



Evaluación en materia de Diseño



Programa **Anual** de
Evaluación 2020

Programa Médico en tu Casa

Secretaría de Salud del Estado de Durango



Evaluación en materia de Diseño



Programa **Anual** de
Evaluación 2020

Programa Médico en tu Casa

Secretaría de Salud del Estado de Durango

Evaluación en materia de Diseño del Programa Médico en tu Casa

Instituto de Evaluación de Políticas Públicas del Estado de Durango
Blvd. de las Rosas #151
Fraccionamiento Jardines de Durango
C.P. 34200
Durango, Durango

Citación sugerida:

Instituto de Evaluación de Políticas Públicas del Estado de Durango. Evaluación en materia de Diseño del Programa Médico en tu Casa: ineval, 2020.

DIRECTORIO

INSTITUTO DE EVALUACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS DEL ESTADO DE DURANGO

Consejo General **Juan Gamboa García**
Consejero

Isaura Leticia Martos González
Consejera

Emiliano Hernández Camargo
Consejero

Coordinaciones **Karla Gabriela Chávez Verdín**
Coordinadora de Administración y
Finanzas

Fátima Citlali Cisneros Güereca
Coordinadora de
Vinculación

Sergio Humberto Chávez Arreola
Coordinador de la Política de
Evaluación

Omar Ravelo Rivera
Coordinador de Seguimiento de la
Evaluación

**Equipo técnico de
la evaluación** Fátima Citlali Cisneros Güereca
Daniela Miroslava Villa Hernández
Jesús Josué Yañez Reyes

Resumen Ejecutivo

El Instituto de Evaluación de Políticas Públicas del Estado de Durango (Inevap) es el organismo constitucional autónomo encargado de realizar y coordinar las evaluaciones de las políticas y programas públicos que operan los poderes ejecutivo, legislativo y judicial, los órganos constitucionales autónomos, los municipios y las entidades paraestatales y paramunicipales del estado de Durango. El propósito del Inevap es generar información para mejorar las intervenciones públicas a partir del trabajo independiente, objetivo, transparente, colaborativo y de calidad.

Los Lineamientos Generales para la Evaluación de las Políticas Públicas y de los Programas Presupuestarios del Estado de Durango vigentes¹, establecen las bases para el cumplimiento de las funciones de evaluación del Inevap. De esta manera, se establece que las acciones de evaluación deben apegarse a los modelos de términos de referencia que emita el Inevap, los cuales definen la intervención pública, instrumentos, acciones, resultados y alcances que sean objeto de la evaluación.

La presente evaluación en materia de Diseño al Programa Médico en tu Casa (PMETC) de la Secretaría de Salud del Estado de Durango (SSD), tiene como objetivo valorar la pertinencia, relevancia y capacidad de la lógica e instrumentos de la intervención para alcanzar sus resultados esperados; lo anterior parte del enfoque formativo de la evaluación paradigma pragmático orientado al uso de los resultados del ejercicio evaluativo.

El PMETC se implementó en el estado de Durango desde 2017 como una réplica del modelo realizado en la Ciudad de México; bajo el criterio inicial de atender las colonias afectadas por el desbordamiento de la presa del Hielo, derivado de las precipitaciones pluviales que llegaron a los 97 milímetros en la capital de Durango ocasionando muertes y el desbordamiento de esta presa, en la zona noroeste de la ciudad. Después su objetivo se amplió para garantizar la salud de la población que padezca enfermedades crónico-degenerativas, que residan en la ciudad de Durango y que por sus condiciones físicas, mentales, económicas o sociales se encuentren imposibilitados para asistir por su propio pie a los centros de atención sanitaria de los servicios de salud a recibir orientación y atención médica.

Desde su inicio de operaciones, al primer trimestre del año el Programa Médico en tu Casa ha beneficiado a 4,857 pacientes, proporcionando el servicio de atención médica domiciliar. Esta intervención pública lleva el servicio a través de brigadas formadas por pasantes de medicina, enfermería, nutrición, psicología, trabajo social y terapia física; las brigadas son las responsables de desarrollar las visitas domiciliarias.

¹ Más información sobre Lineamientos Generales para la Evaluación de las Políticas Públicas y de los Programas Presupuestarios del Estado de Durango vigentes disponible en:
www.inevap.org.mx/nosotros

Las hipótesis que guían la evaluación en materia de diseño derivan del encuentro de las necesidades de información y los requerimientos de la intervención para alcanzar sus resultados. Estas hipótesis se vinculan con los objetivos y secciones de la evaluación y se responden a continuación.

Principales hallazgos

La intervención atiende un problema público prioritario y documenta los argumentos que justifican su atención.

Es posible considerar que la intervención atiende un problema público prioritario para la administración estatal, puesto que dentro de los documentos de planeación estatal se encuentra una alineación indirecta del Programa Médico en tu Casa para el logro de objetivos superiores. Por otro lado, se observó en la documentación del Programa, que este identifica las causas y efectos del problema público. Además, identifica las características de la población objetivo, potencial y atendida pero no las cuantifica. La intervención carece de argumentos documentados que justifiquen la atención del problema público que permitan asegurar su efectividad.

La intervención adopta estrategias e instrumentos capaces de atender el problema público mediante una lógica causal o teoría del cambio.

En la lógica causal construida por el Programa, se da por sentado que, a través del otorgamiento de consultas médicas y estudios se va a contribuir a mejorar la salud de la población en situación de vulnerabilidad de la ciudad de Durango. En la reconstrucción de la lógica causal del Programa de forma conjunta con los gerentes del Programa, se encontró como fin superior «contribuir a garantizar el derecho a la salud a través del acceso al servicio» acercando los servicios de salud a la descrita como población beneficiada; el cual también es congruente con el objetivo general y objetivos específicos determinados por el Programa.

Si bien el PMETC se implementó en doce entidades federativas (Aguascalientes, Ciudad de México, Chiapas, Chihuahua, Coahuila, Durango, Michoacán, Nuevo León, Quintana Roo, Sinaloa, Tabasco y Tlaxcala) resultó complejo encontrar información de los resultados de la implementación de estos. Por otro lado, existe alguna evidencia de intervenciones similares que dan cuenta de los esfuerzos que se realizan para solventar las dificultades derivadas de la sobreocupación hospitalaria y el aumento de las enfermedades crónico-degenerativas a través de los cuidados domiciliados. Que el Programa realice la selección de alternativas permite generar conocimiento de los distintos enfoques de servicios de atención médica domiciliaria y así determinar la estrategia más adecuada.

La intervención asigna los bienes y/o servicios que ofrece eficazmente y registra su destino.

La intervención determina sus beneficiarios y cuenta con criterios de inclusión y exclusión, sin embargo, este padrón no se encuentra públicos. Aun así, se considera como un método de asignación porque con base en estos criterios se determina si es o no un beneficiario. El

Programa lleva un registro de los beneficios identificando una serie de características que permiten observar si cumple con los criterios y el seguimiento del paciente.

La intervención prevé parcialmente instrumentos y mecanismos idóneos para medir y evaluar sus resultados.

La intervención prevé mecanismos para medir el logro de sus resultados, sin embargo, no especifica las metas de los indicadores que permiten monitorear el logro de la intervención, de igual manera no se documenta el proceso para alimentar dichos indicadores.

La intervención estima los recursos necesarios para su ejecución, sin embargo, no cuenta con una asignación presupuestal en la estructura programática.

La intervención carece de una asignación presupuestal. Los gerentes del Programa estiman una proyección anual de \$598,217.38, considerando que la mayoría del recurso humano que conforma la brigada de atención médica son prestadores de un servicio no remunerado.

La intervención identifica sus posibles complementariedades y coincidencias con otras.

El Programa identifica posibles complementariedades con el Programa de TELESALUD, la evaluación identifica coincidencias con otras intervenciones públicas que podrían ser analizados por los gerentes del PMETC para mejorar el servicio.

Propuesta de recomendaciones y observaciones

El informe de evaluación incluye una serie de observaciones y recomendaciones derivado de los hallazgos de la evaluación, estas se basan únicamente en el mejor diseño del Programa, considerando las siguientes:

- Formalizar la documentación normativa del Programa.
- Definir con claridad la cuantificación de la población potencial y objetivo del Programa, especialmente sobre los criterios relacionados con vulnerabilidades.
- Diseñar instrumentos documentados para conocer los resultados del Programa.
- Fortalecer los indicadores a fin de dar seguimiento y monitoreo integral al desempeño del Programa.

Contenido

Resumen Ejecutivo	2
Introducción.....	9
Descripción de la intervención evaluada	11
I. Justificación de la creación y diseño	13
II. Lógica de la intervención	17
III. Selección de beneficiarios y seguimiento	29
IV. Instrumentos de monitoreo y evaluación	34
V. Presupuesto y fuentes de financiamiento.....	39
V. Complementariedades o coincidencias	41
Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas.....	42
Propuesta de recomendaciones y observaciones	43
Conclusiones y valoración final	45
Referencias.....	47
Ficha de la evaluación.....	48
Anexos	50
Anexo 1. Carencia de acceso a los servicios de salud en Durango.....	50
Anexo 2. Enfermedades crónico – degenerativas.....	53
Anexo 3. Lógica causal.....	60
Anexo 4. Evidencia de la efectividad de la intervención	61
Anexo 5. Experiencias de intervención similares.....	62
Anexo 6. Fases del modelo de vinculación de Coneval.....	65
Anexo 7. Registro de inscripción de pacientes.....	69
Anexo 8. Proceso.....	70
Anexo 9. Colonias afectadas por el desbordamiento de la Presa del Hielo.....	71
Anexo 10. Zonas de atención del Programa Médico en tu Casa	72
Anexo 11. Cobertura.....	74
Anexo 12. Indicadores.....	78
Anexo 13. Complementariedades y coincidencias.....	83

Siglas y acrónimos

AMED	Programa de Atención Médica Domiciliaria
Coneval	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social
CURP	Clave Única de Registro de Población
EsSalud	Seguro Social de Salud de Perú
Inevap	Instituto de Evaluación de Políticas Públicas del Estado de Durango
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
LFPRH	Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria
MIR	Matriz de Indicadores para Resultados
MML	Metodología del Marco Lógico
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
OMS	Organización Mundial de la Salud
PAE	Programa Anual de Evaluación de las Políticas y de los Programas Públicos del Estado de Durango
PADOMI	Programa de Atención Domiciliaria
PED	Plan Estatal de Desarrollo
PEF	Presupuesto de Egresos de la Federación
PEMEX	Petróleos Mexicanos
PMETC	Programa Médico en tu Casa
POA	Programa Operativo Anual
ROP	Reglas de operación
SEDENA	Secretaría de la Defensa
SEMAR	Secretaría de Marina
SHCP	Secretaría de Hacienda y Crédito Público
SIC	Sistema de Información de Crónicos
SINBA	Sistema Nacional de Información Básica en Salud
SSD	Secretaría de Salud del Gobierno del Estado de Durango

Glosario

Atención primaria de salud	De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país.
Análisis de gabinete	Conjunto de actividades que involucra el acopio, organización y análisis de información concentrada en registros, bases de datos, documentación pública y/o información que proporcione la dependencia o entidad responsable del programa o fondo sujeto a evaluación.
Diagnóstico	Documento de análisis que busca identificar el problema que se pretende resolver y detallar sus características relevantes, y de cuyos resultados se obtienen propuestas de atención.
Evaluación	Análisis sistemático y objetivo de una intervención pública cuya finalidad es determinar la pertinencia y el logro de sus objetivos y metas, así como la eficiencia, eficacia, calidad, resultados, impacto y sostenibilidad.
Hallazgo	Evidencias obtenidas de una o más evaluaciones para realizar afirmaciones basadas en hechos que pueden ser fortalezas, oportunidades, debilidades y/o amenazas.
Indicadores	Expresión cuantitativa o cualitativa construida a partir de variables cuantitativas o cualitativas que proporciona un medio sencillo y fiable para medir logros, tales como el cumplimiento de objetivos y metas establecidas y reflejar el resultado o cambios en las condiciones de vida de la población o grupo de enfoque atendido, derivados de la implementación de una intervención pública.
Promoción de la salud	De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) permite que las personas tengan un mayor control de su propia salud. Abarca una amplia gama de intervenciones sociales y ambientales destinadas a beneficiar y proteger la salud y la calidad de vida individuales mediante la prevención y solución de las causas primordiales de los problemas de salud, y no centrándose únicamente en el tratamiento y la curación.

**Propuesta de
recomendaciones
y observaciones**

Sugerencias emitidas por el equipo evaluador derivadas de los hallazgos identificados en evaluaciones, cuyo propósito es contribuir a la mejora.

Introducción

En las últimas décadas, la mayoría de los países desarrollados y en particular los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), han acometido diversos reordenamientos del Sector Público con el fin de dar una respuesta más eficiente y eficaz a las exigencias sociales. Conscientes de la necesidad de reforzar y mejorar sus administraciones, los países han adquirido mayores compromisos con la transparencia pública y rendición, no sólo de cuentas, sino del conjunto de acciones y políticas públicas a los ciudadanos².

En este tenor, la evaluación de políticas públicas es un instrumento más al servicio de estas reestructuras que tienen como base la reorientación de las relaciones gobierno-sociedad y, que pretenden lograr un mejor rendimiento de las actuaciones públicas y ser valiosas herramientas para la redición de cuentas.

Tanto en el artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos como el artículo 20 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Durango se plasma que la protección de salud es un derecho de todos los mexicanos. Estos son el marco de la reglamentación que establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud en la Ley General en Salud y Ley de Salud del Estado de Durango. El Programa Médico en tu Casa busca ser una acción adicional del gobierno estatal para garantizar el derecho a la protección de salud.

Después de emitirse los resultados de la valoración de evaluabilidad 2020³, realizada por el Instituto de Evaluación de Políticas Públicas del Estado de Durango, Inevap, se determinó la conveniencia de evaluar el Programa Médico en tu Casa por la siguiente razón «se observa que los objetivos de la intervención son múltiples, y su población es amplia y diversa. Por ello, se considera pertinente replantear, en conjunto con sus responsables, su diseño. Por otro lado, se identifica que existe información documental sobre el diseño e implementación del Programa, así como registros del avance en el logro de sus objetivos; a saber, indicadores de desempeño, información sistematizada sobre sus beneficiarios, registro del avance en el logro de sus objetivos, etc. No obstante, se desconoce la suficiencia y calidad de dicha información».

En Durango, el Inevap, es el organismo constitucional autónomo encargado de realizar y coordinar las evaluaciones de los programas y políticas públicas que ejercen los poderes ejecutivo, legislativo y judicial, los organismos constitucionales autónomos, los municipios, las entidades paraestatales y paramunicipales de la entidad.

² Ministerio de Política Territorial y Administración Pública. Agencia Estatal de Evaluación de las Políticas de las Políticas Públicas y la Calidad de los Servicios, (2010). Fundamentos de Evaluación de Políticas Públicas

³ Más información sobre los resultados de la valoración de evaluabilidad 2020, disponible en: https://contenidos-inevap.s3.amazonaws.com/ProgramaAnualEvaluaciones/2020/resultados_evaluabilidad_2020.pdf

Para lograrlo, el Inevap emitió los Lineamientos Generales de la Evaluación de las Políticas y de los Programas Presupuestarios del Estado de Durango, estos tienen por objetivo establecer los métodos, directrices y bases para regular la evaluación de las políticas y de los programas públicos que operan los entes sujetos a la evaluación mencionados en el párrafo anterior. Apegando pues las practicas evaluativas a los modelos de términos de referencia que emite.

Los Términos de Referencia en materia de Diseño para la evaluación del Programa Médico en tu Casa tienen como objetivo valorar la pertinencia, relevancia y capacidad de la lógica e instrumentos de la intervención para alcanzar sus resultados esperados.

La evaluación en materia de Diseño debe explicar si la lógica e instrumentos de la intervención son congruentes y conducen al logro de sus objetivos. El equipo evaluador interpreto la información disponible, emitió juicios valorativos sobre la capacidad de la intervención para alcanzar sus resultados y propuso vías de mejora de su diseño.

Para ello, el equipo evaluador analizo la información documental pública y provista por los responsables de la intervención, así como la evidencia relacionada con el logro de sus objetivos. De igual manera realizó entrevistas personales o grupos de enfoque con los responsables de la intervención para recoger su experiencia y conocimiento y propiciar su compromiso con el ejercicio evaluativo.

La evaluación se integra por seis secciones conformadas por doce preguntas de investigación. La primera corresponde a la justificación de la creación y diseño, donde se exponen los argumentemos que justifican la atención del problema público. La segunda se refiere a la lógica de la intervención que observa la capacidad de las estrategias que implementa el Programa para atender el problema público. La tercera sección trata sobre los beneficiarios y el seguimiento. La cuarta sección aborda si la intervención prevé instrumentos y mecanismos idóneos para medir y evaluar sus resultados. La sección quinta aborda si la intervención estima y asegura los recursos necesarios para su ejecución. Por último, la sexta identifica las posibles complementariedades y coincidencias con otras intervenciones

Basados en que la evaluación se orienta al uso de los resultados esta expone las fortalezas oportunidades, debilidades y amenazas asociadas al Programa Médico en tu Casa, además de emitir una serie de recomendaciones y observaciones enfocadas a fortalecer el diseño de esta intervención pública.

Descripción de la intervención evaluada

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece en su artículo 4 que toda persona tiene derecho a la protección de salud. Por su parte la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Durango en su artículo 20 dice que «toda persona tiene derecho a la protección de la salud. El Estado, en el ámbito del Sistema Nacional de Salud garantizará los servicios de salud, en los términos dispuestos en la ley, los cuales deberán cumplir con los principios de disponibilidad, accesibilidad, transparencia, aceptabilidad, calidad, universalidad, equidad, eficiencia, eficacia y perspectiva de género. El sistema de salud promoverá la prevención de la salud, así como la atención integral y brindará cuidado especializado a los grupos vulnerables establecidos en la presente Constitución (...)».

En ese sentido la Secretaría de Salud del Estado de Durango replicó desde 2017 el modelo de atención del Programa Médico en tu Casa (PMETC) y así contribuir al cumplimiento de este mandato legal ya que este busca garantizar la salud de la población que padezca enfermedades crónico-degenerativas, que residan en la ciudad de Durango y que por sus condiciones físicas, mentales, económicas o sociales se encuentren imposibilitados para asistir por su propio pie a los centros de atención sanitaria de los servicios de salud a recibir orientación y atención médica.

Para garantizar el servicio de salud a través de las consultas médicas domiciliadas el Programa deberá observar los principios de:

- Democratización de la salud. Abatir la desigualdad en el acceso a los servicios médicos y fortalecer el derecho a la salud de los habitantes y promover el pleno desarrollo de las capacidades y potencialidades de los individuos.
- Universalidad. Garantizar a la población el derecho a la protección de su salud, independientemente de la situación económica, laboral y familiar.
- Equidad. Asegurar a toda la población igual acceso a los servicios existentes ante la misma necesidad de salud.
- Integralidad. Poner a disposición de la comunidad atención a la salud personal, familiar y de la colectividad, con acciones anticipatorias, promocionales, preventivas y restaurativas.
- Resolutivo. Atender el daño específico a la salud con una respuesta integral, completa y funcional de los servicios sanitarios en los aspectos organizativos, técnicos y de conocimiento.
- Escalonado. Ofrecer los servicios por niveles y garantizar la atención del individuo y su familia en la red de salud.
- Regionalizado. Establecer sistemas regionales de salud en el estado de Durango para acercar la atención al domicilio del usuario, estableciendo una red integral de servicios.
- Gratuidad de la atención. Ofrecer a la población en el estado de Durango el acceso gratuito a todos los servicios de la secretaría incluyendo atención ambulatoria y hospitalaria, de laboratorio y el otorgamiento de medicamentos.

- Seguimiento de pacientes en riesgo. - Apoyo domiciliario a los usuarios a los que se les han diagnosticado algún padecimiento.

El Programa cuenta con un documento donde se define la población que será sujeta a esta intervención, considerando los siguientes:

- Cualquier persona que, por su condición de salud, le imposibilite trasladarse a la unidad médica;
- Adultos mayores; Personas con algún tipo de discapacidad;
- Embarazadas sin control prenatal, y Enfermos postrados o con enfermedad en etapa terminal, y
- Personas en situación de abandono.

Además, se definen los servicios que otorga Médico en tu Casa a sus beneficiarios:

- Consultas médicas a domicilio, consultas de odontología a domicilio, consultas de nutrición a domicilio y consultas psicológicas a domicilio.
- Referencia de pacientes: referencia de mujeres embarazadas a su centro de atención y referencias a otros niveles de atención. Promoción de la salud: Pláticas y orientación a los pacientes visitados.

Desde 2017 a la fecha el Programa Médico en tu Casa ha beneficiado con 4,857 pacientes proporcionando el servicio de atención médica domiciliada.

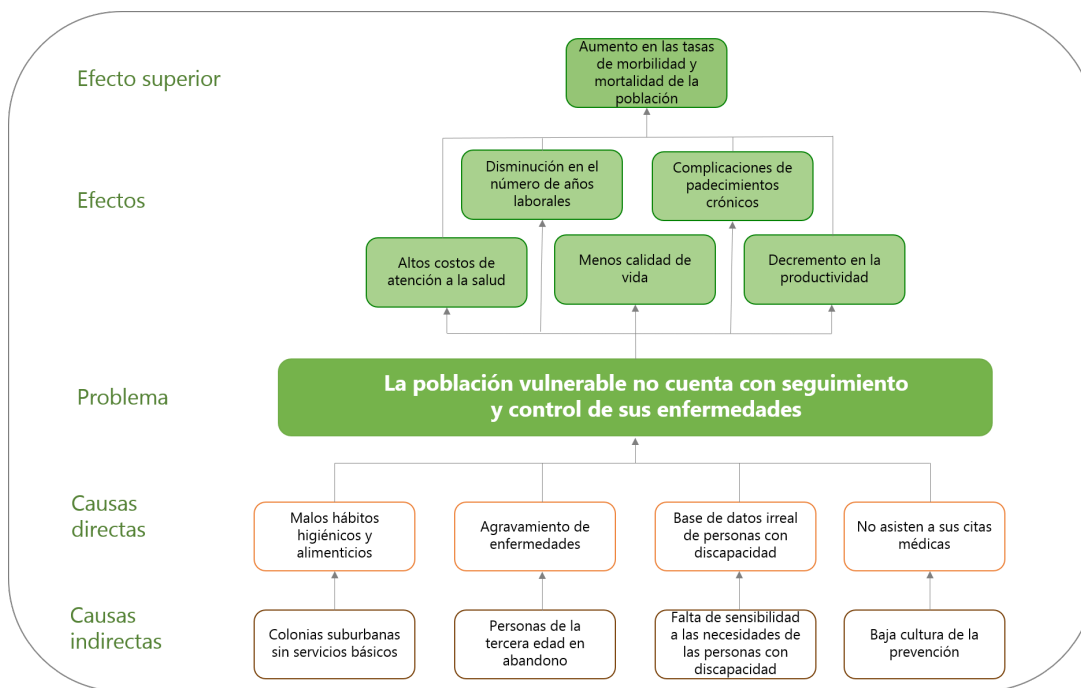
I. Justificación de la creación y diseño

1. ¿La intervención identifica, caracteriza y dimensiona el problema público que atiende?

La atención de un problema público justifica la acción del gobierno y orienta el diseño de una política o programa públicos. La definición de ese problema público debe reconocer cuál es la situación que se desea cambiar y por qué.

Identificar el problema ayuda a estructurar la intervención pública y contribuye a definir indicadores que permitan monitorear los logros del programa; para este caso, el problema público se formula como un hecho negativo que afecta a una población específica. A través de la documentación proporcionada por el Programa Médico en tu Casa, se evidencia la identificación del problema y sus casusas, como se muestra en la Figura 1.

