



CDMX
CIUDAD DE MÉXICO



Evaluación Externa de Diseño **del Programa El Médico en tu Casa**

Consejo de Evaluación del Desarrollo Social de la Ciudad de México

Dr. Miguel Ángel Mancera Espinosa

Jefe de Gobierno de la Ciudad de México

Dr. José Ramón Amieva Gálvez

Secretario de Desarrollo Social de la Ciudad de México

Mtro. José Arturo Cerón Vargas

Director General del Consejo de Evaluación del Desarrollo Social de la Ciudad de México

Dr. Oscar Alfonso Martínez Martínez

Consejero Ciudadano del Consejo de Evaluación del Desarrollo Social de la Ciudad de México

Coordinador de la Evaluación

Mtro. Ernesto Velasco Sánchez

Evaluador Externo

Índice

Resumen Ejecutivo	4
Introducción	7
Revisión de la Bibliografía sobre Atención Domiciliaria en Salud	10
Apartado a) Características del Programa.....	17
Apartado b) Justificación de la Creación y del Diseño	20
Apartado c) Contribución a las Metas y Estrategias de la Ciudad de México	33
Apartado d) Población Potencial y Objetivo, Padrón de Beneficiarios	42
Apartado e) MML	69
Apartado f) Presupuesto y Rendición de Cuentas	92
Apartado g) Complementariedades y Coincidencias con otros Programas	101
Análisis de Fortalezas, Debilidades y Áreas de Oportunidad	104
Conclusiones	108
Recomendaciones	110
Bibliografía.....	112
Ficha Técnica	115
Anexo 1. Metodología para la Cuantificación de las Poblaciones Potencial y Objetivo	116
Anexo 2. Procedimiento para la Actualización de la Base de Datos de Beneficiarios	118
Anexo 3. Matriz de Marco Lógico del <i>METC</i> (actual).....	119
Anexo 4. Indicadores	121
Anexo 5. Metas del Programa	125
Anexo 6. Propuesta de mejora de la Matriz de Marco Lógico.....	128
Anexo 7. Gastos Desglosados del Programa y Criterios de Clasificación (2017).....	131
Anexo 8. Complementariedad y Coincidencias entre Programas Federales y/o Acciones de Desarrollo Social en otros Niveles de Gobierno	133
Anexo 9. Inconsistencias en la Definición de Poblaciones entre Documentos del <i>METC</i> ...	140

Resumen Ejecutivo

La evaluación externa de diseño de *El Médico en tu Casa* (en adelante el *METC*) de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México busca identificar su consistencia con los objetivos y principios de la política de salud de la Ciudad de México, determinar en qué medida son adecuados para alcanzar el goce efectivo del derecho a la salud y retroalimentar su diseño, gestión y resultados. La estructura se basa fundamentalmente en los *Términos de Referencia para la Evaluación Externa de Diseño del Programa El Médico en tu Casa* diseñados por el Consejo de Evaluación del Desarrollo Social de la Ciudad de México (EVALÚA CDMX) y, a manera de apoyo, en el *Modelo de Términos de Referencia para la Evaluación de Diseño*, publicado por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). Adicionalmente, y también como apoyo, se adoptó una perspectiva más flexible, adecuando los términos del CONEVAL al contexto local y se incluyeron reactivos para evaluar la perspectiva de derechos humanos de la intervención. Con la evaluación se identificaron fortalezas y debilidades, y se emitieron sugerencias, a partir del análisis de la congruencia del diseño del *METC*, mediante una revisión de gabinete.

El análisis se basa principalmente en los documentos provistos por la Secretaría de Salud de la Ciudad de México. Incluyen la normatividad del *METC*, árboles de problemas y objetivos, matriz de indicadores para resultados, catálogos de bases de datos, normas oficiales y documentos con los procedimientos de la intervención. Adicionalmente, se toman en cuenta los resultados de una reunión de trabajo realizada con los responsables del *METC*. Por otra parte, la revisión de bibliografía se basa en una visión general de los principios internacionales en materia de atención primaria domiciliaria, las causas que han llevado a su promoción en varios países del mundo y los ejemplos más cercanos al *METC*.

Hallazgos principales

Justificación de la Creación y del Diseño

El problema focal se identifica como un hecho negativo que padece una población específica: hay personas “vulnerables” que por razones de salud o socioeconómicas no pueden acudir a una unidad de salud en la Ciudad de México. Se cuenta con información parcial sobre las características del problema, causas, efectos y la población que lo sufre. El problema es importante y afecta directamente el derecho a la salud de los afectados, por lo que el *METC* se justifica. A pesar de ello, hay inconsistencias en la definición de las poblaciones potencial y objetivo, derivado de un uso poco consistente del concepto de vulnerabilidad, y no se han definido plazos concretos para su cuantificación. El árbol de problemas se realizó con base en la Metodología de la Matriz de Marco Lógico, que se aplicó correctamente; sin embargo, convendría reestructurarlo pues contiene aspectos que pueden mejorarse. Finalmente, no se identificaron justificaciones teóricas y/o empíricas del *METC* ni un análisis del estado actual de los cuatro elementos esenciales del derecho a la salud: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

Contribución a las metas y estrategias de la Ciudad de México

El *METC* está alineado explícitamente con el *Programa Sectorial de Salud del Distrito Federal 2013-2018* y el *Programa General de Desarrollo del Distrito Federal 2013-2018*. También está alineado con los Objetivos de Desarrollo Sostenible y normas nacionales e internacionales relacionadas con el derecho humano a la salud y la atención médica primaria, pero no se identificaron menciones explícitas a estos vínculos. También convendría definir mecanismos para el seguimiento a la contribución del *METC* a dichos objetivos y metas sectoriales, estatales, federales e internacionales.

Población Potencial y Objetivo, Padrón de Beneficiarios

El *METC* cuenta con definiciones de su población potencial y objetivo, tiene un “Censo de pacientes” que sirve como instrumento para cuantificar la población potencial, con criterios de elegibilidad específicos y existen medios diversos para solicitar los servicios del *METC*. No obstante, hay inconsistencias en las definiciones de la población potencial y objetivo, no se identificó una metodología para el levantamiento del Censo ni medidas para garantizar su confiabilidad. Además, no es claro si el Censo es un instrumento que se aplica a todas las viviendas de la Ciudad de México para identificar a todos sus usuarios potenciales (tipo censo) o uno que se aplica a la población atendida para recabar información de seguimiento (tipo padrón de beneficiarios). Tampoco están plenamente documentados los procedimientos para recabar información sobre los solicitantes de apoyos del *METC*. Por otra parte, no todas las vías de acceso son públicas o no se hacen explícitas en los documentos del *METC*. No se encontró una estrategia de cobertura a mediano y largo plazo en términos numéricos y geográficos de la población que podría requerir los servicios del *METC* ni se identificaron mecanismos explícitos de quejas y denuncias contra presuntos casos de discriminación, violaciones o negaciones de derechos.

Los procedimientos para otorgar los servicios a los usuarios están estandarizados, sistematizados y se apegan a los documentos normativos. También hay información sobre los usuarios, incluyendo sus características, el tipo de apoyo que reciben y una clave de identificación para cada uno. Sin embargo, no se difunden públicamente los procedimientos de entrega de los servicios. Tampoco se identificaron procedimientos documentados para sistematizar, depurar y actualizar las bases de datos sobre los usuarios y la forma en que se utiliza esta información recabada en el diseño e implementación del *METC*.

Matriz de Marco Lógico

Las actividades, componentes, propósito, fin, indicadores y medios de verificación de la matriz están especificados claramente. No obstante, no se identificaron supuestos en la MML y falta incluir en ella algunas actividades importantes del *METC* e información esencial de los indicadores, metas y medios de verificación. De los quince indicadores, uno cumple con todos los criterios (claros, relevantes, económicos, monitoreables y adecuados). Como se observa en el anexo 4, tres de ellos (20%) cumplen con cuatro de los criterios, siete de ellos

(47%) satisfacen tres de los criterios y cuatro más (27%) cumplen con dos. También se podrían desarrollar mecanismos independientes para monitorear la calidad de los componentes y actividades.

