CRUM.
- Las Actividades del Componente C4, se identifican redactadas de manera secuencial con una relación lógica causal necesarias y suficientes para producir los Componentes. No obstante, son sub-procesos, derivados del proceso de Capacitación, identificado con base en el decreto de creación del CRUM, como una atribución para el cumplimiento de su objetivo que es

*“mejorar la atención médica prehospitalaria que se otorga a la población del estado y que se encuentre en situación de urgencia, emergencia y/o desastres”.*<sup>23</sup>

**b) Los Componentes son los suficientes para lograr el Propósito.**

Tres de los cuatro Componentes que integran la Matriz de Indicadores para Resultados, tales como: C1. Atención médica vía telefónica otorgada; C2. Servicios de atención médica de emergencia a domicilio otorgados y C3. Servicios de traslados en ambulancias a unidades médicas otorgados; se definen como servicios, y son necesarios pero no suficientes para lograr con eficiencia el Propósito de *“Las personas en situación de urgencia, emergencia y/o desastre reciben atención médica prehospitalaria”*; debido a que en las actividades de éstos Componentes, no se observa el proceso de capacitación en el tema de atención prehospitalaria a bordo de ambulancias y en las instituciones de emergencias al personal que labora en éstas.

Respecto al Componente C4. Capacitación continua efectiva al público realizada (cursos, talleres, pláticas, reuniones y eventos), con base en el decreto de creación del CRUM, se identifica como una actividad sustantiva que deben de realizar los ejecutores del programa con la finalidad de producir de manera adecuada y eficiente los bienes y servicios que produce el Programa, sumado a que la población a la cual va dirigida la capacitación, no es al público, sino al personal que labora en las instituciones público, social y privado, tal y como se establece en su decreto: *“Establecer programas de capacitación para la atención prehospitalaria, a bordo de ambulancias y en las instituciones de emergencias y convocar a los sectores público, social y privado, para que su personal reciba dicha capacitación”*<sup>24</sup>.

Sumado a lo anterior, la estructura de sintaxis de dicho objetivo con base en la Metodología de Marco Lógico es incorrecta, ya que no es recomendable incluir la población objetivo en la redacción del Componente porque *Per se*, esta establecida en el objetivo de nivel de Propósito, además de que normativamente no es la misma población la que recibe la capacitación, que la que recibe los Componentes C1, C2 y C3 tales como atención médica vía telefónica, a domicilio y traslados en ambulancia a unidades médicas. Además, que no se encuentra especificado el tipo de capacitación en que materia o tema se capacitará, por lo cual resulta ambigua su definición.

23 Decreto de creación del Centro Regulador de Urgencias Médicas como Órgano Administrativo Desconcentrado de la Secretaría de Salud del Estado de Nuevo León. 3 de agosto de 2018. Artículo Primero.

24 Ibid. Artículo Segundo. Fracción X.

**c) Al cumplirse el Propósito, este contribuye al Fin, y el Fin se alinea a un objetivo superior de la planeación del desarrollo.**

El Propósito del Programa se cumple de manera parcial y no eficiente con los Componentes C1 Atención médica vía telefónica otorgada, C2 Servicios de atención médica de emergencia a domicilio otorgados y C3 Servicios de traslados en ambulancias a unidades médicas otorgados; debido a que éstos son atribuciones establecidas en la normatividad del CRUM para cumplir el objetivo de lograr mejorar la atención médica prehospitalaria, no obstante, el Componente C4. Capacitación continua efectiva al público realizada (cursos, talleres, pláticas, reuniones y eventos), si bien se encuentra dentro de las atribuciones del CRUM, es un proceso para lograr proveer de un servicio óptimo y dar cumplimiento de manera adecuada y eficiente al objetivo de Propósito de la MIR.

Es importante hacer notar que, al cumplirse el Propósito de manera directa éste contribuye al logro del objetivo de Fin que es: *“Contribuir a incrementar la atención médica en urgencia, emergencia y/o desastres mediante los servicios prehospitalarios prestados por el Centro Regulador de Urgencias Médicas del Estado (CRUM)”*, el cual si bien cuenta con estructura metodológica adecuada a la MML, tiene un objetivo similar al del objetivo de Propósito de la MIR del Programa, ya que ambos se enfocan al incremento de la atención médica en urgencia, emergencia y/o desastres; por lo que existe una inconsistencia y una oportunidad de mejora en la redacción del objetivo de Fin; se encuentra alineado al objetivo superior No. 5 del Tema No. 3 Salud, que pertenece al Eje de “Desarrollo Humano y Social” del Plan Estatal de Desarrollo 2016 – 2021 del Estado de Nuevo León, el cual es “Promover en la población de Nuevo León la corresponsabilidad de crear una nueva cultura de vida saludable, facilitando el acceso oportuno y equitativo de los servicios de salud pública, atención médica y protección contra riesgos sanitarios, bajo estándares de eficiencia y calidad”.

**d) Los Supuestos (factores externos) ayudan en los niveles de desempeño donde se establecen.**

En cada uno de los niveles de la Matriz de Indicadores para Resultados, se identifican supuestos establecidos acorde a la Metodología de Marco Lógico, como un riesgo que enfrenta el programa y que está más allá del control directo de las unidades administrativas responsables de ejecutar el programa y redactados en positivo; sin embargo, también se identifican supuestos redactados de manera no adecuada, como riesgos internos bajo el control directo de los ejecutores del programa y en función de la disponibilidad de los recursos humanos y económico, tales como: A1C1, A2C1, A2C2, A3C2, A1C4, A2C4, A3C4 y A4C4.

El supuesto establecido en el nivel de Propósito de la MIR es “La población y responsables de servicios utilizan el número único de emergencias 9-1-1”; se observa con una oportunidad de mejora, ya que decir que *“la población utiliza el número único de emergencia”* es correcto debido a que es un factor externo y necesario para que se cumpla el Propósito, pero incluir a los *“responsables de servicios”* es poco claro y resulta ambigua su comprensión en la redacción del supuesto.

Por lo anterior, dichos supuestos no ayudan al logro de su nivel de desempeño y cuentan con oportunidades de mejora.

Derivado de lo anterior, no se valida la lógica causal vertical con base en los requerimientos de la Metodología del Marco Lógico.

### **Recomendaciones técnicas para la mejora del Programa.**

- 1) Rediseñar las Actividades en forma lógica y secuencial como procesos que sumados dan origen al producto o servicio (Componente).
- 2) Identificar con base en la normatividad del Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León, los bienes y servicios que otorga el Programa.
- 3) Analizar y rediseñar la contribución del objetivo de Fin del Programa.
- 4) Redactar de manera clara los supuestos como riesgos en positivo que enfrenta el programa y que no se encuentran bajo el control interno de las unidades administrativas responsables de ejecutar el programa, sino como factores exógenos al mismo.





## Capítulo III. Análisis de la lógica causal horizontal.

### Pregunta Metodológica No. 9

¿El Programa cuenta con indicadores estratégicos o de gestión para medir el cumplimiento de los objetivos y el avance de las metas establecidas mediante una Matriz de Indicadores para Resultados?

Respuesta: Sí

Valor	Criterio	Semaforización
2	Medio	Amarillo

La respuesta considera el análisis de los criterios CREMAA para cada uno de los indicadores de desempeño de la Matriz de Indicadores para Resultados:

- a) **Claros (C):** los indicadores son precisos e inequívocos.
- b) **Relevantes (R):** los indicadores están directamente relacionados con los objetivos del fondo.
- e) **Económicos (E):** el indicador debe estar disponible a un costo razonable.
- c) **Monitoreables (M):** existe claridad y validación de los medios de verificación de las variables que integran los indicadores, así como del método de cálculo.
- d) **Adecuados (A):** los indicadores aportan una base suficiente para emitir un juicio sobre el desempeño del programa.
- e) **Aporte marginal (AM):** en el caso de que exista más de un indicador para medir el desempeño en determinado nivel de objetivo, el indicador debe proveer información adicional en comparación con los otros indicadores propuestos.

De acuerdo con la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) del Programa<sup>25</sup> y la Ficha Técnica de Indicadores<sup>26</sup>, fueron analizados los Indicadores del Programa E340 Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León a través de los criterios de validación CREMAA establecidos en la Guía para el Diseño de Indicadores Estratégicos de la SHCP<sup>27</sup>, como a continuación se describen (Ver Tabla No. 10), sin antes especificar que ninguno de los indicadores del Programa cuenta con Aporte Marginal por lo que en su descripción no se hará mención de ello.

25 Matriz de Indicadores para Resultados del Programa Presupuestario Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León – Secretaría de Salud de Nuevo León. Ejercicio Fiscal 2022.

26 Ficha Técnica de Indicadores del Programa Presupuestario Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León. Ejercicio Fiscal 2022.

27 Guía para el Diseño de Indicadores Estratégicos. Secretaría de Hacienda y Crédito Público. PP. 31 – 32.



**Tabla No. 10 Análisis CREMAA de los Indicadores de la MIR  
E340 Centro Regulator de Urgencias Médicas de Nuevo León**

Nivel de la MIR	Objetivo / Indicador	Fórmula	C	R	E	M	A	AM	Puntaje	Se valida	
										Sí	No
Fin	Contribuir a incrementar la atención médica en urgencia, emergencia y/o desastres mediante los servicios prehospitalarios prestados por el Centro Regulator de Urgencias Médicas del Estado (CRUM).  Indicador: Tasa de mortalidad general.	(Número de defunciones de Nuevo León del periodo / Población total de Nuevo León) * 1000.	1	0	1	1	0	0	3		X
	Las personas en situación de urgencia, emergencia y/o desastre reciben atención médica prehospitalaria.  Indicador: Tasa de variación de personas atendidas.	((Personas atendidas en el año T - Personas atendidas en el año T-1) / Personas atendidas en el año T-1) * 100.	0	0	0	0	0	0	0		X
Componentes	C1. Atención médica vía telefónica otorgada.  Indicador: Porcentaje de llamadas de emergencias atendidas.	(Llamadas de emergencias médicas atendidas / Total de llamadas de emergencias reportadas al 9-1-1) * 100.	1	1	1	1	1	0	5	X	
	C2. Servicios de atención médica de emergencia a domicilio otorgados.  Indicador: Porcentaje de servicios otorgados en tiempo por debajo de los 13 minutos del despacho de unidad, en Área Metropolitana de Monterrey.	(Servicios con tiempo de arribo menor a 13 minutos / Total de servicios despachados) * 100.	1	1	1	1	1	0	5	X	

**Tabla No. 10 Análisis CREMAA de los Indicadores de la MIR  
 E340 Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León**

Nivel de la MIR	Objetivo / Indicador	Fórmula	C	R	E	M	A	AM	Puntaje	Se valida	
										Sí	No
Actividades	<b>C3.</b> C3. Servicios de traslados en ambulancias a unidades médicas otorgados.  Indicador: Porcentaje de traslados en ambulancias a unidades médicas otorgados.	(Servicios de traslados en ambulancia a unidades médicas / Servicios atendidos) * 100.	1	1	1	1	1	0	5	X	
	<b>C4.</b> C4. Capacitación continua efectiva al público realizada (cursos, talleres, pláticas, reuniones y eventos).  Indicador: Porcentaje de personas capacitadas.	(Asistentes a capacitación / Personas inscritas a capacitación) * 100.	0	0	0	0	0	0	0		X
	<b>A1C1.</b> A1C1. Elaboración de actas de supervisión del tiempo de respuesta.  Indicador: Porcentaje de actas de supervisión que cumplen con indicador de tiempo de respuesta.	(Actas de supervisión que cumplen con indicador de tiempo de respuesta / Actas de supervisión realizadas) * 100.	1	1	1	1	1	0	5	X	
	<b>A2C1.</b> A2C1. Revisión de cumplimiento de tiempo en bases de operación.  Indicador: Porcentaje de eventos con cumplimiento de tiempo de respuesta.	Atenciones con cumplimiento de tiempo de respuesta / Total de eventos de base operativa) * 100.	0	0	0	0	0	0	0		X
	<b>A3C1.</b> A3C1. Revisión de resultados de la atención telefónica.  Indicador: Porcentaje de llamadas de emergencia sin atender.	(Total de llamadas sin atender / Total de llamadas entrantes al 9-1-1) * 100.	1	1	1	1	1	0	5	X	



**Tabla No. 10 Análisis CREMAA de los Indicadores de la MIR  
E340 Centro Regulator de Urgencias Médicas de Nuevo León**

Nivel de la MIR	Objetivo / Indicador	Fórmula	C	R	E	M	A	AM	Puntaje	Se valida	
										Sí	No
A1C2.	Validación de casos de atención médica en domicilio.  Indicador: Porcentaje de llamadas de emergencia que amerita despacho de ambulancia a domicilio.	(Total de despachos de ambulancia a domicilio / Total de llamadas recibidas de emergencia médica) * 100.	0	0	0	0	0	0	0		X
A2C2.	Verificación del recurso humano equipo y unidad disponible para el servicio a domicilio.  Indicador: Porcentaje de unidades que cumplen con la norma 034 -SSA3-2013 para el servicio a domicilio.	Unidades que cumplen con la NOM-034-SSA3-2013 / Total de unidades disponibles) * 100.	1	1	1	1	1	0	5	X	
A3C2.	Verificación de equipo de soporte vital en la unidad a despachar.  Indicador: Porcentaje de unidades con equipo de soporte vital funcional para asistencia de pacientes.	(Unidades con equipo de soporte vital funcional / Total de unidades disponibles) * 100.	1	1	1	1	1	0	5	X	
A1C3.	Validación de referencias rechazadas por unidades hospitalarias.  Indicador: Porcentaje de traslados rechazados de domicilio a hospital.	(Total de traslados rechazados por hospitales / Total de traslados a hospital) * 100.	1	0	1	1	0	0	3		X
A2C3.	Validación de traslados de pacientes de zonas rurales al área metropolitana de Monterrey.  Indicador: Porcentaje de traslados de pacientes de zonas rurales.	(Total de traslados de zonas rurales / Total de traslados) * 100.	1	0	1	1	0	0	3		X

**Tabla No. 10 Análisis CREMAA de los Indicadores de la MIR  
 E340 Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León**

Nivel de la MIR	Objetivo / Indicador	Fórmula	C	R	E	M	A	AM	Puntaje	Se valida	
										Sí	No
A3C3.	A3C3. Clasificación de solicitud de traslado interhospitalario.  Indicador: Porcentaje de solicitudes de traslados interhospitalario de alta prioridad.	(Solicitudes de traslados interhospitalario de alta prioridad / Total de solicitudes de traslado interhospitalario) * 100.	1	1	1	1	1	0	5	X	
A1C4.	A1C4. Elaboración del programa de capacitación mediante la detección de necesidades en lugares estratégicos.  Indicador: Porcentaje de programas de capacitación elaborados.	(Programas de capacitación elaborados / Programas de capacitación programados) * 100.	1	1	1	1	1	0	5	X	
A2C4.	A2C4. Realización de la selección de los capacitadores.  Indicador: Porcentaje de capacitadores seleccionados.	(capacitadores seleccionados / total de capacitadores) * 100.	1	1	1	1	1	0	5	X	
A3C4.	A3C4. Realización de la promoción de los cursos de capacitación.  Indicador: Porcentaje de promociones realizadas en lugares estratégicos.	(Promociones realizadas en lugares estratégicos / Lugares estratégicos) * 100.	1	1	1	1	0	0	4	X	
A4C4.	A4C4. Realización de la inscripción de los participantes.  Indicador: Promedio de participantes inscritos al curso por lugar estratégico.	(Participantes inscritos al curso / Lugares estratégicos).	1	1	1	1	1	0	5	X	

**Fuente:** Matriz de Indicadores para Resultados del Programa Presupuestario “Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León. Ejercicio Fiscal 2022 y Guía para el Diseño de Indicadores Estratégicos. Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

### Indicadores Estratégicos:

**Fin:** El indicador cumple en un 60% con las características establecidas en los criterios CREMAA, debido a que es Claro pero no es Relevante porque no mide la esencia del objetivo que es “el servicio de atención médica en urgencia, emergencia y/o desastres otorgada”. Es Económico y Monitoreable porque se puede construir a un costo razonable y puede sujetarse a una comprobación independiente, sin embargo, no es Adecuado porque no provee de suficientes bases para medir el resultado del objetivo.

**Propósito:** El indicador cumple en un 0% con las características establecidas en los criterios CREMAA, debido a que su redacción no es Clara, como se puede apreciar en la Tabla No. 10 (Indicador: Tasa de variación de personas atendidas) no se especifica el tipo de atención que reciben las personas, se puede inferir con base en el objetivo de Propósito que son personas atendidas en situación de urgencia, sin embargo, en la descripción de su numerador y denominador en la Ficha Técnica del Programa<sup>28</sup>, se observa una discrepancia como a continuación se ilustra:

Variables de Indicador	Descripción de variables de Indicador
<b>Numerador:</b> Personas Atendidas en el año T.	Estimación aproximada de llamadas a atender en base a crecimiento de la plantilla laboral.
<b>Denominador:</b> Personas Atendidas en el año T-1.	Cantidad total de llamadas recibidas en el año.

Lo anterior muestra inconsistencias en la medición del indicador, ya que la fórmula del indicador no coincide con el nombre del indicador y no mide la esencia del objetivo; por lo que además de no ser Claro, no es Relevante, Económico, Monitoreable y Adecuado.

**Componente C1:** El indicador cumple en un 100% con las características establecidas en los criterios CREMAA. Debido a que es Claro en su redacción, así como también es Relevante por que provee información sobre la esencia del objetivo, es Económico por que se encuentra disponible a un costo razonable, es Monitoreable porque puede sujetarse a una comprobación independiente y es Adecuado porque provee de suficientes bases para medir.

**Componente C2:** El indicador cumple en un 100% con las características establecidas en los criterios CREMAA. Es Claro al ser preciso e inequívoco, es Relevante por que provee información sobre la esencia del objetivo, es Económico por que se encuentra disponible a un costo razonable, es Monitoreable porque puede sujetarse a una comprobación independiente y es Adecuado porque provee de suficientes bases para medir.

<sup>28</sup> Ficha Técnica de Indicadores del Programa Presupuestario Centro Regulator de Urgencias Médicas de Nuevo León. Ejercicio Fiscal 2022. PP.3 – Apartado Propósito.



**Componente C3:** El indicador cumple en un 100% con las características establecidas en los criterios CREMAA. Es Claro al ser preciso e inequívoco, es Relevante por que provee información sobre la esencia del objetivo, es Económico por que se encuentra disponible a un costo razonable, es Monitoreable porque puede sujetarse a una comprobación independiente y es Adecuado porque provee de suficientes bases para medir.

**Componente C4:** El indicador cumple en un 0% con las características establecidas en los criterios CREMAA. No es Claro porque es equívoco, no es Relevante porque no provee información sobre la esencia del objetivo debido a su inconsistencia en el método de cálculo, ya que la fórmula de un indicador de porcentaje es que la división de su numerador como denominador se refieran a un mismo concepto, de tal forma que debería de estar descrito como: (Personas capacitadas / Personas inscritas al curso de capacitación)\*100; por consecuencia no es Económico dado su medición incorrecta y por consiguiente no es Monitoreable, ni Adecuado porque no provee de suficientes bases para medir.

**Actividad A1C1:** El indicador cumple en un 100% con las características establecidas en los criterios CREMAA. Es Claro al ser preciso e inequívoco, es Relevante por que provee información sobre la esencia del objetivo, es Económico porque se encuentra disponible a un costo razonable, es Monitoreable porque puede sujetarse a una comprobación independiente y es Adecuado porque provee de suficientes bases para medir.

**Actividad A2C1:** El indicador cumple en un 0% con las características establecidas en los criterios CREMAA, debido a que su redacción no es Clara, como se puede apreciar en la Tabla No. 10 (Indicador: Porcentaje de eventos con cumplimiento de tiempo de respuesta), ya que existe ambigüedad entre el nombre y la fórmula del indicador, el nombre hace referencia a la medición de “eventos” y el numerador de la fórmula hace referencia a la medición de atenciones, de tal manera que por su inconsistencia y aunado a que la descripción del objetivo de la actividad no es clara, no se considera Relevante, Económico, Monitoreable y Adecuado.

**Actividad A3C1:** El indicador cumple en un 100% con las características establecidas en los criterios CREMAA, debido a que es Claro al ser preciso e inequívoco, es Relevante y Adecuado debido a que mide la esencia del objetivo que se quiere medir; sí es Económico porque se encuentra disponible a un costo razonable y es Monitoreable porque puede sujetarse a una comprobación independiente.

**Actividad A1C2:** El indicador cumple en un 0% con las características establecidas en los criterios CREMAA, debido a que no es Claro al ser equívoco, debido a su incongruencia en el método de cálculo, ya que se identifica con dos conceptos diferentes entre su numerador y denominador, lo correcto es que ambas variables se refieran a un solo concepto, de tal forma que las variables adecuadas deberían ser (llamadas de emergencia que requirieron despacho de ambulancia a domicilio / llamadas de emergencia médica recibidas) \*100.

Por lo anterior, no es Relevante ni Adecuado debido a que no mide la esencia del objetivo que se quiere medir, no es Económico porque es erróneo y por consiguiente no es Monitoreable.

**Actividad A2C2:** El indicador cumple en un 100% con las características establecidas en los criterios CREMAA. Es Claro al ser preciso e inequívoco, es Relevante por que provee información sobre la esencia del objetivo, es Económico porque se encuentra disponible a un costo razonable, es Monitoreable porque puede sujetarse a una comprobación independiente y es Adecuado porque provee de suficientes bases para medir.

**Actividad A3C2:** El indicador cumple en un 100% con las características establecidas en los criterios CREMAA. Es Claro al ser preciso e inequívoco, es Relevante por que provee información sobre la esencia del objetivo, es Económico porque se encuentra disponible a un costo razonable, es Monitoreable porque puede sujetarse a una comprobación independiente y es Adecuado porque provee de suficientes bases para medir.