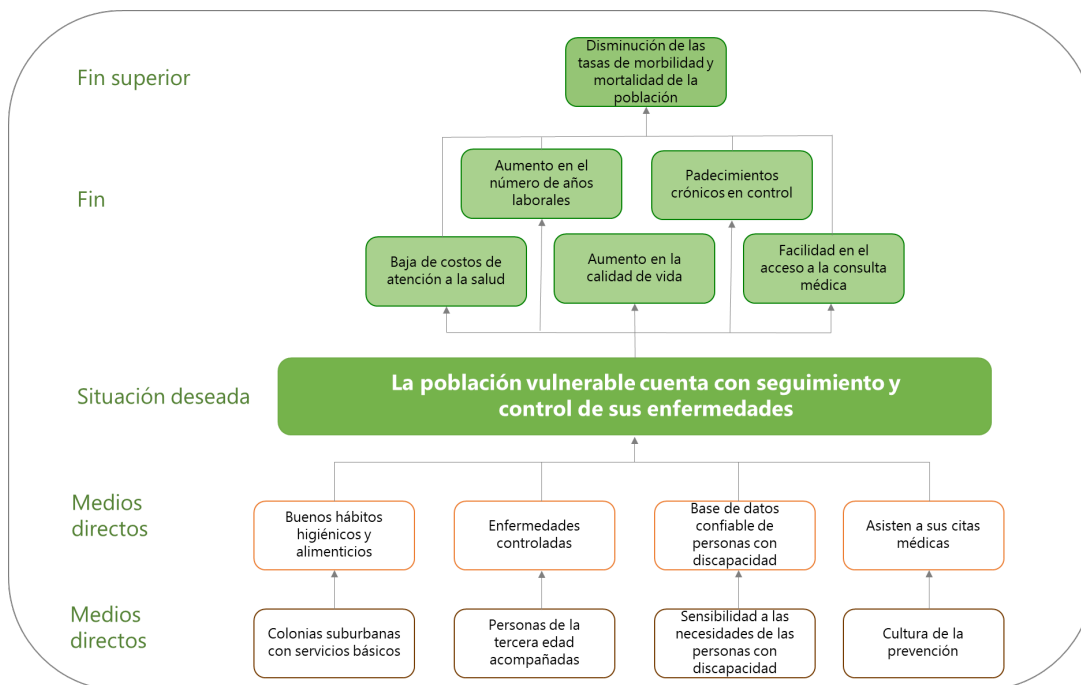
Figura 1.
Árbol del problema del Programa Médico en tu Casa, ejercicio fiscal 2020



Fuente: Elaboración propia con información del Programa Médico en tu Casa.

Además, se establece la situación que se desea cambiar (objetivo del programa), se identifica los medios para solucionar el problema público, y se definen alternativas de solución. Es así como el Programa Médico en tu Casa encontró efectos importantes como indicativo que el problema amerita atención a través de la acción de gobierno, como se muestra en la Figura 2.

Figura 2.
Árbol de objetivo del Programa Médico en tu Casa, ejercicio fiscal 2020



Fuente: Elaboración propia con información del Programa Médico en tu Casa.

El análisis de la población afectada por el problema permite precisar las características de los afectados por esa situación. Hacerlo resulta muy necesario para delimitar adecuadamente el conjunto de personas que serán beneficiadas por el Programa, esto cobra más relevancia cuando la administración pública se enfrenta con que los recursos son escasos y los problemas públicos son muchos.

El Programa Médico en tu Casa ha realizado un esfuerzo para construir unas Reglas de Operación del Programa (ROP), que den pauta a una buena implementación de este; no obstante, el documento es de uso interno ya que no se encuentra público en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Durango. En ese sentido, es importante que el Programa pueda concluir esta tarea pendiente ya que las ROP son un estándar de regulación para mejorar el desempeño de la intervención también contribuyen a la transparencia y rendición de cuentas, así como a los procesos de monitoreo y evaluación de las intervenciones públicas. De igual manera que pueda darse la publicación adecuada en la página de internet de la SSD así como los medios de comunicación que el Programa considere idóneos.

Se considera deseable que las ROP definidas por el Programa consideren y caractericen las particularidades del estado, contemplando los diversos factores, necesidades y condiciones

geográficas en cada región a la que se desea abarcar, así como la concurrencia con intervenciones estatales que permitan potencializar los efectos esperados.

En las ROP internas se puede identificar la población que será sujeta a esta intervención, considerando los siguientes:

- Cualquier persona que, por su condición de salud, le imposibilite trasladarse a la unidad médica.
- Adultos mayores.
- Personas con algún tipo de discapacidad.
- Embarazadas sin control prenatal.
- Enfermos postrados o con enfermedad en etapa terminal.
- Personas en situación de abandono.

Además, se definen las características para determinar la población potencial, población objetivo y población beneficiaria, Figura 3.

Figura 3.
Características para determinar la población potencial, población objetivo y población beneficiaria

Población Potencial	Población Objetivo	Población Beneficiaria
<p>Población vulnerable con padecimientos de enfermedades crónico-degenerativas, cáncer u otra enfermedad discapacitante, que, por sus condiciones físicas, mentales, sociales o familiares, no puede acudir a unidades de salud a recibir la atención médica integral con oportunidad y eficiencia.</p>	<p>Toda la población residente y/u originaria del estado de Durango atendiendo en primera instancia a personas de escasos recursos económicos que no cuenten con ninguna derechohabencia, que padezca alguna enfermedad crónico-degenerativa, cáncer con discapacidad, física o mental.</p>	<p>La población del estado de Durango con enfermedades crónico-degenerativas, con discapacidad que, por sus condiciones físicas, sociales y mentales, se encuentren con imposibilidades de acudir a recibir atención médica a las unidades de los Servicios de Salud del Estado.</p>

Fuente: Elaboración propia con información del Programa Médico en tu Casa.

Sin embargo, en la documentación del Programa Médico en tu Casa no es observable su cuantificación y localización. En ese sentido se presenta información de la posible cuantificación en el Anexo 1. Carencia de acceso a los servicios de salud en Durango, identifica a la población que carece de acceso a los servicios de salud, de acuerdo con el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, (Coneval). Además, en el Anexo 2 Enfermedades crónico – degenerativas, con información del documento de investigación «Efectos de la COVID-19 en la población con enfermedades crónicas en el

estado de Durango: obesidad, hipertensión y diabetes» (Inevap, 2020) se caracterizan las condiciones actuales de ciertas enfermedades crónicas para el caso del estado.

La intervención por sí sola busca reconocer la población vulnerable, no obstante, no se desagrega la información, según grupos de población como mujeres, niños y adolescentes, adultos mayores, indígenas, entre otros.

Con base en lo anterior, se entiende que la intervención busca garantizar la salud de la población que padezca enfermedades crónico-degenerativas y que residan en la ciudad de Durango y que por sus condiciones físicas, mentales, económicas o sociales se encuentren imposibilitados para asistir por su propio pie a los centros de atención sanitaria de los servicios de salud a recibir orientación y atención médica.

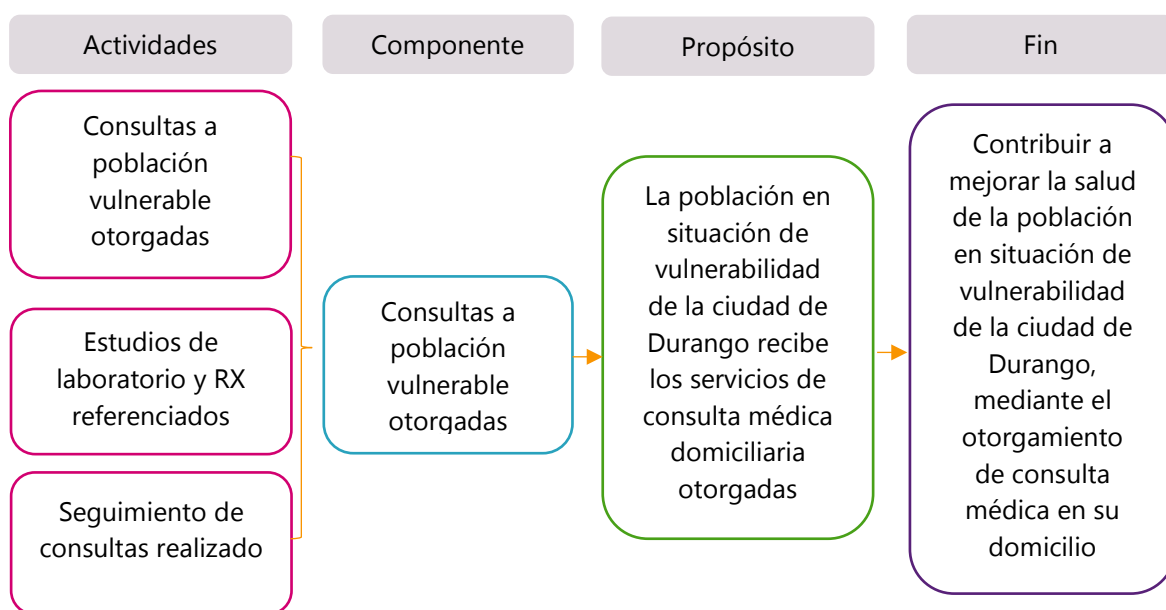
II. Lógica de la intervención

2. ¿La intervención identifica la cadena causal que la conecta con sus resultados esperados?

Encontrar la relación entre la intervención y los resultados esperados es la lógica causal. El Programa Médico en tu Casa tiene un modelo de lógica causal. Este modelo fue construido con base en la Metodología del Marco Lógico (MML) y tiene como instrumento la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR). El marco lógico representa una teoría del cambio que identifica cómo la acción pública puede alcanzar los objetivos planificados.

La Secretaría de Salud a través del Programa Servicios de Salud de Durango enmarca en el Anexo «B» de la Ley de Egresos del Estado Libre y Soberano de Durango para el Ejercicio Fiscal 2019, la lógica de las intervenciones del sector salud⁴. En ese sentido, el Programa Médico en tu Casa que es ejercido por la dependencia mencionada desarrolló, a través de los gerentes del programa, una MIR específica que explica los objetivos y la cadena causal de la intervención considerando elementos de referencia de la matriz global, como se muestra en la Figura 4.

Figura 4.
Lógica causal que identifica el Programa Médico en tu Casa



Fuente: Elaboración propia con información del Programa Médico en tu Casa.

⁴ Anexo «B» Ley de Egresos del Estado Libre y Soberano de Durango para el Ejercicio Fiscal 2019. http://congresodurango.gob.mx/Archivos/LXVIII/LeyesdeIngreso/2019/Anexo_matriz-indicadores%202.pdf

La intervención expone su lógica causal en el documento denominado Reglas de Operación del Programa Médico en tu Casa Ejercicio Fiscal 2020 en la sección 4.3. Matriz de Indicadores del Programa específicamente en los apartados 4.3.1. Desarrollo del árbol del problema y 4.3.2.1. Objetivo del árbol, con lo anterior la intervención busca responder a los objetivos estratégicos (Fin y Propósito) de la matriz global. Es importante mencionar que las reglas del programa deben ser actualizadas puesto que en el apartado 4.3. muestra una MIR distinta de la entregada al equipo evaluador como herramienta de planeación, la variación radica en el número y resumen narrativo de los componentes y actividades entre una y otra.

El diseño del Programa Médico en su Casa toma como referencia el mismo programa ejercido en la Ciudad de México en la administración 2012–2018 para responder al problema público identificado al otorgar los servicios de:

- a. Consultas médicas a domicilio, consultas de odontología a domicilio, consultas de nutrición a domicilio y consultas psicológicas a domicilio.
- b. Referencia de pacientes: referencia de mujeres embarazadas a su centro de atención y referencias a otros niveles de atención. Promoción de la salud: Pláticas y orientación a los pacientes visitados.

De lo que se esperaría de este Programa, con base en la evidencia se plasma en el Anexo 3 Lógica causal, se identifican los resultados inmediatos, intermedios y finales, los supuestos asociados a la cadena de resultados que puede no controlar el Programa y los riesgos de su trayectoria de implementación, refiriéndose a los recursos, actividades o eventos de la implementación de la intervención que puedes obstaculizar o evitar la realización de los vínculos causales de la cadena de resultados; los riesgos de la implementación son vigilados y controlados por la intervención.

3. ¿La intervención justifica la selección de su estrategia sobre otras alternativas?

A través de la documentación del Programa se identifica que este es una adaptación del extinto programa El Médico en tu Casa de la Ciudad de México, insignia de la administración 2012-2018 cuyo modelo de atención fue replicado en once entidades federativas por medio de convenios de colaboración. En total el programa se implementa en doce entidades federativas Aguascalientes, Ciudad de México, Chiapas, Chihuahua, Coahuila, Durango, Michoacán, Nuevo León, Quintana Roo, Sinaloa, Tabasco y Tlaxcala, Figura 5.

Figura 5.
Entidades federativas que replicaron el programa El Médico en tu Casa de la Ciudad de México



Fuente: Elaboración propia.

Para el caso de Durango, el Programa inició operaciones en 2017, sin embargo, es hasta el ejercicio fiscal 2020 que el Programa Médico en tu Casa cuenta con un documento propio que justifica su intervención donde se plasman las causas, efectos y características del problema o necesidad, así como características de la población afectada, este aún está sufriendo modificaciones para en un futuro someterlo a validación de las instancias correspondientes.

Las ROP son en este caso el documento que modela el diseño de la intervención ya que identifica antecedentes, descripción de la situación que se desea cambiar o modificar, objetivos de la intervención, criterios de inclusión y exclusión, cobertura, presupuesto entre

otros elementos que en suma contribuyen a una mejor toma de decisiones sobre la intervención.

Sin embargo, los responsables de la intervención a través de una serie de entrevistas semiestructuradas con el equipo evaluador precisaron que se carece de evidencia para el caso estatal, al respecto se realiza un análisis de selección de alternativas de solución viables, pertinentes y comparables que pueda determinar que es mejor realizar esta acción por encima de otra intervención.

Durante el ejercicio de evaluación, se identificó justificación teórica que sustenta el tipo de intervención. El cuidado domiciliario permite solventar las dificultades derivadas de la sobreocupación hospitalaria y el aumento de las enfermedades crónicas y degenerativas, ya que los programas de cuidado domiciliario abarcan diferentes niveles de complejidad que van desde la atención primaria en salud (promoción de la salud, prevención de la enfermedad, estrategias de atención en cronicidad) que es el caso del Programa Médico en tu Casa, e intervencionismo (ventilación mecánica, cuidado paliativo, heridas de gran complejidad), (Sánchez M, Fuentes G., 2016).

Lo anterior da cuenta que la atención médica en los domicilios es una estrategia adecuada para que los servicios de salud lleguen a cierta población en estado de vulnerabilidad. Es posible que los gerentes del programa encontraran la motivación antes expuesta para optar por esta estrategia y descartar otras vías que contribuyeran a resolver el problema. Sin embargo, se carece de evidencia que sustente algún análisis para la selección de esta alternativa. Cabe destacar que dicho análisis puede aportar elementos y evidencia de la funcionalidad de casos de éxito, así como la factibilidad más apropiadas para las condiciones del estado en pro de eficiente los recursos con los que cuenta.

4. ¿La efectividad de la estrategia de intervención ha sido probada empíricamente?

En México, se han impulsado las políticas públicas basadas en evidencia que permitan dar cuenta de sus resultados para ello se incorporan entre otros elementos, indicadores que muestren la efectividad y eficiencia de las intervenciones públicas.

Para que una intervención tenga resultados, su diseño y estrategia deben basarse en evidencia, no solo en relación con el problema o necesidad que se busca resolver, sino también con los efectos comprobados de intervenciones similares.

A saber, tanto la evidencia empírica como el desarrollo teórico son de gran importancia en el diseño y justificación de las políticas y programas públicos. Esta evidencia permite conocer aspectos importantes en la configuración de la intervención pública, tales como: naturaleza, alcance y dimensión del problema que se pretende atender; las características del contexto en que se busca intervenir; y las experiencias de intervenciones similares en otros contextos. Además, sostiene la argumentación de por qué es importante que el gobierno atienda el problema público y por qué se considera prioritario.

El Programa Médico en tu Casa no ha probado sus efectos atribuibles sobre el problema público con métodos que permiten hacer inferencias causales. En la documentación del Programa no es observable el sustento teórico o empírico para el diseño y selección de esta estrategia, sin embargo, como se mencionó en la pregunta de investigación número cinco hay estudios y experiencias de intervenciones similares que hacen uso de la atención médica en los domicilios en sus modalidades de atención primaria en salud e intervencionismo a fin de garantizar el derecho a la salud.

Por ejemplo, en Bogotá, Colombia, se puso en funcionamiento el Programa de Atención Médica Domiciliaria (AMED)⁵ con el objetivo de atender 1,500 pacientes mensuales que puedan recuperarse en sus hogares en un tiempo no mayor a 14 días, buscando disminuir el promedio de días de estancia de los pacientes en los hospitales, reducir la sobreocupación de los servicios de urgencias y disminuir el número de reingresos en hospitales.

El Seguro Social de Salud (EsSalud) de Perú implementó el Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI)⁶ dirigido a las personas adultas mayores en condición de vulnerabilidad aseguradas con discapacidad física o mental con imposibilidad de concurrir a los servicios ambulatorios que EsSalud brinda.

En México, el programa ha sido replicado en distintas entidades federativas, sin embargo, algunos tienen ciertas peculiaridades, por ejemplo, en Michoacán⁷ se excluye del programa

⁵ Mas información sobre el AMED en: <http://www.saludcapital.gov.co/Paginas2/Atencion-Medica-Domiciliaria.aspx>

⁶ Más información sobre el PADOMI en: <http://www.essalud.gob.pe/atencion-domiciliaria-padomi/>

⁷ Más información sobre Médico en tu Casa Michoacán en: <http://salud.michoacan.gob.mx/convocatorias/programa-medico-en-tu-casa/>

aquellos que ya cuentan con un servicio de salud como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR), caso contrario de Médico en tu Casa en Aguascalientes⁸ que está disponible también para personas derechohabientes de otro servicio de salud.

Además, en México, el IMSS proporciona atención médica domiciliaria a los derechohabientes que están imposibilitados, física o psíquicamente, para asistir a consulta externa, fundamentando jurídicamente este servicio en Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Ley General de Salud, Ley del Seguro Social, Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social y el Procedimiento para otorgar atención médica en Unidades de Medicina Familiar 2640-003-002.⁹

En lo que respecta al Anexo 4 Evidencia de la efectividad de la intervención que consideran los TdR en materia de diseño el equipo evaluador no identificó referencias que puedan considerarse evidencia sólida para cumplir con los criterios de este anexo. Por el contrario, el equipo evaluador se encargó de recopilar experiencias de intervención similares en términos de los objetivos que persiguen o del problema público que pretenden atender, del ámbito local, nacional e internacional. Para cada experiencia de intervención recopilada, se señalan sus objetivos, productos y resultados esperados, así como los logros y retos de su diseño el Anexo 5 Experiencias de intervención similares.

⁸ Más información sobre Médico en tu Casa Aguascalientes en: <https://www.lja.mx/2020/02/medico-en-tu-casa-el-programa-que-fortalece-el-sistema-de-salud-en-aguascalientes/>

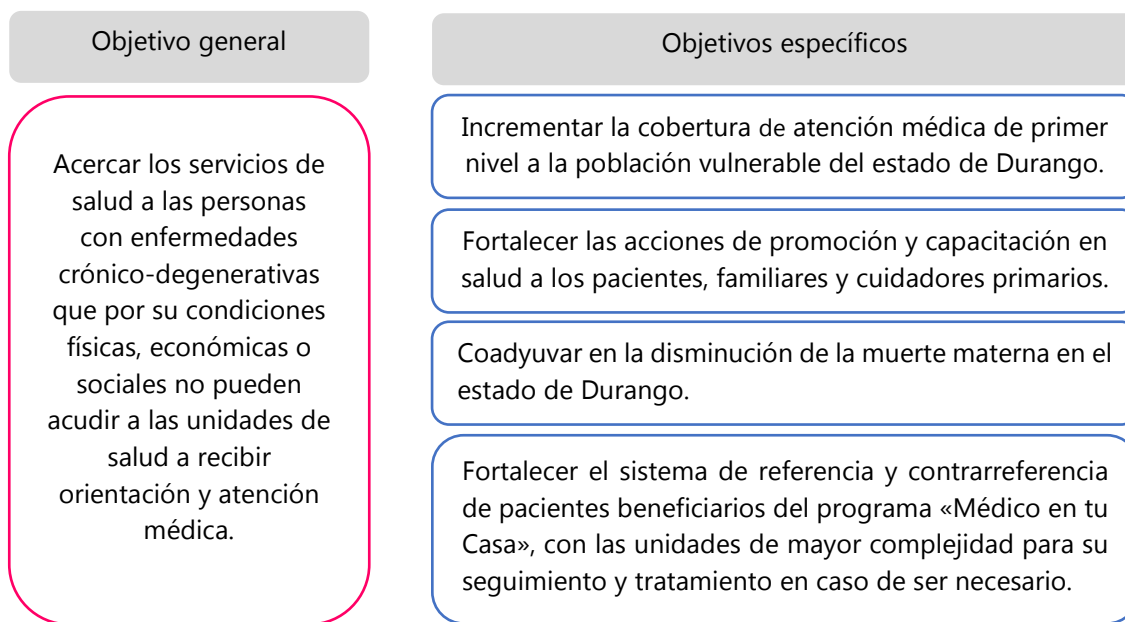
⁹ Más información sobre Atención Médica Domiciliaria del IMSS en: <http://www.imss.gob.mx/tramites/imss03019>

5. ¿Los objetivos de la intervención son congruentes con el problema público?

Si entendemos que un programa público es una intervención directa que busca resolver una realidad social, y que, cuando los gobiernos utilizan los programas públicos de forma conjunta logran la implementación de una política, en este caso la política de salud deberá aplicar un objetivo de interés público y es entonces que resulta fundamental que los objetivos de la intervención sean congruentes con el problema público.

En ese sentido, las reglas del Programa describen el objetivo general y objetivos específicos como se muestra en la Figura 6.

Figura 6.
Objetivo general y específicos del Programa Médico en tu Casa



Fuente: Elaboración propia con información del Programa Médico en tu Casa.

De lo anterior se identifica que el objetivo es único, describe qué servicio ofrece y a quién lo ofrece; en lo que respecta a los objetivos específicos no se observa consistencia sólida con la lógica causal descrita como se mostrará en la pregunta de investigación número seis.

Ahora bien, en los documentos de planeación se determina las prioridades estatales a las que responde el Programa para tener mayor claridad de cómo se contribuye al logro de lo planteado en los documentos de planeación así avanzar con prioridades claras y estrategia, en este caso se analizan el Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 (Tabla 2), Plan Estatal de Desarrollo PED 2016-2022 (Tabla 3) y el Programa Estatal de Salud 2017-2022 (Tabla 4) en el cual se establecen estrategias para lograr los objetivos planteados. Al realizar el análisis del documento de planeación en la operación del Programa se puede determinar la

vinculación que este tiene con el instrumento, la cual puede ser directa, indirecta o inexistente.

Tabla 2.
Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024

Objetivo	Estrategia	Línea de acción	Tipo de vinculación
II. Política Social	Salud para toda la población	Instituto Nacional de Salud para el Bienestar	Indirecta

Fuente: Elaboración propia con base en el Programa Estatal de Salud 2017-2022, disponible en https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5565599&fecha=12/07/2019

Tabla 3.
Plan Estatal de Desarrollo 2016-2022

Eje	Objetivo Institucional	Estrategia	Líneas de acción	Tipo de vinculación
	1. Desarrollo social con inclusión y equidad	5. Rehabilitación e inclusión social para todos	5.1. Brindar servicios médicos, rehabilitatorios y de alta especialidad a población vulnerable	Indirecta
2. Gobierno con sentido humano y social.	2. Bienestar social para el desarrollo	11. Garantizar los servicios de prevención de enfermedades, protección y promoción de la salud	11.2. Impulsar la cobertura de los servicios de salud en los diferentes niveles de atención médica, con esquemas novedosos	Indirecta
		13. Impulsar programas de salud para la población en situación de vulnerabilidad	13.1. Implementar acciones de salud para la atención de personas en situación de vulnerabilidad	Indirecta

Fuente: Elaboración propia con base en el Plan Estatal de Desarrollo PED 2016-2022, disponible en: <http://www.durango.gob.mx/plan-16-22/> .

Tabla 4.
Programa Estatal de Salud 2017-2022

Objetivo	Estrategia	Línea de acción	Tipo de vinculación ¹⁰
Objetivo 2. Asegurar el acceso efectivo a Servicios de Salud con calidad	Estrategia 2.1. Impulsar la cobertura de los servicios de salud en los diferentes niveles de atención médica, con esquemas que garanticen el acceso efectivo	2.1.5. Establecer servicios integrales para las personas con discapacidad, embarazadas, postradas y abandonadas que estén impedidas para acudir a una institución de salud a través del Médico en tu Casa	Indirecta

Fuente: Elaboración propia con base en el Programa Estatal de Salud 2017-2022.