Presupuesto y Rendición de Cuentas

Se identifican y cuantifican los gastos del *METC* desglosados por capítulo y partida presupuestal, pero no por conceptos de operación, mantenimiento, capital o unitarios. Hace falta publicar, además del monto total asignado al *METC*, los gastos desglosados de éste. No se identificaron mecanismos de transparencia y rendición de cuentas del *METC*, excepto la publicación de un indicador de resultados en el portal de transparencia. Tampoco se encontró evidencia de que se promueva la participación de los usuarios en las distintas etapas del funcionamiento del *METC*. Se identificaron actividades de supervisión de la prestación de los servicios estandarizadas y sistematizadas, pero hace falta una mención explícita de los formatos que se usan en dichas actividades en los documentos de diseño del *METC*, así como difundir dichas actividades públicamente.

Complementariedades y Coincidencias con otros Programas

Se especifican complementariedades con acciones y políticas de varias instituciones locales y federales de salud, como el Programa de Apoyo Económico a Personas con Discapacidad Permanente del DIF local, el Seguro Popular, el Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos de la CDMX, Medicina a Distancia y los programas de atención médica domiciliaria del IMSS y del ISSSTE. A pesar de ello, no se identificaron convenios firmados con las instituciones de seguridad social que permitan atender a la población derechohabiente y así evitar su discriminación en el *METC*.

Valoración general

El *METC* cuenta con elementos indispensables en el diseño de una intervención, por lo que puede afirmarse que su existencia e implementación están justificadas. En general, su diseño es adecuado para atender a sus poblaciones objetivo, aunque hay cuestiones importantes que convendría atender y documentar como las vías de acceso, la incorporación del enfoque de derechos y los mecanismos de transparencia y rendición de cuentas. Las debilidades identificadas no cuestionan la existencia y justificación de la intervención, sino que se refieren a aspectos metodológicos que pueden mejorar en su diseño. El problema público que busca atender es importante dado que las personas afectadas pertenecen a grupos con pocas posibilidades de ejercer sus derechos sociales y que viven en condiciones socioeconómicas desfavorables.

Introducción

Desde 2014, *El médico en tu casa* (en adelante, el *METC*) del gobierno de la Ciudad de México se inscribe en una ola de iniciativas de atención médica a domicilio con brigadas multidisciplinarias en distintos países, que buscan, por lo general, llevar atención médica a distintas poblaciones que, por razones físicas o socioeconómicas, no han podido ejercer su derecho a recibir atención médica. En diciembre de 2015, el *METC* se incorporó a la Ley de Salud local, para garantizar su continuidad. En un inicio, esta intervención buscaba reducir el índice de mortalidad materna-infantil en la capital mediante la atención de mujeres embarazadas sin control prenatal, pero, con el tiempo, su población objetivo se fue ampliando a otros grupos que tenían dificultades para acudir a un centro de salud, en específico, personas con discapacidad, adultos mayores, personas en situación de abandono y postradas, y enfermos terminales. Los servicios que ofrece incluyen el diagnóstico, la atención primaria, la afiliación a servicios médicos locales y federales (Seguro Popular), cuidados paliativos, atención odontológica, estudios de laboratorio, atención de adicciones, entre otros. El *METC* se ha replicado en al menos doce estados del país y ha apoyado la formación de profesionales de la salud en 14 ciudades del mundo.¹

Considerando que la evaluación de políticas, programas y acciones del gobierno es un factor indispensable para aumentar las probabilidades de lograr cambios en las condiciones de vida de la población, este documento tiene como objetivo principal “evaluar el diseño del programa ‘El Médico en tu Casa’ para identificar el grado de congruencia entre el programa y los objetivos y principios de la política de salud de la Ciudad de México y determinar en qué medida son consistentes, eficaces y eficientes para alcanzar los fines que se proponen en pro del bienestar objetivo y el goce efectivo de los derechos”.²

Para ello, el documento tiene como fundamento los *Términos de Referencia para la Evaluación Externa de Diseño del Programa El Médico en tu Casa* diseñados por el Consejo de Evaluación del Desarrollo Social de la Ciudad de México (EVALÚA CDMX). Además, se usó como apoyo el *Modelo de Términos de Referencia para la Evaluación de Diseño*, publicado por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL).³ Ambos documentos consideran temas muy similares a evaluar. Sin embargo, mientras que los de CONEVAL incluyen preguntas específicas en cada apartado, los del EVALÚA CDMX dan libertad al equipo evaluador para incluir preguntas que considere pertinentes para evaluar el diseño de la intervención y que ayuden a cumplir el objetivo

¹ Secretaría de Salud (2017), *Informe “El Médico en tu Casa” julio 2016 – junio 2017*, Ciudad de México, junio de 2017, pp. 28-29.

² Consejo de Evaluación del Desarrollo Social de la Ciudad de México (Evalúa CDMX), *Términos de referencia para la evaluación externa de diseño del programa El médico en tu casa*, Ciudad de México, 2017, p. 4.

³ Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval), *Modelo de términos de referencia para la evaluación de diseño*, Ciudad de México, febrero de 2017, disponible en: http://www.coneval.org.mx/rw/resource/coneval/eval_mon/normatividad_matriz/Modelo_de_terminos_de_referencia_evaluacion_diseno_final.pdf (consultado el 8 de agosto de 2017).

planteado en los *Términos de Referencia* del EVALÚA CDMX; además, están adaptados a los programas operados en el contexto de la Ciudad de México. Por otro lado, y también a manera de apoyo, se incluyeron algunos reactivos para valorar el enfoque de derechos humanos del METC, con base en los planteamientos de Shirley Gatenio Gabel en su libro *A Rights-Based Approach to Social Policy Analysis* y de Sandra Serrano y Daniel Vázquez en *Los derechos humanos en acción: operacionalización de los estándares internacionales de los derechos humanos*.⁴ Según estos autores, el objetivo fundamental de políticas y programas públicos debe ser cumplir a cabalidad los derechos humanos (identificando a los sujetos, sus derechos, las instancias obligadas y sus responsabilidades) y fortalecer las capacidades de los sujetos de derecho para el ejercicio pleno de sus prerrogativas, lo que podría reflejarse en el diseño del METC. La perspectiva de derechos humanos indica que los gobiernos deben definir cómo lograr el ejercicio efectivo de los derechos, garantizar la progresividad en su cumplimiento y usar los recursos de la manera más eficiente para ello. En el siguiente apartado se analizará con mayor detalle esta perspectiva.

A partir de dicho enfoque, se valoró la existencia de los siguientes elementos que, de acuerdo con los autores, debe tener un programa desde su diseño: a) la inclusión de los derechos vulnerados en la definición del problema público que busca mitigar; b) la identificación de los sujetos obligados a garantizar esos derechos vulnerados, así como sus obligaciones; c) un análisis del estado actual de los cuatro elementos esenciales de los derechos humanos relacionados con el METC: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad; así como la inclusión de acciones para avanzar en estas cuatro dimensiones; d) la contribución a obligaciones internacionales, regionales y locales para respetar, proteger, garantizar y difundir los derechos humanos relacionados con el METC; e) la desagregación de datos en los registros administrativos para incorporar a grupos históricamente vulnerados en sus derechos; f) un análisis de posibles discriminaciones directas o indirectas por parte de la intervención; g) mecanismos para impugnar decisiones o revertir situaciones de violaciones de los derechos de los beneficiarios sin repercusiones para éstos; h) el diseño de medidas para evitar que los prejuicios y estereotipos de los operadores impidan el acceso de ciertos grupos a los bienes y servicios que ofrece; i) la participación de los derechohabientes en el diseño, operación, seguimiento y evaluación de la intervención, y la efectividad de los mecanismos para ello, y; j) la existencia de otras políticas y programas en la Ciudad de México que contribuyan o afecten el pleno cumplimiento de los derechos humanos relacionados con el METC.⁵

El análisis se basa principalmente en los documentos provistos por la Secretaría de Salud de la Ciudad de México. Incluyen la normatividad del METC, árboles de problemas y objetivos, matriz de indicadores para resultados, catálogos de bases de datos, normas oficiales y

⁴ Shirley Gatenio Gabel, *A Rights-based Approach to Social Policy Analysis*, Cham, Springer, 2016; Sandra Serrano y Daniel Vázquez, *Los derechos humanos en acción: operacionalización de los estándares internacionales de los derechos humanos*, Ciudad de México, Flacso, s. a.

⁵ Específicamente, en esta evaluación se agregaron criterios a tres preguntas (pregunta 1: d y e; pregunta 2: e y pregunta 11: e) y se incluyeron seis adicionales (7, 14, 15, 30, 33, 36) en línea con los autores mencionados.

documentos con los procedimientos de la intervención. Adicionalmente, se toman en cuenta los resultados de la reunión de trabajo realizada con los responsables del *METC*. Por otra parte, la revisión de bibliografía se basa en una visión general de los principios internacionales en materia de atención primaria domiciliaria, las causas que han llevado a su promoción en varios países del mundo y los ejemplos más cercanos a *El médico en tu casa*.