**Actividad A1C3:** El indicador cumple en un 60% con las características establecidas en los criterios CREMAA, debido a que es Claro al ser preciso e inequívoco, sin embargo, no es Relevante ni Adecuado debido a que no mide la esencia del objetivo que se quiere medir; ya que se identifica un indicador que mide el componente desglosado y no el objetivo del nivel de dicha actividad, por otro lado, sí es Económico porque se encuentra disponible a un costo razonable y es Monitoreable porque puede sujetarse a una comprobación independiente.

**Actividad A2C3:** El indicador cumple en un 60% con las características establecidas en los criterios CREMAA, debido a que es Claro al ser preciso e inequívoco, sin embargo, no es Relevante ni Adecuado debido a que no mide la esencia del objetivo que se quiere medir; ya que se identifica un indicador que mide el componente desglosado y no el objetivo del nivel de dicha actividad, por otro lado, sí es Económico porque se encuentra disponible a un costo razonable y es Monitoreable porque puede sujetarse a una comprobación independiente.

**Actividad A3C3:** El indicador cumple en un 100% con las características establecidas en los criterios CREMAA. Es Claro al ser preciso e inequívoco, es Relevante por que provee información sobre la esencia del objetivo, es Económico porque se encuentra disponible a un costo razonable, es Monitoreable porque puede sujetarse a una comprobación independiente y es Adecuado porque provee de suficientes bases para medir.

**Actividad A1C4:** El indicador cumple en un 100% con las características establecidas en los criterios CREMAA. Es Claro al ser preciso e inequívoco, es Relevante por que provee información sobre la esencia del objetivo, es Económico porque se encuentra disponible a un costo razonable, es Monitoreable porque puede sujetarse a una comprobación independiente y es Adecuado porque provee de suficientes bases para medir.

**Actividad A2C4:** El indicador cumple en un 100% con las características establecidas en los criterios CREMAA. Es Claro al ser preciso e inequívoco, es Relevante por que provee información sobre la esencia del objetivo, es Económico porque se encuentra disponible a un costo razonable, es Monitoreable porque puede sujetarse a una comprobación independiente y es Adecuado porque provee de suficientes bases para medir.

**Actividad A3C4:** El indicador cumple en un 80% con las características establecidas en los criterios CREMAA. Es Claro al ser preciso e inequívoco, es Relevante por que provee información sobre la esencia del objetivo, es Económico porque se encuentra disponible a un costo razonable, es Monitoreable porque puede sujetarse a una comprobación independiente, pero no es Adecuado porque el nombre del indicador difiere de las variables que conforman la fórmula del mismo.

**Actividad A4C4:** El indicador cumple en un 100% con las características establecidas en los criterios CREMAA. Es Claro al ser preciso e inequívoco, es Relevante por que provee información sobre la esencia del objetivo, es Económico porque se encuentra disponible a un costo razonable, es Monitoreable porque puede sujetarse a una comprobación independiente y es Adecuado porque provee de suficientes bases para medir.

### **Recomendaciones técnicas para la mejora del Programa.**

- 1) Rediseñar los indicadores de Fin, Propósito, Componente C4 y de las Actividades: A2C1, A1C2, A1C3 y A2C3, acorde a los criterios CREMAA establecidos en la Guía para el Diseño de Indicadores Estratégicos de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

### Pregunta Metodológica No. 10

¿El Programa cuenta con la Ficha Técnica de Indicadores para cada nivel del desempeño (Fin, Propósito, Componente y Actividades)?

Respuesta: Sí

Valor	Criterio	Semaforización
3	Alto	Verde

La respuesta considera la observación de la Ficha Técnica de Indicadores, la cual debe contar como mínimo con las siguientes características<sup>29</sup>:

- a) Nombre del indicador.
- 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 o normal).

De acuerdo con la información proporcionada en la bitácora de información de parte del Ente Público evaluado, el Programa E340 Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León sí cuenta con una Ficha Técnica de Indicadores para cada nivel de desempeño Fin, Propósito, 4 Componentes y 13 Actividades.

Cada una de las Fichas Técnicas de Indicadores incluye información en cuanto al nombre del indicador, método de cálculo, unidad de medida, frecuencia de medición, línea base, metas y comportamiento del indicador, además de contar con información útil como la unidad responsable de reportar cada uno de los indicadores, características del indicador, datos de las variables y parámetros de semaforización en el Anexo 2 se muestran de forma resumida los elementos que contienen las Fichas Técnicas para cada uno de los niveles de desempeño.

<sup>29</sup> Guía para el Diseño de Indicadores, SHCP. <https://www.gob.mx/shcp/documentos/guia-para-el-diseno-de-indicadores-estrategicos>

En ese sentido, de la revisión realizada, en apego a la guía para el diseño de indicadores de la SHCP y los Lineamientos para la Construcción de Indicadores de Desempeño mediante la Metodología del Marco Lógico del Consejo Nacional de Armonización Contable<sup>30</sup> se detectó lo siguiente:

**Fin:** La Ficha Técnica de Indicadores cuenta con todos los elementos, sin embargo, la descripción de las variables de la fórmula del indicador puede ser mejorada, al describirse de manera más detallada y no general.

**Propósito:** La Ficha Técnica de Indicadores cuenta con todos los elementos, no obstante, la descripción del indicador puede ser mejorada acorde a lo que establece la Guía para el Diseño de la MIR, la cual señala que la descripción del indicador *“Debe precisar qué se pretende medir del objetivo al que está asociado; debe ayudar a entender la utilidad, finalidad o uso del indicador. No debe repetir el nombre del indicador ni el método de cálculo, la definición debe ser utilizada para explicar brevemente (máximo 240 caracteres) y en términos sencillos, qué es lo que mide el indicador”*<sup>31</sup>.

Asimismo, la redacción de la descripción de las variables del método de cálculo puede ser mejorada, en términos de evitar repetir el nombre de la variable y ser más descriptiva.

**Componente C1:** La descripción del indicador puede ser mejorada acorde a lo que establece la Guía para el Diseño de la MIR, en términos de precisar qué se pretende medir del objetivo al que está asociado; debe ayudar a entender la utilidad, finalidad o uso del indicador. No debe repetir el nombre del indicador ni el método de cálculo, la definición debe ser utilizada para explicar brevemente (máximo 240 caracteres) y en términos sencillos, qué es lo que mide el indicador.

Asimismo, la redacción de la descripción de las variables del método de cálculo puede ser mejorada, en razón de evitar repetir el nombre de la variable y ser más descriptiva.

- A1C1: La Ficha Técnica de Indicadores cuenta con todos los elementos, a pesar de ello, se debe mejorar la descripción del indicador acorde a lo que establece la Guía para el Diseño de la MIR, en términos de precisar qué se pretende medir del objetivo al que está asociado; debe ayudar a entender la utilidad, finalidad o uso del indicador. No debe repetir el nombre

30 Lineamientos para la Construcción de Indicadores de Desempeño, CONAC. [https://www.conac.gob.mx/work/models/CONAC/normatividad/NOR\\_01\\_15\\_002.pdf](https://www.conac.gob.mx/work/models/CONAC/normatividad/NOR_01_15_002.pdf)

31 Guía para el Diseño de la Matriz de Indicadores para Resultados de la SHCP. Obtenida de: <https://www.gob.mx/shcp/documentos/guia-para-el-diseno-de-la-matriz-de-indicadores-para-resultados> PP. 53.

del indicador ni el método de cálculo, la definición debe ser utilizada para explicar brevemente (máximo 240 caracteres) y en términos sencillos, qué es lo que mide el indicador.

Así como también, es importante complementar a que dependencia o entidad pertenece la unidad responsable descrita.

- A2C1: La Ficha Técnica de Indicadores cuenta con todos los elementos, no obstante, se debe mejorar la descripción del indicador acorde a lo que establece la Guía para el Diseño de la MIR, en términos de precisar qué se pretende medir del objetivo al que está asociado; debe ayudar a entender la utilidad, finalidad o uso del indicador. No debe repetir el nombre del indicador ni el método de cálculo, la definición debe ser utilizada para explicar brevemente (máximo 240 caracteres) y en términos sencillos, qué es lo que mide el indicador. Asimismo, la redacción de la descripción de las variables del método de cálculo puede ser mejorada, en razón de evitar repetir el nombre de la variable y ser más descriptiva.
- A3C1: La Ficha Técnica de Indicadores cuenta con todos los elementos, no obstante, se debe mejorar la redacción de la descripción de las variables del método de cálculo, en términos de evitar repetir el nombre de la variable y ser más descriptiva. Así como hacer una redacción mas clara y específica de la unidad responsable de reportar el indicador.

Componente C2: La Ficha Técnica de Indicadores cuenta adecuadamente con todos los elementos, sin embargo, debe hacer una redacción más clara y específica de la unidad responsable de reportar el indicador.

- A1C2: La Ficha Técnica de Indicadores cuenta con todos los elementos, a pesar de ello, se debe mejorar la descripción del indicador acorde a lo que establece la Guía para el Diseño de la MIR, en términos de precisar qué se pretende medir del objetivo al que está asociado; debe ayudar a entender la utilidad, finalidad o uso del indicador. No debe repetir el nombre del indicador ni el método de cálculo, la definición debe ser utilizada para explicar brevemente (máximo 240 caracteres) y en términos sencillos, qué es lo que mide el indicador. Así como hacer una redacción más clara y específica de la unidad responsable de reportar el indicador, y de la redacción de la descripción de las variables del método de cálculo.



- **A2C2:** La Ficha Técnica de Indicadores cuenta con todos los elementos, sin embargo, se debe mejorar la descripción del indicador acorde a lo que establece la Guía para el Diseño de la MIR, en términos de precisar qué se pretende medir del objetivo al que está asociado; debe ayudar a entender la utilidad, finalidad o uso del indicador. No debe repetir el nombre del indicador ni el método de cálculo, la definición debe ser utilizada para explicar brevemente (máximo 240 caracteres) y en términos sencillos, qué es lo que mide el indicador. Así como hacer una redacción más clara y específica de la unidad responsable de reportar el indicador, y de la redacción de la descripción de las variables del método de cálculo.
- **A3C2:** La Ficha Técnica de Indicadores cuenta con todos los elementos, sin embargo, se debe mejorar la descripción del indicador acorde a lo que establece la Guía para el Diseño de la MIR, en términos de precisar qué se pretende medir del objetivo al que está asociado; debe ayudar a entender la utilidad, finalidad o uso del indicador. No debe repetir el nombre del indicador ni el método de cálculo, la definición debe ser utilizada para explicar brevemente (máximo 240 caracteres) y en términos sencillos, qué es lo que mide el indicador. Así como hacer una redacción más clara y específica de la unidad responsable de reportar el indicador, y de la redacción de la descripción de las variables del método de cálculo.

**Componente C3:** La Ficha Técnica de Indicadores cuenta adecuadamente con todos los elementos, sin embargo, debe hacer una redacción más clara y específica de la unidad responsable de reportar el indicador.

- **A1C3:** La Ficha Técnica de Indicadores cuenta adecuadamente con todos los elementos, sin embargo, debe de contar con una redacción más clara y específica de la unidad responsable de reportar el indicador.
- **A2C3:** La Ficha Técnica de Indicadores cuenta adecuadamente con todos los elementos, no obstante, debe de contar con una redacción más clara y específica de la unidad responsable de reportar el indicador.
- **A3C3:** La Ficha Técnica de Indicadores cuenta adecuadamente con todos los elementos, empero, debe de contar con una redacción más clara y específica de la unidad responsable de reportar el indicador.



Componente C4: La Ficha Técnica de Indicadores cuenta adecuadamente con todos los elementos, sin embargo, se debe mejorar la descripción del indicador acorde a lo que establece la Guía para el Diseño de la MIR, en términos de precisar qué se pretende medir del objetivo al que está asociado; debe ayudar a entender la utilidad, finalidad o uso del indicador. No debe repetir el nombre del indicador ni el método de cálculo, la definición debe ser utilizada para explicar brevemente (máximo 240 caracteres) y en términos sencillos, qué es lo que mide el indicador.

Así como hacer una redacción más clara y específica de la unidad responsable de reportar el indicador, y de la redacción de la descripción de las variables del método de cálculo.

- A1C4: La Ficha Técnica de Indicadores cuenta adecuadamente con todos los elementos, sin embargo, se debe mejorar la redacción, con una descripción más clara y específica de la variable del numerador del método de cálculo del indicador.
- A2C4: La Ficha Técnica de Indicadores cuenta adecuadamente con todos los elementos, sin embargo, se debe mejorar la redacción, con una descripción más clara y específica de la variable del numerador del método de cálculo del indicador.
- A3C4: La Ficha Técnica de Indicadores cuenta adecuadamente con todos los elementos.
- A4C4: La Ficha Técnica de Indicadores cuenta adecuadamente con todos los elementos.

### **Recomendaciones técnicas para la mejora del Programa.**

- 1) Redactar en el apartado correspondiente de la Ficha Técnica de Indicadores de la MIR del Programa E340 Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León, de manera adecuada la descripción del indicador, así como las variables del método de cálculo y la unidad responsable de reportar el indicador, tomando como referencia la Guía para el Diseño de Indicadores Estratégicos de la SHCP.

### Pregunta Metodológica No. 11

¿Los indicadores de desempeño incluidos en la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) del Programa tienen especificados los medios de verificación?

Respuesta: Sí

Valor	Criterio	Semaforización
2	Medio	Amarillo

La respuesta considera la observación sobre las características básicas que deben tener los medios de verificación:

- Son oficiales o institucionales.
- Cuentan con un nombre que permita identificarlos.
- Permiten reproducir el cálculo del indicador.
- Son Públicos, y accesibles a cualquier persona.

Los medios de verificación indican las fuentes de información que se utilizarán para medir los indicadores y para verificar que los objetivos del programa (resumen narrativo) se lograron, una manera adecuada de identificar los medios de verificación es con lo siguiente:

#### Ejemplo de cómo Identificar los Medios de Verificación

Fuente de información (documento, registro, reporte, etc.)	Responsable de la información	Son Públicos	
		Sí	No
Censo de Población y Vivienda 2020.	Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). <a href="https://www.inegi.org.mx/">https://www.inegi.org.mx/</a>	Sí	
Registro de Control de Emisiones contaminantes PM10.	Dirección de Operaciones de Control Ambiental.		No

Por lo anterior, fueron analizados los Medios de Verificación para cada uno de los Indicadores del desempeño:

- El Medio de Verificación del Indicador a nivel de Fin.

Fuente de información (documento, registro, reporte, etc.)	Responsable de la información	Son Públicos	
		Sí	No
Anuarios estadísticos de INEGI y DEGIS-SSA.	No Disponible.	Sí	

Se observa que es de una fuente de información oficial debido a que se encuentra disponible en el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), por lo que es pública, accesible a cualquier persona y permite reproducir el cálculo del indicador; sin embargo, se observa otra fuente de información con la abreviatura DEGIS-SSA, de la cual se desconoce su significado, por lo que con base a la Metodología de Marco Lógico, se recomienda escribir el nombre completo señalando su abreviatura y posteriormente usar las abreviaturas en la MIR. Así como también, especificar el área que resguarda dicha información en el Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León.

- El Medio de Verificación del Indicador a nivel de Propósito.

Fuente de información (documento, registro, reporte, etc.)	Responsable de la información	Son Públicos	
		Sí	No
Base de datos CAD NG SAFETY-NET.	Centro de Coordinación Integral, de Control, Comando, Comunicaciones y Cómputo del Estado (C-5).		No

Se identifica que proviene de una fuente de información oficial de un área constituida dentro de la Dependencia “Secretaría de Seguridad del Estado” y no de la Secretaría de Salud (dependencia eje a la que pertenece el programa evaluado) o al Centro Regulador de Urgencias Médicas como Órgano Administrativo Desconcentrado de la Secretaría de Salud y ejecutor del Programa; si bien es cierto las llamadas de emergencia las recibe el Centro de Coordinación Integral, de Control, Comando, Comunicaciones y Cómputo del Estado (C-5), el Propósito del Programa: **“Las personas en situación de urgencia, emergencia y/o desastre reciben atención médica prehospitalaria”** es la razón por la cual se crea el programa y por consiguiente el resultado y la estadística de la información del indicador debe de estar bajo el control y resguardo de la Institución que ejecuta el Programa.

Evidentemente en el nombre del indicador de Propósito no se especifica “el tipo de atención proporcionado a las personas” dado que el indicador se describe como **“Tasa de Variación de Personas Atendidas”** y con base en la redacción del Propósito éste debería de medir “las personas que reciben atención médica prehospitalaria”, por lo que, para evitar interpretaciones, se sugiere mejorar la redacción del mismo. Por otro lado, se observa en la Ficha Técnica de Indicadores<sup>32</sup> la descripción de dicho indicador como: **“Porcentaje estimado de cambio en respecto a la atención de llamadas atendidas entre el año previo y el actual”**. Lo que muestra que el indicador mide la tasa de variación de llamadas atendidas, su

32 Ficha Técnica de Indicadores del Programa Presupuestario Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León. Ejercicio Fiscal 2022. PP.3 – Apartado Propósito.

medición se sale del contexto del objetivo del Propósito, por lo que se hace necesario un rediseño del indicador como de la fuente de Información del mismo, ya que ambos generan inconsistencias lo que no permite reproducir el cálculo del indicador, así como también, el medio de verificación no cuenta con un nombre que permita identificarlo.

- Los Medios de Verificación de los Indicadores a nivel de Componentes.

Componentes	Fuente de información (documento, registro, reporte, etc.)	Responsable de la información	Son Públicos	
			Sí	No
C1.	Base de datos CAD NG SAFETY-NET.	Centro de Coordinación Integral, de Control, Comando, Comunicaciones y Cómputo del Estado (C-5).		No
C2.	Base de datos CAD NG SAFETY-NET.	Centro de Coordinación Integral, de Control, Comando, Comunicaciones y Cómputo del Estado (C-5).		No
C3.	Base de datos CAD NG SAFETY-NET.	Centro de Coordinación Integral, de Control, Comando, Comunicaciones y Cómputo del Estado (C-5).		No
C4.	Registro administrativo de programas elaborados.	Departamento de enseñanza Centro Regulador de Urgencias Médicas.		No

Deben de estar en el resguardo de los registros administrativos del Ente Público a cargo de la ejecución del Programa debido a que son bienes y servicios producidos por la institución a cargo, si bien es cierto que las llamadas de urgencia, emergencia y/o desastre se generan a través del Centro de Coordinación Integral, de Control, Comando, Comunicaciones y Cómputo del Estado (C-5), es a través de un convenio de colaboración que el CRUM cuenta con un área propia en el C-5 para atender las llamadas que le correspondan con base en sus atribuciones, por lo que se observa oportunidad de mejora en la redacción de los medios de verificación de los Indicadores de los Componentes C1 al C3; ya que dichos medios de verificación no permiten reproducir el cálculo de los indicadores ya que no cuentan con un nombre que permita identificarlos, no son públicos, y sí son institucionales.

Finalmente, el Medio de Verificación del Indicador del Componente C4 se identifica ubicado con un nombre de registro y con el área que cuenta con dicho resguardo de información, no es público, sí es institucional y su fuente de información permite reproducir el cálculo del indicador.

- Los Medios de Verificación de los Indicadores a nivel de Actividades.

Componentes	Fuente de información (documento, registro, reporte, etc.)	Responsable de la información	Son Públicos	
			Sí	No
A1C1.	Actas de supervisión operativa.	Coordinación operativa.		No
A2C1.	Base de datos CAD NG SAFETY-NET.	Centro de Coordinación Integral, de Control, Comando, Comunicaciones y Cómputo del Estado (C-5), Coordinación Operativa.		No
A3C1.	Base de datos CAD NG SAFETY-NET.	Centro de Coordinación Integral, de Control, Comando, Comunicaciones y Cómputo del Estado (C-5), Coordinación Operativa.		No
A1C2.	Base de datos CAD NG SAFETY-NET.	Centro de Coordinación Integral, de Control, Comando, Comunicaciones y Cómputo del Estado (C-5).		No
A2C2.	Formato de autoevaluación de unidades.	Centro de atención de llamadas de emergencia.		No
A3C2.	Bitácora de verificación de equipo de soporte vital.	Coordinación Operativa.		No
A1C3.	Base de datos del sistema calidad del 9-1-1.	Centro de Coordinación Integral, de Control, Comando, Comunicaciones y Cómputo del Estado.		No
A2C3.	Base de datos del sistema calidad del 9-1-1.	Centro de Coordinación Integral, de Control, Comando, Comunicaciones y Cómputo del Estado (C-5).		No
A3C3.	Base de datos del sistema calidad del 9-1-1.	Centro de Coordinación Integral, de Control, Comando, Comunicaciones y Cómputo del Estado (C-5).		No
A1C4.	Registro administrativo de programas elaborados.	Departamento de enseñanza Centro Regulador de Urgencias Médicas.		No
A2C4.	Registro administrativo.	Departamento de enseñanza Centro Regulador de Urgencias Médicas.		No
A3C4.	Registro administrativo.	Departamento de enseñanza Centro Regulador de Urgencias Médicas.		No
A4C4.	Registro administrativo.	Departamento de enseñanza Centro Regulador de Urgencias Médicas.		No

Son registros administrativos a cargo de la Institución que ejecuta el Programa, debido a que las actividades son procesos que realizan los ejecutores del Programa para producir el bien o servicio, sin embargo, se observa que los medios de verificación de los indicadores de las Actividades A2C1, A3C1, A1C2, A1C3, A2C3 y A3C3, se encuentran en una base de datos de un área externa a la Institución que ejecuta el Programa.

Por otro lado, las actividades A1C1, A2C2 y A3C2 no especifican la institución a la que depende el área que describen en los mismos, como se observa en el cuadro: A1C1 dice Coordinación operativa, pero no menciona a qué institución pertenece, se infiere que, al Centro Regulator de Urgencias Médicas, sin embargo, en una evaluación o auditoría no es adecuado interpretar, por lo que se sugiere mejorar su redacción.

Finalmente, los medios de verificación de los indicadores de las Actividades A1C4, A2C4, A3C4 y A4C4, no son públicos, son institucionales, cuentan con un nombre que permite identificarlos y permiten reproducir el cálculo del indicador.