Además, es importante reconocer la contribución que a nivel local puede tener este Programa con los Objetivos de Desarrollo Sostenible¹¹, en relación con el objetivo 3 «Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades» en específico con la meta 3.1 «Para 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos» y 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».

¹⁰ El tipo de vinculación de los objetivos del Programa con los objetivos de los instrumentos de planeación superior puede ser: directa (el logro de los objetivos del Programa es suficiente para cumplir el objetivo superior), indirecta (el logro de los objetivos del Programa contribuye al cumplimiento del objetivo superior) o inexistente (el logro de los objetivos del Programa no aporta al cumplimiento del objetivo superior).

¹¹ Más información sobre los Objetivos de Desarrollo Sostenible disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>

6. ¿La intervención cuenta con documentos que guíen su implementación?

En la Guía básica para vincular la Matriz de Indicadores para Resultados y las Reglas de Operación de los programas de desarrollo social elaborada por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval), indica que las «Reglas de Operación son disposiciones normativas que describen la mecánica de operación de un programa presupuestario. Este documento tiene como objetivo establecer de forma clara y precisa los elementos operativos que garanticen la administración de los recursos públicos con eficiencia, eficacia, economía, transparencia y honradez para el logro de sus fines y objetivos».

Cabe destacar que las ROP se encuentra reguladas por el artículo 77 de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria (LFPRH)¹² y su reglamento, así como el Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF).

Como ya se ha descrito en este informe el Programa Médico en tu Casa construyó unas Reglas de Operación del Programa para el ejercicio fiscal 2020 actualmente este documento es de uso interno ya que no se encuentra público en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Durango. El documento se encuentra constituido por los apartados que se muestran en la Tabla 5.

Tabla 5.
Apartados de las Reglas de Operación del Programa Médico en tu Casa

No.	Apartado de las ROP
1.	Introducción
1.1.	Glosario de términos
2.	Marco jurídico y programático
2.1.	Marco jurídico
2.2.	Marco programático
2.3.	Elementos estratégicos para la operación del Programa
3.	Orientación estratégica del Programa
3.1.	Misión
3.2.	Visión
4.	Objetivo general
4.1.	Objetivos
4.2.	Objetivos específicos
4.3.	Matriz de Indicadores del Programa
5.	Lineamientos
5.1.	Descripción
5.2.	Cobertura
5.3.	Población del Programa
5.4.	Criterios
5.5.	Servicios que se otorgan

¹² Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria disponible en:
http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LFPRH_191119.pdf

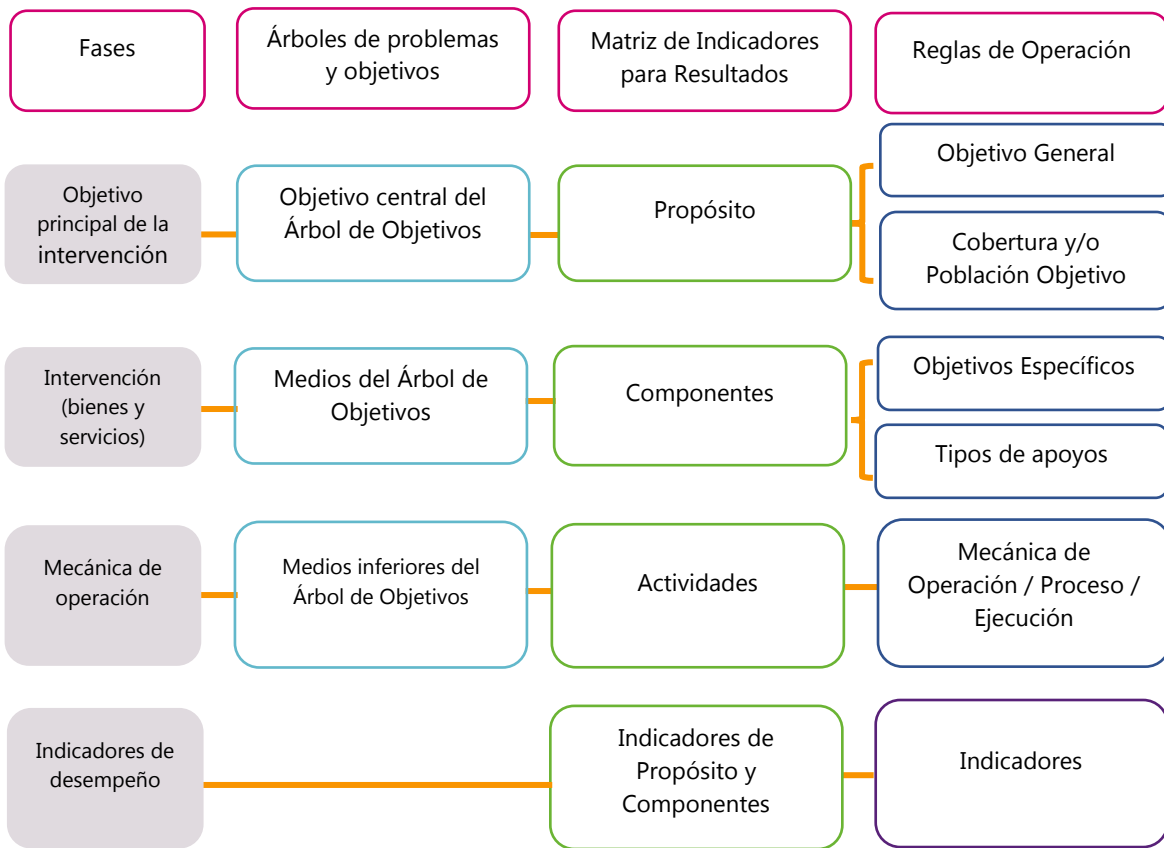
No.	Apartado de las ROP
	5.6. Derechos y obligaciones
	5.7. Instancias participantes de la Secretaría de Salud de Durango
6.	Operación
	6.1. Proceso de inclusión de colonias y localidades del Programa
	6.2. Rutas fijas de brigada
	6.3. Logística previa a la operación de la brigada
	6.4. Recursos humanos
	6.5. Referencias y contra referencias de pacientes
	6.6. Información de productividad
7.	Financiamiento
	7.1. Programación
	7.2. Ejercicio de los recursos
	7.3. Comprobación
8.	Auditoría, control y seguimiento
	8.1. Auditoría y control
	8.2. Seguimiento
9.	Evaluación
	9.1. Evaluación interna
	9.2. Evaluación externa
10.	Transparencia
	10.1 Difusión
	10.2. Contraloría social
	10.3 Quejas y denuncias
Nota: Marco programático; Elementos estratégicos para la operación del programa, y Descripción (Modalidad de atención) aún están en construcción.	
Fuente: Elaboración propia con información del Programa Médico en tu Casa.	

De acuerdo con el Coneval, el árbol de problema y objetivos, la MIR y las ROP son instrumentos metodológicos y normativos de diseño, operación y seguimiento que se retroalimentan entre sí para alinear las acciones de planeación, operación y seguimiento al logro del resultado que el Programa busca obtener.

El Coneval desarrolló un modelo de vinculación de cuatro fases que establece los principios básicos de articulación y coherencia entre los documentos que integran el proceso de diseño, operación y seguimiento de los Programas como se muestra en el Figura 7.

El equipo evaluador realizó el modelo de vinculación del Coneval para el Programa Médico en tu Casa, considerando las cuatro fases para contribuir con los gestores del programa a la mejora del diseño, seguimiento y operación, los resultados de la aplicación del modelo se observan en el Anexo 6 Fases del modelo de vinculación de Coneval.

Figura 7.
Modelo de vinculación del Coneval



Fuente: Elaboración propia con información de la Guía básica para vincular la Matriz de Indicadores para Resultados y las Reglas de Operación de los programas de desarrollo social desarrollada por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval).

III. Selección de beneficiarios y seguimiento

7. ¿La intervención documenta los criterios y procedimientos para asignar sus beneficios?

El Programa Médico en tu Casa establece en sus ROP que los beneficiarios de este podrán ser: cualquier persona que, por su condición de salud, le imposibilite trasladarse a la unidad médica; adultos mayores; personas con algún tipo de discapacidad; embarazadas sin control prenatal; enfermos postrados o con enfermedad en etapa terminal, y personas en situación de abandono. Además, indica los criterios de inclusión y exclusión que pueden ser observados en la Tabla 6. En relación con estos se prevé el cambio que corresponde al inciso «a» ya que en la entrevista con los gerentes del programa se puntualizó que la intervención solo se implementa en la ciudad de Durango ya que las jurisdicciones de salud en el estado son heterogéneas en sus características. De igual manera se observa que algunos aspectos del inciso «b» son considerados también como criterios adicionales, resultaría conveniente realizar una revisión para clarificar esos aspectos. En lo que refiere a los criterios de exclusión el inciso «a» habla de los documentos que deberá presentar el solicitante del servicio, sin embargo, en las ROP no se determinan cuáles son dichos documentos.

Tabla 6.

Criterios de inclusión y exclusión del Programa Médico en tu Casa

Criterios de inclusión

- a) No contar con servicio de seguridad social federal o estatal y radicar en el estado de Durango en cualquiera de sus municipios por medio de identificación oficial con domicilio en el estado
- b) Mujeres y adolescentes embarazadas sin control prenatal, personas adultas mayores, personas en situación de abandono, enfermos postrados o terminales, personas con discapacidad, sin seguridad social, laboral o cualquier persona que por su condición física y económica no puedan trasladarse a las unidades de salud
- c) Ser persona de escasos recursos
- d) Personas con enfermedades crónico-degenerativas postrados en cama
- e) Personas con discapacidad motriz, auditiva, visual y además con enfermedades incapacitantes y/o condiciones sociales y mentales que les impide acudir a unidades a recibir atención médica
- f) Mujeres y adolescentes embarazadas sin control prenatal
- g) Pacientes terminales postrados en casa

Criterios de exclusión

- a) Paciente que no acredite su inclusión con los documentos previamente solicitados
- b) No aceptación de atención médica o tratamiento por parte del enfermo o cuidador
- c) Contar con derechohabienta al IMSS o ISSSTE
- d) Proporcionar información falsa
- e) Cambio de domicilio

Fuente: Elaboración propia con información del Programa Médico en tu Casa.

El equipo evaluador no encontró evidencia de que los criterios plasmados se difundan de manera pública, sin embargo, sí son considerados un método de selección ya que a través del registro de inscripción se recoge información que identifica si el receptor del servicio

cumple con las características estipuladas en las reglas del Programa como se observa en el Anexo 7 Registro de inscripción de pacientes.

Los procedimientos establecen el orden lógico que deben seguir ciertas actividades para lograr un fin determinado, promueven la eficiencia y optimización en las tareas y fijan la forma de ejecución, los tiempos y responsables de las actividades. Contar con ellos ayuda a garantizar la operación y contribuye a la transparencia por ser una vía clara.

Con base en el análisis de la información asociada al Programa, el equipo evaluador documentó los posibles procesos de gestión de Médico en tu Casa para recibir, registrar y ejecutar el servicio en la Tabla 7, consultar Anexo 8 Proceso.

Tabla 7.

Datos que recoge el Programa Médico en tu Casa sobre los beneficiarios

#	Nombre del proceso	Actividades	Áreas responsables
1	Barrido por zona	1.1 Definición del alcance 1.2 Gestión de recursos para levantamiento 1.3 Ejecución	Coordinador General
2	Análisis de información	2.1 Identificación de pacientes potenciales	Coordinador Médico
3	Inscripción de pacientes	3.1 Invitación a participar en el Programa 3.2 Revisión de requisitos y documentación 3.3 Inscripción al padrón de beneficiarios	Coordinador Médico / Apoyo Administrativo
4	Definición de la estrategia de cobertura	4.1 Identificar y gestionar recursos humanos, insumos y materiales 4.2 Priorización de pacientes 4.3 Definir calendario de visitas (días, horarios y responsables) 4.4 Definir rutas para la visita	Coordinador General / Coordinador Médico
5	Ejecución de las visitas domiciliarias	5.1 Expedientes del paciente 5.2 Atención médica 5.3 Reporte de las visitas domiciliarias	Brigada / Chofer
6	Análisis estadístico	6.1 Cobertura 6.2 Trazabilidad de pacientes 6.3 Medición de indicadores	Coordinador General / Apoyo Administrativo

Fuente: Elaboración propia con información del Programa Médico en tu Casa.

Resulta relevante identificar que un proceso se define como un conjunto de actividades relacionadas entre sí o que interactúan, transformando elementos de entrada en elementos

de salida y que puede desglosarse en procedimientos que expliquen la forma detallada de cómo desarrollar el proceso, es deseable que los responsables de la intervención se apoyen de procedimientos, instructivos y manuales de operación para desarrollar los procesos identificados a través del análisis de la información del Programa.

En relación con la cobertura del Programa, el criterio inicial fue atender las colonias afectadas por el desbordamiento de la Presa del hielo derivado de las precipitaciones pluviales que llegaron a los 97 milímetros en la capital de Durango ocasionando decesos y el desbordamiento de esta presa, en la zona noroeste de la ciudad. Fue una racha de ocho horas de intensa caída de agua, por lo que las autoridades trabajaron para remediar la situación y apoyar a los afectados. El registro histórico existente en Durango por lluvia de la misma fuerza data de 22 años atrás, en septiembre de 1994, y es la segunda más fuerte desde la década de los años 40, la «*Declaratoria de Desastre Natural*» permitió identificar las colonias afectadas, Anexo 9 Colonias afectadas por el desbordamiento de la Presa del Hielo.

En busca de identificar la población objetivo «Toda la población residente y/u originaria del estado de Durango atendiendo en primera instancia a personas de escasos recursos económicos que no cuenten con ninguna derechohabencia, que padezca alguna enfermedad crónico-degenerativa, cáncer o discapacidad, física o mental», se realizó un barrido por zona a través de pasantes que se desarrollaban como prestadores de servicios social de las licenciaturas de medicina y odontología, el cual se desarrolló en siete zonas, (Anexo 10 Zonas de atención del Programa Médico en tu Casa), que permitieron identificar e integrar a pacientes con estas características para ser beneficiarios del Programa. Cabe destacar que las rutas están determinadas en orden de ingreso al Programa y sus colindancias para facilitar el acceso y optimizar los recursos humanos, materiales y financieros. Al concluir el levantamiento de información los responsables del Programa determinaron a los pacientes beneficiarios, y definieron diversas rutas para realizar las visitas domiciliarias, Anexo 11 Cobertura.

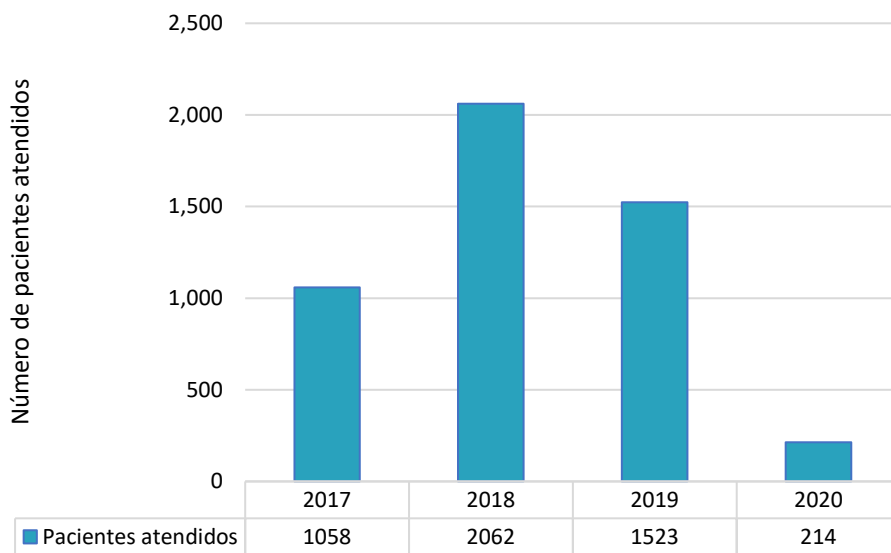
8. ¿La intervención registra el destino de sus beneficios y da seguimiento a sus beneficiarios?

El Programa Médico en tu Casa registra a quienes reciben el servicio que otorga; cada paciente se identifica a través de la Clave Única de Registro de Población (CURP) como un insumo que puede servir de clave única del beneficiario.

Algunos de los datos que el Programa recoge son: nombre con apellidos, sexo, fecha de nacimiento, CURP, número y fechas de consultas médicas que el beneficiado a recibido, estado civil, distingue el motivo de la consulta por enfermedad crónico-degenerativa y tipo de padecimiento o por embarazo en control prenatal, si el paciente tiene un tipo de discapacidad y cuál, cuáles medicamentos recibe, si es derechohabiente de algún servicio de salud, número telefónico y dirección, entre otros datos que son sistematizados a través de una base de datos de Excel.

A través del registro de beneficiarios se puede observar el número de pacientes atendidos de 2017 al primer trimestre de 2020 como se muestra en el Gráfica 1.

Gráfica 1.
Población beneficiada por el Programa de 2017 al primer trimestre de 2020



Nota: El año 2020 contempla datos hasta al 20 de febrero del año en curso.

Fuente: Elaboración propia con información del Programa Médico en tu Casa Ejercicio Fiscal 2020.

Se identifican hitos importantes para recabar y registrar información de los beneficiarios en los procesos de levantamiento del barrido por zona, inscripción de pacientes y ejecución de las visitas domiciliarias; los registros permiten generar la trazabilidad de los pacientes para dar seguimiento a su atención médica. En la Tabla 8 identificamos los principales registros identificados.

Tabla 8.
Registros del Programa Médico en tu Casa sobre los beneficiarios

No.	Acciones del registro
1	Registro de inscripción de pacientes
2	Hojas Diarias del Sistema Nacional de Información Básica en Salud (SINBA)
3	Sistema de registro oficial el SINBA
4	Tarjetón Sistema de Información de Crónicos (SIC)
5	Sistema de Información de Crónicos
6	Reporte de diario de visitas y pacientes atendidos
7	Expediente clínico

Fuente: Elaboración propia con información del Programa Médico en tu Casa.

Derivada de la naturaleza del Programa, este da seguimiento a sus beneficiarios a través de las propias consultas médicas domiciliadas que le permiten conocer del estado de salud del paciente beneficiado, para recolectar los cambios en los pacientes el Programa se vale de las notas de evolución que pueden ser médica, enfermería, nutrición, dental, entre otras y que forman parte de la historia clínica, los registros se llevan por los responsable de cada materia de la brigada médica y entregados al coordinador médico para que las consideraciones ingresadas en las notas de evolución puedan ser referencias en la siguiente consulta y sirva como referencia en la reunión que se realizan diariamente previo a la salida de las brigadas a las zonas de atención.

El personal de la brigada registrará las actividades a través de sus Hojas Diarias del SINBA de acuerdo con su profesión, las cuales se registrarán dentro del Sistema de Registro Oficial el SINBA de la Unidad que corresponda de acuerdo con la ubicación del domicilio de atención del paciente. El personal de la brigada registrará también en el Tarjetón SIC (Sistema de Información de Crónicos), la atención correspondiente de los pacientes, información que será ingresada al SIC de acuerdo con el domicilio y correspondiente al Catálogo de Clave Única de Establecimientos de Salud, CLUES, de cada paciente. El coordinador de la brigada solicita diariamente reporte de diario de visitas y pacientes atendidos.

Es importante considerar que para México existe el Padrón General de Salud¹³ que tiene como objetivo establecer las bases para la gestión de identidad en salud. Este padrón integra información de los afiliados y/o derechohabientes del IMSS, ISSSTE y Pemex.

Si bien no existe evidencia del impacto que tiene la intervención, resulta relevante que se pueda dar seguimiento a la evolución de los beneficiarios contemplando la atención proporcionada, el comportamiento de cambio, la periodicidad de las visitas y la duración que se contempló al paciente dentro del alcance de la intervención, lo anterior en busca de dar seguimiento al propósito con el que se desarrolla la intervención pública.

¹³ Más información sobre el Padrón General de Salud disponible en:
<https://www.gob.mx/mexicodigital/articulos/padron-general-de-salud-142905>

IV. Instrumentos de monitoreo y evaluación

9. ¿Los instrumentos y mecanismos de medición de la intervención permiten monitorear y evaluar el logro de sus resultados?

La Guía para el diseño de Indicadores Estratégicos de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP)¹⁴ indica que la MIR es un instrumento para el diseño, organización, ejecución, seguimiento, evaluación y mejora de los programas, resultado de un proceso de planeación realizado con base en la MML. Esta incorpora los indicadores que miden los objetivos y resultados esperados, y que son también un referente para el seguimiento y la evaluación.

Además, menciona que un indicador de desempeño es la expresión cuantitativa construida a partir de variables cuantitativas o cualitativas, que proporciona un medio sencillo y fiable para medir logros (cumplimiento de objetivos y metas establecidas), reflejar los cambios vinculados con las acciones del programa, monitorear y evaluar sus resultados.

Como se mencionó en la pregunta de investigación número dos el Programa Médico en tu Casa tiene una MIR específica que explica los objetivos y la cadena causal de la intervención considerando elementos de referencia de la matriz global de la Secretaría de Salud del Gobierno del Estado de Durango, esta puede valorarse en la Tabla 9.

Tabla 9.
MIR del Programa Médico en tu Casa

	Resumen narrativo	Indicadores	Medios de verificación	Supuestos
Fin	Contribuir a mejorar la salud de la población en situación de vulnerabilidad de la ciudad de Durango, mediante el otorgamiento de consulta médica en su domicilio.	Tasa de variación en la mortalidad estatal.	<ul style="list-style-type: none"> Reporte del Sistema Nacional de Información Básica en Salud (SINBA). Registros del responsable del Programa. 	Que exista población con discapacidad, de la tercera edad y embarazadas en riesgo.
Propósito	La población en situación de vulnerabilidad de la ciudad de Durango recibe los servicios de consulta médica domiciliaria.	Porcentaje de cobertura de población vulnerable.	Registros del responsable del Programa.	La población en situación de vulnerabilidad acepta los servicios de consulta médica.

¹⁴ Más información de la Guía para el diseño de Indicadores Estratégicos de la SHCP disponible en: <https://www.gob.mx/shcp/documentos/guia-para-el-diseno-de-indicadores-estrategicos>

	Resumen narrativo	Indicadores	Medios de verificación	Supuestos
Componente	C1. Consultas domiciliadas otorgadas.	Porcentaje de consultas otorgadas.	<ul style="list-style-type: none"> Reporte del Sistema Nacional de Información Básica en Salud (SINBA). Registros del responsable del Programa. 	La población en situación de vulnerabilidad acepta las consultas.
		$\frac{\text{Consultas Otorgadas a personas con discapacidad}}{\text{Total de consultas otorgadas}} \times 100.$		
Actividades	A1. C2. Consultas a población vulnerables.	$\frac{\text{Consultas Otorgadas a personas de la tercera edad}}{\text{Total de consultas otorgadas}} \times 100.$	<ul style="list-style-type: none"> Reporte del Sistema Nacional de Información Básica en Salud (SINBA). Registros del responsable del Programa. 	La población vulnerable acepta las consultas domiciliadas.
		$\frac{\text{Consultas Otorgadas a embarazadas en riesgo}}{\text{Total de consultas otorgadas}} \times 100.$		
	A2. C1. Estudios de laboratorio y RX referenciados.	Porcentaje de estudios de apoyo al diagnóstico realizados.	<ul style="list-style-type: none"> Reporte del Sistema Nacional de Información Básica en Salud (SINBA). Registros del responsable del Programa. 	El paciente acepta que le realicen los estudios de apoyo al diagnóstico que requiere.
	A3. C1. Seguimiento de consultas realizado.	Porcentaje de seguimientos realizados.	Registros del responsable del Programa.	El paciente acepta el seguimiento.

Fuente: Elaboración propia con información del Programa Médico en tu Casa.

La información proporcionada por el Programa no da cuenta de los criterios que utilizaría para establecer metas, así como de la existencia de estas para los indicadores expuestos en la Tabla 9.