Así, antes de la valoración del diseño como tal, el documento incluye una revisión de bibliografía sobre atención médica domiciliaria y una descripción general del *METC*. Posteriormente, se presentan ocho apartados en que se analizan las fortalezas y debilidades en diversas áreas del diseño: a) la justificación de la creación y del diseño del *METC*; b) la contribución a metas y estrategias de la Ciudad de México, así como a las obligaciones internacionales de derechos humanos contraídas por México; c) población potencial, objetivo y mecanismos de elegibilidad; d) el padrón de beneficiarios y los mecanismos de atención; e) la matriz de indicadores para resultados; f) el presupuesto, la rendición de cuentas y la participación ciudadana; y g) un análisis de posibles complementariedades y coincidencias con otros programas de la Ciudad de México. Finalmente, se presentarán algunas conclusiones y se resumirán las fortalezas y debilidades más significativas.

Revisión de la Bibliografía sobre Atención Domiciliaria en Salud

En las últimas décadas, los sistemas de salud⁶ en gran parte del mundo han diseñado estrategias para alcanzar la cobertura universal en salud, para contribuir a garantizar el derecho al “disfrute del más alto nivel posible de salud”⁷ de las personas. Entre estas estrategias, varios países han optado implementar programas de atención domiciliaria en salud, como una forma de acercar los servicios médicos a quienes no tienen garantizado este derecho, por alguna condición física o socioeconómica. En este apartado se presentan los hallazgos de una revisión de documentos normativos internacionales sobre el derecho a la salud, bibliografía secundaria y experiencias sobre atención médica domiciliaria en otros países, con el propósito de retroalimentar el diseño del *Médico en tu Casa*. Una de las principales conclusiones es que, desde una perspectiva de derechos humanos, la atención médica domiciliaria es una estrategia adecuada para aproximar servicios de salud a poblaciones específicas que lo requieran, sin que sean un sustituto de los servicios que prestan los sistemas de salud en sus instalaciones fijas. La atención domiciliaria debe contribuir a reforzar estos sistemas y debe existir una coordinación adecuada con los otros servicios de dichos sistemas.

Según la *Declaración de Alma-Ata* sobre Atención Primaria de Salud de 1978 y la *Declaración de Montevideo* de 2005, “todos los gobiernos deben formular políticas, estrategias y planes de acción [para] iniciar y mantener la atención primaria como parte de un sistema nacional de salud completo y en coordinación con otros sectores”.⁸ No obstante, con el debilitamiento del estado desde la década de los ochenta, se ha hecho más hincapié en la provisión de asistencia sanitaria esencial al servicio de poblaciones vulnerables y pobres, en lugar de la construcción o consolidación de sistemas de salud integrales con capacidades técnicas e institucionales amplias.⁹ Así, a partir de esquemas de cuidado domiciliario que antes solo estaban orientados a pacientes con condiciones o tratamientos especiales, los programas de atención médica a domicilio surgieron como una forma de solucionar la sobreocupación hospitalaria, la saturación de los sistemas de salud existentes y las dificultades para lograr el acceso universal a los servicios médicos.¹⁰

⁶ El concepto de sistemas de salud se refiere a “todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyos propósitos centrales son mejorar la salud. Para cumplir con sus propósitos, los servicios de salud necesitan información, recursos humanos, fondos financieros, suministros, medios de transporte y de comunicación, así como guía y dirección (Stoskopf y Johnson, 2010)” de acuerdo con Laura Flamand y Carlos Morenos Jaimes (2014), *Seguro popular y federalismo en México*, México, Centro de Investigación y Docencia Económicas, p. 40.

⁷ Comité Económico y Social (2000), “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. 11/08/2000 E/C.12/2000/4, CESCR Observación General 14”, Naciones Unidas, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

⁸ Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, *Declaración de Alma-Ata*, 12 de septiembre de 1978, art. 8.

⁹ Álvaro Franco-Giraldo, “Atención primaria en salud: ¿de regreso al pasado?”, conferencia pronunciada en Medellín, Colombia, en el Sexto congreso internacional de salud pública, junio de 2009, p. 7.

¹⁰ Miguel Antonio Sánchez Cárdenas, Genny Paola Fuentes Bermúdez, “Gestión clínica de programas de cuidado domiciliario”, *Revista CES de Salud Pública*, 7 (2016), p. 1.

Los programas más recientes de atención médica a domicilio se han empleado como una forma de alcanzar la cobertura universal de salud. Así, buscan superar barreras de distinto tipo para hacer efectivo el derecho al acceso a servicios de salud. Según Fajardo-Dolci, Gutiérrez y García-Saisó, éstas pueden catalogarse de dos formas: de los individuos y de los servicios de salud. En el primer caso, los ciudadanos pueden enfrentar barreras culturales o sociales, por falta de financiamiento a la salud, por la falta de accesibilidad física de los servicios o por la falta de accesibilidad temporal. En el segundo caso, puede haber obstáculos estructurales (recursos) o técnicos. De tal forma, la atención médica a domicilio es un intento por acercar la atención médica a quienes, por alguna de las circunstancias mencionadas, no pueden ejercer su derecho a la salud o que han quedado fuera de las capacidades de cobertura de los sistemas de salud establecidos.¹¹

Según Serrano y Vázquez¹², el Derecho Internacional de Derecho Humanos conlleva cuatro obligaciones generales para los sujetos obligados (que pueden ser parte o no del Estado): respetar, proteger, garantizar y promover los derechos humanos. Respetar implica que los sujetos obligados no interfieran con o pongan en peligro los derechos; proteger significa “crear el marco jurídico y la maquinaria institucional necesaria para prevenir las violaciones a derechos humanos cometidas por particulares y por agentes estatales”¹³; la obligación de garantizar “tiene no sólo el objetivo de mantener el disfrute del derecho, sino también el de mejorarlo y restituirlo en caso de violación”; promover se refiere a brindar “a las personas toda la información necesaria para asegurar que sean capaces de disfrutar el derecho”.

En ese mismo sentido, Serrano y Vázquez han sugerido que la operacionalización de los estándares internacionales de derechos humanos en ámbitos nacionales o subnacionales debe cumplir con ciertos criterios mínimos. En lo que corresponde a la aplicación, es preciso que las autoridades identifiquen claramente el contenido mínimo para hacer efectivos los derechos, garanticen la progresividad en el cumplimiento del derecho, eviten retrocesos en el ejercicio de éste y hagan esfuerzos significativos para que los recursos disponibles se usen de la manera más eficiente. Esto significa que deben establecerse mínimos prácticos que concuerden con el espíritu de los principios internacionales y hagan posible que su realización en política pública no registre retrocesos ni escatime en medios para garantizar el derecho del que se trate.

También mencionan estos autores que las intervenciones públicas deben garantizar los elementos básicos de los derechos humanos: disponibilidad, accesibilidad, calidad y

¹¹ Germán Fajardo-Dolci, Juan Pablo Gutiérrez, Sebastián García-Saisó, “Acceso efectivo a los servicios de salud: *operacionalizando* la cobertura universal en salud”, *Salud Pública de México*, 57 (2015), p. 185.

¹² S. Serrano y D. Vázquez, *Los derechos humanos en acción*, pp. 41-58.