### **Recomendaciones técnicas para la mejora del Programa.**

- 1) Hacer uso de las características básicas para redactar los medios de verificación de los indicadores de la MIR del Programa.



### Pregunta Metodológica No. 12

¿Las metas de los indicadores de desempeño de la MIR del Programa cumplen con las siguientes características deseadas para llevar a cabo un eficiente monitoreo?

Respuesta: No

Valor	Criterio	Semaforización
1	Bajo	Rojo

En las metas de los indicadores de desempeño se observan las siguientes características:

a) Están orientadas a impulsar el desempeño de cada uno de los niveles (Fin, Propósito, Componentes y Actividades).

De los diecinueve Indicadores de desempeño que conforman la Matriz de Indicadores para Resultados del Programa, tres de ellos se encuentran en el parámetro de semaforización aceptable (Verde), tres en parámetro de semaforización preventivo (amarillo) y trece indicadores de desempeño de la MIR del Programa, tienen un parámetro de semaforización crítico (Rojo).

Tabla No. 11 Metas de Desempeño definidas en la MIR Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León.						
Nivel de la MIR	Indicador	Fórmula	Línea Base	Meta / Logrado Anual	2021	2022
Fin	Tasa de mortalidad general.	(Número de defunciones de Nuevo León del periodo / Población total de Nuevo León) * 1000.	7.31	Meta		7.33
				Logrado		5.27
Propósito	Tasa de variación de personas atendidas.	((Personas atendidas en el año T - Personas atendidas en el año T-1) / Personas atendidas en el año T-1) * 100.	7.05	Meta		5.49
				Logrado		29.56
Componentes	C1. Porcentaje de llamadas de emergencias atendidas.	(Llamadas de emergencias médicas atendidas / Total de llamadas de emergencias médicas reportadas al 9-1-1) * 100.	95.00	Meta		100
				Logrado		99.98



**Tabla No. 11 Metas de Desempeño definidas en la MIR  
Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León.**

Nivel de la MIR	Indicador	Fórmula	Línea Base	Meta / Logrado Anual	2021	2022
	C2. Porcentaje de servicios otorgados en tiempo por debajo de los 13 minutos del despacho de unidad, en Área Metropolitana de Monterrey.	(Servicios con tiempo de arribo menor a 13 minutos / Total de servicios despachados) * 100.	40.00	Meta		45.00
				Logrado		60.88
	C3. Porcentaje de traslados en ambulancias a unidades médicas otorgados.	(Servicios de traslados en ambulancia a unidades médicas / Servicios atendidos) * 100.	45.00	Meta		40.03
				Logrado		44.26
	C4. Porcentaje de personas capacitadas.	(Asistentes a capacitación / Personas inscritas a capacitación) * 100.	80.00	Meta		90.00
				Logrado		98.97
Actividades	A1C1. Porcentaje de actas de supervisión que cumplen con indicador de tiempo de respuesta.	(Actas de supervisión que cumplen con indicador de tiempo de respuesta / Actas de supervisión realizadas) * 100.	0	Meta		80.00
				Logrado		72.50
	A2C1. Porcentaje de eventos con cumplimiento de tiempo de respuesta.	(Atenciones con cumplimiento de tiempo de respuesta / Total de eventos de base operativa) * 100.	0	Meta		90.00
				Logrado		85.00
	A3C1. Porcentaje de llamadas de emergencia sin atender.	(Total de llamadas sin atender / Total de llamadas entrantes al 9-1-1) * 100.	7	Meta		5.00
				Logrado		0.10
	A1C2. Porcentaje de llamadas de emergencia que amerita despacho de ambulancia a domicilio.	(Total de despachos de ambulancia a domicilio / Total de llamadas recibidas de emergencia médica) * 100.	23.00	Meta		20.12
				Logrado		13.64

**Tabla No. 11 Metas de Desempeño definidas en la MIR  
 Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León.**

Nivel de la MIR	Indicador	Fórmula	Línea Base	Meta / Logrado Anual	2021	2022
	A2C2. Porcentaje de unidades que cumplen con la norma 034-SSA3-2013 para el servicio a domicilio.	(Unidades que cumplen con la NOM-034-SSA3-2013 / Total de unidades disponibles) * 100.	90.00	Meta		100.00
				Logrado		100.00
	A3C2. Porcentaje de unidades con equipo de soporte vital funcional para asistencia de pacientes.	(Unidades con equipo de soporte vital funcional / Total de unidades disponibles) * 100.	95.00	Meta		100.00
				Logrado		100.00
	A1C3. Porcentaje de traslados rechazados de domicilio a hospital.	(Total de traslados rechazados por hospitales / Total de traslados a hospital) * 100.	15.00	Meta		10.00
				Logrado		0.04
	A2C3. Porcentaje de traslados de pacientes de zonas rurales.	(Total de traslados de zonas rurales / Total de traslados) * 100.	3.10	Meta		2.61
				Logrado		18.48
	A3C3. Porcentaje de solicitudes de traslados interhospitalario de alta prioridad.	(Solicitudes de traslados interhospitalario de alta prioridad / Total de solicitudes de traslado interhospitalario) * 100.	22.00	Meta		10.00
				Logrado		16.82
	A1C4. Porcentaje de programas de capacitación elaborados.	(Programas de capacitación elaborados / Programas de capacitación programados) * 100.	70.00	Meta		90.00
				Logrado		440.44
	A2C4. Porcentaje de capacitadores seleccionados.	(capacitadores seleccionados / total de capacitadores) * 100.	25.00	Meta		40.00
				Logrado		80.00

**Tabla No. 11 Metas de Desempeño definidas en la MIR  
Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León.**

Nivel de la MIR	Indicador	Fórmula	Línea Base	Meta / Logrado Anual	2021	2022
	A3C4. Porcentaje de promociones realizadas en lugares estratégicos.	(Promociones realizadas en lugares estratégicos / Lugares estratégicos) * 100.	0.00	Meta		100
				Logrado		121.28
	A4C4. Promedio de participantes inscritos al curso por lugar estratégico.	(Participantes inscritos al curso / Lugares estratégicos).	0.00	Meta		17.65
				Logrado		32.27

**Fuente:** Reporte de Avance Físico Financiero del Programa Presupuestario Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León del Centro Regulador de Urgencias Médicas Órgano Administrativo Desconcentrado de la Secretaría de Salud de Nuevo León. Publicado en el cierre de la Cuenta Pública del Ejercicio Fiscal 2022.

**Meta de Indicador de Fin:** Se programó una tasa de mortalidad general de 7.33%, respecto a un resultado de 5.27%, con un parámetro de semaforización crítico.

**Meta de Indicador de Propósito:** Se programó una tasa de variación de personas atendidas de 5.49%, respecto a un resultado de 29.56%, con un parámetro de semaforización crítico.

**Meta de Indicador de Componente C1:** Se programó un porcentaje de llamadas de emergencias atendidas de 100%, respecto de un resultado de 99.98%, con un parámetro de semaforización aceptable.

**Meta de Indicador de Componente C2:** Se programó un porcentaje de servicios otorgados en tiempo por debajo de los 13 minutos del despacho de unidad, en Área Metropolitana de Monterrey, de 45.0%, respecto de un resultado de 60.8%, con un parámetro de semaforización crítico, evidentemente debido a una ausencia de planeación y programación de metas.

**Meta de Indicador de Componente C3:** Se programó un porcentaje de traslados en ambulancias a unidades médicas otorgados, de 40.0%, respecto de un resultado de 44.2%, con un parámetro de semaforización crítico, evidentemente debido a una ausencia de planeación y programación de metas.

**Meta de Indicador de Componente C4:** Se programó un porcentaje de personas capacitadas, de 90.0%, respecto de un resultado de 98.9%, con un parámetro de semaforización preventivo.

**Meta de Indicador de Actividad A1C1:** Se programó un porcentaje de actas de supervisión que cumplen con indicador de tiempo de respuesta, de 80.0%, respecto de un resultado de 72.5%, con un parámetro de semaforización preventivo.

**Meta de Indicador de Actividad A2C1:** Se programó un porcentaje de eventos con cumplimiento de tiempo de respuesta, de 90.0%, respecto de un resultado de 85.0%, con un parámetro de semaforización preventivo.

**Meta de Indicador de Actividad A3C1:** Se programó un porcentaje de llamadas de emergencia sin atender, de 5.0%, respecto de un resultado de 0.10%, con un parámetro de semaforización crítico.

**Meta de Indicador de Actividad A1C2:** Se programó un porcentaje de llamadas de emergencia que amerita despacho de ambulancia a domicilio, de 20.12%, respecto de un resultado de 13.64%, con un parámetro de semaforización crítico, evidentemente debido a una ausencia de programación de metas y/o a un indicador inadecuado.

**Meta de Indicador de Actividad A2C2:** Se programó un porcentaje de unidades que cumplen con la norma 034 -ssa3-2013 para el servicio a domicilio, de 100.0%, respecto de un resultado de 100.0%, con un parámetro de semaforización aceptable.

**Meta de Indicador de Actividad A3C2:** Se programó un porcentaje de unidades con equipo de soporte vital funcional para asistencia de pacientes, de 100.0%, respecto de un resultado de 100.0%, con un parámetro de semaforización aceptable.

**Meta de Indicador de Actividad A1C3:** Se programó un porcentaje de traslados rechazados de domicilio a hospital, de 10.0%, respecto de un resultado de 0.04%, con un parámetro de semaforización crítico.

**Meta de Indicador de Actividad A2C3:** Se programó un porcentaje de traslados de pacientes de zonas rurales, de 2.61%, respecto de un resultado de 18.4%, con un parámetro de semaforización crítico.

**Meta de Indicador de Actividad A3C3:** Se programó un porcentaje de solicitudes de traslados interhospitalario de alta prioridad, de 10.0%, respecto de un resultado de 16.8%, con un parámetro de semaforización crítico.

**Meta de Indicador de Actividad A1C4:** Se programó un porcentaje de programas de capacitación elaborados, de 90.0%, respecto de un resultado de 440.4%, con un parámetro de semaforización crítico, evidentemente debido a una ausencia de planeación y programación de metas.

**Meta de Indicador de Actividad A2C4:** Se programó un porcentaje de capacitadores seleccionados, de 40.0%, respecto de un resultado de 80.0%, con un parámetro de semaforización crítico, evidentemente debido a una ausencia de planeación y programación de metas.

**Meta de Indicador de Actividad A3C4:** Se programó un porcentaje de promociones realizadas en lugares estratégicos, de 100.0%, respecto de un resultado de 121.2%, con un parámetro de semaforización crítico, evidentemente debido a una ausencia de planeación y programación de metas.

**Meta de Indicador de Actividad A4C4:** Se programó un promedio de participantes inscritos al curso por lugar estratégico, de 17.6, respecto de un resultado de 32.2%, con un parámetro de semaforización crítico, evidentemente debido a una ausencia de planeación y programación de metas.

**b) Son factibles de alcanzar considerando los plazos y los recursos con los que cuenta el programa.**

Las metas del Programa son factibles de alcanzar, considerando la baja estimación de las mismas y los recursos del Programa, ya que se observa que más del 50% de las metas de los indicadores que conforman la MIR del Programa excedió la programación de las mismas. Por lo que se recomienda además de realizar una adecuada planeación y programación, tener en cuenta que los indicadores programáticos, dada su naturaleza, siempre deben de programarse con metas en un 100% de cumplimiento, y no por debajo de este parámetro como se encuentran programadas.

**c) Las variables son las adecuadas para su medición.**

Las variables de los indicadores con base al nombre del indicador son adecuadas, excepto en los siguientes indicadores:

**Indicador de Componente C4:** Porcentaje de personas capacitadas, que atiende a un método de cálculo de:  $(\text{Asistentes a capacitación} / \text{Personas inscritas a capacitación}) * 100$ , dichas variables no son consistentes, debido a que lo correcto es que en el numerador como en el denominador se exprese un concepto uniforme, tal como:  $(\text{Personas que asistieron a capacitación} / \text{Personas inscritas a capacitación}) * 100$ .

**Indicador de Actividad A2C1:** Porcentaje de eventos con cumplimiento de tiempo de respuesta, que atiende a un método de cálculo de:  $(\text{Atenciones con cumplimiento de tiempo de respuesta} / \text{Total de eventos de base operativa}) * 100$ , dichas variables no son consistentes, debido a que lo correcto es que en el numerador como en el denominador se exprese un concepto uniforme, tal como:  $(\text{Eventos con cumplimiento de respuesta} / \text{Eventos de base operativa}) * 100$ .

**Indicador de Actividad A1C2:** Porcentaje de llamadas de emergencia que amerita despacho de ambulancia a domicilio, que atiende a un método de cálculo de:  $(\text{Total de despachos de ambulancia a domicilio} / \text{Total de llamadas recibidas de emergencia médica}) * 100$ , dichas variables no son consistentes, debido a que lo correcto es que en el numerador como en el denominador se exprese

un concepto uniforme, tal como: (Llamadas de emergencia que requieren despacho de ambulancia a domicilio / Llamadas recibidas de emergencia médica) \*100.

**Indicador de Actividad A3C4:** Porcentaje de promociones realizadas en lugares estratégicos y el método de cálculo atiende a (Promociones realizadas en lugares estratégicos / Lugares estratégicos) \* 100, dichas variables no son consistentes, debido a que lo correcto es que en el numerador como en el denominador se exprese un concepto uniforme, tal como: (Promociones realizadas en lugares estratégicos / Promociones programadas en lugares estratégicos) \*100.

Por otro lado, es importante hacer notar, el indicador de la Actividad **A3C1 Porcentaje de llamadas de emergencia sin atender**, el cual es un indicador programático que por su naturaleza siempre debería de ser “cero”, ya que la eficiencia del programa conlleva a atender todas las llamadas, por lo que no es un indicador recomendable para incorporar en ningún nivel de la MIR, por otro lado, un indicador que mida la eficiencia en la atención de las llamadas de emergencia siempre debe programarse en 100% aunado a que el óptimo y el deber ser de la institución debe ser el cumplimiento total de la meta.

### **Recomendaciones técnicas para la mejora del Programa.**

- 1) Realizar una adecuada planeación y programación de metas de los indicadores de desempeño de la MIR.
- 2) Corregir el método de cálculo de los indicadores del Componente C4 y Actividades A2C1, A1C2 y A3C4.
- 3) Elaborar indicadores cuya tendencia de programación sea por su naturaleza de 100% y no de “cero”.



### Pregunta Metodológica No. 13

**Considerando el conjunto Objetivo – Indicadores - Medios de verificación. ¿Se valida la lógica horizontal para cada nivel de desempeño de la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) del Programa?**

**Respuesta: No**

Valor	Criterio	Semaforización
1	Bajo	Rojo

**Se cumplen con las siguientes características:**

**a) Los medios de verificación son los necesarios para alimentar de información a los indicadores, y así realizar su cálculo.**

Los medios de verificación de la Matriz de Indicadores para Resultados del Programa E340 Centro de Atención de Urgencias Médicas de Nuevo León, no son los necesarios para alimentar la información de los indicadores y realizar su cálculo, debido a que se identifican los medios de verificación de los indicadores de los niveles de Propósito, Componentes C1, C2 y C3, así como las actividades A2C1, A3C1, A1C2, A1C3, A2C3 y A3C3, con fuentes de información externa a la institución encargada de la ejecución del Programa.

**b) Los indicadores permiten medir de manera directa o indirectamente el objetivo al nivel de desempeño correspondiente.**

Los indicadores de los niveles estratégicos de la MIR del Programa (Fin y Propósito) no miden de manera directa o indirecta el nivel de desempeño del objetivo, así como los indicadores del Componente C4 y Actividades A2C1, A1C2 y A3C4; debido a que no cumplen con los criterios: Claro, Relevante, Económico, Monitoreable y Adecuado.

Además, que las metas de los indicadores de los Componentes C2 y Actividades A2C1, A1C4, A3C4 y A4C4 son programáticas, sin embargo, la meta estimada se encuentra por debajo del 100%, lo que ocasiona un resultado logrado con una semaforización crítica debido a un resultado mucho mayor al proyectado.

### **Recomendaciones técnicas para la mejora del Programa.**

- 1) Corregir los medios de verificación de los indicadores de Propósito, Componente C1, C2 y C3, así como las Actividades A2C1, A3C1, A1C2, A1C3, A2C3 y A3C3 de la MIR del Programa, acorde con las responsabilidades normativas de cada área de la institución que ejecuta el Programa.
- 2) Rediseñar los indicadores de desempeño Fin, Propósito, Componente C4 y Actividades A2C1, A1C2 y A3C4 a efecto de que midan el desempeño de los objetivos de cada nivel de objetivo del Programa y que a su vez cumplan con los criterios CREMAA.
- 3) Mejorar la planeación y programación de las metas del Componente C2 y Actividades A2C1, A1C4, A3C4 y A4C4.



## Capítulo IV. Contribución.

**Pregunta Metodológica No. 14**

**¿El Fin y Propósito del Programa se vincula con los Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS)?**

**Respuesta: Sí**

Valor	Criterio	Semaforización
3	Alto	Verde

**Determinar el tipo de vinculación con los ODS:**

- a) Directa: El logro del Fin y/o el Propósito es suficiente para cumplir con al menos uno de los Objetivos del Desarrollo Sostenible.**
- b) Indirecta: El logro del Fin y/o el Propósito contribuye al cumplimiento de al menos uno de los Objetivos del Desarrollo Sostenible.**
- c) Inexistente: El logro del Fin y/o el Propósito no aporta al cumplimiento de al menos uno de los Objetivos del Desarrollo Sostenible.**

Derivado del análisis de la información disponible en el portal de internet del Presupuesto basado en Resultados y el Sistema de Evaluación del Desempeño (PbR-SED) del gobierno del Estado de Nuevo León (<http://pbr-sed.nl.gob.mx/>), es posible identificar el documento “Matriz de alineación en el PED de los ODS de las dependencias”<sup>33</sup>, el cual muestra la vinculación entre los Programas Presupuestarios y los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 de la Organización de las Naciones Unidas (ONU). De esta manera se observa una vinculación directa entre el Programa Presupuestario E340 Centro Regulator de Urgencias Médicas de Nuevo León a través del objetivo a nivel de Fin y Propósito y el ODS 3 “Salud y Bienestar”.

Esta vinculación se da al contribuir a incrementar la atención médica en urgencia, emergencia y/o desastres mediante los servicios prehospitalarios prestados por el Centro Regulator de Urgencias Médicas del Estado (CRUM), *impactando de forma directa a la meta 3.8 del objetivo 3 de los ODS el cual busca “Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos”.*

<sup>33</sup> Gobierno del Estado de Nuevo León. Matriz de Alineación en el PED de los ODS de las Dependencias. Recuperado de: <https://pbr-sed.nl.gob.mx/objetivos-de-desarrollo-sostenible>

**Tabla No. 12 Vinculación con los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030**

Plan Estatal de Desarrollo 2016 - 2021  
Salud



**Objetivo del PED**

Promover en la población de Nuevo León la corresponsabilidad de crear una nueva cultura de vida saludable, facilitando el acceso oportuno y equitativo de los servicios de salud pública, atención médica y protección contra riesgos sanitarios, bajo estándares de eficiencia y calidad

**Programa Sectorial / Institucional / Especial**  
Programa Sectorial de Salud

**Objetivo del Programa Sectorial / Institucional / Especial**

Objetivo 3.1 Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades, asegurando el acceso efectivo a servicios de salud con calidad, reduciendo los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida.

**Fin del Programa Presupuestario Estatal**

Contribuir a incrementar la atención médica en urgencia, emergencia y/o desastres mediante los servicios prehospitalarios prestados por el Centro Regulador de Urgencias Médicas del Estado (CRUM).

**Propósito del Programa Presupuestario Estatal**

Las personas en situación de urgencia, emergencia y/o desastre reciben atención médica prehospitalaria.

**Objetivos de Desarrollo Sostenible <sup>1/</sup>**



**Objetivo del ODS**  
Salud y Bienestar.

**Descripción del ODS**

Garantizar una vida sana y promover el bienestar en todas las edades.

**Meta del ODS**

3.8 Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos.

1/ <https://agenda2030.mx/#/home>

**Fuente:** Plan Estatal de Desarrollo de Nuevo León 2016 – 2021 y Matriz de Indicadores para Resultados del Programa Presupuestario E340 Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León. Ejercicio Fiscal 2022.

Asimismo, el objetivo de Fin y Propósito se encuentran vinculados con el Tema 3 “Salud” y el objetivo *“Promover en la población de Nuevo León la corresponsabilidad de crear una nueva cultura de vida saludable, facilitando el acceso oportuno y equitativo de los servicios de salud pública, atención médica y protección contra riesgos sanitarios, bajo estándares de eficiencia y calidad”* del PED 2016 - 2021, de igual manera, se alinea de forma directa con el Programa Sectorial de Salud 2016 - 2021 del Estado de Nuevo León con el objetivo general 3.1 *“Consolidar las acciones de protección, promoción de la*

*salud y prevención de enfermedades, asegurando el acceso efectivo a servicios de salud con calidad, reduciendo los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida”.*

Cabe señalar que, la vinculación de los objetivos de Fin y Propósito del Programa con el PED 2016 - 2021 y el Programa Sectorial de Salud 2016 - 2021 se da por la transición de la administración pública estatal que se presentó de 2021 a 2022, no obstante, para el ejercicio fiscal 2023, los objetivos del programa se encuentran vinculados con el objetivo *“Promover el bienestar integral de la población de Nuevo León a través de intervenciones orientadas a la prevención, atención y control de enfermedades, garantizando el acceso oportuno y de calidad a los servicios de salud”* del nuevo PED 2022 – 2027.

### **Recomendaciones técnicas para la mejora del Programa.**

Ninguna.



### Pregunta Metodológica No. 15

¿El Ente Público responsable de la ejecución del Programa da cumplimiento al Artículo 95, fracción VII de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Nuevo León)?