En ese sentido se buscó de forma adicional en la página de transparencia de la SSD <http://transparencia.durango.gob.mx/SSD/7> en el apartado de Metas y objetivos de las áreas para conocer si existían indicadores adicionales que señalaran las metas del Programa en donde no se encontró relación directa en los 91 indicadores asociados ya que estos no identifican a qué área de la secretaría corresponde, por lo señalado se considera que puede estar asociado al número 54 que refiere a *Consultas realizadas ÷ Consultas programadas* $\times 100$.

La Guía para el diseño de Indicadores Estratégicos de la SHCP sugiere que los indicadores desempeño deberán contar con una ficha técnica, la cual deberá contener los siguientes elementos mínimos para su adecuado seguimiento y evaluación:

- Nombre del indicador.
- Dimensión a medir.
- Definición.
- Método de cálculo.
- Unidad de medida.
- Frecuencia de medición.
- Línea base.
- Metas.
- Sentido del indicador.
- Parámetros de semaforización

La información disponible de los indicadores del Programa Médico en tu Casa solo cuenta con dos de los elementos enunciados, nombre del indicador y método de cálculo. Además, las ROP no describen el procedimiento para alimentar los indicadores, es explícito que el medio de verificación es a través de los repostes en el Sistema Nacional de Información Básica en Salud, sin embargo, no es explícito el procedimiento para la obtención de dichos reportes.

Del análisis de los indicadores del Programa se puede observar que para la mayoría de ellos no está en duda lo que estos pretenden medir, pero es difícil apreciar la relación directa con los objetivos del Programa limitándose a la relación que guardan con la MIR lo anterior limita que se dé cuenta de los resultados esperados por la intervención, así como de la eficiencia de sus procesos.

Además, el equipo evaluador valora la calidad y validez de los indicadores de desempeño de la intervención según el Anexo 12 Indicadores. La valoración técnica se realiza bajo las siguientes definiciones de las dimensiones y criterios:

- Calidad
 - Claridad, el indicador es preciso e inequívoco.
 - Relevancia, el indicador refleja una dimensión importante del logro del objetivo.
 - Economía, la información necesaria para generar el indicador está disponible a un costo razonable.

- Monitoreabilidad, el indicador puede sujetarse a una verificación independiente.
- Adecuación, el indicador aporta una base suficiente para evaluar el desempeño.
- Validez¹⁵
 - Validez interna, el indicador mide con suficiencia el objetivo al que está asociado.
 - Validez externa, la medición del indicador es aplicable en otros contextos.
 - Validez por valor aparente, existe consenso de que el indicador mide con suficiencia el objetivo al que está asociado.
 - Consistencia intertemporal, la medición del indicador es estable en el tiempo o los movimientos erráticos pueden justificarse.
 - Consistencia interobservacional, el indicador puede ser replicable por otras entidades o personas.

¹⁵ La selección de estos criterios se basa en los criterios para valorar la investigación en ciencias sociales. Para más detalle, ver Bryman, A. (2016). *Social Research Methods*. Oxford University Press.

10. ¿La intervención cuenta con mecanismos para dar a conocer sus resultados?

La importancia de la transparencia y la rendición de cuentas en la gestión pública radica en que todas las decisiones gubernamentales y administrativas deberán estar al alcance del público en forma clara, accesible y veraz. De esta manera, el presupuesto gubernamental estará bajo constante escrutinio, favoreciendo el apego a la Ley, a la honestidad y a la responsabilidad de las instituciones y servidores públicos (CEENL, 2005).

El artículo 6 de la Constitución de la Política de los Estados Unidos Mexicanos y 29 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Durango enmarcan la transparencia y acceso a la información pública.

El Programa Médico en tu Casa establece en las ROP que estará sujeto a lo establecido en la Ley de Transparencia, Acceso a la Información Pública del Estado de Durango y el Reglamento de la Ley al ingresar a la página de transparencia de la Secretaría no se encontró más evidencia de información relacionada al Programa que la citada en la pregunta de investigación número nueve.

Además, las ROP estipulan en el numeral 10 denominado Transparencia que la SSD actualizará de manera constante la información correspondiente a este Programa a través de su portal de internet información que es considerada inexistente por el equipo evaluador ya que de los 54 trámites y servicios que enlista dicho sitio de internet ninguno de estos hace referencia al Programa Médico en tu Casa.

Sin embargo, se reconoce que el registro sistemático que lleva el Programa sobre los beneficiarios del servicio puede ser considerado un instrumento que permita dar cuenta de los resultados de la intervención, importante es mencionar que este documento es de carácter interno para los gerentes del programa. De lo anterior radica la importancia de contemplar en las reglas del Programa Médico en tu Casa una política de privacidad (aviso de privacidad) instrumento por el cual establecería las condiciones para tratar los datos personales que recaban y que son necesarios para el desarrollo de sus funciones.

Es relevante que el Programa fortalezca sus mecanismos de transparencia y difusión de resultados para dar cuenta de estos a la sociedad. Considerando que la transparencia es una parte de la rendición de cuentas, pues mientras que transparentar significa que la información se encuentra publicada en una vitrina a la vista de todos, la rendición de cuentas va más allá, es un proceso que tiene una metodología obligatoria para el manejo y administración del erario (CEENL, 2005).

V. Presupuesto y fuentes de financiamiento

11. ¿La intervención estima y asegura los recursos necesarios para su implementación?

Si bien la intervención comienza operaciones en 2017, esta carece de un presupuesto asignado para su ejecución, en entrevista con los responsables del programa se menciona que se incluirá Médico en tu Casa en la programación presupuestal para 2021 de la SSD. Los insumos para desarrollar la intervención se describen y caracterizan en el documento denominado Programa Operativo Anual (POA) Médico en tu Casa con una proyección anual correspondiente a \$598,217.39 pesos, Tabla 10, sin embargo, es indispensable se contemplen insumos que garanticen las medidas sanitarias de protección.

Tabla 10.
Proyección presupuestal anual para el Programa Médico en tu Casa
Pesos

Insumo	Periodicidad	Presupuesto anual
Material y útiles de oficina	Trimestral	20,097.39
Vestuario y uniformes	Trimestral	8,000.00
Equipo médico	Trimestral	22,080.00
Combustibles	Trimestral	72,240.00
Vehículos	Anual	400,000.00
Equipo de oficina	Trimestral	56,000.00
Muebles de oficina	Trimestral	19,800.00
Total		598,217.39

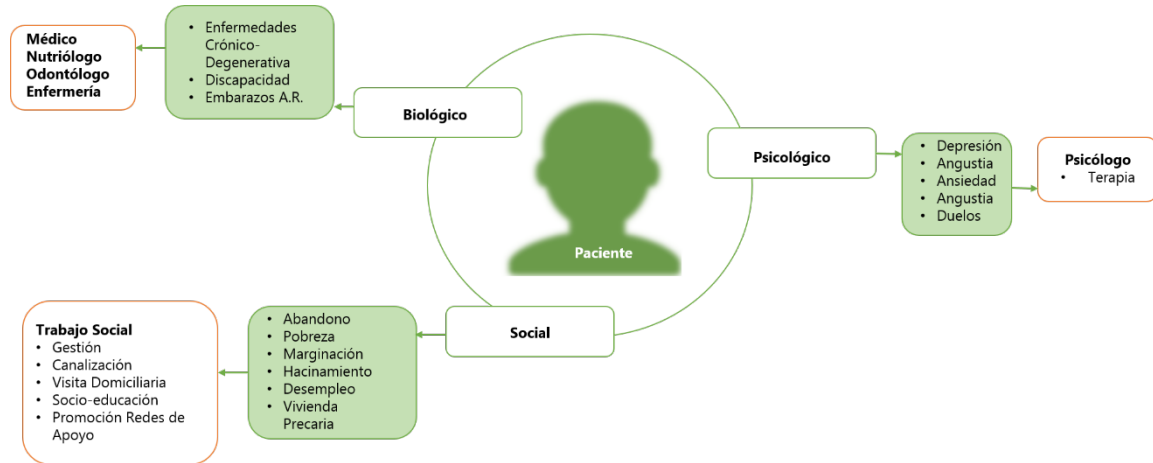
Fuente: Elaboración propia con información del Programa Médico en tu Casa.

Los recursos necesarios para la ejecución del Programa no solo son materiales, también se contemplan recursos humanos con una estructura orgánica adscrita a la SSD, asimismo personal médico pasante de diferentes facultades que conforman las brigadas responsables de desarrollar las visitas domiciliarias, según las ROP del Programa, las brigadas se deben conformar por diversas disciplinas:

1. Médico/a General
2. Auxiliar de Enfermería
3. Promotor/a de Salud
4. Nutriólogo/a
5. Psicólogo/a
6. Odontólogo/a
7. Trabajador Social
8. Técnico/a en Terapia Física

Con la estructura definida para las brigadas se determina el modelo de atención del Programa como se muestra en la Figura 8.

Figura 8.
Modelo de atención del Programa Médico en tu Casa con relación a la conformación de brigadas



Fuente: Elaboración propia con información del Programa Médico en tu Casa.

V. Complementariedades o coincidencias

12. ¿Con qué otras intervenciones y en qué aspectos puede existir complementariedad o coincidencia?

La complementariedad entre las intervenciones públicas representa oportunidades para aumentar su alcance y efecto, contemplando las coincidencias que puede significar que los recursos presupuestales, humanos e incluso los intangibles se utilicen de una manera efectiva y coordinada que permita potencializar los efectos esperados.

En la respuesta correspondiente a la pregunta cuatro de esta evaluación se identifica una serie de intervenciones nacionales e internacionales similares al Programa Médico en tu Casa, las cuales contemplan similitudes como población y/o objetivo desarrolladas en su propio contexto¹⁶. Si bien existen similitudes en intervenciones públicas, para la identificación de la complementariedad o coincidencia se puede desarrollar a partir de la población vulnerable a la que el Programa identifica como población beneficiaria, asimismo los servicios de atención que brindan a través de las brigadas en las visitas domiciliarias que se realizan.

La SSD pone a disposición en su página <http://salud.durango.gob.mx/tramites/> los trámites y servicios que se ofrecen a la población, de los 54 disponibles se identifican complementariedad o coincidencia con los programas de Discapacidad, Atención a la salud de los pueblos indígenas, Alimentación y actividad física, y Servicio social. En el Anexo 13 Complementariedades y coincidencias, se plasman las intervenciones identificadas con complementariedad o coincidencia, considerando la complementariedad como los beneficios similares pero diferente población objetivo, o misma población objetivo pero diferentes beneficios y la coincidencia como los objetivos similares, o misma población objetivo y beneficios idénticos, definiciones extraídas de los Términos de referencia para la evaluación en materia de diseño, Durango:Inevap, 2020.

En la documentación proporcionada por el Programa se identifica complementariedad con la intervención denominada TELESALUD y que al trabajar conjuntamente ambas intervenciones se busca cumplir el objetivo de «Acercar mediante brigadas del Programa Médico en tu Casa la atención médica de especialidad a través de Telemedicina, a población que por sus condiciones físicas, sociales o mentales se encuentran imposibilitados para asistir por su propio pie a los Servicios de Salud con oportunidad y calidad».

¹⁶ Consultar Anexo 5 Experiencias de intervenciones similares.

Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas

Tabla 11.
Matriz de Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas

Fortalezas	*	Debilidades	*
Contribuye a garantizar el derecho humano a la salud.	1 y 7	Concluir el proceso de construcción y publicación de las ROP del Programa.	1 y 6
Sistematización de la información del Programa.	8	Realizar un análisis de selección de alternativas.	3
Las brigadas del Programa no generan un costo económico y contribuyen a la formación de profesionistas en materia de salud.	11	Establecer de manera clara los mecanismos de transparencia, rendición de cuentas y monitoreo.	9 y 10
El Programa privilegia la atención a grupos vulnerables con enfermedades crónico-degenerativas.	7	Determinar las directrices que permitan la selección de beneficiarios, así como el seguimiento de su evolución.	7 y 8
Oportunidades		Amenazas	
Complementariedad con otros Programas dentro de la SSD.	12	Derivado de las condiciones provocadas por la COVID-19 el modelo de atención del Programa pueda modificarse.	11
Las particulares de las regiones que conforman el estado y las estadísticas relacionadas a la salud, aportan elementos para dimensionar el desafío de cobertura y focalización del Programa.	1	El panorama presupuestario representa un riesgo para lograr el objetivo de la intervención.	11
La información relacionada a la efectividad de la intervención permitirá detectar los desafíos para la atención de pacientes con enfermedades crónico-degenerativas	4	Cambios organizacionales que demanden ejecución de acciones que no contribuyan a la atención de los objetivos de la intervención.	11

Nota: el símbolo (*) señala que en la columna debe incluirse el número de la pregunta de evaluación que sustenta la fortaleza, oportunidad, debilidad o amenaza mencionada.

Propuesta de recomendaciones y observaciones

Tabla 12.
Propuesta de recomendaciones y observaciones

#	Recomendaciones y observaciones	Temática	#	Acciones propuestas	Resultados esperados
1	Formalizar la documentación normativa del Programa.	Diseño	1, 6 y 8	<p>Revisar y concluir la construcción de la ROP.</p> <hr/> <p>Documentar procedimientos que describan la operatividad, selección de beneficiarios y seguimiento del Programa.</p> <hr/> <p>Oficializar la información documentada.</p>	Asegurar el diseño de la intervención.
2	Definir con claridad la cuantificación de la población potencial y objetivo del Programa, especialmente sobre los criterios relacionados con vulnerabilidades.	Cobertura	1	<p>Cuantificar a la población potencial y objetivo que busca atender el Programa, especificando sus principales características de vulnerabilidad y enfermedades crónico-degenerativas.</p> <hr/> <p>Documentar mecanismos e instrumentos para la selección, focalización y seguimiento de beneficiarios.</p>	El Programa cuenta con análisis y sistematización de información referente para la estrategia de cobertura y focalización.
3	Diseñar instrumentos documentados para conocer los resultados del Programa.	Transparencia	10	Habilitar en la página oficial de internet de la Secretaría una sección exclusivamente destinada para la difusión de información asociada al Programa (documentación normativa, padrones de beneficiarios, evidencia del servicio, informes anuales de actividades, información asociada al	Una aceptación más amplia del Programa por parte de la ciudadanía, al estar más involucrada y tener un mejor entendimiento de éste.

				seguimiento de los beneficiarios, etc.).	
4	Fortalecer los indicadores a fin de dar seguimiento y monitoreo integral al desempeño del Programa.	Indicadores	9	<p>Configurar indicadores adicionales de los que cuenta ya el Programa, a fin de fortalecer el seguimiento y avance de sus objetivos.</p> <p>Diseñar criterios para establecer metas para los indicadores, y de cómo son alimentados.</p>	<p>Certeza sobre el avance en las metas y objetivos prioritarios y elementos para corregir a tiempo desviaciones durante la implementación.</p>

Conclusiones y valoración final

La evaluación en materia de diseño al Programa Médico en tu Casa de la SSD, tiene como objetivo valorar la pertinencia, relevancia y capacidad de la lógica e instrumentos de la intervención para alcanzar sus resultados esperados; lo anterior parte del enfoque formativo de la evaluación paradigma pragmático orientado al uso de los resultados del ejercicio evaluativo.

El PMETC se implementó en el estado de Durango desde 2017 como una réplica del modelo realizado por Ciudad de México; bajo el criterio inicial de atender las colonias afectadas por el desbordamiento de la presa del hielo derivado de las precipitaciones pluviales que llegaron a los 97 milímetros en la capital de Durango ocasionando muertes y el desbordamiento de esta presa, en la zona noroeste de la ciudad. Después su objetivo se amplió para garantizar la salud de la población que padezca enfermedades crónico-degenerativas, que residan en la ciudad de Durango y que por sus condiciones físicas, mentales, económicas o sociales se encuentren imposibilitados para asistir por su propio pie a los centros de atención sanitaria de los servicios de salud a recibir orientación y atención médica.

La intervención atiende un problema público prioritario y documenta los argumentos que justifican su atención.

Es posible considerar que la intervención atiende un problema público prioritario para la administración estatal, puesto que dentro de los documentos de planeación estatal se encuentra una alineación indirecta del Programa Médico en tu Casa para el logro de objetivos superiores. Por otro lado, se observó en la documentación del Programa, que este identifica las causas y efectos del problema público. Además, identifica las características de la población objetivo, potencial y atendida pero no las cuantifica. La intervención carece de argumentos documentados que justifiquen la atención del problema público que permitan asegurar su efectividad.

La intervención adopta estrategias e instrumentos capaces de atender el problema público mediante una lógica causal o teoría del cambio.

En la lógica causal construida por el Programa, se da por sentado que, a través del otorgamiento de consultas médicas y estudios se va a contribuir a mejorar la salud de la población en situación de vulnerabilidad de la ciudad de Durango. En la reconstrucción de la lógica causal del Programa de forma conjunta con los gerentes del Programa, se encontró como fin superior «contribuir a garantizar el derecho a la salud a través del acceso al servicio» acercando los servicios de salud a la descrita como población beneficiada; el cual también es congruente con el objetivo general y objetivos específicos determinados por el Programa.

Si bien el PMETC se implementó en doce entidades federativas (Aguascalientes, Ciudad de México, Chiapas, Chihuahua, Coahuila, Durango, Michoacán, Nuevo León, Quintana Roo, Sinaloa, Tabasco y Tlaxcala) resultó complejo encontrar información de los resultados de la

implementación de estos. Por otro lado, existe alguna evidencia de intervenciones similares que dan cuenta de los esfuerzos que se realizan para solventar las dificultades derivadas de la sobreocupación hospitalaria y el aumento de las enfermedades crónico-degenerativas a través de los cuidados domiciliados. Que el Programa realice la selección de alternativas permite generar conocimiento de los distintos enfoques de servicios de atención médica domiciliaria y así determinar la estrategia más adecuada.

La intervención asigna los bienes y/o servicios que ofrece eficazmente y registra su destino.

La intervención determina sus beneficiarios y cuenta con criterios de inclusión y exclusión, sin embargo, este padrón no se encuentra público. Aun así, se considera como un método de asignación porque con base en estos criterios se determina si es o no un beneficiario. El Programa lleva un registro de los beneficios identificando una serie de características que permiten observar si cumple con los criterios y el seguimiento del paciente.

La intervención prevé parcialmente instrumentos y mecanismos idóneos para medir y evaluar sus resultados.

La intervención prevé mecanismos para medir el logro de sus resultados, sin embargo, no especifica las metas de los indicadores que permiten monitorear el logro de la intervención, de igual manera no se documenta el proceso para alimentar dichos indicadores.

La intervención estima los recursos necesarios para su ejecución, sin embargo, no cuenta con una asignación presupuestal en la estructura programática.

La intervención carece de una asignación presupuestal. Los gerentes del Programa estiman una proyección anual de \$598,217.38, considerando que la mayoría del recurso humano que conforma la brigada de atención médica son prestadores de un servicio no remunerado.

La intervención identifica sus posibles complementariedades y coincidencias con otras.

El Programa identifica posibles complementariedades con el Programa de TELESALUD, la evaluación identifica coincidencias con otras intervenciones públicas que podrían ser analizados por los gerentes del PMETC para mejorar el servicio.

Los principales retos identificados por esta evaluación en lo que refiere al diseño de la intervención son: débil justificación de la atención del problema público, considerando que atiende el problema del ejercicio de uno de los derechos sociales; existen deficiencias en la cuantificación de la población potencial y objetivo es por esa razón que en el Anexo 1 y 2 se provee de información que pueda contribuir a realizar esta cuantificación; la intervención prevé parcialmente instrumentos y mecanismos idóneos para medir y evaluar sus resultados.

Hacia adelante, la gestión del programa se puede ver fortalecida a través de las mejoras al diseño de la intervención migrando de la propuesta a la mejora al dar seguimiento a la propuesta de recomendaciones que se derivan de esta evaluación.

Referencias

_____. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Manual para el Diseño y la Construcción de Indicadores. Instrumentos principales para el monitoreo de programas sociales de México. México, DF: CONEVAL, 2013.

_____. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Guía básica para vincular la Matriz de Indicadores para Resultados y las Reglas de Operación de los programas de desarrollo social. México, DF: CONEVAL.

_____. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Guía para la Elaboración de la Matriz de Indicadores para Resultados. México, DF: CONEVAL, 2013.

_____. Secretaría de Hacienda y Crédito Público, 2016, Guía para el diseño de Indicadores Estratégicos, <https://www.gob.mx/shcp/documentos/guia-para-el-diseno-de-indicadores-estrategicos>

_____. (2015). Manual Metodología del marco lógico para la planificación, el seguimiento y la evaluación de proyectos y programas: Resultados de búsqueda Resultado web con enlaces de partes del sitio Comisión Económica para América Latina y el Caribe

_____. Gobierno de México, 2019, Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024, https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5565599&fecha=12/07/2019

_____. Gobierno del Estado de Durango, 2016, Plan Estatal de Desarrollo 2016-2022, <http://www.durango.gob.mx/plan-16-22/>

Sánchez M, Fuentes G. Gestión clínica de programas de cuidado domiciliario. Rev CES Salud Pública. 2016; 7 (2)

Ficha de la evaluación

Ficha de la evaluación	
Aspectos administrativos	<ul style="list-style-type: none">• <i>Responsable de la evaluación:</i> Fátima Citlali Cisneros Güereca• <i>Miembros del equipo evaluador:</i> Daniela Miroslava Villa Hernández, Fátima Citlali Cisneros Güereca y Jesús Josué Yañez Reyes• <i>Organización evaluadora:</i> Instituto de Evaluación de Políticas Públicas del Estado de Durango• <i>Unidad administrativa de la dependencia o entidad responsable de la intervención evaluada:</i> Coordinación del Programa Médico en tu Casa de los Servicios de Salud de Durango• <i>Titular de la unidad administrativa de la dependencia o entidad responsable de la intervención evaluada:</i> Aurora Imelda González Moreno• <i>Unidad administrativa de la dependencia o entidad responsable de la intervención encargada de dar seguimiento a la evaluación:</i> Coordinación del Programa Médico en tu Casa de los Servicios de Salud de Durango• <i>Forma de contratación del equipo u organización evaluadora:</i> No aplica• <i>Costo total de la evaluación:</i> No aplica• <i>Fuente de financiamiento de la evaluación:</i> No aplica• <i>Fecha de inicio de la evaluación (reunión de apertura):</i> 28 de mayo de 2020• <i>Fecha de conclusión de la evaluación:</i> septiembre de 2020
Aspectos técnicos	<ul style="list-style-type: none">• Palabras clave de la evaluación (al menos tres palabras): atención médica, salud, atención primaria en salud• Términos de referencia de la evaluación: Términos de Referencia en materia de Diseño• Objetivo de la evaluación: Valorar la pertinencia, relevancia y capacidad de la lógica e instrumentos de la intervención para alcanzar sus resultados esperados.• Hipótesis de la evaluación: El diseño de la intervención es congruente y conduce al logro de sus resultados esperados.
Resultados	<ul style="list-style-type: none">• <i>Síntesis de los hallazgos de la evaluación:</i> La intervención atiende un problema público prioritario, sin embargo, no documenta los argumentos que justifiquen la atención del problema público. La intervención asigna los bienes y/o servicios que ofrece eficazmente y registra su destino. La intervención prevé parcialmente instrumentos y mecanismos idóneos para medir y evaluar sus resultados. La intervención estima los recursos necesarios para su ejecución, sin embargo, no cuenta con una asignación presupuestal en la estructura programática.• <i>Síntesis de la propuesta de recomendaciones y observaciones:</i> Formalizar la documentación normativa del Programa. Definir con claridad la cuantificación de la población potencial y objetivo del Programa, especialmente sobre los criterios relacionados con vulnerabilidades. Diseñar instrumentos documentados para conocer los resultados del Programa. Fortalecer los indicadores a fin de dar seguimiento y monitoreo integral al desempeño del Programa.