¹³ En el caso de *El Médico en tu Casa*, la normatividad se centra en mejorar el acceso, es decir, en la obligación de garantizar, pero no evita violaciones de, por ejemplo, los sistemas de seguridad social que no garantizan el acceso de la población afiliada a éstos que no puede movilizarse. Por ejemplo, no incluye la obligación de que aquellas instituciones de seguridad social que operan en la Ciudad de México deben contar con esquemas de atención de esas poblaciones.

aceptabilidad. La disponibilidad se define como “garantizar la suficiencia de los servicios, instalaciones, mecanismos, procedimientos o cualquier otro medio por el cual se materializa un derecho para toda la población”. La accesibilidad supone que la materialización del derecho cumple con las dimensiones de no discriminación, accesibilidad física y asequibilidad. La aceptabilidad, por otra parte, implica que el medio y los contenidos elegidos para materializar el ejercicio reconocen especificidades y tienen la flexibilidad necesaria para adaptarse a las necesidades de grupos en contextos distintos.¹⁴

En este mismo sentido, idealmente, según la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, los esquemas de atención médica domiciliaria deben ser solo una puerta de entrada a los servicios de salud para aproximarse al acceso universal, mas no un reemplazo al desarrollo de sistemas de salud con varios niveles de atención. De esta manera, no es deseable que se limiten a la atención primaria o el seguimiento, sino que se deben complementar con distintos niveles de atención especializada, ambulatoria, hospitalaria y demás servicios de protección social. Además, sus sistemas de información, planeación, seguimiento y evaluación, y financiamiento deben estar coordinados con los de los sistemas de salud en su conjunto.¹⁵

Los primeros ejemplos de programas de este tipo se encontraron en Estados Unidos y Europa. La atención hospitalaria en casa se reservaba a los pacientes con secuelas de enfermedades crónicas o en recuperación, por lo que el contacto con el personal de salud se limitaba a la enfermería, rehabilitación y prevención secundaria. Hasta la fecha, perduran programas comunitarios o institucionales (privados) de este tipo.¹⁶

En España, la ayuda domiciliaria se define como “un servicio integral, polivalente y comunitario, orientado a las personas y/o familias que presentan problemas para la realización de las actividades de la vida diaria, proporcionándoles atención directa en el propio hogar mediante intervenciones específicas que favorezcan su permanencia e integración en su entorno habitual, y compensen sus limitaciones o restricción de independencia funcional”.¹⁷ Desde la década de los setenta, dicho tipo de atención primaria se ha desarrollado de manera paralela al estado de bienestar nacional y autonómico y claramente ha hecho hincapié en el carácter comunitario de la salud.

Primero, la atención se enfocó en los adultos mayores y se instituyó como parte del Sistema Español de Seguridad Social (para los trabajadores afiliados). Con la transición a la

¹⁴ S. Serrano y D. Vázquez, *Los derechos humanos en acción*, pp. 54, 60-64.

¹⁵ A. Franco-Giraldo, “Atención primaria en salud”, p. 7; James Macinko, Hernán Montenegro, Carme Nebot Adell et al., “La renovación de la atención primaria de salud en las Américas”, *Revista Panamericana de Salud Pública*, 21 (2007), pp. 73-84; Maria Inês Fernandez Rodriguez, “Internação domiciliar: avaliações imperativas implicadas na função de cuidar”, *Psicologia revista. Revista da Faculdade de ciencias humanas e da saúde*, 22 (2013), p. 198.

¹⁶ M. I. Fernandez, “Internacao”, pp. 201-202.

¹⁷ Pilar Rodríguez (coord.), *La situación del Servicio de Ayuda a Domicilio en el ámbito local y perspectivas de futuro*, Madrid, FEMP-Fundación Caser-Fundación Pílares, 2015, p. 23.

democracia y el fortalecimiento de las instituciones locales en los años siguientes y hasta mediados de la década de los ochenta, las capacidades del sistema se fueron desarrollando de manera diferenciada, con distintos grados de cobertura y servicios incluidos bajo la definición de atención domiciliaria. Para 2006, se definió finalmente la *Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia*, que estableció el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia a partir del planteamiento de esa circunstancia particular como un derecho subjetivo nuevo. Así, la atención médica a domicilio es una prestación de derecho en el Programa Individualizado de Atención para las personas que cumplan los requisitos de ley, además de que, bajo la protección de las leyes de servicios sociales autonómicas, se continuó tratando a las personas que la norma de 2006 dejó fuera de la definición nacional de dependencia.¹⁸

Así, los servicios de atención domiciliaria se han constituido como un “cuarto pilar” del Estado de bienestar en España. En esta experiencia, C. Ferrer Arnedo señala los siguientes aspectos a tener en cuenta en la construcción de un modelo de atención domiciliaria: 1) “El modelo de organización de la atención domiciliaria debe orientarse a las necesidades del usuario y debe cubrir sus expectativas, y; 2) “los profesionales de enfermería [...] deben desempeñar un papel clave como gestores de casos de las personas inmovilizadas y dependientes, que requieren ayuda y [en el] apoyo a los cuidadores desde la enseñanza de autocuidado, orientado al cuidado cotidiano y rutinario”.¹⁹ De lo contrario, la atención domiciliaria puede tener efectos adversos para los pacientes, significar una carga indebida para los familiares responsables.

En América Latina, Colombia reconoció la atención médica domiciliaria como parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud desde 1994. Inicialmente, el cambio legal fue resultado de fallos judiciales que obligaban a aseguradoras privadas a prestar servicios de atención médica a domicilio para los pacientes que así lo necesitaran. Más tarde, se reconoció como parte del sistema público de salud. A pesar de ello, los programas de atención médica a domicilio se han caracterizado por el desarrollo de instituciones privadas prestadoras de servicios de salud de este tipo y su regulación no ha avanzado a la misma velocidad.²⁰

En Brasil, los primeros servicios de atención domiciliaria surgieron en la década de 1960 y se incorporaron al Sistema Único de Salud durante la década de los noventa, organizados desde una perspectiva municipal. Conforme estos se fueron volviendo más autónomos del

¹⁸ P. Rodríguez (coord.), *La situación del Servicio*, pp. 9-23.

¹⁹ C. Ferrer Arnedo, “Modelos de organización de la atención domiciliaria”, *Jano*, 2006, núm. 1612, p. 48; David Casado-Marín, “La atención a la dependencia en España”, *Gaceta sanitaria*, 20 (2006), suplemento 1, pp. 139-140.

²⁰ M. A. Sánchez Cárdenas y G. P. Fuentes Bermúdez, “Gestión clínica”, pp. 2-10; Ana Elizabeth de Almeida Gomes, Elisandrêa Sguario Kemper y Maria Helena C. Brandão Oliveira, *Atenção domiciliar no SUS. Resultados do Laboratório de inovação em atenção domiciliar*, Brasília, OPS-Ministério da Saúde, 2014, pp. 17-19.

apoyo federal y familiarizando más con las circunstancias locales, surgió la iniciativa de adaptar su estructura a las necesidades de la atención primaria y no solo para paliar los problemas del sistema de salud existente. De esta manera, en 2011 se creó el programa *Mejor en Casa*, que en unos años se implementó en 226 municipios y contó con 644 equipos multiprofesionales de atención domiciliar en funciones, aunque con distintas complejidades y niveles de atención en cada caso. Esto permitió extender la cobertura de los servicios de salud a cerca de 42 millones de brasileños que antes no habían podido contar con ellos. También se crearon los Laboratorios de Innovaciones en Atención Domiciliar para identificar y desarrollar procesos, productos, prácticas, programas o políticas que permitan atender problemas específicos en la provisión de los servicios de salud. Dichos laboratorios actúan mediante el análisis *ex post* de casos innovadores o el acompañamiento y asesoría de nuevas políticas, especialmente ante la heterogeneidad entre municipios.²¹

Los Laboratorios de Innovaciones en Atención Domiciliar han hecho hallazgos importantes como, por ejemplo, que la atención domiciliar es una medida positiva en lo que respecta al cumplimiento del derecho a la salud, siempre y cuando supere el planteamiento inicial de racionalización de costos. Esto implica la creación de reglas y normas que regulen la transferencia de los costos y las responsabilidades de cuidado médico de los centros de salud hacia los hogares sin que eso signifique una delegación indebida, desproporcionada o poco ética de responsabilidades a la familia de la persona con el padecimiento en cuestión. Así, el cuidado domiciliar no debe verse solo como una salida a ciertos problemas administrativos o de capacidad en los sistemas públicos de salud, sino como una alternativa complementaria que comprende la construcción de redes de apoyo social para garantizar la mejor calidad en los servicios de salud prestados, incluso cuando esto no se dé en instalaciones públicas.²²

Según un meta-análisis de los efectos del cuidado domiciliar en pacientes de varios países, no hay una diferencia significativa en cuanto a mortalidad, transferencias hospitalarias y resultados clínicos en el corto plazo (3 meses), aunque sí hay una disminución significativa de la mortalidad y las transferencias en el mediano plazo (6 meses) respecto al tratamiento en hospitales o centros de salud. Así, el estudio concluye que para pacientes con condiciones médicas preexistentes, enfermedades crónicas o crónico-degenerativas, el cuidado domiciliar tiene resultados similares a la hospitalización a un costo igual o menor, además de que en diversos casos se registró una mejoría en la calidad de vida emocional y física de los pacientes por encontrarse en un entorno más favorable y familiar. Por ello, los autores concluyen que el cuidado domiciliar es una forma adecuada de provisión de servicios

²¹*Ibid.*, pp. 5-6, 9-11.