Respuesta: No

Valor	Criterio	Semaforización
1	Bajo	Rojo

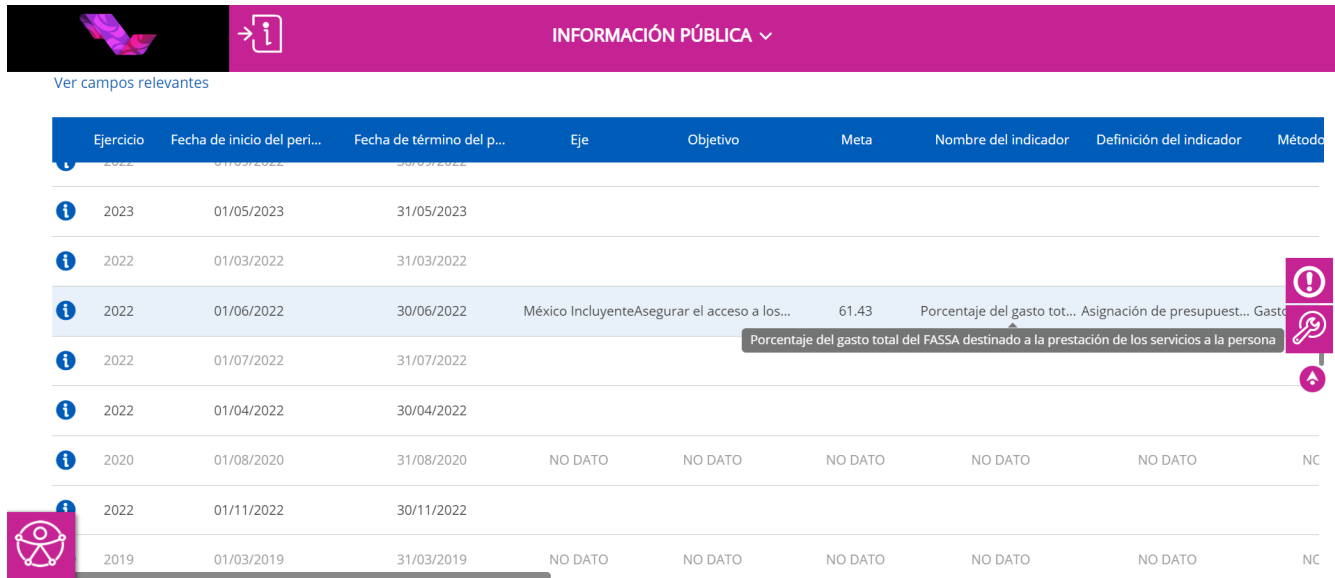
La evidencia documental debe identificar lo correspondiente a:

**Fracción VII: Los indicadores estratégicos y de gestión, así como los resultados obtenidos en las evaluaciones del desempeño que se realicen a través de la verificación del grado de cumplimiento de sus objetivos y metas.**

En la página de la Plataforma Nacional de Transparencia en el Apartado de Obligaciones Generales – Indicadores Estratégicos y de Gestión que corresponde al artículo 95, fracción VII de la Secretaría de Salud, no se observan los indicadores estratégicos y de gestión del Programa Presupuestario E340 Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León. En la Imagen No. 3, se observa en la columna con título de: “nombre del indicador” un único indicador reportado en el ejercicio fiscal 2022 y que por su nombre *“Porcentaje del gasto total del FASSA destinado a la prestación de los servicios a la persona”*, se identifica que corresponde al Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud, dicho indicador se visualiza entre los ejercicios fiscales 2023 y 2020. No se observan más indicadores respecto del ejercicio fiscal 2022 publicados en este apartado de indicadores estratégicos y de gestión.

En lo que corresponde a las evaluaciones del desempeño que se realicen a través de la verificación del grado de cumplimiento de sus objetivos y metas, no se identifica reporte alguno en este apartado, no obstante, el Programa E340 Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León fue creado como Programa Presupuestario en el ejercicio fiscal 2022.

### Imagen No. 3. Información Publicada con base en el Artículo 95 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública de Nuevo León, fracción VII.



Ejercicio	Fecha de inicio del periodo	Fecha de término del periodo	Eje	Objetivo	Meta	Nombre del indicador	Definición del indicador	Método de medición
2023	01/05/2023	31/05/2023						
2022	01/03/2022	31/03/2022						
2022	01/06/2022	30/06/2022	México Incluyente	Asegurar el acceso a los...	61.43	Porcentaje del gasto tot... Asignación de presupuest... Gasto	Porcentaje del gasto total del FASSA destinado a la prestación de los servicios a la persona	
2022	01/07/2022	31/07/2022						
2022	01/04/2022	30/04/2022						
2020	01/08/2020	31/08/2020	NO DATO	NO DATO	NO DATO	NO DATO	NO DATO	NC
2022	01/11/2022	30/11/2022						
2019	01/03/2019	31/03/2019	NO DATO	NO DATO	NO DATO	NO DATO	NO DATO	NC

**Fuente:** Plataforma Nacional de Transparencia – Estado de Nuevo León – Secretaría de Salud (DGC) – Apartado de Obligaciones Generales – Indicadores Estratégicos y de Gestión.

En tal contexto, se identifica que el Centro Regulator de Urgencias Médicas de Nuevo León, al ser un Órgano Administrativo Desconcentrado de la Secretaría de Salud<sup>34</sup>, no reporta los indicadores a los que se refiere la fracción VII del artículo 95 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Nuevo León.

De conformidad con la información proporcionada por la Secretaría de Salud mediante correo electrónico de fecha 26 de julio de 2023, los indicadores a los que se refieren corresponden a la fracción VI del citado artículo de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Nuevo León, y no a la fracción VII que es materia de esta evaluación<sup>35</sup>:

- VI: Los indicadores que permitan rendir cuenta de sus objetivos y resultados;
- VII: Los indicadores estratégicos y de gestión, así como los resultados obtenidos en las evaluaciones del desempeño que se realicen a través de la verificación del grado de cumplimiento de sus objetivos y metas.

34 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, artículo 5 fracción VI y artículo 13 fracción XVIII “Coordinarse con la Unidad de Transparencia de la Secretaría para dar cumplimiento a las obligaciones que, en materia de transparencia, acceso a la información y protección de datos personales, establezcan las leyes en la materia”.

35 Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Nuevo León. Artículo 95, fracciones VI y VII.

En este sentido, al revisar la Plataforma Nacional de Transparencia, los indicadores que se observan reportados están incorporados en la fracción VI, como se observa en el cuadro siguiente:

Indicador	Ámbito de Desempeño	Tipo de Indicador
Tasa de mortalidad general.	Fin	Estratégico
Tasa de variación de personas atendidas.	Propósito	Estratégico
Porcentaje de llamadas de emergencias atendidas.	Componente C1	Gestión
Porcentaje de servicios otorgados en tiempo por debajo de los 13 minutos del despacho de unidad, en área metropolitana de monterrey.	Componente C2	Gestión

**Fuente:** Plataforma Nacional de Transparencia – Estado de Nuevo León – Secretaría de Salud (DGC) – Información Pública – Artículo 95 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública de Nuevo León, fracción VI.

Es pertinente mencionar que los indicadores que se requiere sean reportados en dicha fracción son indicadores de gestión operativa, es decir aquellos que se encuentran en el nivel de Actividades de la Matriz de Indicadores para Resultados y que tienen que ver con el desempeño institucional.

Por otro lado, la información que debería estar reportada en la fracción VII, se refiere a los indicadores de tipo estratégico, los cuales se encuentran en los objetivos de Fin, Propósito y Componentes de la Matriz de Indicadores para Resultados, tomado en cuenta que existen Componentes con indicadores de tipo gestión.

### **Recomendaciones técnicas para la mejora del Programa.**

- 1) El Centro Regulator de Urgencias Médicas de Nuevo León como Órgano Administrativo Desconcentrado debe dar cumplimiento a las obligaciones en materia de transparencia y acceso a la información.
- 2) La Secretaría de Salud, debe apegarse a los requerimientos de información que se establecen en las fracciones VI y VII del artículo 95 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública de Nuevo León.



## Capítulo V. Hallazgos.

## Hallazgos.

Con la finalidad de especificar los hallazgos, su definición es la siguiente: **Son los resultados de la evaluación comparados con los objetivos (el general y los específicos) de la misma;** por lo anterior, se deben puntualizar hallazgos positivos o negativos con respecto a los objetivos de la evaluación.

Identificación de los Hallazgos	
Capítulo Evaluado	Hallazgo
I. Justificación del diseño del programa.	<ul style="list-style-type: none"> <li>El Centro Regulador de Urgencias Médicas cuenta con un diagnóstico situacional correspondiente al ejercicio fiscal 2022, en el cual se documenta el problema público que se atiende con el programa, no obstante, no se encuentra validado por la Secretaría de Finanzas y Tesorería General del Estado.</li> <li>La definición de la problemática y las causas establecidas en el árbol de problemas se identifican como la ausencia de una solución, asimismo, los efectos se encuentran redactados como causas que pueden originar el problema central y no como consecuencias a raíz del problema.</li> <li>El CRUM define y cuantifica a través del diagnóstico situacional una población potencial, objetivo y atendida para los ejercicios fiscales 2021, que no se encuentra definida con base a la MML y que no es congruente con la población objetivo establecida en la Matriz de Indicadores para Resultados.</li> <li>La definición de la población objetivo “Personas (en situación de urgencia, emergencia y/o desastre)” de la MIR del Programa E340 Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León, difiere de la establecida en los dígitos “18” y que forma parte de la clasificación programática del programa, con base en el catálogo de beneficiarios de la Secretaría de Finanzas y Tesorería General del Estado.</li> <li>En el Diagnóstico Situacional del Programa se distinguen oportunidades de mejora en la identificación de programas complementarios y coincidentes con base en las definiciones establecidas por el CONEVAL.</li> <li>La vinculación de los objetivos de la MIR del Programa, con los medios – fines del árbol de objetivos, no se conectan en su totalidad, debido a que el objetivo de Fin no se vincula de manera directa con los fines del árbol; el Propósito sí es congruente con el planteamiento del objetivo del problema trasladado al árbol de soluciones, sin embargo, se redacta de manera incorrecta como la ausencia de una solución, los Componentes sí se encuentran vinculados a los medios, no obstante, se requiere mayor capacidad de análisis para identificar los correctos medios sustantivos que a su vez se transfieren a la MIR como bienes o servicios que otorga el Programa.</li> </ul>

Identificación de los Hallazgos	
Capítulo Evaluado	Hallazgo
<b>II. Análisis de la lógica causal vertical.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Las actividades del Componente C1 no guardan una relación lógica y secuencial, lo cual dificulta el cumplimiento del objetivo.</li> <li>Las actividades de los Componentes C2 y C3 se consideran necesarias, pero no suficientes para el cumplimiento eficiente de cada uno de los componentes, ya que no se identifica el proceso sustantivo de la capacitación en ambos Componentes.</li> <li>Las actividades del Componente C4 son necesarias y suficientes para el cumplimiento del objetivo, sin embargo, dicho Componente no es un bien o servicio, sino una actividad sustantiva para producir los bienes y servicios de manera eficiente.</li> <li>De los cuatro componentes que integran la MIR del Programa, tres de ellos logran el Objetivo de Propósito de la MIR (C1. Atención médica vía telefónica otorgada; C2. Servicios de atención médica de emergencia a domicilio otorgados y C3. Servicios de traslados en ambulancias a unidades médicas otorgados).</li> <li>El Componente C4. Capacitación continua efectiva al público realizada (cursos, talleres, pláticas, reuniones y eventos), con base en el decreto de creación del CRUM, se identifica como una actividad sustantiva que deben de realizar los ejecutores del programa con la finalidad de producir de manera adecuada y eficiente los bienes y servicios que produce el Programa, aunado a que la población objetivo a la que va dirigido el Componente no es al público como lo menciona, sino a las personas que laboran en instituciones de salud pública, privada y social.</li> <li>La estructura del nivel del objetivo de nivel de Fin es adecuada a la MML, no obstante, se observa un objetivo similar con el objetivo de nivel de Propósito.</li> <li>Existen debilidades en la estructura de redacción con base en la Metodología de Marco Lógico de los objetivos del nivel de Componente C2, C3 y C4, sin embargo, la estructura metodológica de los objetivos de Fin, Propósito y Actividades, cumplen con la estructura de la Metodología de Marco Lógico.</li> <li>Los supuestos de los niveles estratégicos de la MIR (Fin y Propósito), se describen como factores externos que de no cumplirse puede afectar al cumplimiento eficiente del objetivo.</li> <li>Los supuestos de los niveles de Componentes, se describen como factores externos que de no cumplirse puede afectar al cumplimiento eficiente del objetivo, excepto el del Componente C3.</li> <li>Los supuestos de los niveles de Actividad A3C1, A1C2, A1C3, A2C3 y A3C3 se describen como factores externos que de no cumplirse puede afectar al cumplimiento eficiente del objetivo, por otro lado, los supuestos de las Actividades A1C1, A2C1, A2C2, A3C2, A1C4, A2C4, A3C4 y A4C4, se describen en términos de suficiencia de recurso humano y económica, los cuales se encuentran a cargo de las unidades administrativas responsables de ejecutar el programa.</li> <li>El Programa cuenta con debilidades en su Lógica causal vertical, debido a que las actividades no son las suficientes para el logro de los Componentes, aunado a que éstos no se encuentran correctamente identificados, lo que a su vez limita el logro del Propósito del Programa y poder contribuir al objetivo de política pública.</li> </ul>



Identificación de los Hallazgos	
Capítulo Evaluado	Hallazgo
<b>III. Análisis de la lógica causal horizontal.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>De los diecinueve indicadores de desempeño que conforman la MIR del Programa E340 Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León, once cumplen en un 100% con las características de los criterios CREMAA, un indicador de desempeño cumple en un 80%, tres indicadores de desempeño cumplen en un 60% y cuatro indicadores de desempeño no cuentan con ninguna característica (0%).</li> <li>Los indicadores del nivel estratégico de la MIR (FIN y Propósito) cumplen en un 60% y 0% respectivamente con las características CREMAA, debido a que el indicador del nivel de objetivo de Fin no es relevante ni adecuado porque no provee de suficientes bases para medir el resultado del objetivo.</li> <li>El indicador de Propósito no es claro y no se identifica que mida resultado logrado del objetivo, además que, en la Ficha Técnica de Indicadores del Programa, en el apartado de descripción de las variables de la fórmula, éstas no son congruentes con el nombre del indicador.</li> <li>La Ficha Técnica de Indicadores del Programa, cuenta con más características de las establecidas en la Guía para el Diseño de Indicadores Estratégicos de la SHCP, lo cual la hace más completa.</li> <li>Algunos medios de verificación del Programa se observan en áreas externas a la ejecución del Programa y al Centro de Urgencias Médicas de Nuevo León, las cuales no resguardan la información de los indicadores de la MIR del Programa, además que no se encuentran descritos con las características básicas de redacción.</li> <li>Se observan oportunidades de mejora en la planeación y programación de metas, ya que más del 50% de las metas de los indicadores que conforman la MIR del Programa superó la meta al grado de que al cierre de ejercicio se identifican trece indicadores en semáforo rojo, tres en amarillo y tres en verde, además que existen indicadores programados por debajo del 100%.</li> <li>Derivado de que existen algunos indicadores de la MIR del Programa E340 Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León que no proveen de suficientes bases para medir el resultado del objetivo; así como los medios de verificación no se encuentran descritos con las características básicas de redacción, la Matriz de Indicadores para Resultados del Programa tiene deficiencias en su lógica causal horizontal.</li> </ul>
<b>IV. Contribución.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>El logro de los objetivos de Fin y de Propósito de la Matriz de Indicadores para Resultados del Programa Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León, se vinculan a los Objetivos de Desarrollo Sostenible de manera directa, debido a que se enfocan en incrementar la atención médica en urgencia, emergencia y/o desastres, por lo que contribuyen al Objetivo de Desarrollo Sostenible No 3. Garantizar una vida sana y promover el bienestar en todas las edades.</li> <li>El Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León, no reporta los indicadores a los que se refiere la fracción VII del artículo 95 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Nuevo León.</li> </ul>

## **Capítulo VI.**

# **Análisis FODA y Aspectos Susceptibles de Mejora (ASM).**

## Análisis de las Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas.

	Aspectos Negativos	Aspectos Positivos
<b>Factores Internos</b>	<p><b>Debilidades</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. No observar las atribuciones establecidas en la normatividad del Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León, para una mejor identificación de los niveles de objetivos de la MIR.</li> <li>2. Describir las actividades de la MIR, olvidando que son procesos descritos en forma cronológica y secuencial para la producción del bien o servicio.</li> <li>3. Los medios de verificación no son los que verifican la fuente de información del resultado del indicador.</li> <li>4. La ausencia de las características CREMAA en los indicadores de la MIR, además de la manifestación de algunas inconsistencias entre el nombre del indicador, su descripción y fórmula.</li> <li>5. La ausencia de una planeación adecuada de metas en los indicadores de la MIR del Programa.</li> <li>6. No reportar los indicadores estratégicos y de gestión solicitados en el artículo 95, fracción VII de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Nuevo León.</li> </ol>	<p><b>Fortalezas</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Contar con un decreto de creación que establece las atribuciones del Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León.</li> <li>2. Tener una Matriz de Indicadores para Resultados que permite evaluar y mejorar el diseño y la ejecución del Programa.</li> <li>3. Contar con el monitoreo y reporte de indicadores del Programa que permiten dar cumplimiento a la transparencia de la información.</li> </ol>
<b>Factores Externos</b>	<p><b>Amenazas</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ineficiencia en la aplicación de los recursos del programa al no tener clara las atribuciones del mismo y estar manifestadas en el diseño de los objetivos de la MIR.</li> <li>2. Al no contar con los medios de verificación correctos y direccionados al Centro de Coordinación Integral de Control, Comando, Comunicaciones y Cómputo del Estado (C-5), el presupuesto del programa podría ser redireccionado a otro Ente Público.</li> <li>3. Disminución del Presupuesto del Programa, debido a una baja eficiencia en la ejecución del Programa al contar con debilidades en el diseño de los indicadores y en la planeación y programación de metas.</li> <li>4. Observaciones por parte de Organismos de fiscalización al no reportar los indicadores estratégicos y de gestión indicados en el artículo 95, fracción VII de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Nuevo León.</li> </ol>	<p><b>Oportunidades</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mejorar el diseño del Programa (árboles de problemas, objetivos, MIR y Diagnóstico Situacional) con base en la Metodología de Marco Lógico y en la normatividad establecida por la Secretaría de Finanzas y Tesorería General del Estado.</li> <li>2. Realizar una mejor planeación y programación de las metas de los indicadores de la Matriz de Indicadores para Resultados del Programa.</li> <li>3. Reportar los indicadores estratégicos y de gestión solicitados en el artículo 95, fracción VII de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Nuevo León.</li> </ol>

## Aspectos Susceptibles de Mejora.

Los Aspectos Susceptibles de Mejora (ASM), **son los hallazgos en términos de debilidades y amenazas identificadas, las cuales pueden ser atendidas para la mejora de programas y proyectos.** Se basan en las recomendaciones y sugerencias señaladas por el evaluador externo, a partir de las cuales los Entes Públicos involucrados se comprometen a realizar acciones para mejorar la aplicación de los recursos.

### Tipos de Aspectos Susceptibles de Mejora (ASM)

**E = Específicos:** Aquéllos cuya solución corresponde a las instituciones responsables.

**I = Institucionales:** Aquéllos que requieren de la intervención de una o varias áreas de la institución responsable para su solución.

**II = Interinstitucionales:** Aquéllos que para su solución se deberá contar con la participación de más de una dependencia o entidad de la Administración Pública Estatal.

**IG = Intergubernamentales:** Aquéllos que demandan la intervención de gobiernos estatales o municipales.

### Alcance de los Aspectos Susceptibles de Mejora (ASM).

**Corrige:** Corrige actividades o procesos del Programa. Se refiere a aquellos aspectos que están relacionados con las Actividades de la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) del Programa, tales como mejoras en sus indicadores, cambios no sustantivos en sus Reglas de Operación, mejoras en los procesos operativos, firma de convenios, ejercicios presupuestarios, entre otros.

**Modifica:** Modifica apoyos del Programa. Se refiere a aquellos aspectos que están relacionados con los Componentes de la MIR del Programa, es decir, modificaciones o mejoras en los bienes y/o servicios que brinda.

**Adiciona:** Adiciona o reubica el Programa. Se refiere a aquellos aspectos que buscan reforzar el Programa por medio de la generación de sinergias con otros programas o incluso la integración de dos o más programas en uno solo, así como acciones para que el Programa sea operado por otra dependencia, entidad o unidad responsable.

**Reorienta:** Reorienta sustancialmente el Programa. Se refiere a aquellos aspectos que están relacionados con el Propósito del Programa, como por ejemplo acciones relacionadas con la planeación estratégica, con la focalización, con mejoras en la definición de su población objetivo, con la realización de evaluaciones de impacto, entre otros.

**Suspende parcial o totalmente el Programa:** Se refiere a aquellos aspectos que derivan en la suspensión parcial o total del Programa.