-
- *Síntesis de las conclusiones:* Los principales retos identificados por esta evaluación en lo que refiere al diseño de la intervención son: débil justificación de la atención del problema público, considerando que atiende el problema del ejercicio de uno de los derechos sociales; existen deficiencias en la cuantificación de la población potencial y objetivo es por esa razón que en el Anexo 1 y 2 se provee de información que pueda contribuir a realizar esta cuantificación; la intervención prevé parcialmente instrumentos y mecanismos idóneos para medir y evaluar sus resultados.
-

Anexos

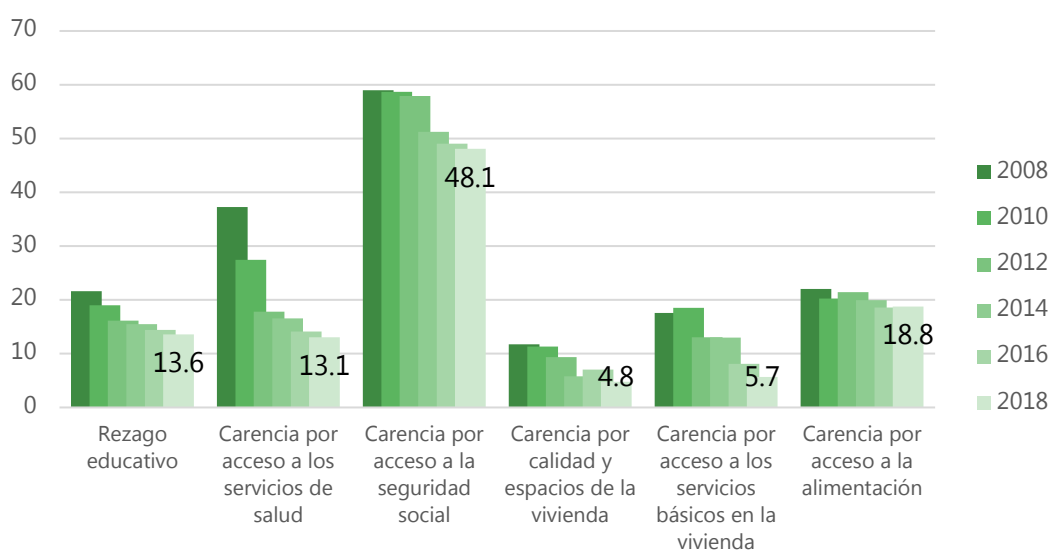
Anexo 1. Carencia de acceso a los servicios de salud en Durango

La cobertura de la intervención se centra en la población de Durango que no cuente con ningún tipo de seguridad social como IMSS, ISSSTE, SEDENA, SEMAR o PEMEX. En el Estado alrededor del 13.1% de la población total, aproximadamente 237,800 personas carecen de acceso a los servicios de salud, de acuerdo con el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, Coneval.

El acceso a los servicios de salud es una de las carencias que se contempla el Coneval en la medición multidimensional de la pobreza en México, al igual que rezago educativo, seguridad social, calidad y espacios de la vivienda, servicios básicos de la vivienda y alimentación. De acuerdo con la Ley General de Desarrollo Social la medición de la pobreza a nivel municipal se realiza cada cinco años, mientras que a nivel estatal cada dos años.

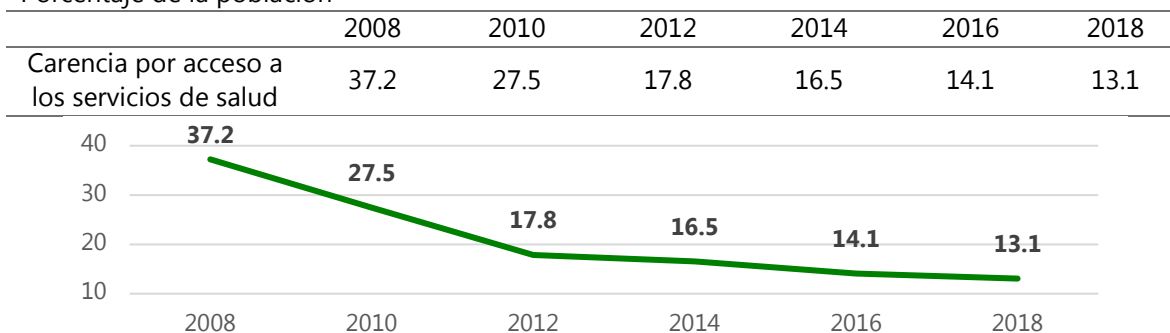
Tabla 13.
Evolución de los indicadores de carencia social en Durango, 2008-2019
Porcentaje de la población

Indicadores de carencia social	2008	2018	Cambio porcentual
Rezago educativo	21.6	13.6	-8
Carencia por acceso a los servicios de salud	37.2	13.1	-24.1
Carencia por acceso a la seguridad social	59.0	48.1	-10.9
Carencia por calidad y espacios de la vivienda	11.8	4.8	-7
Carencia por acceso a los servicios básicos en la vivienda	17.6	5.7	-11.9
Carencia por acceso a la alimentación	22.0	18.8	-3.2



Nota: El porcentaje corresponde al total de la población en el estado según estimaciones del Coneval.
Fuente: Elaboración propia con información de la Medición de la Pobreza 2008-2018, Coneval.

Tabla 14.
Evolución de la Carencia por acceso a los servicios de salud en Durango, 2008-2018
Porcentaje de la población

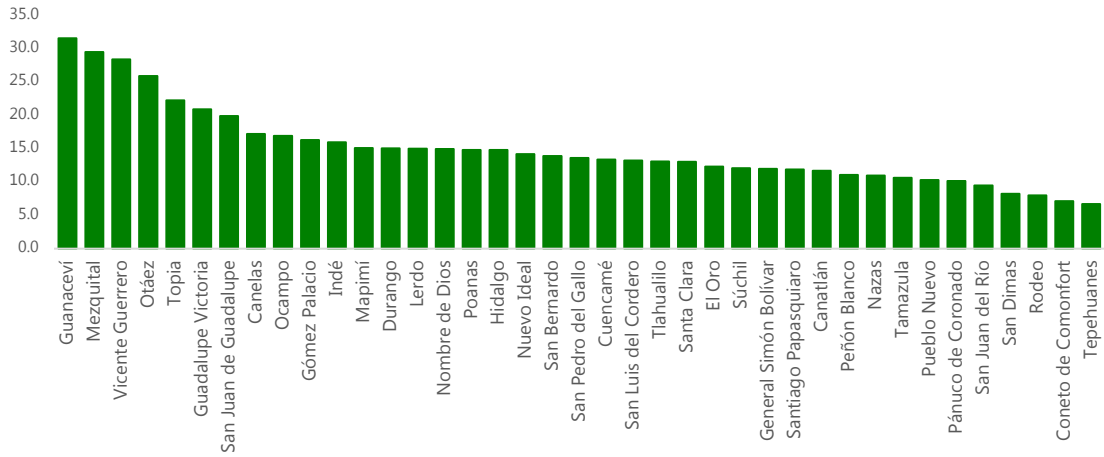


Nota: el porcentaje corresponde al total de la población en el estado según estimaciones del Coneval.
Fuente: elaboración propia con información de la Medición de la Pobreza 2008-2018, Coneval.

Los municipios de Guanaceví, Mezquital y Vicente Guerrero son los municipios que tienen un mayor porcentaje de población carente de servicios de salud, con un 31.6, 29.5 y 28.4 por ciento de la población total, respectivamente. En contraste, los municipios de Tepehuanes, Coneto de Comonfort y Rodeo son los municipios con porcentajes menores de población carente de acceso a los servicios de salud, con 6.7, 7.1 y 8 puntos porcentuales, respectivamente.

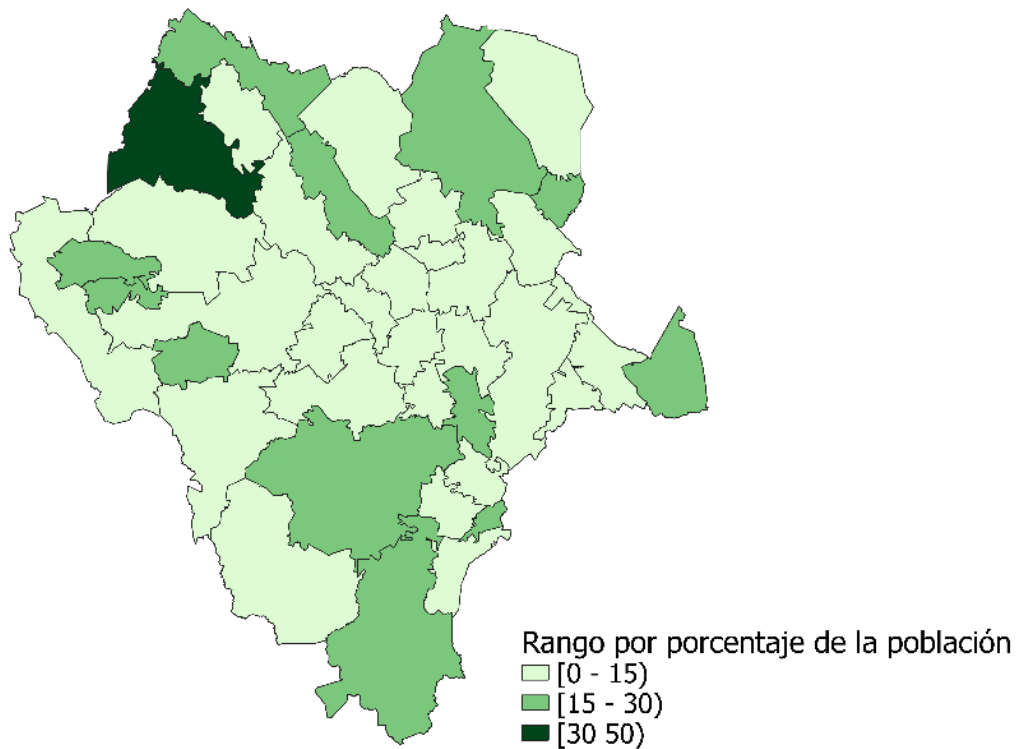
Por otra parte, los municipios con una mayor concentración poblacional tales como Durango, Gómez Palacio y Lerdo son quienes presentan una mayor población absoluta con dicha carencia, con 105,902, 58,625 y 23,066 personas respectivamente. Por otro lado, en términos absolutos, los municipios con menor cantidad de población carente de servicios de salud son San Pedro del Gallo, San Luis del Cordero y Coneto de Comonfort, con 203, 277 y 315 personas, respectivamente.

Gráfica 2
Carencia por acceso a los servicios de salud en municipios de Durango
 Porcentaje de la población



Fuente: elaboración propia con información de la Medición de la Pobreza 2008-2018, Coneval.

Figura 9.
Carencia por acceso a los servicios de salud en municipios de Durango
 Rangos por porcentaje de la población

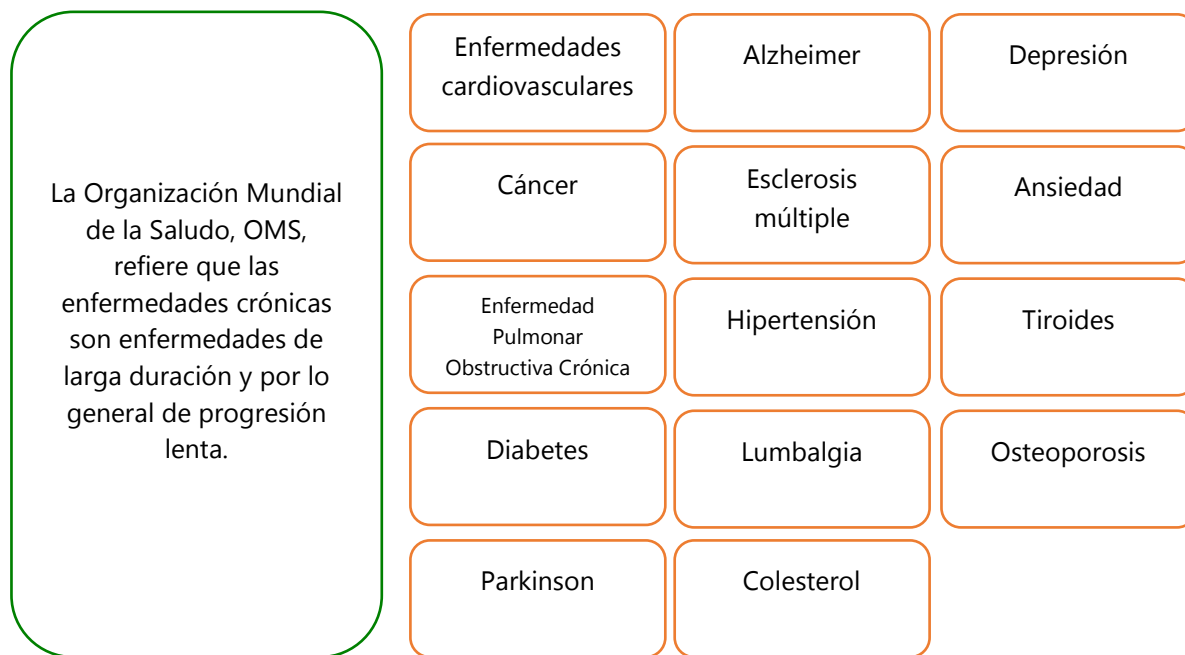


Fuente: elaboración propia con información de la Medición de la Pobreza 2008-2018, Coneval.

Anexo 2. Enfermedades crónico – degenerativas

Según las guías publicadas por la OMS y los Centros para el Control la Prevención de Enfermedades (CDC) se enlistan 14 condiciones de salud subyacentes.

Figura 10.
Enfermedades crónicas más comunes



Fuente: Elaboración propia con información de la Organización Mundial de la Salud, OMS y los Centros para el Control la Prevención de Enfermedades (CDC).

La situación en México es un grave problema de salud por los altos niveles de diabetes, hipertensión y otras enfermedades derivadas de la obesidad. En 2016¹⁷ se emitió una declaratoria de emergencia epidemiológica ante la magnitud y trascendencia de los casos de sobrepeso y obesidad en México, misma que fue ratificada¹⁸ con el objetivo de fortalecer las acciones y estrategias para la prevención y el control de estas enfermedades.

De acuerdo con la Secretaría de Salud, de las 704,803 defunciones registradas en el país en 2018, las principales causas de muerte son enfermedades del corazón (20.85%) y la diabetes mellitus (14.24%). En Durango el total de defunciones en ese mismo año fue de 9,311, de las cuales 25.89% fueron por enfermedades del corazón, seguido de tumores malignos (12.57%) y en tercer lugar por diabetes mellitus (11.6%).

¹⁷ http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/emergencias/descargas/pdf/EE_3.pdf

¹⁸ <http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/emergencias/descargas/pdf/1371.pdf>

Análisis de la situación en Durango relacionada con la diabetes, obesidad e hipertensión¹⁹.

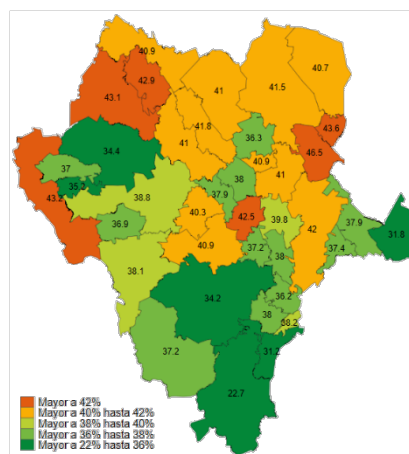
La obesidad se define como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. En el caso de los adultos, la OMS establece que una persona tiene obesidad cuando su índice de masa corporal (IMC) es igual o mayor a 30.

La información referente a la prevalencia de obesidad, hipertensión y diabetes para los municipios 2018 del INEGI, demuestra que en el estado de Durango el 37.6% de la población de 20 años o más tiene obesidad, Figura 10. Prevalencia de obesidad en el estado de Durango por municipio.

Los municipios de Mezquital (22.7%), Súchil (31.2%), San Juan de Guadalupe (31.8%), Durango (34.2%) y Tepehuanes (34.4%) son los que presentan un menor porcentaje de obesidad. Gráfica 3. Municipios con menor prevalencia de obesidad en el estado de Durango. Por otro lado, los municipios de San Bernardo (42.9%), Guanaceví (43.1%), Tamazula (43.2%), Gómez Palacio (43.6%) y Lerdo (46.5%) son los que tienen un mayor porcentaje. Gráfica 4. Municipios con mayor prevalencia de obesidad en el estado de Durango.

Figura 11.
Prevalencia de obesidad en el estado de Durango por municipio
Porcentaje de población de 20 años o más

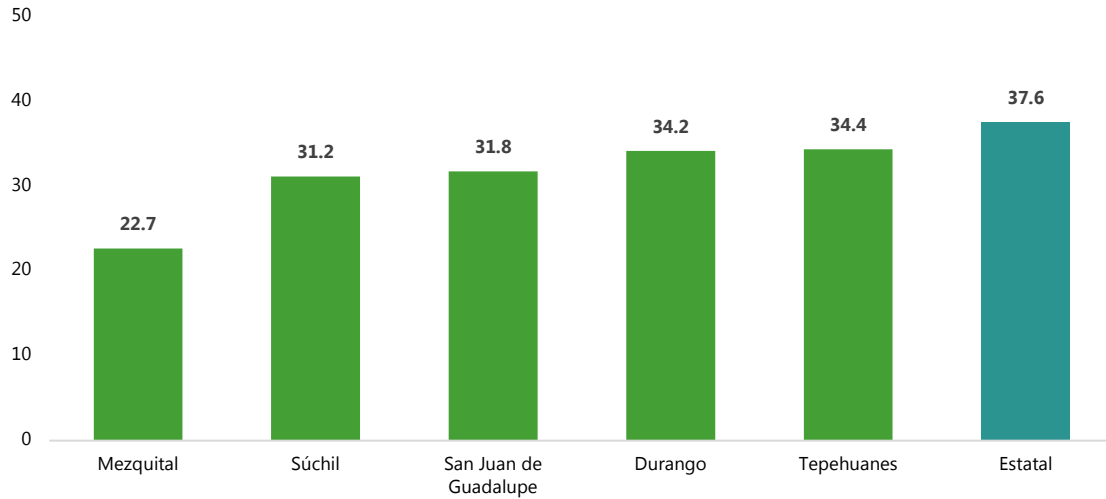
En el estado de Durango el 37.6% de la población de 20 años o más tiene obesidad.



Fuente: Elaboración propia con información de la Prevalencia de obesidad, hipertensión y diabetes para los municipios de México 2018 de INEGI.

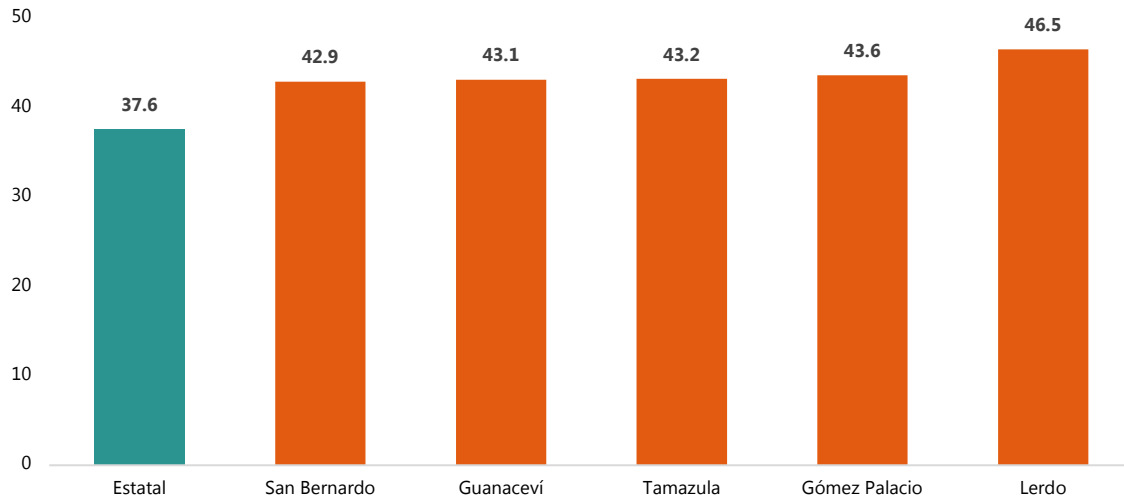
¹⁹ <https://contenidos-inevap.s3.amazonaws.com/Conocemas/investigaciones/16.+Enfermedades+cronicas+COVID-19.pdf>

Gráfica 3.
Municipios con menor prevalencia de obesidad en el estado de Durango
Porcentaje de población de 20 años o más



Fuente: Elaboración propia con información de la Prevalencia de obesidad, hipertensión y diabetes para los municipios de México 2018 de INEGI.

Gráfica 4.
Municipios con mayor prevalencia de obesidad en el estado de Durango
Porcentaje de población de 20 años o más



Fuente: Elaboración propia con información de la Prevalencia de obesidad, hipertensión y diabetes para los municipios de México 2018 de INEGI.

La hipertensión es un trastorno en el que los vasos sanguíneos tienen una tensión persistentemente alta, lo que puede dañarlos. Si no se controla, la hipertensión puede provocar un infarto de miocardio, un ensanchamiento del corazón y, a la larga, una insuficiencia cardíaca.

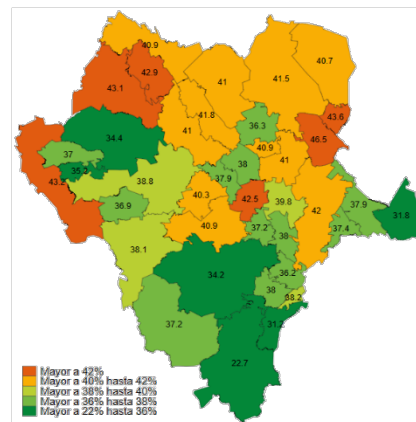
De acuerdo con el INEGI, el 20.2% de la población de 20 años o más del estado de Durango tiene hipertensión. Figura 11. Prevalencia de obesidad en el estado de Durango por municipio.

Los municipios de Mezquital (12.5%), Tamazula (15.0%), Pueblo Nuevo (15.7%), Topia (16.1%) y Otáez (16.2%) son los que presentan un menor porcentaje de hipertensión, Gráfica 5. Municipios con menor prevalencia de hipertensión en el estado de Durango. Por otra parte, los municipios de Canatlán (25.4%), San Bernardo (25.5%), Hidalgo (25.6%), El Oro (26.6%) y Ocampo (27.6%) son los que tienen un mayor porcentaje. Gráfica 6. Municipios con mayor prevalencia de hipertensión en el estado de Durango.

Figura 12.
Prevalencia de obesidad en el estado de Durango por municipio

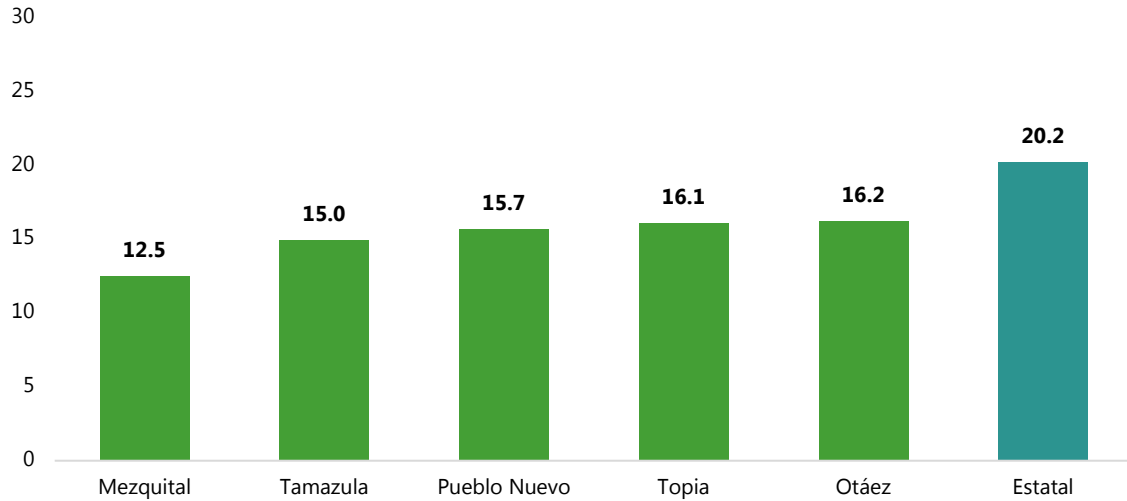
Porcentaje de población de 20 años o más

En el estado de Durango el
20.2% de la población de
20 años o más tiene
hipertensión



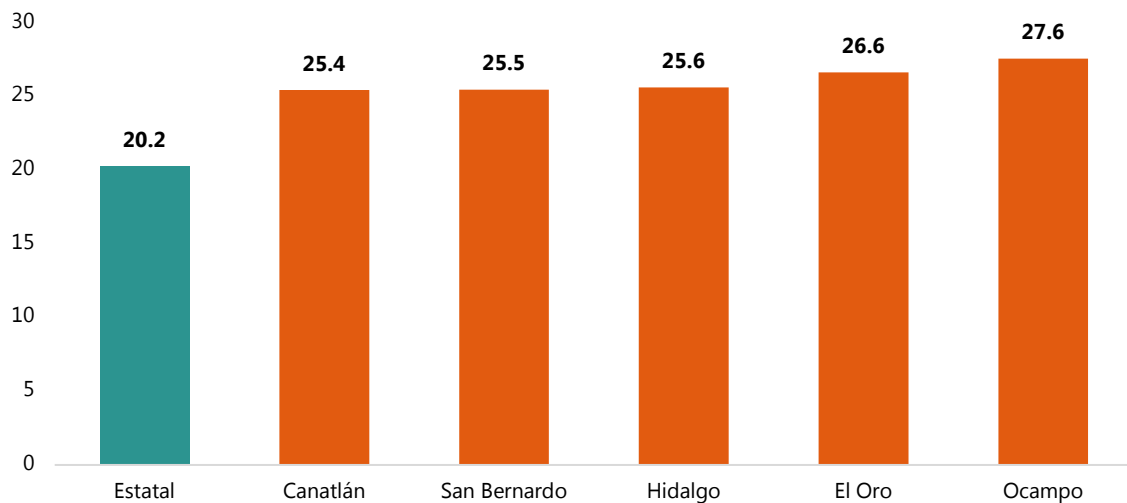
Fuente: Elaboración propia con información de la Prevalencia de obesidad, hipertensión y diabetes para los municipios de México 2018 de INEGI.