²²*Ibid.*, p. 61.

de salud siempre y cuando se lleve a cabo con las normas, estándares, supervisión y medios propios de un hospital.²³

Por otra parte, un estudio más ha analizado los efectos del programa brasileño *Saúde da família* de atención primaria comunitaria en la mortalidad infantil. En este caso, cada brigada de salud se compone de un médico, un enfermero o enfermera, un auxiliar de enfermería y trabajadores sociales, que son responsables de la atención primaria y referencia de grupos de población de entre 3500 y 4500 personas en un área geográfica determinada. La atención médica se presta en instalaciones comunitarias (establecidas anteriormente o *ex profeso*), mientras que la labor de educación, difusión y concientización de salud se lleva a cabo en visitas domiciliarias. Según los autores del análisis, el programa tiene un efecto positivo en la disminución de la mortalidad infantil. Sin embargo, esto no se debe al aumento en el número de médicos *per capita* en las comunidades mediante las brigadas, sino al carácter focalizado de sus actividades. Al tener una base comunitaria y multidisciplinar, su efecto en la disminución de la mortalidad infantil es mayor que si simplemente hubiera más médicos en la zona. Por otra parte, la labor directa de los trabajadores sociales y auxiliares de enfermería en la difusión de prácticas de autocuidado (salud materna, nutrición pre y posnatal, referencia de casos riesgosos a centros de salud, etc.) también parece tener un efecto mayor que, por ejemplo, un aumento en el número de camas disponibles en el área geográfica en cuestión. La clave de estos efectos depende del carácter comunitario y comprensivo de la atención médica, pero sobre todo por estar enfocado directamente en las unidades familiares y dar seguimiento adecuado a los casos. Esto se logra por la presencia continuada de las brigadas de salud en el área geográfica que les corresponde exclusivamente.²⁴

Los principales hallazgos de esta revisión de bibliografía son los siguientes:

- Las normas y declaraciones internacionales indican que, para garantizar el derecho a la salud, los gobiernos deben formular políticas que promuevan el desarrollo y fortalecimiento de servicios de atención primaria de salud, en coordinación con los sistemas nacionales, que contribuyan a mitigar los problemas de sobreocupación hospitalaria, saturación y falta de acceso universal, en particular por parte de poblaciones vulnerables.
- La atención domiciliar ha sido un mecanismo utilizado para cumplir con las obligaciones del estado en el ámbito del derecho a la salud, pero no debe constituir un remplazo a los sistemas de salud pública, sino un complemento que se rija por los elementos de disponibilidad, accesibilidad, calidad y aceptabilidad.

²³ Sasha Shepperd, Helen Doll, Robert M. Angus *et al.*, "Avoiding Hospital Admission through Provision of Hospital Care at Home: A Systematic Review and Meta-Analysis of Individual Patient Data", *Canadian Medical Association Journal*, 180 (2009), pp. 175-182.

²⁴ James Macinko, Frederico C. Guanais y Maria de Fátima Marinho de Souza, "Evaluation of the Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazil, 1990-2002", *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60 (2006), pp. 13-19.

- Las experiencias en otros países muestran que, para el buen funcionamiento de programas de atención domiciliar, es necesario: 1) que el modelo de atención esté basado en las necesidades de los usuarios y orientado a satisfacer sus necesidades; 2) establecer normas que regulen la transferencia del cuidado médico a los hogares para que esto no represente una carga adicional en una población de por sí vulnerable; 3) instaurar estándares similares a los de un hospital para fomentar los efectos positivos de la atención domiciliar, como la mejoría en la calidad de vida emocional y física de los pacientes; y 4) promover que el programa tenga un carácter comunitario y haya cierto arraigo de las brigadas en las áreas geográficas para maximizar los efectos positivos mediante la familiaridad entre el personal de salud y los pacientes.

Apartado a) Características del Programa

El médico en tu casa (en adelante el *METC*) parte de un diagnóstico en el que se destacan la dificultad para garantizar la cobertura universal en salud y la transición demográfica que está experimentando el país en su conjunto. Se advierte que las exigencias al sistema de salud han cambiado en los últimos años, además de que ha crecido la demanda especialmente aquella por parte de los sectores marginales e informales de la economía que no gozan de cobertura de seguridad social. El aumento relativo de la población de adultos mayores también implica mayor incidencia de personas con enfermedades crónico-degenerativas no transmisibles.²⁵

En 2014 se puso en marcha el *METC*, con el objetivo inicial de reducir las tasas de mortalidad materna-infantil mediante visitas domiciliarias para identificar, informar y atender las necesidades y riesgos del embarazo entre las mujeres capitalinas. Mediante un decreto de reforma de la *Ley de Salud del Distrito Federal*, en 2016 se buscó ampliar el enfoque y las capacidades del *METC*. Así, a partir de entonces, se orienta a brindar servicios de salud a domicilio a “mujeres embarazadas, personas en situación de abandono, adultos mayores con limitación funcional, personas con discapacidad, así como a enfermos postrados y/o en etapa terminal”, prestando especial atención a la población sin seguridad social o que no puede trasladarse a la unidad de salud correspondiente por su condición”. El titular de la Dirección Ejecutiva de Servicios de Salud, parte de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, es el responsable operativo del *METC* y para ello debe coordinar la labor de:

- La Dirección de Atención Médica,
- La Dirección de Promoción de la Salud,
- La Dirección de Administración y Finanzas,
- La Dirección de Epidemiología y Medicina Preventiva
- Las Jurisdicciones sanitarias de las Delegaciones de la capital.

El *METC* está orientado a la población que pueda acreditar su residencia en la capital mediante una identificación oficial, presente un comprobante de afiliación al Seguro Popular o algún programa de gratuidad y quede de manifiesto que no pueda trasladarse a las unidades de salud que les corresponden. Si una persona no contara con dichos documentos, no aceptara la atención médica, no otorgara una firma de consentimiento de ingreso al domicilio o hiciera mal uso de los beneficios, se justificaría su exclusión del *METC*.²⁶ De acuerdo con el Censo del *METC*, levantado entre julio de 2016 y junio de 2017, en la Ciudad de México habría 45,484 personas consideradas vulnerables por éste. Sin embargo, no es claro si esta cifra refleja la población potencial, pues no es evidente que las personas

²⁵ Secretaría de Salud de la Ciudad de México, *Programa “El médico en tu casa”*, junio de 2017, pp. 5-9, 22

²⁶ Sedesa, *Programa*, junio de 2017, pp. 5-9, 22; Sedesa, *Procedimientos “Programa El médico en tu casa”*, junio de 2017, pp. 5-12; Lineamientos generales para la operación del programa “El médico en tu casa”, artículos 9 y 10.

cuantificadas cumplan con los criterios establecidos. Por lo tanto, no se puede considerar como una estimación precisa de la población potencial, aunque sí como una estimación indirecta. No se identificó una cifra sobre la población objetivo del *METC*.

El propósito del *METC* se vincula directamente con dos objetivos del *Programa Sectorial de Salud del Distrito Federal 2013-2018*: reducir la incidencia de enfermedades crónico-degenerativas y lograr el ejercicio pleno y universal del derecho a la salud. El *METC* también se vincula con el eje temático Equidad e inclusión social para el desarrollo humano del *Programa General de Desarrollo del Distrito Federal 2013-2018*. En particular, los objetivos de reducir la incidencia de enfermedades crónico-degenerativas y lograr el ejercicio pleno y universal del derecho a la salud, tienen relación directa con el *METC*.²⁷

El funcionamiento de la iniciativa depende de *brigadas básicas de salud* compuestas por médicos generales, auxiliares de enfermería y promotores de salud basados en unidades de salud tipo T-II (hospitales) y T-III (institutos y hospitales especializados) de las dieciséis jurisdicciones sanitarias de la Ciudad de México. El médico líder también es responsable de decidir, con base en las necesidades de atención de los pacientes, si es necesario incluir a los miembros de *brigadas integrales de salud*, compuestas por un cirujano dentista, un licenciado en psicología, un licenciado en nutrición, un técnico en trabajo social y un técnico en terapia física. Debe haber al menos una brigada integral por jurisdicción sanitaria y sus actividades se rigen por la coordinación con las brigadas básicas según la necesidad que juzgue cada médico líder y la gravedad de los pacientes.