No.	ASM	Tipo ASM	No. de Pregunta Metodológica observada	Recomendación para el ASM	Alcance ASM
1	Oficializar el Diagnóstico Situacional del Programa E340 Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León ante la Secretaría de Finanzas y Tesorería General del Estado	<b>Específico</b>	<b>1 y 3</b>	Elaborar el Diagnóstico Situacional del Programa con base en las características establecidas en la Guía para la Elaboración de Diagnósticos de Programas Presupuestarios emitida por la Secretaría de Finanzas y Tesorería General del Estado de Nuevo León.	<b>Corrige</b>
2	Realizar una adecuada vinculación de los Árboles de Problemas – Objetivos – MIR del programa.	<b>Específico</b>	<b>1, 3 y 8</b>	Rediseñar los árboles de problemas y objetivos, con base en la normatividad del Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León y en la técnica metodológica para la realización de los árboles y evitar confundir actividades como Componentes de la MIR.	<b>Modifica</b>
3	Mejorar el diseño de los Indicadores de la MIR del Programa.	<b>Específico</b>	<b>9</b>	Analizar, corregir y elaborar indicadores que midan el resultado del objetivo planteado, así como verificar que cumplan con las características de los criterios CREMAA, además de verificar que el nombre del indicador tenga correspondencia con su fórmula de cálculo y su descripción en la Ficha Técnica de Indicadores del Programa.	<b>Corrige</b>

No.	ASM	Tipo ASM	No. de Pregunta Metodológica observada	Recomendación para el ASM	Alcance ASM
4	Mejorar la definición de los Supuestos de la Matriz de Indicadores para Resultados del Programa.	<b>Específico</b>	<b>4, 5, 6, 7 y 8</b>	Describir los supuestos de los objetivos de la MIR: A1C1, A2C1, A1C4, A2C4, A3C4 y A4C4; como un resultado positivo para el logro del Programa, entendiendo que de no cumplirse sería un riesgo que enfrenta el Programa y que está más allá del control directo de las unidades administrativas responsables de ejecutar este.	<b>Corrige</b>
5	Establecer los Medios de verificación que corroboran la información de cada uno de los indicadores de la MIR del Programa.	<b>Específico</b>	<b>11</b>	Describir los medios de verificación que comprueban el resultado del Indicador de la MIR del Programa, con las características establecidas en la Guía para el Diseño de Indicadores Estratégicos.	<b>Corrige</b>
6	Realizar una adecuada planeación y Programación de metas en los indicadores de la MIR del Programa.	<b>Específico</b>	<b>12</b>	Programar en un 100% las metas de aquellos indicadores de gestión, así como analizar y definir cuidadosamente las metas de los indicadores de la MIR.	<b>Corrige</b>
7	Realizar el reporte de los indicadores estratégicos y de gestión con base en lo indicado en la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Nuevo León.	<b>Institucional</b>	<b>15</b>	Reportar en el portal de Transparencia Presupuestaria, la información que corresponde al artículo 95, fracción VII de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Nuevo León.	<b>Corrige</b>



## Capítulo VII. Conclusiones.



## Conclusiones.

De acuerdo con el análisis de la evidencia disponible, a partir de la información que fue entregada por el Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León (CRUM) y por la Secretaría de Finanzas y Tesorería General del Estado (SFyTGE), así como de la información que fue posible recabar a partir de los diversos portales web consultados tanto del orden federal, como del estatal, es posible delinear las siguientes conclusiones:

### I. Justificación del diseño del programa.

El Programa E340 Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León, cuenta con un antecedente histórico que sustenta la creación del Programa, a través de un Diagnóstico Situacional que no tiene las suficientes características establecidas en la Guía para la Elaboración de Diagnósticos de los Programas Presupuestarios elaborada por la Secretaría de Finanzas y Tesorería General del Estado y que además no está validado por esta instancia.

Lo anterior, genera que existan definiciones y cuantificaciones incorrectas de las Poblaciones Potencial, Objetivo y Atendida del programa, así como debilidades metodológicas en la estructura de los árboles de problemas y objetivos y a su vez la vinculación adecuada con la Matriz de Indicadores para Resultados.

Así como también, es notoria la ausencia de utilizar como apoyo para la elaboración del programa, el decreto de creación del Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León, al identificarse que la capacitación se encuentra dirigida a las personas que laboran en instituciones privadas, sociales y públicas de emergencia y que por lo tanto no es un Componente de la MIR, sino una actividad sustantiva para la producción de los bienes y/o servicios que entrega el programa.

### II. Análisis de la lógica causal vertical.

La Matriz de Indicadores para Resultados cuenta con una débil lógica causal vertical, debido a que las actividades del Componente C1 no se encuentran redactadas en forma cronológica y secuencial y por consiguiente no son suficientes para la producción del componente; así como se identifica confusión y desconocimiento en las atribuciones del Ente Público encargado de la ejecución del programa, debido a que con base en la normatividad de la institución, no se observa que otorgue capacitación al público como así lo manifiesta en el Componente C4 Capacitación continua efectiva al público realizada (cursos, talleres, pláticas, reuniones y eventos), sino que va dirigida específicamente al personal que labora en

instituciones de emergencia, por tanto, dicha capacitación no se observa como una actividad en los Componentes C2 Servicios de atención médica de emergencia a domicilio otorgados y C3 Servicios de traslados en ambulancias a unidades médicas otorgados; y por consiguiente el Componente C4 no es adecuado.

Además, que, si bien el objetivo de Propósito cuenta con la estructura metodológica adecuada, ésta debe ser mejorada, en términos de corregirse con base en la Metodología de Marco Lógico el planteamiento del problema y que no sea definido como la ausencia de una solución; y a su vez sea trasladado con una mejor estructura al objetivo de Propósito de la MIR.

Por otro lado, es importante que los ejecutores del programa, eviten duplicar objetivos entre los niveles de Propósito y Fin, aunado a que existen supuestos inadecuadamente planteados y que dependen de las unidades administrativas responsables de ejecutar el programa; lo que hace necesario un rediseño desde la definición de poblaciones Potencial, Objetivo y Atendida, Árboles de Problemas y Objetivos, así como una correcta correlación con los objetivos de la MIR, con el apoyo incuestionable en todo momento de la Guía para el Diseño de la Matriz de Indicadores para Resultados, así como de la normatividad del Ente Público.

### **III. Análisis de la lógica causal horizontal.**

La Lógica causal horizontal carece de congruencia debido a que existen algunos medios de verificación de los indicadores de la MIR del programa que no corresponden a la fuente de información que corrobora su resultado, sino a una fuente externa. Sumado a que existen indicadores que no cumplen con todas las características de los criterios CREMAA, debido a que no miden el resultado del objetivo, no son claros y tienen inconsistencias entre su nombre, descripción y su fórmula de cálculo.

Existe debilidad en la planeación y programación de metas de los indicadores de la MIR debido a observarse más del 50% del resultado de las metas del programa en semáforo rojo y una programación deficiente en los indicadores programáticos, menor al 100%.

### **IV. Contribución.**

El logro del Fin y Propósito de la MIR contribuyen de manera indirecta y están alineados al Objetivo de Desarrollo Sostenible No 3. Garantizar una vida sana y promover el bienestar en todas las edades; meta “3.8 Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros,

el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos”.

El Centro Regulator de Urgencias Médicas de Nuevo León, no reporta los indicadores a los que se refiere la fracción VII del artículo 95 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Nuevo León.

Sírvanse las conclusiones del presente informe de evaluación para observar lo dispuesto en las “IV. Disposiciones Específicas”, apartado de Presupuestación, numeral 28 del “Acuerdo por el que se establecen las disposiciones generales del Sistema de Evaluación del Desempeño”<sup>36</sup> que a la letra dice: *“La información de los resultados alcanzados en el cumplimiento de los objetivos y metas y la obtenida de las evaluaciones realizadas en los ejercicios fiscales anteriores y en curso, será un elemento a considerar, entre otros derivados de los diversos sistemas o mecanismos de evaluación, para la toma de decisiones para las asignaciones de recursos y la mejora de las políticas, de los programas presupuestarios y del desempeño institucional”.*

36 Publicado en el Diario Oficial de la Federación (DOF) con fecha a 31 de Marzo del 2008: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/154427/acuerdo\\_sed.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/154427/acuerdo_sed.pdf).

## Capítulo VIII. Criterios de Valoración.

## Valoración Global del Programa.

Los criterios de valoración están en función de los elementos técnicos señalados en las preguntas metodológicas, asignándoles una valoración de 1 a 3, tal y como está señalado a continuación:

Criterios de Valoración			
Criterio	Alto	Medio	Bajo
	La respuesta cuenta con los elementos señalados en la pregunta en un rango que está entre el 100.0 y 85.0%.	La respuesta cuenta con los elementos señalados en la pregunta en un rango que está entre el 84.9 y 60.0%.	La respuesta cuenta con los elementos señalados en la pregunta en un rango que está entre el 59.9 y 0.0%.
Valor	3	2	1
Semaforización	Verde	Amarillo	Rojo

Las respuestas con valoración 2 y 1 se verán reflejadas en los hallazgos, análisis FODA y Aspectos Susceptibles de Mejora para ser considerados por el Ente Público responsable de la ejecución del programa y mejorar la gestión del programa.

La valoración global del contenido de la evaluación correspondiente a las 15 preguntas metodológicas aplicadas al Programa **E340 Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León** es de **1.8** por lo que se ubica con una semaforización en **AMARILLO** y criterio **MEDIO** de acuerdo con lo siguiente:

Valoración global por capítulo evaluado				
Capítulo Evaluado	Total de Preguntas	Criterio	Valor Promediado <sup>1</sup>	Semaforización
I. Justificación del diseño del programa.	PM No. 1	Medio	2	Amarillo
	PM No. 2	Alto	3	Verde
	PM No. 3	Bajo	1	Rojo
	<b>3</b>	Medio	<b>2.0</b>	Amarillo

Valoración global por capítulo evaluado				
Capítulo Evaluado	Total de Preguntas	Criterio	Valor Promediado <sup>1</sup>	Semaforización
II. Análisis de la lógica causal vertical.	PM No. 4	Medio	2	Amarillo
	PM No. 5	Medio	2	Amarillo
	PM No. 6	Medio	2	Amarillo
	PM No. 7	Bajo	1	Rojo
	PM No. 8	Bajo	1	Rojo
	<b>5</b>	<b>Rojo</b>	<b>1.6</b>	<b>Rojo</b>
III. Análisis de la lógica causal horizontal.	PM No. 9	Medio	2	Amarillo
	PM No. 10	Alto	3	Verde
	PM No. 11	Medio	2	Amarillo
	PM No. 12	Bajo	1	Rojo
	PM No. 13	Bajo	1	Rojo
	<b>5</b>	<b>Medio</b>	<b>1.8</b>	<b>Amarillo</b>
IV. Contribución.	PM No. 14	Alto	3	Verde
	PM No. 15	Bajo	1	Rojo
	<b>2</b>	<b>Medio</b>	<b>2</b>	<b>Amarillo</b>
<b>Valoración Final Promedio<sup>2</sup>.</b>	<b>15</b>	<b>Medio</b>	<b>1.8</b>	<b>Amarillo</b>

1/ El Valor Promediado para cada Capítulo Evaluado se calcula con la sumatoria de los valores de cada pregunta metodológica dividida el número total de preguntas con valoración del Capítulo evaluado.

2/ La Valoración Final Promedio se calcula con la sumatoria de los Valores Promediados de cada Capítulo Evaluado dividida entre el número total de Capítulos Evaluados de preguntas con valoración.

## Recomendaciones técnicas.

### Capítulo I. Justificación del diseño del programa.

#### **Recomendaciones Técnicas:**

- 1) Realizar un rediseño de los árboles de problemas y objetivos, en el cual se identifiquen con base en la metodología para la elaboración de los árboles de problemas y objetivos, las causas y efectos; y a su vez se vinculen de manera consistente con los objetivos de la Matriz de Indicadores para Resultados del Programa, tomando como referencia las atribuciones establecidas en la normatividad del Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León.
- 2) Identificar, definir y cuantificar de manera correcta las Poblaciones Potencial, Objetivo y Atendida.
- 3) Identificar las Coincidencias y Complementariedades del Programa, así como mejorar el contenido del diagnóstico con base en las características establecidas por la guía para la elaboración de diagnósticos de Programas Presupuestarios emitida por la Secretaría de Finanzas y Tesorería del Estado de Nuevo León.
- 4) Se debe redefinir la problemática central y las causas del árbol de problemas del Programa Presupuestario E340 Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León, en el cual no se utilicen frases o palabras que infieran la ausencia de una solución, además de definir los efectos como consecuencias del problema y no como causas que originan la problemática, apegándose a la Metodología del Marco Lógico.
- 5) Mejorar la estructura analítica del Programa Presupuestario, a través de la implementación del análisis de alternativas de solución, en el que se definan nuevos medios que a priori pudieran ser bienes y/o servicios o actividades de gestión que ayuden a cumplir el propósito del programa de forma eficiente.
- 6) Hacer un rediseño de los árboles de problemas y objetivos, con base a las atribuciones establecidas en el decreto de creación del Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León, que conlleve a un mejor diseño y vinculación con la Matriz de Indicadores para Resultados del Programa.

## Capítulo II. Análisis de la lógica causal vertical.

### **Recomendaciones Técnicas:**

- 1) Realizar un análisis sobre los procesos que requieren la producción de cada uno de los bienes y servicios que entrega el programa, que permita un rediseño de las actividades de la MIR, con base en la Guía para el Diseño de la Matriz de Indicadores para Resultados.
- 2) Mejorar la calidad en la definición de los supuestos de las Actividades A1C3, A2C2, A3C2, A1C4, A2C4, A3C4 y A4C4 especificando factores externos que afecten de manera directa el desempeño del Programa y cuya ocurrencia es importante corroborar para el logro de los objetivos y que se vinculen de manera adecuada a cada nivel de desempeño.
- 3) Evitar redundar en la redacción de los Componentes con palabras tales como “bien o servicio”.
- 4) Rediseñar los Componentes de la MIR del Programa, con base en las atribuciones establecidas en la normatividad del Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León.
- 5) Mejorar la redacción del Propósito del Programa, sin perder de vista que el objetivo es en términos de mejorar la cobertura del programa debido a que actualmente es un servicio que ya se otorga.
- 6) Establecer un supuesto en el nivel de Propósito que cumpla con lo establecido en la Metodología de Marco Lógico, evitando incluir supuestos que dependan de las unidades administrativas responsables de ejecutar el programa y poco claros en su redacción.
- 7) Replantear y rediseñar el objetivo de Fin del Programa con base en el análisis de los árboles de problemas y objetivos.
- 8) En la medida de lo posible, en una actualización del Plan Estatal de Desarrollo 2022 – 2027, incorporar algún indicador que mida la cobertura de la atención médica de urgencia y de los servicios de salud pública.
- 9) Rediseñar las Actividades en forma lógica y secuencial como procesos que sumados dan origen al producto o servicio (Componente).
- 10) Identificar con base en la normatividad del Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León, los bienes y servicios que otorga el Programa.
- 11) Analizar y rediseñar la contribución del objetivo de Fin del Programa.
- 12) Redactar de manera clara los supuestos como riesgos en positivo que enfrenta el programa y que no se encuentran bajo el control interno de las unidades administrativas responsables de ejecutar el programa, sino como factores exógenos al mismo.



### Capítulo III. Análisis de la lógica causal horizontal.

#### Recomendaciones Técnicas:

- 1) Rediseñar los indicadores de Fin, Propósito, Componente C4 y de las Actividades: A2C1, A1C2, A1C3 y A2C3, acorde a los criterios CREMAA establecidos en la Guía para el Diseño de Indicadores Estratégicos de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
- 2) Redactar en el apartado correspondiente de la Ficha Técnica de Indicadores de la MIR del Programa E340 Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León, de manera adecuada la descripción del indicador, así como las variables del método de cálculo y la unidad responsable de reportar el indicador, tomando como referencia la Guía para el Diseño de Indicadores Estratégicos de la SHCP.
- 3) Hacer uso de las características básicas para redactar los medios de verificación de los indicadores de la MIR del Programa.
- 4) Realizar una adecuada planeación y programación de metas de los indicadores de desempeño de la MIR.
- 5) Corregir el método de cálculo de los indicadores del Componente C4 y Actividades A2C1, A1C2 y A3C4.
- 6) Elaborar indicadores cuya tendencia de programación sea por su naturaleza de 100% y no de “cero”.
- 7) Corregir los medios de verificación de los indicadores de Propósito, Componente C1, C2 y C3, así como las Actividades A2C1, A3C1, A1C2, A1C3, A2C3 y A3C3 de la MIR del Programa, acorde con las responsabilidades normativas de cada área de la institución que ejecuta el Programa.
- 8) Rediseñar los indicadores de desempeño Fin, Propósito, Componente C4 y Actividades A2C1, A1C2 y A3C4 a efecto de que midan el desempeño de los objetivos de cada nivel de objetivo del Programa y que a su vez cumplan con los criterios CREMAA.
- 9) Mejorar la planeación y programación de las metas del Componente C2 y Actividades A2C1, A1C4, A3C4 y A4C4.

### Capítulo IV. Contribución.

#### Recomendaciones Técnicas:

- 1) El Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León como Órgano Administrativo Desconcentrado debe dar cumplimiento a las obligaciones en materia de transparencia y acceso a la información.
- 2) La Secretaría de Salud, debe apegarse a los requerimientos de información que se establecen en las fracciones VI y VII del artículo 95 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública de Nuevo León.

## Capítulo IX. Anexos

## Anexo 1. Matriz de Indicadores para Resultados (MIR)

### E340 Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León Ejercicio Fiscal 2022

Nivel de la MIR	Objetivo	Indicador	Fórmula	Medio de Verificación	Supuestos
Fin	CONTRIBUIR A INCREMENTAR LA ATENCIÓN MÉDICA EN URGENCIA, EMERGENCIA Y/O DESASTRES MEDIANTE LOS SERVICIOS PREHOSPITALARIOS PRESTADOS POR EL CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS MÉDICAS DEL ESTADO (CRUM).	TASA DE MORTALIDAD GENERAL.	(NÚMERO DE DEFUNCIONES DE NUEVO LEÓN DEL PERIODO / POBLACIÓN TOTAL DE NUEVO LEÓN) * 1000.	ANUARIOS ESTADÍSTICOS DE INEGI Y DEGIS-SSA.	EL SISTEMA DE EMERGENCIAS 911 SE ACTIVA DE MANERA ADECUADA.
Propósito	LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE URGENCIA, EMERGENCIA Y/O DESASTRE RECIBEN ATENCIÓN MÉDICA PREHOSPITALARIA.	TASA DE VARIACIÓN DE PERSONAS ATENDIDAS.	((PERSONAS ATENDIDAS EN EL AÑO T - PERSONAS ATENDIDAS EN EL AÑO T-1) / PERSONAS ATENDIDAS EN EL AÑO T-1) * 100.	BASE DE DATOS CAD NG SAFETY-NET / CENTRO DE COORDINACIÓN INTEGRAL, DE CONTROL, COMANDO, COMUNICACIONES Y CÓMPUTO DEL ESTADO (C-5).	LA POBLACIÓN Y RESPONSABLES DE SERVICIOS UTILIZAN EL NÚMERO ÚNICO DE EMERGENCIAS 9-1-1.
Componentes	C1. ATENCIÓN MÉDICA VÍA TELEFÓNICA OTORGADA.	PORCENTAJE DE LLAMADAS DE EMERGENCIAS ATENDIDAS.	(LLAMADAS DE EMERGENCIAS MÉDICAS ATENDIDAS / TOTAL DE LLAMADAS DE EMERGENCIAS MÉDICAS REPORTADAS AL 9-1-1) * 100.	BASE DE DATOS CAD NG SAFETY-NET / CENTRO DE COORDINACIÓN INTEGRAL, DE CONTROL, COMANDO, COMUNICACIONES Y CÓMPUTO DEL ESTADO (C-5).	LOS SISTEMAS TECNOLÓGICOS DEL NÚMERO DE EMERGENCIA 9-1-1 FUNCIONAN CORRECTAMENTE.
	C2. SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA A DOMICILIO OTORGADOS.	PORCENTAJE DE SERVICIOS OTORGADOS EN TIEMPO POR DEBAJO DE LOS 13 MINUTOS DEL DESPACHO DE UNIDAD, EN ÁREA METROPOLITANA DE MONTERREY.	(SERVICIOS CON TIEMPO DE ARRIBO MENOR A 13 MINUTOS / TOTAL DE SERVICIOS DESPACHADOS) * 100.	BASE DE DATOS CAD NG SAFETY-NET / CENTRO DE COORDINACIÓN INTEGRAL, DE CONTROL, COMANDO, COMUNICACIONES Y CÓMPUTO DEL ESTADO (C-5).	EL CENTRO DE ATENCIÓN DE LLAMADAS DE EMERGENCIA 9-1-1 REALIZA LA ASIGNACIÓN Y REFERENCIA OPORTUNA Y DE ACUERDO A LA NECESIDAD DEL PACIENTE.



Nivel de la MIR	Objetivo	Indicador	Fórmula	Medio de Verificación	Supuestos
	C3. SERVICIOS DE TRASLADOS EN AMBULANCIAS A UNIDADES MÉDICAS OTORGADOS.	PORCENTAJE DE TRASLADOS EN AMBULANCIAS A UNIDADES MÉDICAS OTORGADOS.	(SERVICIOS DE TRASLADOS EN AMBULANCIA A UNIDADES MÉDICAS / SERVICIOS ATENDIDOS) * 100.	BASE DE DATOS CAD NG SAFETY-NET / CENTRO DE COORDINACIÓN INTEGRAL, DE CONTROL, COMANDO, COMUNICACIONES Y CÓMPUTO DEL ESTADO (C-5).	LAS UNIDADES MÉDICAS TIENEN LA CAPACIDAD DISPONIBLE PARA ATENDER A LOS PACIENTES.
	C4. CAPACITACIÓN CONTINUA EFECTIVA AL PÚBLICO REALIZADA (CURSOS, TALLERES, PLÁTICAS, REUNIONES Y EVENTOS).	PORCENTAJE DE PERSONAS CAPACITADAS.	(ASISTENTES A CAPACITACIÓN / PERSONAS INSCRITAS A CAPACITACIÓN) * 100.	REGISTRO ADMINISTRATIVO DE PROGRAMAS ELABORADOS / DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS MÉDICAS.	LAS PERSONAS PARTICIPAN EN LOS CURSOS DE CAPACITACIÓN EN PRIMEROS AUXILIOS.
Actividades	A1C1. ELABORACIÓN DE ACTAS DE SUPERVISIÓN DEL TIEMPO DE RESPUESTA.	PORCENTAJE DE ACTAS DE SUPERVISIÓN QUE CUMPLEN CON INDICADOR DE TIEMPO DE RESPUESTA.	(ACTAS DE SUPERVISIÓN QUE CUMPLEN CON INDICADOR DE TIEMPO DE RESPUESTA / ACTAS DE SUPERVISIÓN REALIZADAS) * 100.	ACTAS DE SUPERVISIÓN OPERATIVA / COORDINACIÓN OPERATIVA.	LA COORDINACIÓN OPERATIVA REALIZA ADECUADAMENTE LAS ACTAS DE SUPERVISIÓN.
	A2C1. REVISIÓN DE CUMPLIMIENTO DE TIEMPO EN BASES DE OPERACIÓN.	PORCENTAJE DE EVENTOS CON CUMPLIMIENTO DE TIEMPO DE RESPUESTA.	(ATENCIÓNES CON CUMPLIMIENTO DE TIEMPO DE RESPUESTA / TOTAL DE EVENTOS DE BASE OPERATIVA) * 100.	BASE DE DATOS CAD NG SAFETY-NET / CENTRO DE COORDINACIÓN INTEGRAL, DE CONTROL, COMANDO, COMUNICACIONES Y CÓMPUTO DEL ESTADO (C-5), COORDINACIÓN OPERATIVA.	SE ACTUALIZA LA OPERACIÓN EN BASE DE LAS NECESIDADES DE LA POBLACIÓN.