Gráfica 5.
Municipios con menor prevalencia de hipertensión en el estado de Durango
Porcentaje de población de 20 años o más



Fuente: Elaboración propia con información de la Prevalencia de obesidad, hipertensión y diabetes para los municipios de México 2018 de INEGI.

Gráfica 6.
Municipios con mayor prevalencia de hipertensión en el estado de Durango
Porcentaje de población de 20 años o más



Fuente: Elaboración propia con información de la Prevalencia de obesidad, hipertensión y diabetes para los municipios de México 2018 de INEGI.

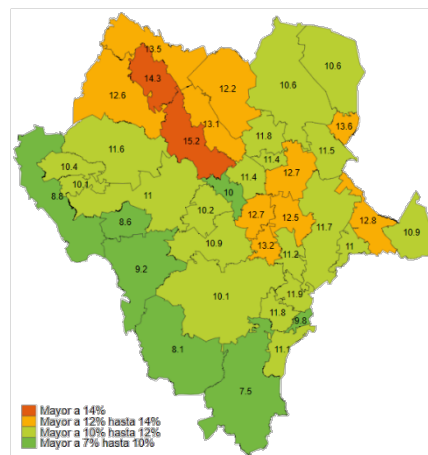
La diabetes es una enfermedad que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del azúcar en sangre).

Según los datos de INEGI el 10.9% de la población de 20 años o más en Durango tiene diabetes. Figura 12. Prevalencia de diabetes en el estado de Durango por municipio.

Los municipios de Mezquital (7.5%), Pueblo Nuevo (8.1%), Otáez (8.6%), Tamazula (8.8%) y San Dimas (9.2%) son los que presentan un menor porcentaje de diabetes. Gráfica 7. Municipios con menor prevalencia de diabetes en el estado de Durango. Por otro lado, los municipios de Pánuco de Coronado (13.2%), Ocampo (13.5%), Gómez Palacio (13.6%), San Bernardo (14.3%) y El Oro (15.2%) son los que tienen un mayor porcentaje. Gráfica 8. Municipios con mayor prevalencia de diabetes en el estado de Durango.

Figura 13.
Prevalencia de diabetes en el estado de Durango por municipio Porcentaje de población de 20 años o más

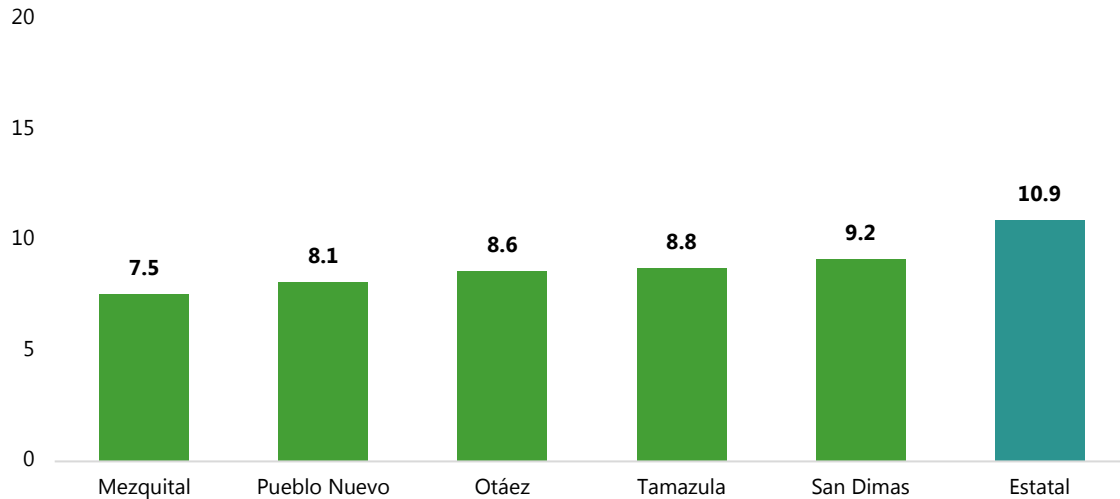
En el estado de Durango el 10.9%
de la población de 20 años o más
tiene diabetes



Fuente: Elaboración propia con información de la Prevalencia de obesidad, hipertensión y diabetes para los municipios de México 2018 de INEGI.

Gráfica 7.
Municipios con menor prevalencia de diabetes en el estado de Durango

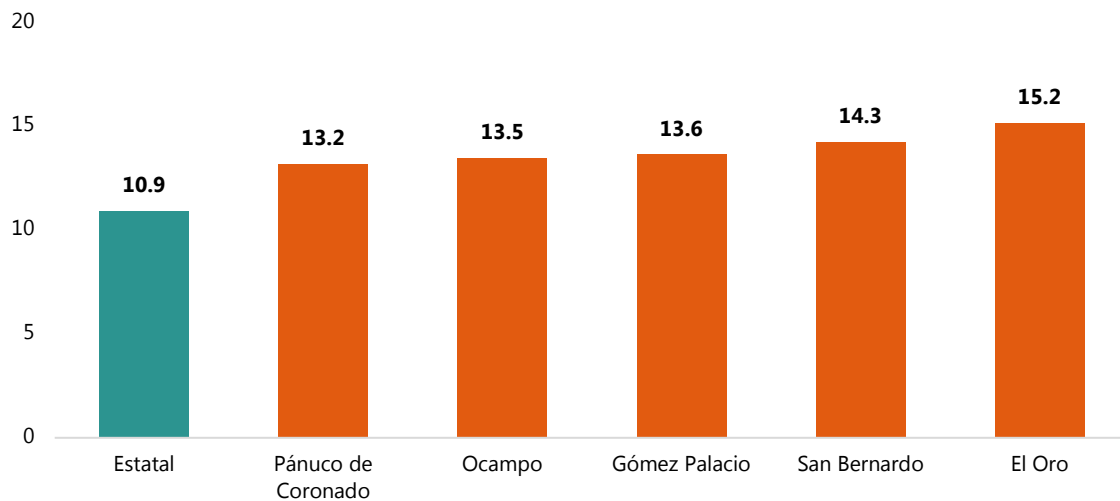
Porcentaje de población de 20 años o más



Fuente: Elaboración propia con información de la Prevalencia de obesidad, hipertensión y diabetes para los municipios de México 2018 de INEGI.

Gráfica 8.
Municipios con mayor prevalencia de diabetes en el estado de Durango

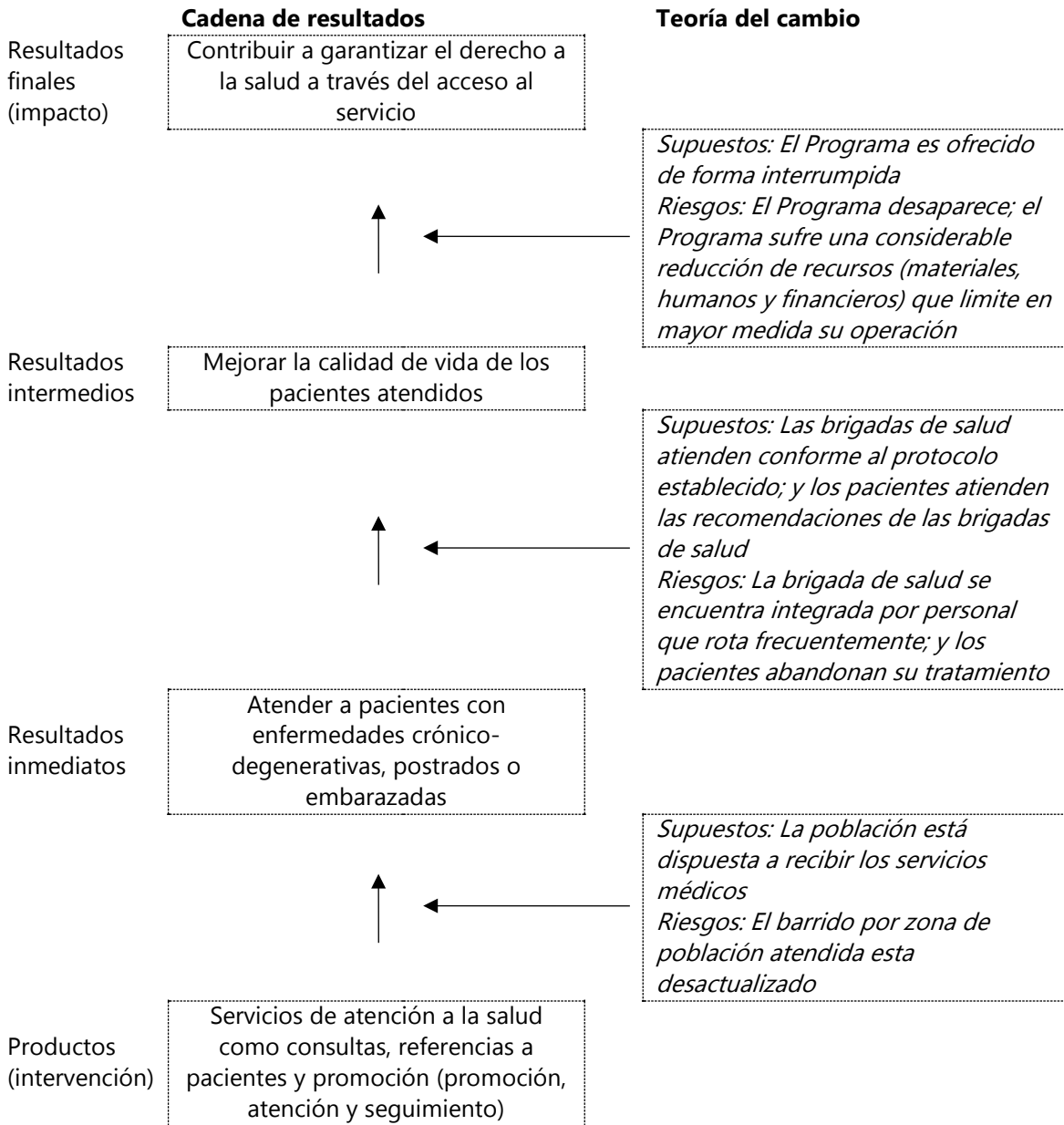
Porcentaje de población de 20 años o más



Fuente: Elaboración propia con información de la Prevalencia de obesidad, hipertensión y diabetes para los municipios de México 2018 de INEGI.

Anexo 3. Lógica causal

Figura 14.
Lógica causal de la intervención



Fuente: adaptado de Mayne J (2008). Contribution Analysis: An Approach to Exploring Cause and Effect. *ILAC Brief No. 16*. Rome: The Institutional Learning and Change Initiative. Traducción libre.

Anexo 4. Evidencia de la efectividad de la intervención

El equipo evaluador no identificó referencias que puedan considerarse evidencia sólida para cumplir con los criterios de este Anexo.

Tabla 15.

Síntesis de la evidencia sobre la efectividad de la intervención u otras similares

Referencia	Intervención (país)	Productos	Indicador	Método	Efecto
------------	---------------------	-----------	-----------	--------	--------

Notas: Randomized Control Trial (RTC) — Experimento Aleatorio; Instrumental Variables (VI) — Variables Instrumentales; Regression Discontinuity (RD) — Regresión Discontinua; Differences in Differences (DiD) — Diferencias en Diferencias; Propensity Score Matching (PSM) — Emparejamiento por Puntajes de Propensión; son diseños metodológicos que permiten hacer inferencias causales válidas sobre los efectos atribuibles de una intervención. Las referencias que no utilicen estos métodos no pueden considerarse evidencia sólida, por lo que deben evitarse en este anexo.

Anexo 5. Experiencias de intervención similares

Ficha de una experiencia de intervención similar		Comentarios sobre los logros y retos de la experiencia:
Nombre del Programa	Visitas a domicilio	
Intervención (estado o país):	California	Las áreas mostraron reducción en los costos operativos por pacientes gastos de atención y la utilización del hospital después de la inscripción en el programa.
Objetivo:	Reducir las visitas al departamento de emergencias y reingresos al hospital.	
Productos:	Atención médica a domicilio	
Población objetivo:	Para pacientes confinados en casa.	
Referencias:	https://www.healthaffairs.org/doi/full/10.1377/hlthaff.2015.0253	
Ficha de una experiencia de intervención similar		Comentarios sobre los logros y retos de la experiencia:
Nombre del Programa	Intervenciones de atención primaria domiciliaria	
Intervención (estado o país):		La atención primaria domiciliaria reduce las hospitalizaciones y los días de hospitalización. En menor medida se observó reducciones en las visitas de emergencia y especializadas. De igual manera se observó que la atención primaria domiciliaria tuvo un impacto positivo en la experiencia del paciente y el cuidador, incluida la satisfacción, la calidad de vida y las necesidades del cuidador.
Objetivo:	Brindar atención primaria domiciliaria a adultos con enfermedades crónicas graves o discapacitantes	
Productos:	Atención primaria domiciliaria	
Población objetivo:	Adultos con enfermedades crónicas graves o discapacitantes.	
Referencias:	https://www.ahrq.gov/programs/index.html?search_api_fulltext=domicilio&field_program_topics=All	
Ficha de una experiencia de intervención similar		Comentarios sobre los logros y retos de la experiencia:
Nombre del Programa	Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa	
Intervención (estado o país):	Chile	El programa aborda un problema de alta importancia en Chile, como es la atención a personas en Situación de dependencia severa. Se
Objetivo:	Otorgar a la persona con dependencia severa, cuidador y familia, una atención integral en su domicilio en el ámbito físico emocional y social mejorando así su calidad	

	de vida y potenciando su recuperación y rehabilitación.	justifica por los compromisos adquiridos por Chile al ratificar la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CRPD) en 2008. Con relación a la gestión del programa se ha enfrentado a que quienes gestionan el programa a nivel central desconocen cuántos recursos son gastados efectivamente en la producción de los servicios que ofrece el programa.
Productos:	1. Atención Integral de Salud proporcionada en el hogar a grupos específicos de alto riesgo. 2. Retribuir monetariamente a la persona que realiza la labor de «Cuidador» de personas con Dependencia Severa.	
Población objetivo:	Personas inscritas en un centro de salud de atención primaria y que estén clasificadas como dependientes severas según el índice de Barthel.	
Referencias:	https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/7792-programa-de-atencion-domiciliaria-para-personas-con-dependencia-severa https://www.dipres.gob.cl/597/articles-163132_informe_final.pdf	

Ficha de una experiencia de intervención similar

Nombre del Programa	Médico en tu Casa	Comentarios sobre los logros y retos de la experiencia:
Intervención (estado o país):	Aguascalientes, México	
Objetivo:	Proporcionar servicios de salud a las personas con alguna imposibilidad para su traslado a unidades de salud o con enfermedades terminales llevando todo un equipo multidisciplinario para la atención de estos pacientes.	
Productos:	Comprende desde consultas médicas, dentales, nutricionales, de terapia física y rehabilitación, hasta tratamientos para personas con enfermedades terminales, atención psicológica y de trabajo social.	
Población objetivo:	El programa ha beneficiado especialmente a adultos mayores y personas con discapacidad o con expectativa de vida limitada, para las cuales acudir a un centro de salud para recibir atención médica u otro tipo de servicios muchas veces es complicado.	Desde el 2017 atiende a ciudadanos de toda la entidad, ha presentado un notable incremento en el número de atenciones otorgadas cada año, habiendo logrado un total de 90 mil 377 atenciones hasta enero del 2020.
Referencias:	https://www.lja.mx/2020/02/Médico-en-tu-casa-el-programa-que-fortalece-el-sistema-de-salud-en-aguascalientes/	

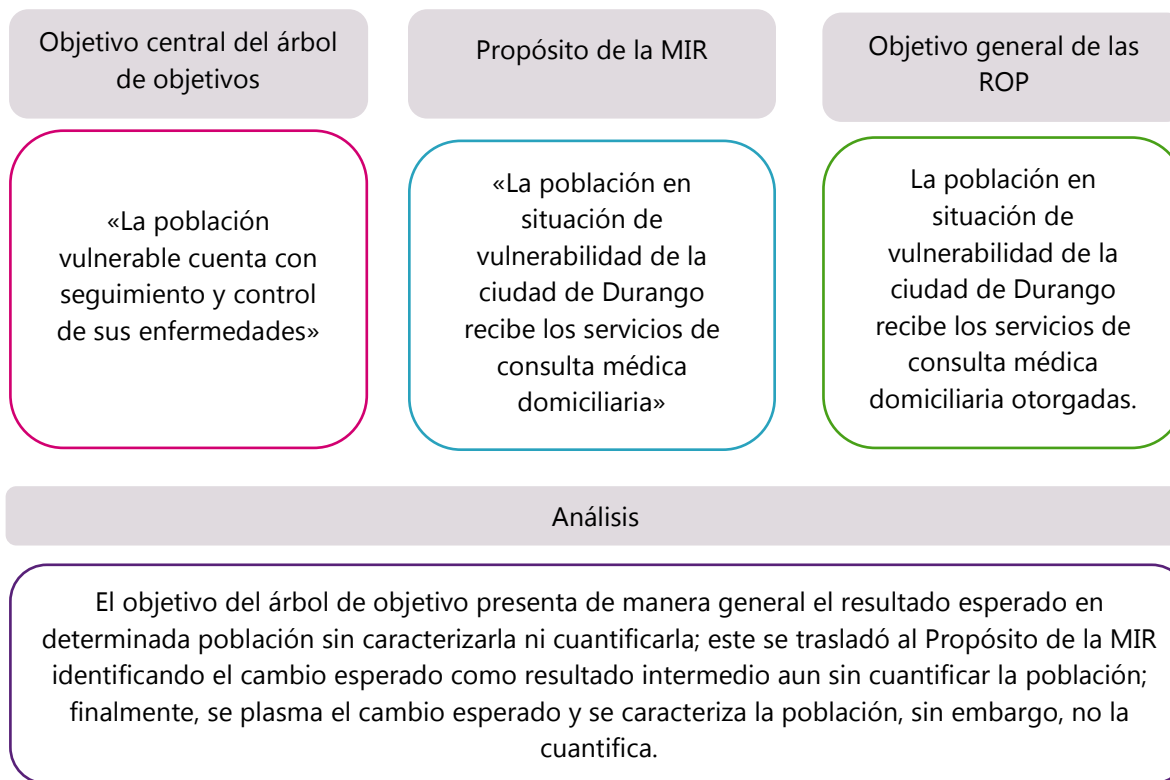
Ficha de una experiencia de intervención similar

Nombre del Programa	Médico en tu Casa	Comentarios sobre los logros y retos de la experiencia:
Intervención (estado o país):	Michoacán, México	
Objetivo:	Acercar los servicios de salud a todas las personas que por su condición física, económica o social no pueden acudir a las unidades de salud a recibir orientación y atención médica.	Para 2016 el Programa había atendido 131 mil 100 personas de las ocho Jurisdicciones Sanitarias
Productos:	Atención médica domiciliada en su modalidad atención primaria en salud.	
Población objetivo:	La población que recibirá la atención en su casa será la que no pueda desplazarse por su propio pie a los Centros de Salud y que no cuente con ningún tipo de seguridad social como IMSS, ISSSTE, SEDENA, SEMAR o PEMEX.	
Referencias:	http://salud.michoacan.gob.mx/convocatorias/programa-Médico-en-tu-casa/	

Anexo 6. Fases del modelo de vinculación de Coneval

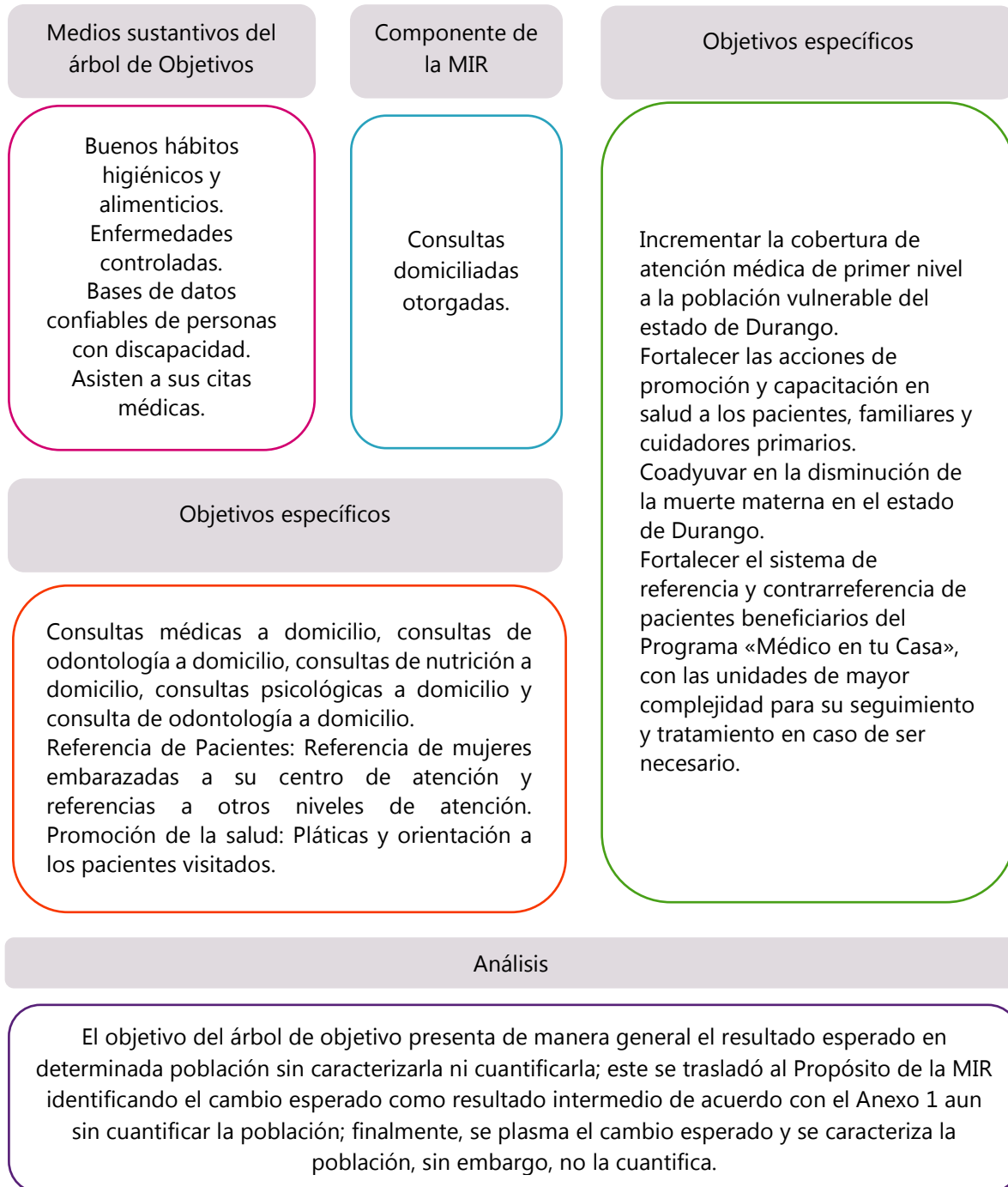
Figura 15.