Todos los servicios del *METC* se otorgan en el domicilio de la población usuaria una vez cumplidos los criterios de elegibilidad. Cada brigada de salud (básica o integral) puede llevar a cabo cuatro actividades: consulta, referencia de pacientes, visita domiciliaria (diagnóstico, atención médica inicial y seguimiento con los miembros de las brigadas de salud, sean básicas o integrales) y promoción de salud (información provista por los promotores sobre buenos hábitos de autocuidado y los centros de salud que pueden atender al usuario). Los médicos (generales, cirujanos dentistas, psicólogos, nutriólogos) y técnicos en terapia física pueden dar consultas de su especialidad a domicilio. Además, las brigadas deben registrar cada visita casa por casa, hacer la referencia de pacientes a centros de salud u otros niveles de atención, cuando se requiera, y organizar pláticas u otras formas de orientación sobre temas relevantes de salud para los pacientes visitados. También se establece que los miembros de las brigadas deben contribuir con acciones que “permitan el crecimiento y mejora del programa”, como difusión, campañas masivas de detecciones, recopilación de datos, seguimiento de los casos referidos, entre otras. En el Manual de Procedimientos se especifican ocho actividades más relacionadas con el *METC*: identificación de nuevos beneficiarios, consulta médica, sistemas de información, referencia y contrarreferencia de

²⁷ Sedesa, *Programa*, pp. 19-21.

pacientes, otorgamiento de certificados de defunción, surtido de medicamentos controlados, monitoreo de productividad y requisición de compra de insumos.

Para saber en qué medida se van logrando los objetivos, el *METC* cuenta con un conjunto de metas descritas por miembro de la brigada (“recurso humano”). Así, cada médico, auxiliar de enfermería y nutriólogo debe hacer 880 consultas anuales (4 diarias en 220 días laborables) y cada cirujano dentista, psicólogo, fisioterapeuta y trabajador social deben hacer 660 intervenciones anuales (3 diarias en 220 días laborables). Por su parte, se espera que los promotores de salud lleven a cabo 2,200 actividades de promoción y visitas domiciliarias anuales (10 diarias en 220 días laborables).²⁸

Según el Programa Operativo Anual 2017, el *METC* dispone de un presupuesto aprobado de 167 millones de pesos para gasto corriente y una inversión de 3 millones de pesos. Esto representa un aumento de casi 24 millones respecto a 2016, cuando se aprobó un presupuesto de poco más de 146 millones de pesos. La mayor parte de estos recursos se destinan a servicios personales y materiales, y suministros.²⁹

²⁸ Sedesa, *Modelo operacional*, junio de 2017, pp. 26-27; Sedesa, *Procedimientos*, pp. 13-42; Sedesa, *Programa*, pp. 22-30.

²⁹ Sedesa, *Programa Operativo Anual 2016*; Sedesa, “Proyecto”, Programa Operativo Anual 2017, p. 2.

Apartado b) Justificación de la Creación y del Diseño

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

- a) El problema o necesidad se formula como un hecho negativo o como una situación que puede revertirse,**
- b) Se define la población que tiene el problema o necesidad,**
- c) Se define el plazo para su revisión y su actualización.**
- d) Se definen los derechos vulnerados de las personas que padecen el problema.**
- e) Se identifican los sujetos obligados a garantizar los derechos reconocidos, así como sus obligaciones (respeto, protección, garantía y difusión)**

Respuesta:

El *METC* tiene identificado el problema o necesidad que busca resolver y éste cumple con dos de las características establecidas en la pregunta. Sin embargo, no se identificaron plazos para revisar y actualizar periódicamente la población que tiene el problema ni la evolución de éste. Tampoco se describen explícitamente los derechos reconocidos de las personas que padecen el problema ni los sujetos obligados a garantizarlos.

Justificación:

Según el árbol de problemas elaborado por los responsables del *METC*, el problema focal que busca resolverse es que los “Pacientes Vulnerables no pueden acudir a los Servicios de Salud en la Ciudad de México”. El problema está planteado como un hecho negativo que puede revertirse: es posible incidir sobre las dificultades que enfrentan los “pacientes vulnerables” para tener acceso a servicios de salud. Sin embargo, la redacción podría ser más clara y específica. Por una parte, la población que padece el problema que le interesa al *METC* no necesariamente es “paciente” dado que aún no han recibido servicios médicos. Se entiende que quienes reciben atención por parte del *METC* por segunda vez sí se puedan considerar como “pacientes”. Sin embargo, hay un grupo de población que padece el problema identificado y que aún no ha sido atendida por el *METC*. Estas personas no son “pacientes” hasta que reciban los servicios médicos.

Por otra parte, para que el *METC* esté realmente basado en un enfoque de derechos humanos, falta una referencia directa en el problema a la vulneración del derecho a recibir atención médica de la población que padece el problema. También falta la identificación de los sujetos obligados a garantizar este derecho y sus obligaciones. Falta igualmente identificar las características del problema considerando los cuatro elementos esenciales del derecho a la salud establecidos por Naciones Unidas: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.³⁰

³⁰Comité Económico y Social (2000), “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud: 11/08/2000 E/C.12/2000/4, CESCR Observación General 14”, Naciones Unidas, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, pp. 3-4.

En cuanto a la población que padece el problema, en el árbol de problemas del *METC* se define a la “población vulnerable” como “las mujeres embarazadas y de alto riesgo sin control médico, personas adultas mayores, personas en situación de abandono, enfermos postrados o terminales y personas con discapacidad imposibilitadas para trasladarse a una unidad de salud”. La población que padece el problema la integran personas que tienen estas características y, además, no cuentan con seguridad social laboral. Desde el enfoque de derechos, que en esta evaluación se utiliza a manera de apoyo para hacer sugerencias de mejora, el problema se definiría de forma que garantice el principio de universalidad y para evitar una discriminación indirecta de grupos de población que pueden también tener vulnerado su derecho a recibir atención médica. La focalización establecida actualmente por el *METC* puede ser discriminatoria. El equipo evaluador toma en cuenta que las dependencias del gobierno local y federal tienen competencias distintas, reguladas por su propia normatividad, sin embargo, con el fin de mejorar el programa, se sugiere que el *METC* pueda atender a pacientes que sean derechohabientes de otros servicios de salud.

Durante la realización de la evaluación, la Secretaría de Salud de la Ciudad de México publicó los *Lineamientos Generales para la Operación del Programa "El Médico en tu Casa"*, en el cual se define a la población vulnerable como “mujeres embarazadas sin control prenatal, personas adultas mayores, personas en situación de abandono, enfermos postrados o terminales y personas con discapacidad, residentes de la Ciudad de México sin seguridad social laboral, que por su condición física no puedan trasladarse a las Unidades de Salud”.³¹ Sin embargo, aunque esta definición enlista a los grupos que considera vulnerables, no define por qué se les considera como tales, es decir, *en qué consiste su vulnerabilidad*. Además, la definición no toma en cuenta todos los grupos incluidos en el *Programa General de Desarrollo del Distrito Federal 2013-2018*: mujeres, niñas y niños, jóvenes, pueblos y comunidades indígenas, lesbianas, gays, bisexuales, transgénero, transexuales, travestis e intersex, poblaciones callejeras, personas adultas mayores, personas con discapacidad, personas migrantes, refugiadas y solicitantes de asilo y las personas víctimas de trata y explotación sexual.³² Para el *METC*, se sugiere definir la población que padece el problema no a partir del concepto de vulnerabilidad, sino como aquella que no puede hacer efectivo su derecho a recibir atención médica por no poder acudir físicamente a los servicios de salud, independientemente de la razón que explique esta imposibilidad y de su pertenencia a ciertos grupos de población. De esta manera, se estaría evitando la discriminación de ciertas personas, aunque en la práctica los grupos que más requieran la atención sean los que actualmente el *METC* identifica como “vulnerables” y se les haga un seguimiento específico.³³

³¹ Secretaría de Salud de la Ciudad de México, *Lineamientos Generales para la Operación del Programa "El Médico en tu Casa"*, Ciudad de México, Gaceta Oficial de la Ciudad de México, 19 de mayo de 2017, p. 8.

³² Gobierno del Distrito Federal, *Programa General de Desarrollo del Distrito Federal 2013-2018*, México, Gaceta Oficial del Distrito Federal, 11 de septiembre de 2013, pp. 14-15.