Nivel de la MIR	Objetivo	Indicador	Fórmula	Medio de Verificación	Supuestos
	A3C1. REVISIÓN DE RESULTADOS DE LA ATENCIÓN TELEFÓNICA.	PORCENTAJE DE LLAMADAS DE EMERGENCIA SIN ATENDER.	$(\text{TOTAL DE LLAMADAS SIN ATENDER} / \text{TOTAL DE LLAMADAS ENTRANTES AL 9-1-1}) * 100.$	BASE DE DATOS CAD NG SAFETY-NET / CENTRO DE COORDINACIÓN INTEGRAL, DE CONTROL, COMANDO, COMUNICACIONES Y CÓMPUTO DEL ESTADO (C-5), COORDINACIÓN OPERATIVA.	LOS SISTEMAS TECNOLÓGICOS DEL NÚMERO DE EMERGENCIA 9-1-1 FUNCIONAN CORRECTAMENTE.
	A1C2. VALIDACIÓN DE CASOS DE ATENCIÓN MÉDICA EN DOMICILIO.	PORCENTAJE DE LLAMADAS DE EMERGENCIA QUE AMERITA DESPACHO DE AMBULANCIA A DOMICILIO.	$(\text{TOTAL DE DESPACHOS DE AMBULANCIA A DOMICILIO} / \text{TOTAL DE LLAMADAS RECIBIDAS DE EMERGENCIA MÉDICA}) * 100.$	BASE DE DATOS CAD NG SAFETY-NET / CENTRO DE COORDINACIÓN INTEGRAL, DE CONTROL, COMANDO, COMUNICACIONES Y CÓMPUTO DEL ESTADO (C-5).	LOS SISTEMAS TECNOLÓGICOS DEL NÚMERO DE EMERGENCIA 9-1-1 FUNCIONAN CORRECTAMENTE.
	A2C2. VERIFICACIÓN DEL RECURSO HUMANO EQUIPO Y UNIDAD DISPONIBLE PARA EL SERVICIO A DOMICILIO.	PORCENTAJE DE UNIDADES QUE CUMPLEN CON LA NORMA 034 -SSA3-2013 PARA EL SERVICIO A DOMICILIO.	$(\text{UNIDADES QUE CUMPLEN CON LA NOM-034-SSA3-2013} / \text{TOTAL DE UNIDADES DISPONIBLES}) * 100.$	FORMATO DE AUTOEVALUACIÓN DE UNIDADES / CENTRO DE ATENCIÓN DE LLAMADAS DE EMERGENCIA.	LAS UNIDADES SE ENCUENTRAN EQUIPADAS DE ACUERDO A LA NOM-034-SSA3-2013.
	A3C2. VERIFICACIÓN DE EQUIPO DE SOPORTE VITAL EN LA UNIDAD A DESPACHAR.	PORCENTAJE DE UNIDADES CON EQUIPO DE SOPORTE VITAL FUNCIONAL PARA ASISTENCIA DE PACIENTES.	$(\text{UNIDADES CON EQUIPO DE SOPORTE VITAL FUNCIONAL} / \text{TOTAL DE UNIDADES DISPONIBLES}) * 100.$	BITÁCORA DE VERIFICACIÓN DE EQUIPO DE SOPORTE VITAL / COORDINACIÓN OPERATIVA.	LAS UNIDADES SE ENCUENTRAN EQUIPADAS CON EL EQUIPO DE SOPORTE VITAL NECESARIO.
	A1C3. VALIDACIÓN DE REFERENCIAS RECHAZADAS POR UNIDADES HOSPITALARIAS.	PORCENTAJE DE TRASLADOS RECHAZADOS DE DOMICILIO A HOSPITAL.	$(\text{TOTAL DE TRASLADOS RECHAZADOS POR HOSPITALES} / \text{TOTAL DE TRASLADOS A HOSPITAL}) * 100.$	BASE DE DATOS DEL SISTEMA CALIDAD DEL 9-1-1 / CENTRO DE COORDINACIÓN INTEGRAL, DE CONTROL, COMANDO, COMUNICACIONES Y CÓMPUTO DEL ESTADO.	LAS INSTITUCIONES Y HOSPITALES PRIVADOS PARTICIPAN ACTIVAMENTE CON EL CRUM.

Nivel de la MIR	Objetivo	Indicador	Fórmula	Medio de Verificación	Supuestos
	A2C3. VALIDACIÓN DE TRASLADOS DE PACIENTES DE ZONAS RURALES AL ÁREA METROPOLITANA DE MONTERREY.	PORCENTAJE DE TRASLADOS DE PACIENTES DE ZONAS RURALES.	$(\text{TOTAL DE TRASLADOS DE ZONAS RURALES} / \text{TOTAL DE TRASLADOS}) * 100.$	BASE DE DATOS DEL SISTEMA CALIDAD DEL 9-1-1 / CENTRO DE COORDINACIÓN INTEGRAL, DE CONTROL, COMANDO, COMUNICACIONES Y CÓMPUTO DEL ESTADO (C-5).	LAS INSTITUCIONES Y HOSPITALES PRIVADOS PARTICIPAN ACTIVAMENTE CON EL CRUM.
	A3C3. CLASIFICACIÓN DE SOLICITUD DE TRASLADO INTERHOSPITALARIO.	PORCENTAJE DE SOLICITUDES DE TRASLADOS INTERHOSPITALARIO DE ALTA PRIORIDAD.	$(\text{SOLICITUDES DE TRASLADOS INTERHOSPITALARIO DE ALTA PRIORIDAD} / \text{TOTAL DE SOLICITUDES DE TRASLADO INTERHOSPITALARIO}) * 100.$	BASE DE DATOS DEL SISTEMA CALIDAD DEL 9-1-1 / CENTRO DE COORDINACIÓN INTEGRAL, DE CONTROL, COMANDO, COMUNICACIONES Y CÓMPUTO DEL ESTADO (C-5).	LAS INSTITUCIONES Y HOSPITALES PRIVADOS PARTICIPAN ACTIVAMENTE CON EL CRUM.
	A1C4. ELABORACIÓN DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN MEDIANTE LA DETECCIÓN DE NECESIDADES EN LUGARES ESTRATÉGICOS.	PORCENTAJE DE PROGRAMAS DE CAPACITACIÓN ELABORADOS.	$(\text{PROGRAMAS DE CAPACITACIÓN ELABORADOS} / \text{PROGRAMAS DE CAPACITACIÓN PROGRAMADOS}) * 100.$	REGISTRO ADMINISTRATIVO DE PROGRAMAS ELABORADOS / DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS MÉDICAS.	SE CUENTA CON EL PERSONAL PARA IMPARTIR LA CAPACITACIÓN.
	A2C4. REALIZACIÓN DE LA SELECCIÓN DE LOS CAPACITADORES.	PORCENTAJE DE CAPACITADORES SELECCIONADOS.	$(\text{CAPACITADORES SELECCIONADOS} / \text{TOTAL DE CAPACITADORES}) * 100.$	REGISTRO ADMINISTRATIVO DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA / CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS MÉDICAS.	SE CUENTA CON EL PERSONAL PARA IMPARTIR LA CAPACITACIÓN.

Nivel de la MIR	Objetivo	Indicador	Fórmula	Medio de Verificación	Supuestos
	A3C4. REALIZACIÓN DE LA PROMOCIÓN DE LOS CURSOS DE CAPACITACIÓN.	PORCENTAJE DE PROMOCIONES REALIZADAS EN LUGARES ESTRATÉGICOS.	$(\text{PROMOCIONES REALIZADAS EN LUGARES ESTRATÉGICOS} / \text{LUGARES ESTRATÉGICOS}) * 100.$	REGISTRO ADMINISTRATIVO DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA / CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS MÉDICAS.	SE CUENTA CON EL PERSONAL Y LOS MEDIOS PARA HACER LA PROMOCIÓN.
	A4C4. REALIZACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN DE LOS PARTICIPANTES.	PROMEDIO DE PARTICIPANTES INSCRITOS AL CURSO POR LUGAR ESTRATÉGICO.	$(\text{PARTICIPANTES INSCRITOS AL CURSO} / \text{LUGARES ESTRATÉGICOS}).$	REGISTRO ADMINISTRATIVO DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA / CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS MÉDICAS.	SE CUENTA CON LOS MEDIOS Y EL PERSONAL ADMINISTRATIVO PARA EL REGISTRO DE INSCRIPCIÓN.

**Fuente:** Matriz de Indicadores para Resultados del Programa Presupuestario “Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León del Centro Regulador de Urgencias Médicas Órgano Administrativo Desconcentrado de la Secretaría de Salud de Nuevo León. Ejercicio Fiscal 2022.

## Anexo 2. Ficha Técnica de Indicadores.

La Ficha Técnica de Indicadores debe contener, de acuerdo con los “LINEAMIENTOS para la construcción y diseño de indicadores de desempeño mediante la Metodología de Marco Lógico”, emitidos por el Consejo Nacional de Armonización Contable (CONAC), como mínimo con lo siguiente:

Los indicadores deberán considerar alguna de las siguientes dimensiones:

- ✓ **Eficacia:** mide el grado de cumplimiento de los objetivos;
- ✓ **Eficiencia:** mide la relación entre los productos y servicios generados con respecto a los insumos o recursos utilizados;
- ✓ **Economía:** mide la capacidad para generar y movilizar adecuadamente los recursos financieros; y
- ✓ **Calidad:** mide los atributos, propiedades o características que deben tener los bienes y servicios para satisfacer los objetivos del Programa.

Para cada indicador deberá elaborarse una Ficha Técnica, la cual, contendrá al menos los siguientes elementos:

- ✓ **Nombre del indicador:** es la expresión que identifica al indicador y que manifiesta lo que se desea medir con él. Desde el punto de vista operativo, puede expresar al indicador en términos de las variables que en él intervienen;
- ✓ **Definición del indicador:** es una explicación más detallada del nombre del indicador. Debe precisar qué se pretende medir del objetivo al que está asociado; ayudar a entender la utilidad, finalidad o uso del indicador;
- ✓ **Método de cálculo:** se refiere a la expresión matemática del indicador. Determina la forma en que se relacionan las variables;
- ✓ **Frecuencia de medición:** hace referencia a la periodicidad en el tiempo con que se realiza la medición del indicador;
- ✓ **Unidad de Medida:** hace referencia a la determinación concreta de la forma en que se quiere expresar el resultado de la medición al aplicar el indicador; y
- ✓ **Línea Base:** es el valor del indicador que se establece como punto de partida para evaluarlo y darle seguimiento.
- ✓ **Metas:** establece límites o niveles máximos de logro, comunican el nivel de desempeño esperado y permiten enfocarla hacia la mejora.



## E340 Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León

### Ejercicio Fiscal 2022

#### Fin - Propósito

Nivel de Desempeño	Fin		Indicador	
	Contribuir a incrementar la atención médica en urgencia, emergencia y/o desastres mediante los servicios prehospitalarios prestados por el Centro Regulador de Urgencias Médicas del Estado (CRUM).		Tasa de mortalidad general.	
Método de Cálculo	Medio de Verificación		Línea Base	Meta
(Número de defunciones de Nuevo León del periodo / Población total de Nuevo León) * 1000.	Anuarios estadísticos de INEGI y DEGIS-SSA.		7.3	7.3
Unidad de Medida	Sentido	Dimensión	Frecuencia	
Porcentaje	Normal	Eficiencia	Anual	
Definición del Indicador			Tipo	
Se refiere al número de defunciones que se estima ocurran por cada 1,000 habitantes en Nuevo León.			Estratégico	

Nivel de Desempeño	Propósito		Indicador	
	Las personas en situación de urgencia, emergencia y/o desastre reciben atención médica prehospitalaria.		Tasa de variación de personas atendidas.	
Método de Cálculo	Medio de Verificación		Línea Base	Meta
((Personas atendidas en el año T - Personas atendidas en el año T-1) / Personas atendidas en el año T-1) * 100.	Base de datos CAD NG SAFETY-NET / Centro de Coordinación Integral, de Control, Comando, Comunicaciones y Cómputo del Estado (C-5).		7.0	5.4
Unidad de Medida	Sentido	Dimensión	Frecuencia	
Porcentaje	Ascendente	Eficiencia	Anual	
Definición del Indicador			Tipo	
Porcentaje estimado de cambio en respecto a la atención de llamadas atendidas entre el año previo y el actual.			Estratégico	

### Análisis de Indicadores de los niveles de Objetivo Fin y Propósito

Información	Cuenta con la información requerida	
	Fin	Propósito
Nombre:	Sí	Sí
Método de Cálculo:	Sí	No
Medio de Verificación:	Sí	No
Línea Base:	Sí	Si
Meta:	Sí	No
Unidad de Medida:	Sí	Sí
Sentido:	No	Sí
Tipo:	Sí	Sí
Dimensión:	Sí	Sí
Frecuencia:	Sí	Sí
Definición:	Sí	No

**Fuente:** Ficha Técnica de la Matriz de Indicadores para Resultados del Programa Presupuestario Centro Regulator de Urgencias Médicas de Nuevo León del Centro Regulator de Urgencias Médicas Órgano Administrativo Desconcentrado de la Secretaría de Salud de Nuevo León. Ejercicio Fiscal 2022.

### Componente 1 – Actividades de A1C1 a A3C1.

Nivel de Desempeño	Componente C1	Indicador		
	C1. Atención médica vía telefónica otorgada.	Porcentaje de llamadas de emergencias atendidas.		
Método de Cálculo	Medio de Verificación		Línea Base	Meta
(Llamadas de emergencias médicas atendidas / Total de llamadas de emergencias médicas reportadas al 9-1-1) * 100..	Base de datos CAD NG SAFETY-NET / Centro de Coordinación Integral, de Control, Comando, Comunicaciones y Cómputo del Estado (C-5)		95.0	100.0
Unidad de Medida	Sentido	Dimensión	Frecuencia	
Porcentaje	Ascendente	Eficacia	Trimestral	
Definición del Indicador				Tipo
En base al total de llamadas recibidas por sistema 9-1-1 la cantidad de estas que es atendida por calle.				Gestión

Nivel de Desempeño	Actividad A1C1	Indicador		
	A1C1. Elaboración de actas de supervisión del tiempo de respuesta.	Porcentaje de actas de supervisión que cumplen con indicador de tiempo de respuesta.		
Método de Cálculo	Medio de Verificación		Línea Base	Meta
(Actas de supervisión que cumplen con indicador de tiempo de respuesta / Actas de supervisión realizadas) * 100.	Actas de supervisión operativa / Coordinación operativa.		0.0	80.0
Unidad de Medida	Sentido	Dimensión	Frecuencia	
Porcentaje	Ascendente	Eficacia	Trimestral	
Definición del Indicador				Tipo
Proporción de actas de supervisión que cumplen con indicador de tiempo de respuesta.				Gestión

Nivel de Desempeño	Actividad A2C1		Indicador	
		A2C1. Revisión de cumplimiento de tiempo en bases de operación.		Porcentaje de eventos con cumplimiento de tiempo de respuesta.
Método de Cálculo	Medio de Verificación		Línea Base	Meta
(Atenciones con cumplimiento de tiempo de respuesta / Total de eventos de base operativa) * 100.	Base de datos CAD NG SAFETY-NET / Centro de Coordinación Integral, de Control, Comando, Comunicaciones y Cómputo del Estado (C-5), Coordinación Operativa.		0.0	90.0
Unidad de Medida	Sentido	Dimensión	Frecuencia	
Porcentaje	Ascendente	Eficacia	Trimestral	
Definición del Indicador			Tipo	
Proporción de eventos con cumplimiento de tiempo de respuesta.			Gestión	

Nivel de Desempeño	Actividad A3C1		Indicador	
		A3C1. Revisión de resultados de la atención telefónica.		Porcentaje de llamadas de emergencia sin atender.
Método de Cálculo	Medio de Verificación		Línea Base	Meta
(Total de llamadas sin atender / Total de llamadas entrantes al 9-1-1) * 100.	Base de datos CAD NG SAFETY-NET / Centro de Coordinación Integral, de Control, Comando, Comunicaciones y Cómputo del Estado (C-5), Coordinación Operativa.		7.0	5.0
Unidad de Medida	Sentido	Dimensión	Frecuencia	
Porcentaje	Descendente	Eficacia	Trimestral	
Definición del Indicador			Tipo	
Del total de llamadas recibidas cuántas de estas no fueron atendidas por un operador de emergencia y/o médico regulador.			Gestión	

Información	Cuenta con Información			
	C1	A1	A2	A3
Nombre:	Sí	Sí	Sí	Sí
Método de Cálculo:	Sí	Sí	No	Sí
Medio de Verificación:	No	Sí	No	No
Línea Base:	Sí	Sí	Sí	Sí
Meta:	Sí	No	Sí	Sí
Unidad de Medida:	Sí	Sí	Sí	Sí
Sentido:	Sí	Sí	Sí	Sí
Tipo:	Sí	Sí	Sí	Sí
Dimensión:	Sí	Sí	Sí	Sí
Frecuencia:	Si	Sí	Sí	Sí
Definición:	No	Sí	No	No

**Fuente:** Ficha Técnica de la Matriz de Indicadores para Resultados del Programa Presupuestario Centro Regulator de Urgencias Médicas de Nuevo León del Centro Regulator de Urgencias Médicas Órgano Administrativo Desconcentrado de la Secretaría de Salud de Nuevo León. Ejercicio Fiscal 2022.

## Componente 2 – Actividades de A1C2 a A3C2.

Nivel de Desempeño	Componente C2		Indicador	
		C2. Servicios de atención médica de emergencia a domicilio otorgados.		Porcentaje de servicios otorgados en tiempo por debajo de los 13 minutos del despacho de unidad, en Área Metropolitana de Monterrey.
Método de Cálculo	Medio de Verificación		Línea Base	Meta
(Servicios con tiempo de arribo menor a 13 minutos / Total de servicios despachados) * 100.	Base de datos CAD NG SAFETY-NET / Centro de Coordinación Integral, de Control, Comando, Comunicaciones y Cómputo del Estado (C-5).		40.0	45.0
Unidad de Medida	Sentido	Dimensión	Frecuencia	
Porcentaje	Descendente	Eficacia	Trimestral	
Definición del Indicador			Tipo	
Del total de servicios que ameritan envío de unidad en cuántos de éstos el tiempo de despacho de esta fue menor de 13 minutos.			Gestión	

Nivel de Desempeño	Actividad A1C2		Indicador	
		A1C2. Validación de casos de atención médica en domicilio.		Porcentaje de llamadas de emergencia que amerita despacho de ambulancia a domicilio.
Método de Cálculo	Medio de Verificación		Línea Base	Meta
(Total de despachos de ambulancia a domicilio / Total de llamadas recibidas de emergencia médica) * 100.	Base de datos CAD NG SAFETY-NET / Centro de Coordinación Integral, de Control, Comando, Comunicaciones y Cómputo del Estado (C-5).		23.0	20.1
Unidad de Medida	Sentido	Dimensión	Frecuencia	
Porcentaje	Descendente	Eficacia	Trimestral	
Definición del Indicador			Tipo	
Proporción de llamadas de emergencia que amerita despacho de ambulancia a domicilio.			Gestión	

Nivel de Desempeño	Actividad A2C2		Indicador	
		A2C2. Verificación del recurso humano equipo y unidad disponible para el servicio a domicilio.		Porcentaje de unidades que cumplen con la norma 034 -SSA3-2013 para el servicio a domicilio.
Método de Cálculo	Medio de Verificación		Línea Base	Meta
(Unidades que cumplen con la NOM-034-SSA3-2013 / Total de unidades disponibles) * 100.	Formato de autoevaluación de unidades / Centro de atención de llamadas de emergencia.		90.0	100.0
Unidad de Medida	Sentido	Dimensión	Frecuencia	
Porcentaje	Ascendente	Calidad	Trimestral	
Definición del Indicador				Tipo
Proporción de unidades que cumplen con la norma 034-ssa3-2013 para el servicio a domicilio.				Gestión

Nivel de Desempeño	Actividad A3C2		Indicador	
		A3C2. Verificación de equipo de soporte vital en la unidad a despachar.		Porcentaje de unidades con equipo de soporte vital funcional para asistencia de pacientes.
Método de Cálculo	Medio de Verificación		Línea Base	Meta
(Unidades con equipo de soporte vital funcional / Total de unidades disponibles) * 100.	Bitácora de verificación de equipo de soporte vital / Coordinación Operativa.		95.0	100.0
Unidad de Medida	Sentido	Dimensión	Frecuencia	
Porcentaje	Ascendente	Eficacia	Trimestral	
Definición del Indicador				Tipo
Proporción de unidades con equipo de soporte vital funcional para asistencia de pacientes según la nom-034-ssa3-2013.				Gestión

Información	Cuenta con Información			
	C2	A1	A2	A3
Nombre:	Sí	Sí	Sí	Sí
Método de Cálculo:	Sí	Sí	Sí	Sí
Medio de Verificación:	No	Sí	Sí	Sí
Línea Base:	No	No	Sí	Sí
Meta:	No	No	Sí	Sí
Unidad de Medida:	Sí	Sí	Sí	Sí
Sentido:	No	No	Sí	Sí
Tipo:	Sí	Sí	Sí	Sí
Dimensión:	Sí	Sí	Sí	Sí
Frecuencia:	Sí	Sí	Sí	Sí
Definición:	No	Sí	Sí	Sí

**Fuente:** Ficha Técnica de la Matriz de Indicadores para Resultados del Programa Presupuestario Centro Regulator de Urgencias Médicas de Nuevo León del Centro Regulator de Urgencias Médicas Órgano Administrativo Desconcentrado de la Secretaría de Salud de Nuevo León. Ejercicio Fiscal 2022.