Modelo de vinculación PMETC Fase 1. Objetivo principal de la intervención



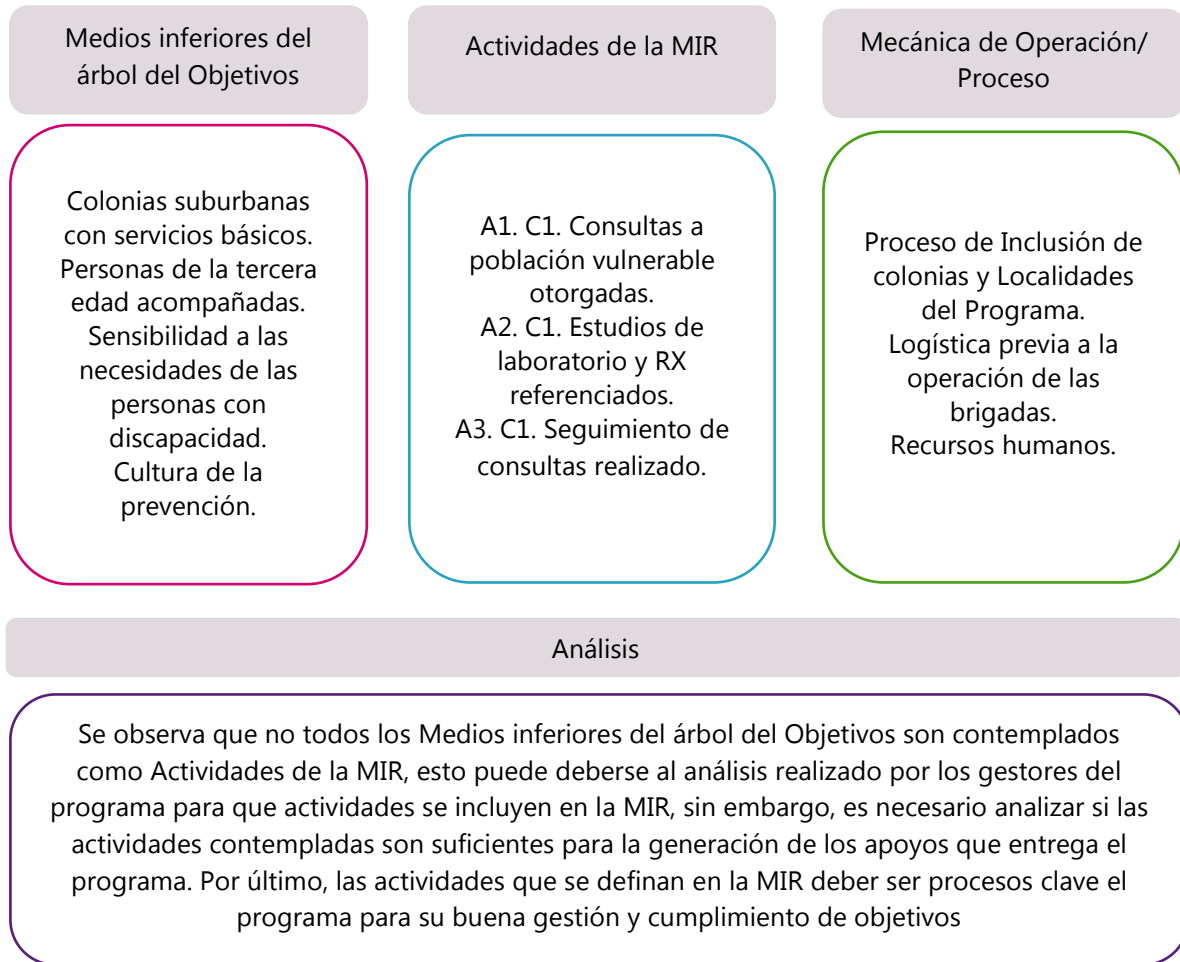
Fuente: Elaboración propia con información del Programa Médico en tu Casa.

Figura 16.
Modelo de vinculación PMETC Fase 2. Intervención (bienes y servicios)



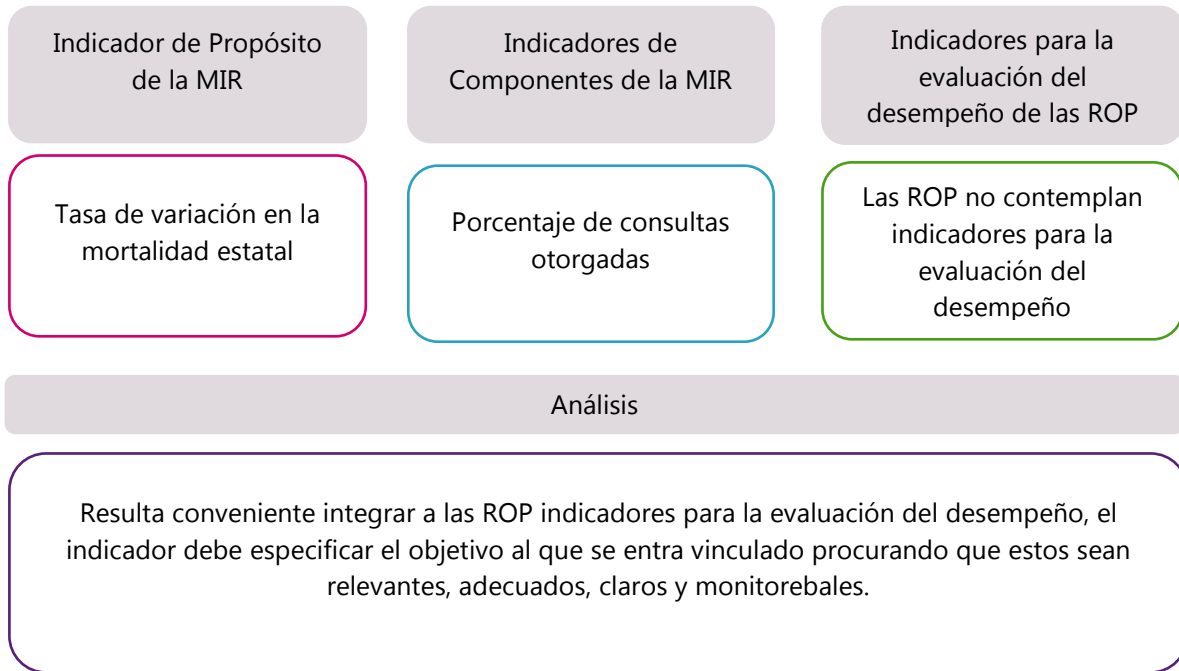
Fuente: Elaboración propia con información del Programa Médico en tu Casa.

Figura 17.
Modelo de vinculación PMETC Fase 3. Mecánica de Operación



Fuente: Elaboración propia con información del Programa Médico en tu Casa.

Figura 18.
Modelo de vinculación PMETC Fase 1. Objetivo principal de la intervención



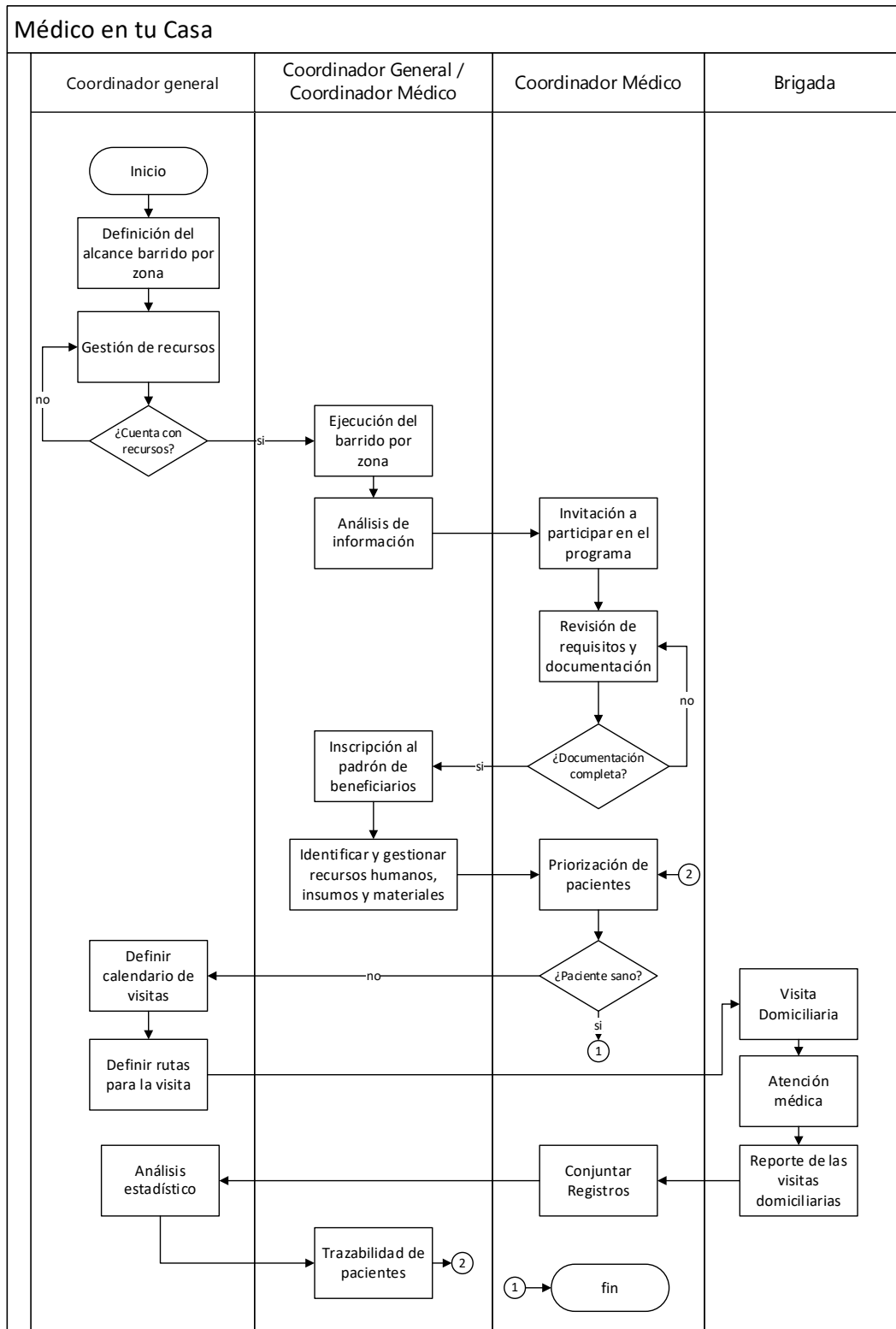
Fuente: Elaboración propia con información del Programa Médico en tu Casa.

Anexo 7. Registro de inscripción de pacientes

NOMBRE DEL PACIENTE:																											
DIRECCION:																											
FECHA:																											
INTEGRANTES QUE VIVEN EN LA CASA:		CREDENCIAL INAPAM:		SI	NO	NOMBRE Y TELÉFONO DE QUIÉN REALIZO:																					
		INSCRITO A 65 Y MAS:		SI	NO																						
FECHA DE NAC (DIA/ MES/ AÑO)	EDAD (AÑOS Y MESES)	SEXO (M/F)	EDO. CIVIL (1 CASADO, 2 U. LIBRE 3 VIUD@)	EMBARAZO (1 SI, 2 NO / MESES)	EMBARAZO EN CONTROL (1 SI, 2 NO)	ENFERMEDAD CRONICA (1 SI, 2 NO)	CUAL: 1 HIPERTENSION 2 DIABETES 3 CANCER 4 DISLIPIDEMIA 5 SINDROME METABOLICO 6 OTRO	DISCAPACIDAD 1 MOTRIZ 2 VISUAL 3 AUDITIVA 4 HABLA 5 MENTAL	DERECHOHABENCIA 1 NINGUNO 2 IMSS 3 ISSSTE 4 SEGURO POPULAR 5 OTRO	TELEFONO DE CASA Y/O CELULAR	PRIMERA VEZ PADECIMIENTO	REFERIDO 1 SI 2 NO	UNIDAD Y No. DE REFERENCIA														
NECESIDADES																											
MEDICAMENTOS		1) SI 2) NO		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>AYUDAS FUNCIONALES</td> <td>BASTON</td> <td>SILLA DE RUEDAS</td> <td>PRÓTESIS / ORTESIS</td> <td>LENTES</td> <td>PLACA DENTAL</td> <td>OTRO:</td> </tr> <tr> <td>DERIVACIÓN A INSTITUCIÓN</td> <td>IMSS</td> <td>ISSSTE</td> <td>DIF ESTATAL</td> <td>DIF MPAL</td> <td colspan="2">OTRA:</td> </tr> </table>										AYUDAS FUNCIONALES	BASTON	SILLA DE RUEDAS	PRÓTESIS / ORTESIS	LENTES	PLACA DENTAL	OTRO:	DERIVACIÓN A INSTITUCIÓN	IMSS	ISSSTE	DIF ESTATAL	DIF MPAL	OTRA:	
AYUDAS FUNCIONALES	BASTON	SILLA DE RUEDAS	PRÓTESIS / ORTESIS											LENTES	PLACA DENTAL	OTRO:											
DERIVACIÓN A INSTITUCIÓN	IMSS	ISSSTE	DIF ESTATAL	DIF MPAL	OTRA:																						
ESTUDIOS DE LABORATORIO		1) SI 2) NO																									
OBSERVACIONES																											

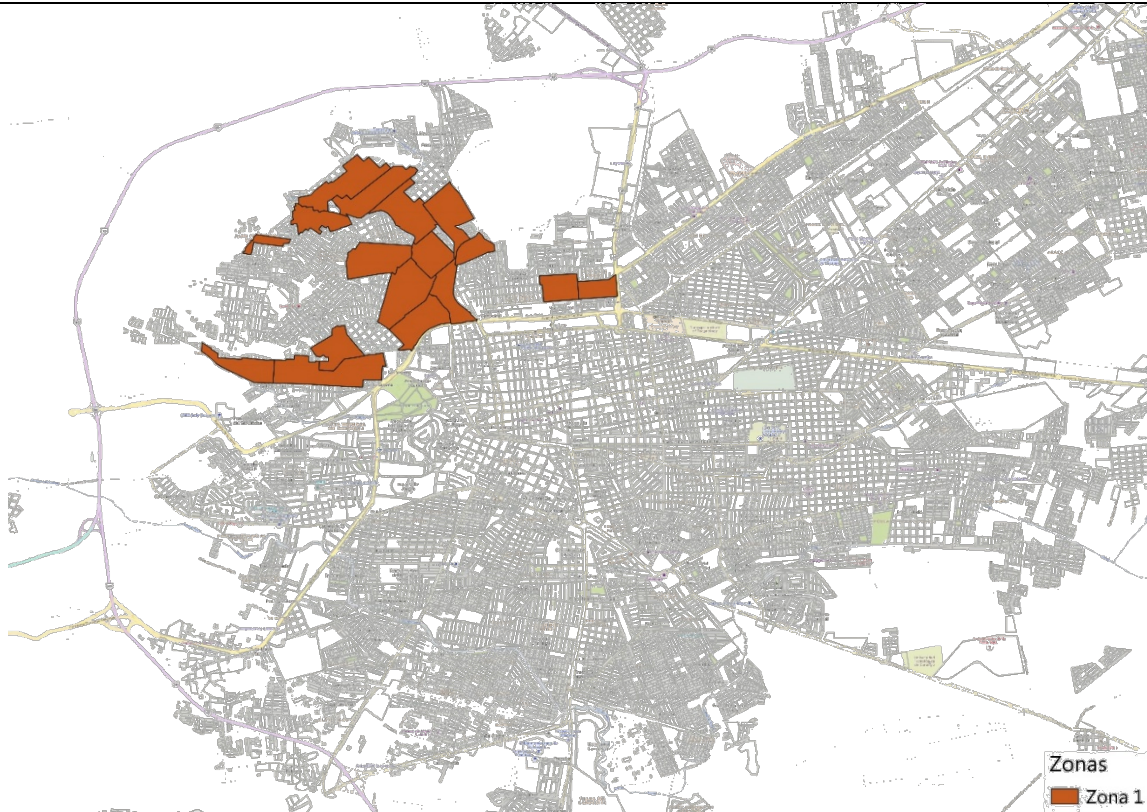
Este programa es público, ajeno de cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos al programa de salud. Conforme a la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental. Se otorgará protección de los datos personales que se incorporen en las bases de datos de la Secretaría de Salud.

Anexo 8. Proceso



Anexo 9. Colonias afectadas por el desbordamiento de la Presa del Hielo.

Figura 19.
Colonias afectadas por el desbordamiento de la Presa del Hielo.



Fuente: elaboración propia con datos de Coneval (2015). Pobreza urbana en México; y del Programa Médico en tu Casa.

Anexo 10. Zonas de atención del Programa Médico en tu Casa

La importancia de identificar a la población objetivo para la intervención se centró en realizar un barrido por zona en 7 zonas del municipio de Durango, las cuales abarcan 56 colonias.

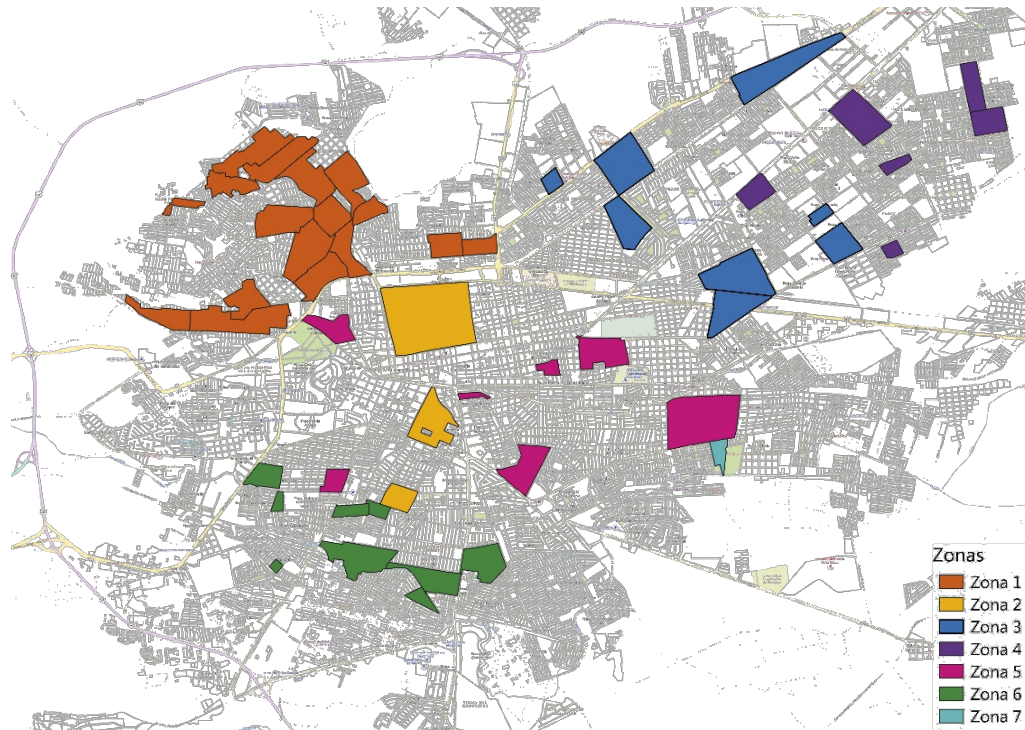
Figura 20.

Zonas de atención del Programa Médico en tu Casa



Fuente: elaboración propia con información del Programa Médico en tu Casa.

Figura 21.
Zonas de atención del Programa Médico en tu Casa

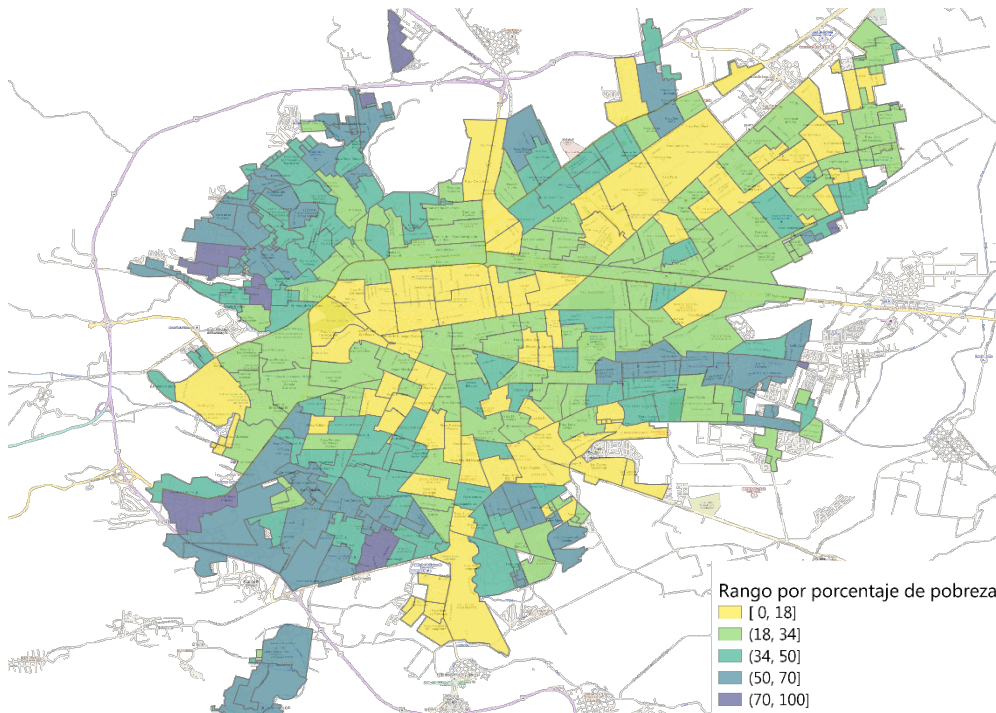


Fuente: elaboración propia con datos de Coneval (2015). Pobreza urbana en México; y del Programa Médico en tu Casa.

Anexo 11. Cobertura.

Si bien, el Programa Médico en tu Casa es una intervención estatal su cobertura solo se focaliza en el municipio de Durango, del cual se identifican los rangos por porcentaje de pobreza en AGEB²⁰ urbanas. Figura 22.

Figura 22.
AGEB urbanas del municipio de Durango según porcentaje de pobreza

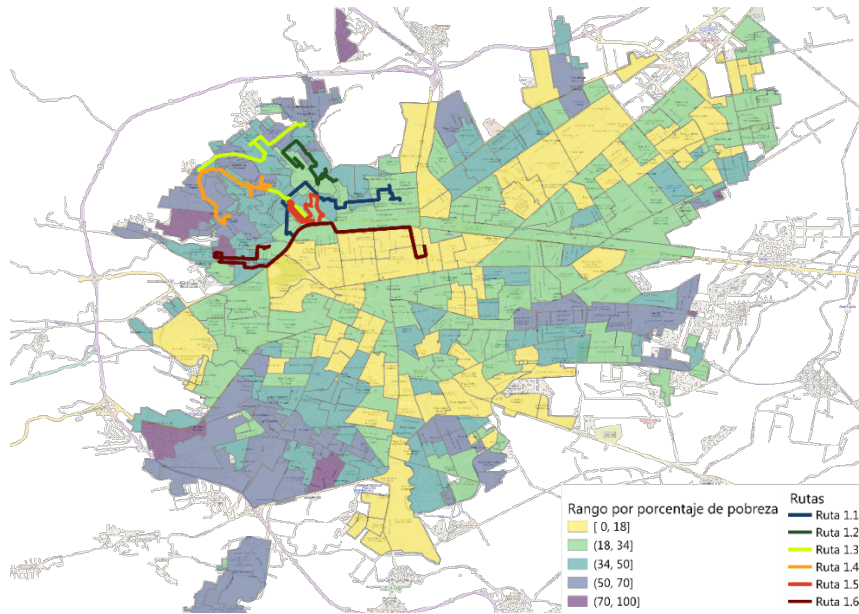


Nota: De acuerdo con el Coneval, AGEB urbana es el área geoestadística que se encuentra dentro de una localidad urbana, que está conformada por un conjunto de manzanas que generalmente son de 1 a 50, perfectamente delimitadas por calles, avenidas, andadores o cualquier otro rasgo de fácil identificación en el terreno, cuyo uso del suelo es principalmente habitacional, industrial, de servicios, comercial, etcétera.
Fuente: elaboración propia con datos de Coneval (2015). *Pobreza urbana en México.*

Para la atención domiciliar de los beneficiarios el Programa definió diversas rutas que determinan la cobertura de la intervención, a continuación, se muestra cada una de ellas con relación en AGEB urbanas.