³³ En España y Brasil, por ejemplo, descritos en la primera sección de este documento, la población que padece el problema no se define a partir del concepto de vulnerabilidad, sino que son “las personas y/o familias que

En resumen, la definición del problema podría quedar de esta manera: “Existe población residente en la Ciudad de México que no puede hacer efectivo su derecho a recibir atención médica al no poder acudir físicamente a los servicios de salud”.

Por último, no se identificó un plazo para la revisión y actualización del problema público que busca atender el *METC*. Aunque no es un requisito legal, se considera conveniente llevar a cabo esta revisión y actualización, pues sin esta información, será difícil evaluar la contribución del *METC* a la mejora del acceso a los servicios y a lograr el ejercicio efectivo del derecho a la salud. El plazo de revisión y actualización depende de la periodicidad con la que se publiquen las fuentes con información sobre el problema público. En este caso, se sugiere actualizar el problema público al menos cada 5 años, con la información censal e intercensal publicada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).

En síntesis, el *METC* presenta fortalezas en que el problema que busca corregir está planteado como un hecho negativo que puede revertirse y que define la población que lo padece, aunque esta no es del todo clara. Los *Lineamientos Generales para la Operación del Programa “El Médico en tu Casa”* definen el concepto de vulnerabilidad, aunque esa definición es susceptible de mejora y se emitió cuando la evaluación ya estaba en curso. Finalmente, no se halló información sobre plazos de revisión del problema, aunque, como ya se mencionó, tal revisión no es un requisito legal.

presentan problemas para la realización de las actividades de la vida diaria” en España y a las familias que habitan en zonas con baja cobertura de salud en el caso de la *Estratégia Saúde da Família* en Brasil.

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

- a) Causas, efectos y características del problema,**
- b) Cuantificación y características de la población que presenta el problema,**
- c) Ubicación territorial de la población que presenta el problema,**
- d) El plazo para su revisión y su actualización.**
- e) El estado actual de los cuatro elementos esenciales de los derechos humanos relacionados con el programa: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.**

Respuesta:

El *METC* cuenta con información que le permite conocer la situación del problema que pretende atender, describe de manera parcial, cuantitativa y cualitativamente, la población que presenta el problema y algunas de sus causas, efectos y características. No obstante, no se ubica territorialmente la población que presenta el problema ni se establece un plazo para la revisión o actualización del diagnóstico ni se analiza el estado actual de los cuatro elementos esenciales de los derechos humanos relacionados con el *METC*: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

Justificación:

El árbol de problemas del *METC* identifica como problema focal “pacientes vulnerables no pueden acudir a los servicios de salud en la Ciudad de México” (ver Figura 1). Las causas principales que se mencionan son el desconocimiento del autocuidado de la salud, el sedentarismo y el desconocimiento del derecho a los servicios de salud en la Ciudad de México. Otras causas más específicas que se proponen son la existencia de mujeres embarazadas sin control prenatal, personas postradas que no asisten a revisiones médicas, bajos recursos económicos, malos hábitos higiénicos-dietéticos, obesidad y sobrepeso, familiares sin conocimiento del manejo de pacientes, violencia intrafamiliar, inequidad de acceso a los servicios de salud, envejecimiento y tratamientos inadecuados. Los efectos generales son el deterioro social y general de la salud y el incremento en el gasto familiar y público. De forma más particular, estos se siguen de otros efectos como las complicaciones de padecimientos crónicos no transmisibles, la inasistencia laboral alta, el rendimiento productivo menor, la mortalidad materna e infantil, la disminución en la calidad de vida, las muertes prematuras, la desincorporación laboral y familiar, la menor remuneración y poder adquisitivo. A su vez, estos también llevan a la disminución en la esperanza de vida y a baja autoestima en los pacientes.

Se identificaron algunas áreas de oportunidad en el árbol de problemas. En primer lugar, no se incluyen todas las causas posibles del problema focal, es decir, las que expliquen por qué la población vulnerable no puede acudir a los servicios de salud. Estas causas pueden relacionarse con características de los individuos, como limitaciones para moverse o escasos recursos económicos, o con deficiencias del sistema de salud como la poca disponibilidad de

servicios médicos cerca de la población vulnerable o la no adecuación de éstos a las necesidades específicas de esta población. Además, en algunas ocasiones se incluyen causas de la mala salud de las personas, pero no de la imposibilidad de acudir a servicios de salud, como, por ejemplo, “Incremento de enfermedades crónico-degenerativas no transmisibles” o “Desconocimiento en el auto cuidado de la salud”. En segundo lugar, algunas causas propuestas no reflejan causas, sino conceptos o poblaciones, lo que es inadecuado técnicamente. Por ejemplo, “mujeres embarazadas sin control prenatal”, “pacientes abandonados” o “pacientes terminales” no son causas que explican por qué la población vulnerable no puede acudir a servicios de salud, sino poblaciones que padecen este problema.

Tercero, algunas relaciones causales son incorrectas, por ejemplo, no es claro cómo el “desconocimiento del autocuidado de la salud” lleva al “envejecimiento” o cómo el “Incremento en enfermedades Crónico-Degenerativas No Trasmisibles” provoca que los “Pacientes vulnerables no pueden acudir a los servicios de Salud de la Ciudad de México”. Además, algunas causas, como la “inequidad de acceso a los servicios de salud” o el “Incremento en enfermedades Crónico-Degenerativas No Trasmisibles”, son realmente efectos del problema focal. En cuarto lugar, desde un enfoque de derechos es muy importante reflejar, en la parte de efectos del árbol de problemas, las consecuencias que tiene la vulneración del derecho a la salud sobre los otros derechos de esta población. Por ejemplo, no tener acceso a servicios de salud puede tener consecuencias sobre el derecho a la movilidad de las personas con discapacidad, el derecho al trabajo, a la no discriminación, a la participación en la vida comunitaria, entre otros. Por último, no todos los efectos están planteados en términos de aumento o disminución del hecho en cuestión, como cuando se habla de “mortalidad materna e infantil”, “muertes prematuras” o “desincorporación laboral y familiar”. En suma, el árbol de problemas se realizó con base en la Metodología de Marco Lógico, que se aplicó correctamente; sin embargo, convendría reestructurarlo pues contiene algunas áreas de mejora, que impiden conocer la cadena de causalidad que explica la existencia y persistencia del problema que busca resolver.

En cuanto a las características del problema y a la cuantificación y características de la población que lo presenta, se identificó información sobre las principales causas de morbilidad y los principales motivos de consulta por grupos de población de interés para el *METC*. Sin embargo, no se cuenta con información específica sobre las causas que explican el problema focal que busca resolver, es decir, que existan personas que no pueden acudir a una unidad de salud en la Ciudad de México. En la sección de antecedentes del documento *Programa “El médico en tu casa”* se hace referencia a la transición demográfica que se espera en la Ciudad de México a partir de las estimaciones y proyecciones del Consejo Nacional de Población (Conapo), con lo cual se respalda que las enfermedades crónico-degenerativas y las discapacidades probablemente irán en aumento.³⁴

³⁴ *Ibid.*, pp. 7-8.

Por su parte, en el documento “Modelo Operacional MTC” (p. 9) se hace una relación de la población vulnerable identificada; sin embargo, tal cuantificación tiene algunos problemas que se detallan en las respuestas a la preguntas 8 y 10, pues no se especifica la metodología ni los criterios que se siguieron para levantar el Censo,³⁵ las categorías no corresponden con los grupos definidos en la normatividad del *METC*, además de que no es claro si estas personas cumplen con los criterios de no tener seguridad social laboral y de no poder acudir a los servicios de salud. Adicionalmente, en ese documento no se incluye a las mujeres embarazadas sin control prenatal, que también forman parte de la población que busca atender el *METC*. Por último, en el documento no hay un vínculo explícito entre los datos de población vulnerable y las causas que explican el problema focal, por lo que se sugiere incluir esos vínculos explícitamente.

En la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2012) se menciona que en México el 47.8% de las personas mayores de 60 años cuentan con alguna discapacidad, alcanzando cifras de hasta el 77.3% para los mayores de 80 años. En esta misma encuesta se refiere que la discapacidad más frecuente es la cognitiva para los adultos mayores (18.2%), seguida de la visual (16.3%), escuchar (11.3%) y por último la discapacidad articular con el 2.8%.