### Componente 3 – Actividades de A1C3 a A3C3.

Nivel de Desempeño	Componente C3		Indicador	
		C3. Servicios de traslados en ambulancias a unidades médicas otorgados.		Porcentaje de traslados en ambulancias a unidades médicas otorgados.
Método de Cálculo	Medio de Verificación		Línea Base	Meta
(Servicios de traslados en ambulancia a unidades médicas / Servicios atendidos) * 100.	Base de datos CAD NG SAFETY-NET / Centro de Coordinación Integral, de Control, Comando, Comunicaciones y Cómputo del Estado (C-5).		45.0	40.0
Unidad de Medida	Sentido	Dimensión	Frecuencia	
Porcentaje	Descendente	Eficacia	Trimestral	
Definición del Indicador				Tipo
De la cantidad de servicios atendidos cuantos de estos no se resolvieron en el lugar y ameritaron el traslado a centros hospitalarios.				Gestión

Nivel de Desempeño	Actividad A1C3		Indicador	
		A1C3. Validación de referencias rechazadas por unidades hospitalarias.		Porcentaje de traslados rechazados de domicilio a hospital.
Método de Cálculo	Medio de Verificación		Línea Base	Meta
(Total de traslados rechazados por hospitales / Total de traslados a hospital) * 100.	Base de datos del sistema calidad del 9-1-1 / Centro de Coordinación Integral, de Control, Comando, Comunicaciones y Cómputo del Estado.		15.0	10.0
Unidad de Medida	Sentido	Dimensión	Frecuencia	
Porcentaje	Descendente	Eficacia	Trimestral	
Definición del Indicador				Tipo
Cantidad de atención brindadas en domicilio las cuales requirieron un traslado a un centro médico para continuar con su atención.				Gestión

Nivel de Desempeño	Actividad A2C3	Indicador		
		A2C3. Validación de traslados de pacientes de zonas rurales al área metropolitana de Monterrey.	Porcentaje de traslados de pacientes de zonas rurales.	
Método de Cálculo	Medio de Verificación	Línea Base	Meta	
(Total de traslados de zonas rurales / Total de traslados) * 100.	Base de datos del sistema calidad del 9-1-1 / Centro de Coordinación Integral, de Control, Comando, Comunicaciones y Cómputo del Estado (C-5).	3.1	2.61	
Unidad de Medida	Sentido	Dimensión	Frecuencia	
Porcentaje	Normal	Eficacia	Trimestral	
Definición del Indicador			Tipo	
Cantidad de traslados solicitados por centros hospitalarios de zonas rurales con destino hacia área metropolitana.			gestión	

Nivel de Desempeño	Actividad A3C3	Indicador		
		A3C3. Clasificación de solicitud de traslado interhospitalario.	Porcentaje de solicitudes de traslados interhospitalario de alta prioridad.	
Método de Cálculo	Medio de Verificación	Línea Base	Meta	
(Solicitudes de traslados interhospitalario de alta prioridad / Total de solicitudes de traslado interhospitalario) * 100.	Base de datos del sistema calidad del 9-1-1 / Centro de Coordinación Integral, de Control, Comando, Comunicaciones y Cómputo del Estado (C-5).	22.0	10.0	
Unidad de Medida	Sentido	Dimensión	Frecuencia	
Porcentaje	Normal	Eficacia	Trimestral	
Definición del Indicador			Tipo	
Del total de solicitudes de traslados interhospitalario la cantidad de estos que requieren ser prioritarios debido a condición clínica del paciente.			Gestión	

Información	Cuenta con Información			
	C3	A1	A2	A3
Nombre:	Sí	Sí	Sí	Sí
Método de Cálculo:	No	Sí	Sí	Sí
Medio de Verificación:	No	No	No	No
Línea Base:	No	No	No	No
Meta:	No	No	No	No
Unidad de Medida:	Sí	Sí	Sí	Sí
Sentido:	No	Sí	No	No
Tipo:	Sí	Sí	Sí	Sí
Dimensión:	Sí	Sí	Sí	Sí
Frecuencia:	Sí	Sí	Sí	Sí
Definición:	No	No	Sí	Sí

**Fuente:** Ficha Técnica de la Matriz de Indicadores para Resultados del Programa Presupuestario Centro Regulator de Urgencias Médicas de Nuevo León del Centro Regulator de Urgencias Médicas Órgano Administrativo Desconcentrado de la Secretaría de Salud de Nuevo León. Ejercicio Fiscal 2022.

#### Componente 4 – Actividades de A1C4 a A3C4.

Componente C4		Indicador	
<b>Nivel de Desempeño</b>	C4. Capacitación continua efectiva al público realizada (cursos, talleres, pláticas, reuniones y eventos).	Porcentaje de personas capacitadas.	
Método de Cálculo	Medio de Verificación	Línea Base	Meta
(Asistentes a capacitación / Personas inscritas a capacitación) * 100.	Registro administrativo de programas elaborados / Departamento de enseñanza Centro Regulator de Urgencias Médicas.	80.0	90.0
Unidad de Medida	Sentido	Dimensión	Frecuencia
Porcentaje	Ascendente	Eficacia	Trimestral
Definición del Indicador			Tipo
De la cantidad de personas registrados en la capacitación cuántas de éstas acuden a la capacitación programada.			Gestión

Actividad A1C4		Indicador	
<b>Nivel de Desempeño</b>	A1C4. Elaboración del programa de capacitación mediante la detección de necesidades en lugares estratégicos.	Porcentaje de programas de capacitación elaborados.	
Método de Cálculo	Medio de Verificación	Línea Base	Meta
(Programas de capacitación elaborados / Programas de capacitación programados) * 100.	Registro administrativo de programas elaborados / Departamento de enseñanza Centro Regulator de Urgencias Médicas.	84.4	90.0
Unidad de Medida	Sentido	Dimensión	Frecuencia
Porcentaje	Ascendente	Eficacia	Trimestral
Definición del Indicador			Tipo
Cantidad de programas educativos breves generados para su distribución entre el público de acuerdo a las necesidades estratégicas de la población a la que está dirigido.			Gestión

Nivel de Desempeño	Actividad A2C4		Indicador	
		A2C4. Realización de la selección de los capacitadores.		Porcentaje de capacitadores seleccionados.
Método de Cálculo	Medio de Verificación		Línea Base	Meta
(capacitadores seleccionados / total de capacitadores) * 100.	Registro administrativo del departamento de enseñanza / Centro Regulador de Urgencias Médicas.		25.0	40.0
Unidad de Medida	Sentido	Dimensión	Frecuencia	
Porcentaje	Ascendente	Eficacia	Trimestral	
Definición del Indicador				Tipo
Total de capacitadores seleccionados y habilitados para impartición de cursos a público destino. Se considera que estos es solo una parte la plantilla total disponible.				Gestión

Nivel de Desempeño	Actividad A3C4		Indicador	
		A3C4. Realización de la promoción de los cursos de capacitación.		Porcentaje de promociones realizadas en lugares estratégicos.
Método de Cálculo	Medio de Verificación		Línea Base	Meta
(Promociones realizadas en lugares estratégicos / Lugares estratégicos) * 100.	Registro administrativo departamento de enseñanza / Centro Regulador de Urgencias Médicas.		0.0	100.0
Unidad de Medida	Sentido	Dimensión	Frecuencia	
Porcentaje	Ascendente	Eficacia	Trimestral	
Definición del Indicador				Tipo
Intervención estratégica generada de forma específica para la difusión del evento programado mediante medios publicitarios y/o invitaciones directas.				Gestión

Nivel de Desempeño	Actividad A4C4		Indicador	
		A3C4. Realización de la inscripción de los participantes.		Promedio de participantes inscritos al curso por lugar estratégico.
Método de Cálculo	Medio de Verificación		Línea Base	Meta
(Participantes inscritos al curso / Lugares estratégicos).	Registro administrativo del departamento de enseñanza / Centro Regulador de Urgencias Médicas.		0.0	17.6
Unidad de Medida	Sentido	Dimensión	Frecuencia	
Promedio	Ascendente	Eficacia	Trimestral	
Definición del Indicador				Tipo
Personas las cuales realizan un registro al programa establecido en un lugar donde se demuestra interés por el curso.				Gestión

Información	Cuenta con Información				
	C4	A1	A2	A3	A4
Nombre:	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Método de Cálculo:	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Medio de Verificación:	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Línea Base:	No	No	Sí	Sí	Sí
Meta:	No	No	Sí	Sí	Sí
Unidad de Medida:	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Sentido:	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Tipo:	Sí	Si	Sí	Sí	Sí
Dimensión:	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Frecuencia:	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Definición:	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí

**Fuente:** Ficha Técnica de la Matriz de Indicadores para Resultados del Programa Presupuestario Centro Regulator de Urgencias Médicas de Nuevo León del Centro Regulator de Urgencias Médicas Órgano Administrativo Desconcentrado de la Secretaría de Salud de Nuevo León. Ejercicio Fiscal 2022.

### Anexo 3. Fuentes de Información

Enlistar las Fuentes de Información utilizadas para dar respuesta a las preguntas de la Evaluación del Programa, clasificándolas en:


- Primaria (base de datos de gabinete utilizadas para el análisis en formato electrónico y/o impreso); y
- Secundaria (consultas en portales oficiales de internet, entrevistas o encuestas realizadas por la Instancia Técnica Evaluadora).

Fuentes de Información Primaria	
Número	Fuente
1	Diagnóstico del Programa Presupuestario Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León del Centro Regulador de Urgencias Médicas Órgano Administrativo Desconcentrado de la Secretaría de Salud de Nuevo León. Ejercicio 2022
2	Decreto de creación del Centro Regulador de Urgencias Médicas como Órgano Administrativo Desconcentrado de la Secretaría de Salud del Estado de Nuevo León. 3 de agosto de 2018.
3	Plan Estatal de Desarrollo 2016 – 2021 del Estado de Nuevo León.
4	Plan Estatal de Desarrollo 2022 – 2027 del Estado de Nuevo León
5	Reporte de Avance Físico Financiero del Programa Presupuestario Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León del Centro Regulador de Urgencias Médicas Órgano Administrativo Desconcentrado de la Secretaría de Salud de Nuevo León. Publicado en el cierre de la Cuenta Pública del Ejercicio Fiscal 2022.
6	Matriz de Indicadores para Resultados del Programa Presupuestario Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León del Centro Regulador de Urgencias Médicas Órgano Administrativo Desconcentrado de la Secretaría de Salud de Nuevo León. Ejercicio Fiscal 2022.
7	Ficha Técnica de Indicadores del Programa Presupuestario Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León del Centro Regulador de Urgencias Médicas Órgano Administrativo Desconcentrado de la Secretaría de Salud de Nuevo León. Ejercicio Fiscal 2022.
8	Reglamento Interior de la Secretaría de Salud de Nuevo León. Publicado en Periódico Oficial núm. 17-IV, de fecha 31 de enero de 2022.
9	Manual de Organización y de Servicios del Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León. Fecha de elaboración, octubre de 2017.

Fuentes de Información Secundaria	
Número	Fuente
1	Guía para la Elaboración de Diagnósticos de los Programas Presupuestarios. Elaborada por la Dirección de Presupuesto y Control Presupuestal – Subsecretaría de Egresos – Secretaría de Finanzas y Tesorería General del Estado de Nuevo León. Actualizada en julio de 2021. <a href="https://pbr-sed.nl.gob.mx/sites/default/files/guia_para_elaboracion_del_diagnostico_2021.pdf">https://pbr-sed.nl.gob.mx/sites/default/files/guia_para_elaboracion_del_diagnostico_2021.pdf</a>
2	Guía para la Elaboración de Matrices de Indicadores para Resultados. Secretaría de Hacienda y Crédito Público. <a href="chrome-extension://efaidnbnmnibpcjpcglclefindmkaj/https://www.transparenciapresupuestaria.gob.mx/work/models/PTP/Capacitacion/GuiaMIR.pdf">chrome-extension://efaidnbnmnibpcjpcglclefindmkaj/https://www.transparenciapresupuestaria.gob.mx/work/models/PTP/Capacitacion/GuiaMIR.pdf</a>
3	Guía para el Diseño de Indicadores Estratégicos. Secretaría de Hacienda y Crédito Público. <a href="https://www.gob.mx/shcp/documentos/guia-para-el-diseno-de-indicadores-estrategicos">https://www.gob.mx/shcp/documentos/guia-para-el-diseno-de-indicadores-estrategicos</a>
4	Página principal de CONEVAL – Evaluación de Programas Sociales – Glosario. <a href="https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/Paginas/Glosario-EVALUACION.aspx">https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/Paginas/Glosario-EVALUACION.aspx</a>
5	Matriz de Indicadores para Resultados del Programa Presupuestario Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León del Centro Regulador de Urgencias Médicas Órgano Administrativo Desconcentrado de la Secretaría de Salud de Nuevo León. Ejercicio Fiscal 2022. <a href="https://pbr-sed.nl.gob.mx/sites/default/files/340_MIR_Centro_Regulador_de_Urgencias_Medicas_de_Nuevo_Leon.xlsx">https://pbr-sed.nl.gob.mx/sites/default/files/340_MIR_Centro_Regulador_de_Urgencias_Medicas_de_Nuevo_Leon.xlsx</a>
6	Ficha Técnica de Indicadores del Programa Presupuestario Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León del Centro Regulador de Urgencias Médicas Órgano Administrativo Desconcentrado de la Secretaría de Salud de Nuevo León. Ejercicio Fiscal 2022. <a href="https://pbr-sed.nl.gob.mx/sites/default/files/340_centro_regulador_de_urgencias_medicas_de_nuevo_leon_0.pdf">https://pbr-sed.nl.gob.mx/sites/default/files/340_centro_regulador_de_urgencias_medicas_de_nuevo_leon_0.pdf</a>
7	Reporte de Avance Físico Financiero del Programa Presupuestario Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León del Centro Regulador de Urgencias Médicas Órgano Administrativo Desconcentrado de la Secretaría de Salud de Nuevo León. Publicado en el cierre de la Cuenta Pública del Ejercicio Fiscal 2022. <a href="https://pbr-sed.nl.gob.mx/sites/default/files/340_raffi_cp_22_centro_regulador_de_urgencias_medicas_de_nuevo_leon.xlsx">https://pbr-sed.nl.gob.mx/sites/default/files/340_raffi_cp_22_centro_regulador_de_urgencias_medicas_de_nuevo_leon.xlsx</a>
8	Agenda para el Desarrollo Sostenible 2030 <a href="https://agenda2030.mx/#/home">https://agenda2030.mx/#/home</a>
9	Plataforma Nacional de Transparencia – Estado de Nuevo León – Secretaría de Salud (DGC) – Apartado de Obligaciones Generales – Indicadores Estratégicos y de Gestión. <a href="https://consultapublicamx.plataformadetransparencia.org.mx/vut-web/faces/view/consultaPublica.xhtml#inicio">https://consultapublicamx.plataformadetransparencia.org.mx/vut-web/faces/view/consultaPublica.xhtml#inicio</a>
10	<a href="https://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/nl/poblacion/">https://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/nl/poblacion/</a>



## Anexo 4. Formato CONAC para la Difusión de los Resultados de las Evaluaciones.

1. Descripción de la Evaluación																																																																																																																																
1.1 Nombre de la evaluación: Evaluación Estratégica de la Matriz de Indicadores para Resultados del Programa Presupuestario <b>E340 CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS MÉDICAS DE NUEVO LEÓN.</b>																																																																																																																																
1.2 Fecha de inicio de la evaluación (dd/mm/aaaa): 22 de mayo de 2023.																																																																																																																																
1.3 Fecha de término de la evaluación (dd/mm/aaaa): 30 de junio de 2023.																																																																																																																																
1.4 Nombre de la persona responsable de darle seguimiento a la evaluación y nombre de la unidad administrativa a la que pertenece:																																																																																																																																
Nombre: C. José Carlos Hernández Caballero.					Unidad administrativa: Dirección de Presupuesto y Control Presupuestal, Secretaría de Finanzas y Tesorería General del Estado de Nuevo León.																																																																																																																											
C. Rodolfo Gallardo Lara.					Coordinación de la Unidad Técnica de Monitoreo y Evaluación, Secretaría de Finanzas y Tesorería General del Estado de Nuevo León.																																																																																																																											
1.5 Objetivo general de la evaluación:																																																																																																																																
Evaluar la pertinencia de las lógicas causales (vertical y horizontal) de las Matrices de Indicadores para Resultados (MIR) del <b>ejercicio fiscal 2022</b> de los Programas Presupuestarios ejecutados por las <b>Entes Públicos</b> del Gobierno del Estado de Nuevo León.																																																																																																																																
<b>Representación gráfica de una Matriz de Indicadores para Resultados</b>																																																																																																																																
																																																																																																																																
<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th rowspan="2">RESUMEN NARRATIVO</th> <th colspan="3">INDICADORES</th> <th rowspan="2">LINEA BASE</th> <th rowspan="2">METAS</th> <th rowspan="2">FUENTES DE INFORMACION</th> <th rowspan="2">MEDIOS DE VERIFICACION</th> <th rowspan="2">SUPUESTOS</th> </tr> <tr> <th>INDICADOR</th> <th>FORMULA</th> <th>FRECUENCIA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Impacto logrado</td> <td>FIN</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Resultado Intermedio</td> <td>PROPOSITO</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="3">Productos y servicios</td> <td rowspan="3">COMPONENTES</td> <td>1</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="9">Procesos</td> <td rowspan="9">ACTIVIDADES</td> <td>1.1</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1.2</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1.3</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.1</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.1</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.3</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.1</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.2</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.3</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>											RESUMEN NARRATIVO	INDICADORES			LINEA BASE	METAS	FUENTES DE INFORMACION	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS	INDICADOR	FORMULA	FRECUENCIA	Impacto logrado	FIN								Resultado Intermedio	PROPOSITO								Productos y servicios	COMPONENTES	1							2							3							Procesos	ACTIVIDADES	1.1							1.2							1.3							2.1							2.1							2.3							3.1							3.2							3.3						
	RESUMEN NARRATIVO	INDICADORES			LINEA BASE	METAS	FUENTES DE INFORMACION	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS																																																																																																																							
		INDICADOR	FORMULA	FRECUENCIA																																																																																																																												
Impacto logrado	FIN																																																																																																																															
Resultado Intermedio	PROPOSITO																																																																																																																															
Productos y servicios	COMPONENTES	1																																																																																																																														
		2																																																																																																																														
		3																																																																																																																														
Procesos	ACTIVIDADES	1.1																																																																																																																														
		1.2																																																																																																																														
		1.3																																																																																																																														
		2.1																																																																																																																														
		2.1																																																																																																																														
		2.3																																																																																																																														
		3.1																																																																																																																														
		3.2																																																																																																																														
		3.3																																																																																																																														

## 1. Descripción de la Evaluación

### 1.6 Objetivos específicos de la evaluación:

1. Valorar la lógica causal vertical de las MIR de los programas presupuestarios de los **Entes Públicos** del Gobierno del Estado del Nuevo León:

- ✓ Se deberán de examinar los vínculos causales de las MIR (de abajo hacia arriba entre los niveles de desempeño “objetivos”), por tanto, se validará lo siguiente:
  - Qué las Actividades para cada Componente son necesarias y suficientes para producir el Componente y que estén estructuradas de manera lógica y secuencial;
  - Qué los Componentes sean los suficientes para lograr el Propósito del Programa y que no se identifique la ausencia de Componentes en el Programa;
  - Qué si el Propósito del Programa se logra, este contribuirá al cumplimiento del Fin;
  - Qué el Fin se establezca como una contribución que dé respuesta a un problema o asunto público de relevancia para la población o área de enfoque afectada, y
  - Qué los objetivos de Fin, Propósito, Componentes y Actividades estén correctamente redactados en apego a lo que se establece en la **Guía para el diseño de la Matriz de Indicadores para Resultados de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP)**.

2. Valorar la lógica causal horizontal de las MIR de los programas presupuestarios de los **Entes Públicos** del Gobierno del Estado de Nuevo León:

- ✓ El conjunto Objetivo – Indicadores - Medios de Verificación define lo que se conoce como Lógica Causal Horizontal en la MIR, por tanto, se validará lo siguiente:
  - Que los medios de verificación identificados son los necesarios y suficientes para obtener los datos requeridos para el cálculo de los indicadores de desempeño;
  - Que los indicadores de desempeño definidos permiten hacer un buen monitoreo del Programa y evaluar adecuadamente el logro de metas de desempeño y objetivos, y
  - Que los indicadores de desempeño cumplen con lo que se establece en la **Guía para el Diseño de Indicadores Estratégicos** de la SHCP.

3. Analizar la estructura analítica de la MIR. La cual es una matriz cuatro por cuatro que incluyen resumen narrativo, indicadores, medios de verificación, fuentes de información y supuestos, así como los niveles del desempeño de Fin, Propósito, Componentes y Actividades.

4. Analizar y determinar la pertinencia de la alineación de las MIR con los objetivos de la Planeación del Desarrollo Estatal.

1.7 Metodología utilizada en la evaluación: La evaluación se realiza mediante un análisis de gabinete con base en:

La Metodología de la **Evaluación Estratégica de Matrices de Indicadores para Resultados (MIR)** está basada en las buenas prácticas llevadas a cabo y promovidas por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), agregando y adecuando elementos útiles para la toma de decisiones del Ente Público ejecutor del Programa.

Este tipo de evaluación solo consideró llevar a cabo análisis de gabinete; esto es, un análisis valorativo de la información contenida en registros administrativos, bases de datos, documentos oficiales, normativos y sistemas de información, entre otros; copiados y enviados como “fuentes de información” por parte de la Unidad Técnica de Evaluación (UTE), y remitida por ésta, a la Instancia de Evaluación Externa, constituida para efectos del proceso de evaluación como Instancia Técnica Evaluadora (ITE).