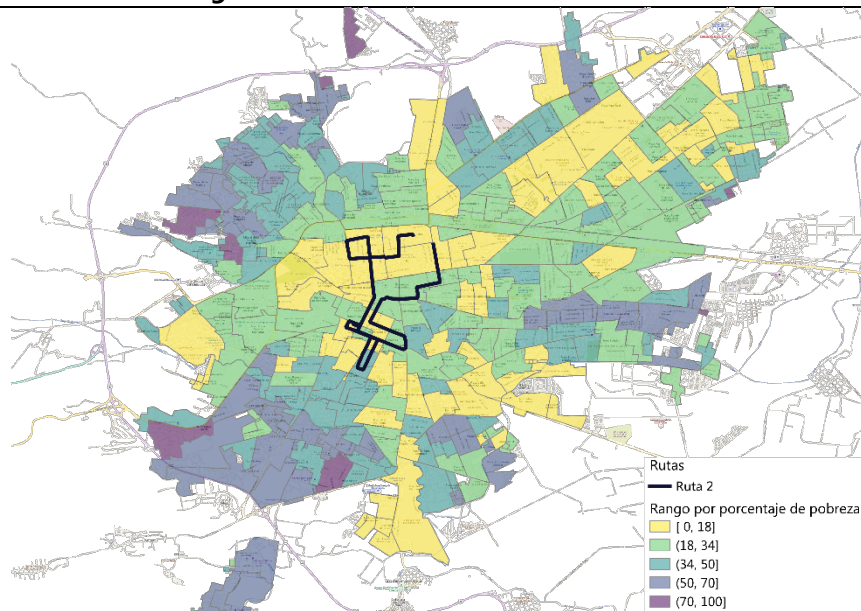
²⁰ Rezago social a nivel zonas urbanas, AGEB urbanas.
https://www.coneval.org.mx/Medicion/IRS/Paginas/Rezago_social_AGEB_2010.aspx#:~:text=Seg%C3%BAAn%20la%20definici%C3%B3n%20de%20INEGI,industrial%2C%20de%20servicios%2C%20comercial%2C

Figura 23.
Ruta 1 de cobertura del Programa Médico en tu Casa



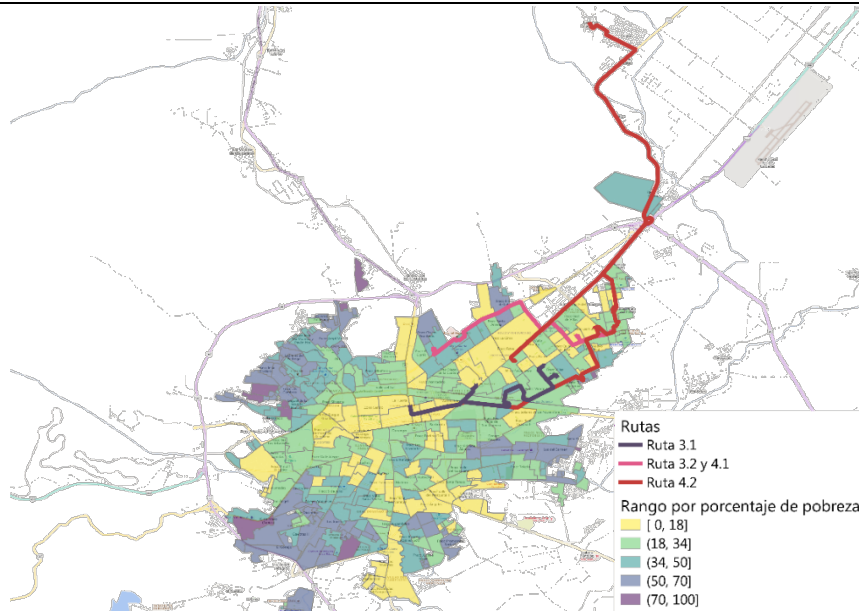
Fuente: Elaboración propia con datos de Coneval (2015). *Pobreza urbana en México*, y rutas de las zonas de atención a pacientes subsecuentes del Programa Médico en tu Casa.

Figura 24.
Ruta 2 de cobertura del Programa Médico en tu Casa



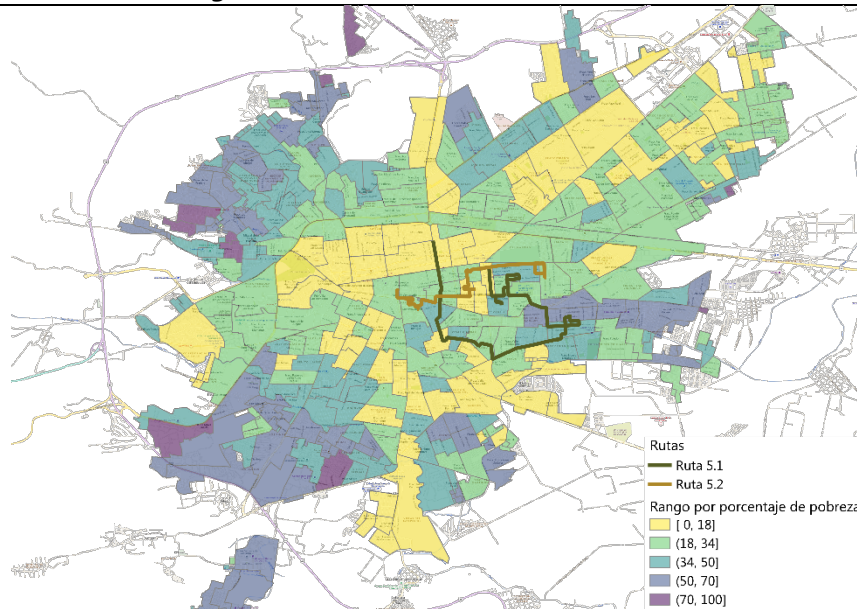
Fuente: Elaboración propia con datos de Coneval (2015). *Pobreza urbana en México*, y rutas de las zonas de atención a pacientes subsecuentes del Programa Médico en tu Casa.

Figura 25.
Ruta 3 y 4 de cobertura del Programa Médico en tu Casa



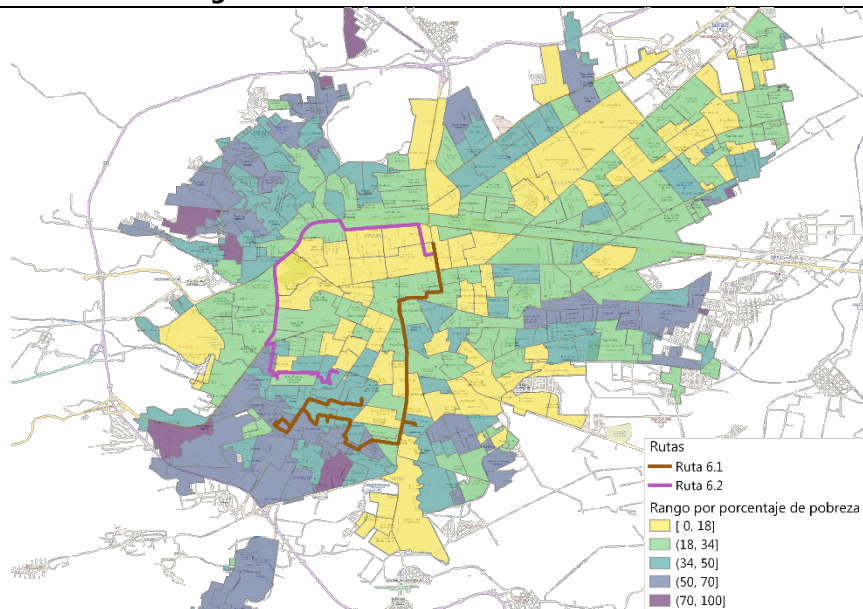
Fuente: Elaboración propia con datos de Coneval (2015). *Pobreza urbana en México*, y rutas de las zonas de atención a pacientes subsecuentes del Programa Médico en tu Casa.

Figura 26.
Ruta 5 de cobertura del Programa Médico en tu Casa



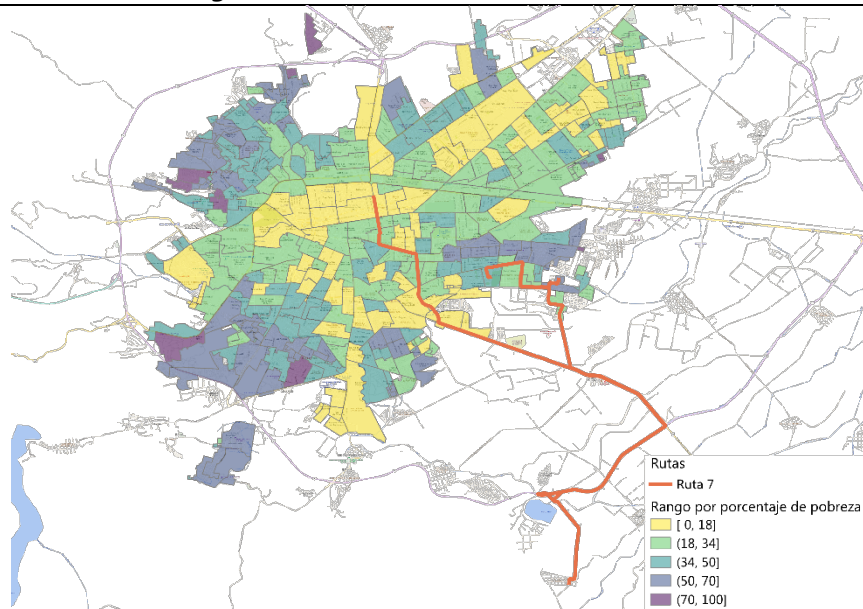
Fuente: Elaboración propia con datos de Coneval (2015). *Pobreza urbana en México*, y rutas de las zonas de atención a pacientes subsecuentes del Programa Médico en tu Casa.

Figura 27.
Ruta 6 de cobertura del Programa Médico en tu Casa



Fuente: Elaboración propia con datos de Coneval (2015). *Pobreza urbana en México*; y rutas de las zonas de atención a pacientes subsiguientes del Programa Médico en tu Casa.

Figura 28.
Ruta 7 de cobertura del Programa Médico en tu Casa



Fuente: Elaboración propia con datos de Coneval (2015). *Pobreza urbana en México*; y rutas de las zonas de atención a pacientes subsiguientes del Programa Médico en tu Casa.

Anexo 12. Indicadores

Ficha para la valoración técnica de un indicador a nivel Fin			
Nombre del indicador		Definición	Método de cálculo
Tasa de variación en la mortalidad estatal		Sin información	Tasa de Mortalidad del período T-1 al período T0
Unidad de medida		Frecuencia de medición	Comportamiento del indicador
Sin información		Sin información	Sin información
Valoración técnica		Justificación	Indicador recomendado
Calidad	Claridad	Sí	No existe duda sobre lo que el indicador pretende medir. Sin embargo, no se observa la relación directa con alguno de los objetivos del Programa, únicamente es observable la relación que guarda con el Fin de la MIR global
	Relevancia	No	
	Economía	Sí	
	Monitoreabilidad	No	
	Adecuación	No	
	Validez interna	No	
	Validez externa	Sí	
	Validez por valor aparente	No	
Validez	Consistencia inter-temporal	No	En relación con la monitoreabilidad y consistencia interobservacional los reportes del SIMBA son de carácter interno por tal motivo no podría ser calculado de manera independiente. El indicador no es suficiente para emitir un juicio respecto al desempeño del Programa porque no describe sus logros.
	Consistencia inter-observacional	No	
		El indicador propuesto contribuiría a conocer la población que recibe atención médica y que por tal motivo ya no presenta la carencia por acceso a los servicios de salud Nombre sugerido: contribuir a la reducción de carencia por acceso a los servicios de salud en el estado de Durango. Definición sugerida del indicador: porcentaje de la población con carencia por acceso a los servicios de salud en el estado de Durango.	

Ficha para la valoración técnica de un indicador a nivel propósito

Nombre del indicador		Definición	Método de cálculo
Porcentaje de cobertura de población vulnerable		Sin información	Población en situación de vulnerabilidad atendida/ Población en situación de vulnerabilidad de la ciudad de Durango
Unidad de medida		Frecuencia de medición	Comportamiento del indicador
Sin información		Sin información	Sin información
Valoración técnica		Justificación	Indicador recomendado
Calidad	Claridad	Sí	n/a
	Relevancia	Sí	
	Economía	Sí	
	Monitoreabilidad	No	
	Adecuación	Sí	
Validez	Validez interna	Sí	
	Validez externa	Sí	
	Validez por valor aparente	Sí	
	Consistencia inter-temporal	No	
	Consistencia inter-observacional	No	

Ficha para la valoración técnica de un indicador a nivel de Componente

Nombre del indicador		Definición	Método de cálculo
Porcentaje de consultas otorgadas		Sin información	Consultas Otorgadas/Consultas Programadas x 100
Unidad de medida		Frecuencia de medición	Comportamiento del indicador
Sin información		Sin información	Sin información
Valoración técnica		Justificación	Indicador recomendado
Calidad	Claridad	Sí	n/a
	Relevancia	Sí	
	Economía	Sí	
	Monitoreabilidad	No	
	Adecuación	Sí	
Validez	Validez interna	Sí	
	Validez externa	No	
	Validez por valor aparente	Sí	
	Consistencia inter-temporal	No	
	Consistencia inter-observacional	No	

Ficha para la valoración técnica de un indicador a nivel actividad

Nombre del indicador		Definición	Método de cálculo
Porcentaje de consultas otorgadas a personas con discapacidad		Sin información	Consultas Otorgadas a personas con discapacidad/ Total de consultas otorgadas x 100
Unidad de medida		Frecuencia de medición	Comportamiento del indicador
Sin información		Sin información	Sin información
Valoración técnica		Justificación	Indicador recomendado
Calidad	Claridad	Sí	Se sugiere un indicador adicional que permita observar la eficiencia del proceso. Nombre sugerido: Promedio de consultas otorgadas a personas con discapacidad bajo control Fórmula de cálculo: Número de consultas recibidas por personas con discapacidad bajo control en el Programa/ Número consultas recibidas por personas con discapacidad en el Programa
	Relevancia	Sí	
	Economía	Sí	
	Monitoreabilidad	No	
Validez	Adecuación	Sí	
	Validez interna	Sí	
	Validez externa	No	
	Validez por valor aparente	Sí	
	Consistencia inter-temporal	No	
Consistencia inter-observacional	No	El indicador es preciso respecto a lo que quiere medir que es el porcentaje de consultas que se dan a personas con discapacidad, si bien observa uno de los objetivos del Programa no logra identificar el cambio en la población beneficiada. Sin embargo, no puede ser replicado por otros entes o personas ya que la información es obtenida únicamente de los registros de los responsables del Programa que no son públicos.	

Ficha para la valoración técnica de un indicador a nivel actividad

Nombre del indicador		Definición	Método de cálculo
Porcentaje de consultas otorgadas a personas de la tercera edad		Sin información	Consultas Otorgadas a personas de la tercera edad/ Total de consultas otorgadas x 100
Unidad de medida		Frecuencia de medición	Comportamiento del indicador
Sin información		Sin información	Sin información
Valoración técnica		Justificación	Indicador recomendado
Calidad	Claridad	Sí	Se sugiere un indicador adicional que permita observar la eficiencia del proceso. Nombre sugerido: Promedio de consultas otorgadas a personas de la tercera edad bajo control
	Relevancia	Sí	
	Economía	Sí	
	Monitoreabilidad	No	
Valid	Adecuación	Sí	
	Validez interna	Sí	
	Validez externa	No	
	Validez por valor aparente	Sí	
		El indicador es preciso respecto a lo que quiere medir que es el porcentaje de consultas que se dan a personas de la tercera edad, si bien observa uno de los objetivos del Programa no logra	

Consistencia inter-temporal	No	identificar el cambio en la población beneficiada.	Fórmula de cálculo: Número de consultas recibidas por personas de la tercera edad bajo control en el Programa/ Número consultas recibidas por personas de la tercera edad en el Programa
Consistencia inter-observacional	No		

Ficha para la valoración técnica de un indicador a nivel actividad

Nombre del indicador		Definición	Método de cálculo
Porcentaje de consultas otorgadas a embarazadas en riesgo		Sin información	Consultas Otorgadas a embarazadas en riesgo/ Total de consultas otorgadas x 100
Unidad de medida		Frecuencia de medición	Comportamiento del indicador
Sin información		Sin información	Sin información
Valoración técnica		Justificación	Indicador recomendado
Calidad	Claridad	Sí	n/a
	Relevancia	Sí	
	Economía	Sí	
	Monitoreabilidad	No	
	Adecuación	Sí	
Validez	Validez interna	Sí	
	Validez externa	No	
	Validez por valor aparente	Sí	
	Consistencia inter-temporal	No	
Consistencia inter-observacional	No	El indicador es preciso respecto a lo que quiere medir porcentaje de consultas que se dan embarazadas de alto riesgo. Sin embargo, no puede ser replicado por otros entes o personas ya que la información es obtenida únicamente de los registros de los responsables del Programa que no son públicos.	

Ficha para la valoración técnica de un indicador a nivel actividad			
Nombre del indicador		Definición	Método de cálculo
Porcentaje de estudios de apoyo al diagnóstico realizados		Sin información	Estudios de apoyo al diagnóstico realizados/ Estudios de apoyo al diagnóstico solicitados x 100
Unidad de medida		Frecuencia de medición	Comportamiento del indicador
Sin información		Sin información	Sin información
Valoración técnica		Justificación	Indicador recomendado
Calidad	Claridad	Sí	El indicador mide unos de los objetivos del Programa fortalecer el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes beneficiarios del Programa. Sin embargo, no puede ser replicado por otros entes o personas ya que la información es obtenida únicamente de los registros de los responsables del Programa que no son públicos.
	Relevancia	Sí	
	Economía	Sí	
	Monitoreabilidad	No	
	Adecuación	Sí	
Validez	Validez interna	Sí	
	Validez externa	No	
	Validez por valor aparente	Sí	
	Consistencia inter-temporal	No	
	Consistencia inter-observacional	No	

Anexo 13. Complementariedades y coincidencias

Ficha de una intervención complementaria o coincidente		
Nombre de la intervención:	Discapacidad	Complementaria/Coincidente
Dependencia o entidad responsable:	SSD	
Objetivo:	Llevar a cabo acciones de prevención de enfermedades y promoción de la salud dirigidas a población con discapacidad con el fin de lograr la inclusión social en todos los ámbitos	Justificación: La población con algún tipo de discapacidad se considera vulnerable, las intervenciones de Médico en tu Casa y Discapacidad atienden a esta población en busca de desarrollar acciones de prevención médica, si ambas intervenciones coordinan esfuerzos pueden potencializar la atención a las personas con discapacidad
Población objetivo:	Población con discapacidad	
Bienes y/o servicios que entrega:	Fomentar una cultura de prevención de la discapacidad y de respeto, equidad, integración y desarrollo de las personas con discapacidad	
Cobertura geográfica:	39 municipios de Durango	
Fuentes de información:	http://salud.durango.gob.mx/tramite/SSD/discapacidad/	
Ficha de una intervención complementaria o coincidente		
Nombre de la intervención:	Atención a la salud de los pueblos indígenas	Complementaria/Coincidente
Dependencia o entidad responsable:	SSD	
Objetivo:	Totalidad de comunidades con presencia de población indígena con la finalidad de desarrollar conocimientos en la prevención y promoción de la salud	Justificación: El Programa Médico en tu Casa contempla atención a grupos vulnerables, la población indígena se contempla es dicha categoría. La intervención Atención a la salud de los pueblos indígenas promueve la prevención en la salud
Población objetivo:	Población indígena	
Bienes y/o servicios que entrega:	Impulsa un Modelo Intercultural de Atención a la Salud que basa su intervención en el acceso, visibilidad, trato digno y empoderamiento	
Cobertura geográfica:	comunidades de los 39 municipios de Durango con población indígena	
Fuentes de información:	http://salud.durango.gob.mx/tramite/SSD/atencion_a_la_salud_de_los_pueblos_indigenas/	

Ficha de una intervención complementaria o coincidente		
Nombre de la intervención:	Alimentación y actividad física	Complementaria/Coincidente
Dependencia o entidad responsable:	SSD	
Objetivo:	Capacitar a la población en temas de alimentación correcta y tradicional, beneficios de la lactancia materna, estilos de vida activos y el consumo de agua regular	Justificación: La conformación de las brigadas del Programa Médico en tu Casa contempla la atención en nutrición, así como la terapia física, coincidiendo con la intervención de Alimentación y actividad física que buscan la prevención en la población con enfermedades crónico-degenerativas
Población objetivo:	Población en general	
Bienes y/o servicios que entrega:	Evitar en la población enfermedades crónico-degenerativas capacitación en temas de alimentación sana y estilos de vida activos	
Cobertura geográfica:		
Fuentes de información:	http://salud.durango.gob.mx/tramite/SSD/alimentacion_y_actividad_fisica/	

Ficha de una intervención complementaria o coincidente		
Nombre de la intervención:	Servicios Social	Complementaria/Coincidente
Dependencia o entidad responsable:	SSD	
Objetivo:	El servicio social se define es una actividad práctica realizada en forma temporal y obligatoria, previo a la obtención del título profesional	Justificación: Los médicos que conforman las brigadas cumplen con su servicio social a través de la participación en el Programa Médico en tu Casa, la intervención denominada Servicios Social incentiva a los alumnos pasantes de carreras afines al contexto de salud a desarrollar prácticas que contribuyan a su formación
Población objetivo:	Alumnos de las escuelas de medicina, enfermería, odontología, psicología, nutrición, trabajo social, radiología, atención médica y carreras afines.	
Bienes y/o servicios que entrega:	Administración de sedes de campos clínicos, planeación y distribución de campos clínicos por institución educativa, programación de campos clínicos por localidad, incorporación de listas de pasantes, registro de aspirantes en línea, asignación de campos clínicos y adscripción, reportes y consultas, módulo para pasantes de servicio social adscritos, movimientos (altas, bajas, cambios de adscripción), actualización del programa nacional en el sistema nacional de servicio social.	
Cobertura geográfica:	Sin información	

Fuentes de información: http://salud.durango.gob.mx/tramite/SSD/servicio_social/

Ficha de una intervención complementaria o coincidente

Nombre de la intervención:	TELESALUD	Complementaria/Coincidente
Dependencia o entidad responsable:	SSD	
Objetivo:	Acercar mediante brigadas del Programa Médico en tu Casa la atención médica de especialidad a través de Telemedicina, a población que por sus condiciones físicas, sociales o mentales se encuentran imposibilitados para asistir por su propio pie a los Servicios de Salud con oportunidad y calidad.	Justificación: El Programa Médico en tu Casa se puede potencializar al hacer uso de las tecnologías de la información para desarrollar atención médica especializada a través de telemedicina, lo anterior al contemplar la participación conjunta con la intervención de TELESALUD.
Población objetivo:	Pacientes con enfermedades crónico-degenerativas, embarazos de alto riesgo y trastornos afectivos	
Bienes y/o servicios que entrega:	Atención médica de especialidad a través de Telemedicina, a población que por sus condiciones físicas, sociales o mentales se encuentran imposibilitados para asistir por su propio pie a los Servicios de Salud con oportunidad y calidad.	
Cobertura geográfica:	Municipios de Durango	
Fuentes de información:	Presentación TELESALUD proporcionado por el Programa	