## 1. Descripción de la Evaluación

Para llevar a cabo el análisis de gabinete, la Instancia Técnica Evaluadora consideró la información contenida en las fuentes de información agrupadas en una Bitácora de Información; no obstante, estos documentos fueron enunciativos más no limitativos; por lo que también se recopiló información pública, dispuesta en los diferentes portales de internet que contienen información de transparencia presupuestal y gubernamental.

El enfoque de la metodología de análisis fue predominantemente cualitativo, con un alcance descriptivo y técnicas de investigación de análisis documental.

El análisis se fundamentó en la revisión sistemática de la información de las Matrices de Indicadores para Resultados. La ITE realizó un examen a partir de los datos establecidos, para verificar la base de la evidencia de una afirmación (niveles de objetivos de la MIR), buscando validar las lógicas causales vertical y horizontal de los programas presupuestarios, mediante métodos de observación que permitan determinar la objetividad con la que fueron diseñados los programas presupuestarios.

Asimismo, la evaluación identificó los principales hallazgos derivados del análisis de cada una de las preguntas metodológicas, en función de los objetivos y finalidades del Programa.

También, se incluye la identificación de las principales Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas para cada uno de los temas en evaluación, al mismo tiempo se emitieron recomendaciones específicas. Esto, con el propósito de enlistar las recomendaciones orientadas a mejorar la gestión y operación del Programa, denominadas “Aspectos Susceptibles de Mejora (ASM)”.

Finalmente, en la evaluación se presentan conclusiones por cada uno de los capítulos temáticos de evaluación, fundamentadas en el análisis de los resultados; incluyendo también un Resumen Ejecutivo de la Evaluación.

Instrumentos de recolección de información:

Cuestionarios \_\_\_ Entrevistas \_\_\_ Formatos \_\_\_ Otros X Especifique: Bitácora de Información (información de gabinete) e información consultada en páginas oficiales del Gobierno del Estado de Nuevo León.

Descripción de las técnicas investigación y/o modelos utilizados para la evaluación:

Para este proceso de evaluación la ITE utilizo:

**La Técnica de Investigación Cualitativa.** - Esta técnica nos permite llegar a soluciones fidedignas para los problemas planteados a través de la obtención, análisis e interpretación planificada y sistemática de los datos; y

**La Técnica de Investigación Documental.** - Esta técnica recopila los antecedentes a través de documentos gráficos oficiales o de trabajo, cualquiera que éstos sean.

## 2. Principales Hallazgos de la Evaluación

### 2.1 Describir los hallazgos más relevantes de la evaluación:

#### ***I.- Justificación del diseño del programa.***

- El Centro Regulador de Urgencias Médicas cuenta con un diagnóstico situacional correspondiente al ejercicio fiscal 2022, en el cual se documenta el problema público que se atiende con el programa, no obstante, no se encuentra validado por la Secretaría de Finanzas y Tesorería General del Estado.
- La definición de la problemática y las causas establecidas en el árbol de problemas se identifican como la ausencia de una solución, asimismo, los efectos se encuentran redactados como causas que pueden originar el problema central y no como consecuencias a raíz del problema.
- El CRUM define y cuantifica a través del diagnóstico situacional una población potencial, objetivo y atendida para los ejercicios fiscales 2021, que no se encuentra definida con base a la MML y que no es congruente con la población objetivo establecida en la Matriz de Indicadores para Resultados.
- La definición de la población objetivo “Personas (en situación de urgencia, emergencia y/o desastre)” de la MIR del Programa E340 Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León, difiere de la establecida en los dígitos “18” y que forma parte de la clasificación programática del programa, con base en el catálogo de beneficiarios de la Secretaría de Finanzas y Tesorería General del Estado.
- En el Diagnóstico Situacional del Programa se distinguen oportunidades de mejora en la identificación de programas complementarios y coincidentes con base en las definiciones establecidas por el CONEVAL.
- La vinculación de los objetivos de la MIR del Programa, con los medios – fines del árbol de objetivos, no se conectan en su totalidad, debido a que el objetivo de Fin no se vincula de manera directa con los fines del árbol; el Propósito sí es congruente con el planteamiento del objetivo del problema trasladado al árbol de soluciones, sin embargo, se redacta de manera incorrecta como la ausencia de una solución, los Componentes sí se encuentran vinculados a los medios, no obstante, se requiere mayor capacidad de análisis para identificar los correctos medios sustantivos que a su vez se transfieren a la MIR como bienes o servicios que otorga el Programa.

#### ***II.- Análisis de la lógica causal vertical.***

- Las actividades del Componente C1 no guardan una relación lógica y secuencial, lo cual dificulta el cumplimiento del objetivo.
- Las actividades de los Componentes C2 y C3 se consideran necesarias, pero no suficientes para el cumplimiento eficiente de cada uno de los componentes, ya que no se identifica el proceso sustantivo de la capacitación en ambos Componentes.
- Las actividades del Componente C4 son necesarias y suficientes para el cumplimiento del objetivo, sin embargo, dicho Componente no es un bien o servicio, sino una actividad sustantiva para producir los bienes y servicios de manera eficiente.
- De los cuatro componentes que integran la MIR del Programa, tres de ellos logran el Objetivo de Propósito de la MIR (C1. Atención médica vía telefónica otorgada; C2. Servicios de atención médica de emergencia a domicilio otorgados y C3. Servicios de traslados en ambulancias a unidades médicas otorgados).
- El Componente C4. Capacitación continua efectiva al público realizada (cursos, talleres, pláticas, reuniones y eventos), con base en el decreto de creación del CRUM, se identifica como una actividad sustantiva que deben de realizar los ejecutores del programa con la finalidad de producir de manera adecuada y eficiente los bienes y servicios que produce el Programa, aunado a que la población objetivo a la que va dirigido el Componente no es al público como lo menciona, sino a las personas que laboran en instituciones de salud pública, privada y social.
- La estructura del nivel del objetivo de nivel de Fin es adecuada a la MML, no obstante, se observa un objetivo similar con el objetivo de nivel de Propósito.
- Existen debilidades en la estructura de redacción con base en la Metodología de Marco Lógico de los objetivos del nivel de Componente C2, C3 y C4, sin embargo, la estructura metodológica de los objetivos de Fin, Propósito y Actividades, cumplen con la estructura de la Metodología de Marco Lógico.

## 2. Principales Hallazgos de la Evaluación

- Los supuestos de los niveles estratégicos de la MIR (Fin y Propósito), se describen como factores externos que de no cumplirse puede afectar al cumplimiento eficiente del objetivo.
- Los supuestos de los niveles de Componentes, se describen como factores externos que de no cumplirse puede afectar al cumplimiento eficiente del objetivo, excepto el del Componente C3.
- Los supuestos de los niveles de Actividad A3C1, A1C2, A1C3, A2C3 y A3C3 se describen como factores externos que de no cumplirse puede afectar al cumplimiento eficiente del objetivo, por otro lado, los supuestos de las Actividades A1C1, A2C1, A2C2, A3C2, A1C4, A2C4, A3C4 y A4C4, se describen en términos de suficiencia de recurso humano y económica, los cuales se encuentran a cargo de las unidades administrativas responsables de ejecutar el programa.
- El Programa cuenta con debilidades en su Lógica causal vertical, debido a que las actividades no son las suficientes para el logro de los Componentes, aunado a que éstos no se encuentran correctamente identificados, lo que a su vez limita el logro del Propósito del Programa y poder contribuir al objetivo de política pública.

### III.- Análisis de la lógica causal horizontal.

- De los diecinueve indicadores de desempeño que conforman la MIR del Programa E340 Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León, once cumplen en un 100% con las características de los criterios CREMAA, un indicador de desempeño cumple en un 80%, tres indicadores de desempeño cumplen en un 60% y cuatro indicadores de desempeño no cuentan con ninguna característica (0%).
- Los indicadores del nivel estratégico de la MIR (FIN y Propósito) cumplen en un 60% y 0% respectivamente con las características CREMAA, debido a que el indicador del nivel de objetivo de Fin no es relevante ni adecuado porque no provee de suficientes bases para medir el resultado del objetivo.
- El indicador de Propósito no es claro y no se identifica que mida resultado logrado del objetivo, además que, en la Ficha Técnica de Indicadores del Programa, en el apartado de descripción de las variables de la fórmula, éstas no son congruentes con el nombre del indicador.
- La Ficha Técnica de Indicadores del Programa, cuenta con más características de las establecidas en la Guía para el Diseño de Indicadores Estratégicos de la SHCP, lo cual la hace más completa.
- Algunos medios de verificación del Programa se observan en áreas externas a la ejecución del Programa y al Centro de Urgencias Médicas de Nuevo León, las cuales no resguardan la información de los indicadores de la MIR del Programa, además que no se encuentran descritos con las características básicas de redacción.
- Se observan oportunidades de mejora en la planeación y programación de metas, ya que más del 50% de las metas de los indicadores que conforman la MIR del Programa superó la meta al grado de que al cierre de ejercicio se identifican trece indicadores en semáforo rojo, tres en amarillo y tres en verde, además que existen indicadores programados por debajo del 100%.
- Derivado de que existen algunos indicadores de la MIR del Programa E340 Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León que no proveen de suficientes bases para medir el resultado del objetivo; así como los medios de verificación no se encuentran descritos con las características básicas de redacción, la Matriz de Indicadores para Resultados del Programa tiene deficiencias en su lógica causal horizontal.

### IV.- Contribución.

- El logro de los objetivos de Fin y de Propósito de la Matriz de Indicadores para Resultados del Programa Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León, se vinculan a los Objetivos de Desarrollo Sostenible de manera directa, debido a que se enfocan en incrementar la atención médica en urgencia, emergencia y/o desastres, por lo que contribuyen al Objetivo de Desarrollo Sostenible No 3. Garantizar una vida sana y promover el bienestar en todas las edades.

## 2. Principales Hallazgos de la Evaluación

- El Centro Regulator de Urgencias Médicas de Nuevo León, no reporta los indicadores a los que se refiere la fracción VII del artículo 95 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Nuevo León.

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

### 2.2.1 Fortalezas:

- Contar con un decreto de creación que establece las atribuciones del Centro Regulator de Urgencias Médicas de Nuevo León.
- Tener una Matriz de Indicadores para Resultados que permite evaluar y mejorar el diseño y la ejecución del Programa.
- Contar con el monitoreo y reporte de indicadores del Programa que permiten dar cumplimiento a la transparencia de la información.

### 2.2.2 Oportunidades:

- Mejorar el diseño del Programa (árboles de problemas, objetivos, MIR y Diagnóstico Situacional) con base en la Metodología de Marco Lógico y en la normatividad establecida por la Secretaría de Finanzas y Tesorería General del Estado.
- Realizar una mejor planeación y programación de las metas de los indicadores de la Matriz de Indicadores para Resultados del Programa.
- Reportar los indicadores estratégicos y de gestión solicitados en el artículo 95, fracción VII de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Nuevo León.

### 2.2.3 Debilidades:

- No observar las atribuciones establecidas en la normatividad del Centro Regulator de Urgencias Médicas de Nuevo León, para una mejor identificación de los niveles de objetivos de la MIR.
- Describir las actividades de la MIR, olvidando que son procesos descritos en forma cronológica y secuencial para la producción del bien o servicio.
- Los medios de verificación no son los que verifican la fuente de información del resultado del indicador.
- La ausencia de las características CREMAA en los indicadores de la MIR, además de la manifestación de algunas inconsistencias entre el nombre del indicador, su descripción y fórmula.
- La ausencia de una planeación adecuada de metas en los indicadores de la MIR del Programa.
- No reportar los indicadores estratégicos y de gestión solicitados en el artículo 95, fracción VII de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Nuevo León.

### 2.2.4 Amenazas:

- Ineficiencia en la aplicación de los recursos del programa al no tener clara las atribuciones del mismo y estar manifestadas en el diseño de los objetivos de la MIR.
- Al no contar con los medios de verificación correctos y direccionados al Centro de Coordinación Integral de Control, Comando, Comunicaciones y Cómputo del Estado (C-5), el presupuesto del programa podría ser redireccionado a otro Ente Público.
- Disminución del Presupuesto del Programa, debido a una baja eficiencia en la ejecución del Programa al contar con debilidades en el diseño de los indicadores y en la planeación y programación de metas.
- Observaciones por parte de Organismos de fiscalización al no reportar los indicadores estratégicos y de gestión indicados en el artículo 95, fracción VII de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Nuevo León.

### 3. Conclusiones y Recomendaciones de la Evaluación

#### 3.1 Describir brevemente las conclusiones de la evaluación:

De acuerdo con el análisis de la evidencia disponible, a partir de la información que fue entregada por el Centro Regulator de Urgencias Médicas de Nuevo León (CRUM) y por la Secretaría de Finanzas y Tesorería General del Estado (SFyTGE), así como de la información que fue posible recabar a partir de los diversos portales web consultados tanto del orden federal, como del estatal, es posible delinear las siguientes conclusiones:

#### I. Justificación del diseño del programa.

El Programa E340 Centro Regulator de Urgencias Médicas de Nuevo León, cuenta con un antecedente histórico que sustenta la creación del Programa, a través de un Diagnóstico Situacional que no tiene las suficientes características establecidas en la Guía para la Elaboración de Diagnósticos de los Programas Presupuestarios elaborada por la Secretaría de Finanzas y Tesorería General del Estado y que además no está validado por esta instancia.

Lo anterior, genera que existan definiciones y cuantificaciones incorrectas de las Poblaciones Potencial, Objetivo y Atendida del programa, así como debilidades metodológicas en la estructura de los árboles de problemas y objetivos y a su vez la vinculación adecuada con la Matriz de Indicadores para Resultados.

Así como también, es notorio la ausencia de utilizar como apoyo para la elaboración del programa, el decreto de creación del Centro Regulator de Urgencias Médicas de Nuevo León, al identificarse que la capacitación se encuentra dirigida a las personas que laboran en instituciones privadas, sociales y públicas de emergencia y que por lo tanto no es un Componente de la MIR, sino una actividad sustantiva para la producción de los bienes y/o servicios que entrega el programa.

#### II. Análisis de la lógica causal vertical.

La Matriz de Indicadores para Resultados cuenta con una débil lógica causal vertical, debido a que las actividades del Componente C1 no se encuentran redactadas en forma cronológica y secuencial y por consiguiente no son suficientes para la producción del componente; así como se identifica confusión y desconocimiento en las atribuciones del Ente Público encargado de la ejecución del programa, debido a que con base en la normatividad de la institución, no se observa que otorgue capacitación al público como así lo manifiesta en el Componente C4 Capacitación continua efectiva al público realizada (cursos, talleres, pláticas, reuniones y eventos), sino que va dirigida específicamente al personal que labora en instituciones de emergencia, por tanto, dicha capacitación no se observa como una actividad en los Componentes C2 Servicios de atención médica de emergencia a domicilio otorgados y C3 Servicios de traslados en ambulancias a unidades médicas otorgados; y por consiguiente el Componente C4 no es adecuado.

Además, que, si bien el objetivo de Propósito cuenta con la estructura metodológica adecuada, ésta debe ser mejorada, en términos de corregirse con base en la Metodología de Marco Lógico el planteamiento del problema y que no sea definido como la ausencia de una solución; y a su vez sea trasladado con una mejor estructura al objetivo de Propósito de la MIR.

Por otro lado, es importante que los ejecutores del programa, eviten duplicar objetivos entre los niveles de Propósito y Fin, aunado a que existen supuestos inadecuadamente planteados y que dependen de las unidades administrativas responsables de ejecutar el programa; lo que hace necesario un rediseño desde la definición de poblaciones Potencial, Objetivo y Atendida, Árboles de Problemas y Objetivos, así como una correcta correlación con los objetivos de la MIR, con el apoyo incuestionable en todo momento de la Guía para el Diseño de la Matriz de Indicadores para Resultados, así como de la normatividad del Ente Público.

### 3. Conclusiones y Recomendaciones de la Evaluación

#### III. Análisis de la lógica causal horizontal.

La Lógica causal horizontal carece de congruencia debido a que existen algunos medios de verificación de los indicadores de la MIR del programa que no corresponden a la fuente de información que corrobora su resultado, sino a una fuente externa. Sumado a que existen indicadores que no cumplen con todas las características de los criterios CREMAA, debido a que no miden el resultado del objetivo, no son claros y tienen inconsistencias entre su nombre, descripción y su fórmula de cálculo.

Existe debilidad en la planeación y programación de metas de los indicadores de la MIR debido a observarse más del 50% del resultado de las metas del programa en semáforo rojo y una programación deficiente en los indicadores programáticos, menor al 100%.

#### IV. Contribución.

El logro del Fin y Propósito de la MIR contribuyen de manera indirecta y están alineados al Objetivo de Desarrollo Sostenible No 3. Garantizar una vida sana y promover el bienestar en todas las edades; meta “3.8 Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos”.

El Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León, no reporta los indicadores a los que se refiere la fracción VII del artículo 95 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Nuevo León.

3.2 Describir las principales recomendaciones para los ASM identificadas:

No. de Pregunta Metodológica	Recomendación
1 y 3	Elaborar el Diagnóstico Situacional del Programa con base en las características establecidas en la Guía para la Elaboración de Diagnósticos de Programas Presupuestarios emitida por la Secretaría de Finanzas y Tesorería General del Estado de Nuevo León.
1, 3 y 8	Rediseñar los Árboles de Problemas y Objetivos, con base en la normatividad del Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León y en la técnica metodológica para la realización de los árboles y evitar confundir actividades como Componentes de la MIR.
9	Analizar, corregir y elaborar indicadores que midan el resultado del objetivo planteado, así como verificar que cumplan con las características de los criterios CREMAA, además de verificar que el nombre del indicador tenga correspondencia con su fórmula de cálculo y su descripción en la Ficha Técnica de Indicadores del Programa.
4, 5, 6, 7 y 8	Describir los supuestos de los objetivos de la MIR: A1C1, A2C1, A1C4, A2C4, A3C4 y A4C4; como un resultado positivo para el logro del Programa, entendiendo que de no cumplirse sería un riesgo que enfrenta el Programa y que está más allá del control directo de las unidades administrativas responsables de ejecutar este.
11	Describir los medios de verificación que comprueban el resultado del Indicador de la MIR del Programa, con las características establecidas en la Guía para el Diseño de Indicadores Estratégicos.
12	Programar en un 100% las metas de aquellos indicadores de gestión, así como analizar y definir cuidadosamente las metas de los indicadores de la MIR.
15	Reportar en el portal de Transparencia Presupuestaria, la información que corresponde al artículo 95, fracción VII de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Nuevo León.



4. Datos de la Instancia Evaluadora	
4.1 Nombre de los coordinadores de la evaluación:	José Juan Silva Vanegas - Humberto Zapata Pólito.
4.2 Cargo:	Director de Calidad - Asesor Externo en Gestión para Resultados.
4.3 Institución a la que pertenece:	Instituto Nacional de Administración Pública (INAP).
4.4 Principales colaboradores:	Lizeth Ramos Otañez (Evaluador Senior), Luis Fernando Esquivel de la Torre y Ileana Nathali Salazar Zapata.
4.5 Correo electrónico del coordinador de la evaluación:	jjsilva@cecapmex.com / humberto.zapata@iegfip.com
4.6 Teléfono (con clave lada):	(55) 6092 7580 / (33) 1601 6243

5. Identificación del (los) Programa(s)	
5.1 Nombre del (los) programa(s) evaluado(s): Programa Presupuestario <b>E340 CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS MÉDICAS DE NUEVO LEÓN.</b>	
5.2 Siglas: Clave Programática L19E18340	
5.3 Ente público coordinador del (los) programa(s): Centro Regulador de Urgencias Médicas - Secretaría de Salud.	
5.4 Poder público al que pertenece(n) el(los) programa(s): Poder Ejecutivo <input checked="" type="checkbox"/> Poder Legislativo <input type="checkbox"/> Poder Judicial <input type="checkbox"/> Ente Autónomo <input type="checkbox"/>	
5.5 Ámbito gubernamental al que pertenece(n) el(los) programa(s): Federal <input type="checkbox"/> Estatal <input checked="" type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/>	
5.6 Nombre de la(s) unidad(es) administrativa(s) y de (los) titular(es) a cargo del (los) programa(s):	
5.6.1 Nombre(s) de la(s) unidad(es) administrativa(s) a cargo de (los) programa(s):	
5.6.2 Nombre(s) de (los) titular(es) de la(s) unidad(es) administrativa(s) a cargo de (los) programa(s) (nombre completo, correo electrónico y teléfono con clave lada):	
Nombre: Víctor Manuel Santana Enríquez. victor.santana@saludnl.gob.mx 8181307000 ext. 82134	Unidad administrativa: Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León.

## 6. Datos de Contratación de la Evaluación

6.1 Tipo de contratación:

6.1.1 Adjudicación Directa \_\_\_ 6.1.2 Invitación a tres \_\_\_ 6.1.3 Licitación Pública Nacional \_\_\_

6.1.4 Licitación Pública Internacional \_\_\_ 6.1.5 Otro: (Señalar) **X** Convenio Específico de Colaboración.

6.2 Unidad administrativa responsable de contratar la evaluación: Dirección de Presupuesto y Control Presupuestal de la Subsecretaría de Egresos y Planeación Financiera, Secretaría de Finanzas y Tesorería General del Estado.

6.3 Costo total de la evaluación: \$793,429.14 (setecientos noventa y tres mil cuatrocientos veintinueve pesos 14/100 M.N., IVA incluido).

6.4 Fuente de Financiamiento: Recursos Fiscales.

## 7. Difusión de la Evaluación

7.1 Difusión en internet de la evaluación: <http://evalua-pbr.nl.gob.mx/index.php/evaluacion-de-desempeno/>

7.2 Difusión en internet del formato CONAC: <http://evalua-pbr.nl.gob.mx/index.php/evaluacion-de-desempeno/>



[nl.gob.mx](https://nl.gob.mx)

Programa Anual de Evaluación 2023.