En el diagnóstico situacional del mismo documento se especifican algunos datos sobre las personas con discapacidad y su relación con el acceso a los servicios de salud. Por ejemplo:

La primera causa de limitación en la actividad de las personas con discapacidad en la entidad fue la enfermedad (39.0%), la segunda la edad avanzada (23.6%), la tercera por accidentes (16.2%), la cuarta por nacimiento (15.6%) y otra causa. [...] Las condiciones de vida de las familias donde reside la población con discapacidad, están relacionadas con bajas posibilidades de integración social, de atención y cuidados médicos, puesto que el 26.6% de los hogares con personas cuyos miembros padecían alguna discapacidad no percibían ingresos y 23.2% ganaban hasta dos salarios mínimos, lo que frecuentemente es un impedimento para acudir al Centro de Salud u Hospital más cercano a su casa.³⁶

En cuanto a los otros grupos de población de interés para el *METC*, el *Informe “El Médico en tu Casa” julio 2016 – junio 2017*, tiene un apartado describiendo las principales causas de morbilidad de cada grupo, en el que se incluye el siguiente cuadro.

³⁵ Una metodología para levantar un proyecto censal debe incluir, entre otros, los siguientes aspectos: objetivos, alcances y productos del proyecto; delimitación de las zonas geográficas; diseño de la muestra censal; instrumentos para el levantamiento de información; manuales con los procedimientos de levantamiento de la información para los entrevistadores y supervisores; planeación del levantamiento de información; marco conceptual; medidas para garantizar la confiabilidad y validez del proyecto; resultados de las pruebas piloto del proyecto censal

³⁶ *Ibid.*, p. 10.

Cuadro 1. Principales causas de morbilidad por grupo de población de interés para el METC

ENFERMEDAD	ADULTOS MAYORES	%	DISCAPACITADOS	%	TERMINALES	%	POSTRADOS	%	SITUACIÓN DE ABANDONO	%	TOTAL
DIABETES MELLITUS	615	27%	1,111	24%			157	21%	21	17%	1,904
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	1,107	49%	1,596	34%			265	35%	39	32%	3,007
ARTOPATIAS	231	10%	679	15%			86	11%			996
TRASTORNOS NEUROLÓGICOS	126	6%	883	19%	19	11%	101	13%	17	14%	1,146
TRASTORNOS CARDIOVASCULARES					33	19%					33
CÁNCER					55	32%	22	3%			77
INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA					24	14%					24
SECUELAS DE TRAUMATISMO			398	9%			58	8%			456
DEMENCIA	119	5%							13	11%	132
INSUFICIENCIA VASCULAR	46	2%							9	7%	55
SECUELAS POR EVC							42	6%			42
TRASTORNOS OSTEOMUSCULARES					28	16%	18	2%	22	18%	68
INSUFICIENCIA HEPÁTICA CRÓNICA					15	9%					15
TOTAL	2,244	1	4,667	1	174	1	749	1	121	1	7,955

Fuente: Secretaría de Salud (2017), *Informe "El Médico en tu Casa" julio 2016 – junio 2017*, Ciudad de México, junio de 2017, p.10.

También se tienen identificados los principales motivos de consulta por grupo de población, como se muestra en el siguiente cuadro.

Cuadro 2. Principales Motivos de Consulta por Grupo de Población

Grupo de Población	Principales Motivos de Consulta
Embarazo de alto riesgo en el Programa	1.- Amenaza de Aborto 2.- Preeclampsia 3.- Hemorragia Obstétrica 4.- Diabetes Gestacional 5.- Infección Urinaria

Grupo de Población	Principales Motivos de Consulta
Adulto Mayor	1.- Hipertensión Arterial Sistémica 2.- Diabetes Mellitus 2 3.- Enfermedades Osteoarticulares 4.- Demencia tipo Alzheimer 5.- Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)
Personas con Discapacidad	1.- Traumatismos (discapacidad mixta) 2.- Secuelas de Enfermedad Vascular Cerebral (EVC)(discapacidad motriz) 4.- Retinopatía diabética / hipertensiva (discapacidad visual) 4.- Distrofia Muscular 5.- Discapacidad Congénita
Personas Postradas	1.- Diabetes Mellitus 2 2.- Artritis Reumatoide 3.- Esclerosis Múltiple 4.- Lesión Medular 5.- Parálisis Cerebral Infantil (PCI)
Enfermos Terminales	1.- Cáncer de Mama, Cérvico uterino y Próstata 2.- Enfermedad renal 3.- Insuficiencia hepática 4.- Demencias 5.- Enfermedad Vascular Cerebral (EVC)

Fuente: Información sobre los principales motivos de consulta de *El Médico en tu Casa* desagregados por los grupos considerados como “vulnerables”. Documento proporcionado por Sedes en el segundo requerimiento de información.

Una debilidad del diagnóstico es que no se identificó información sobre la ubicación territorial de la población que presenta el problema. En el documento “Población 2016-2017”, elaborado por la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, se incluyen datos de 2016 y 2017, por Delegación, sobre el número de personas derechohabientes y sin algún tipo de cobertura en servicios o programas públicos de salud, pero esto solo corresponde a un criterio que define la población que presenta el problema. Se carece de información sobre la ubicación territorial de la población que cumpla los tres criterios establecidos: 1) ser parte de las poblaciones vulnerables que define el *METC*; 2) no estar adscrito a algún esquema de seguridad social; y 3) no poder trasladarse a un centro de salud. Así, se está identificando a una población que no corresponde exactamente con la población objetivo que declaran los documentos del *METC*.

Tampoco fue posible advertir que se establezca un plazo para la revisión y actualización del diagnóstico del problema público que busca atender el *METC* y de la población que lo padece. Aunque no es un requisito legal, se considera conveniente llevar a cabo esta revisión y actualización, pues sin esta información, será difícil evaluar la contribución del *METC* a la mejora del acceso a los servicios y a lograr el ejercicio efectivo del derecho a la salud. El plazo de revisión y actualización depende de la periodicidad con la que se publiquen las fuentes con información sobre el problema público. En este caso, se sugiere actualizar el problema público y la población potencial al menos cada 5 años, con la

información censal e intercensal publicada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).

Por último, no se identificó información sobre el estado actual de los cuatro elementos básicos del derecho a recibir servicios médicos en la Ciudad de México por parte de la población vulnerable (disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad). Estos elementos permitirían identificar las áreas de oportunidad en cada una de estas dimensiones y, así, poder diseñar intervenciones realmente orientadas hacia el cumplimiento efectivo de los derechos humanos, en este caso, del derecho a recibir atención médica.

En resumen, las fortalezas del *METC* en cuanto al diagnóstico del problema que busca resolver es que presenta un árbol de problemas, describiendo algunas de sus causas, efectos y características, y algunos datos para caracterizarlo. Sin embargo, algunas debilidades son que el diagnóstico no incluye un análisis sobre los elementos esenciales del derecho a la salud (disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad). Además, el árbol de problemas tiene áreas de mejora respecto a la definición de las causas y las relaciones entre ellas y el problema. Finalmente, los documentos no incluyen información específica sobre la ubicación geográfica de los grupos de población y sobre la revisión y actualización del problema.

En la figura 2, se incluye una propuesta de árbol de problemas tomando en cuenta los comentarios mencionados anteriormente. La definición del problema coincide con la sugerencia de la pregunta 8, por lo que se enuncia como “Existe población residente en la Ciudad de México que no puede hacer efectivo su derecho a recibir atención médica al no poder acudir físicamente a los servicios de salud”. Por otra parte, las causas en sus distintos niveles están planteadas respecto a los cuatro elementos de los derechos humanos (disponibilidad, accesibilidad, calidad y aceptabilidad), especialmente los primeros dos, dado que la calidad y la aceptabilidad de la atención médica no son causas de que las personas no puedan hacer efectivo su derecho a recibir atención médica, sino que son atributos que se deberán buscar en la prestación de los servicios. La disponibilidad limitada de centros de salud y los problemas de accesibilidad, en este caso física, sí son causas que explican el problema focal. Un aspecto crucial en este sentido es que no se señala a los usuarios potenciales como únicos responsables de no poder acudir a las unidades de salud, sino también a las deficiencias de la política pública de salud que impiden el ejercicio del derecho a recibir atención médica. Adicionalmente, los efectos están planteados en términos de aumento o disminución del hecho en cuestión y las causas y efectos se refieren a hechos vinculados con el problema focal, no a poblaciones o conceptos generales como estaba anteriormente.

Figura 1. Árbol de Problemas Actual de *El Médico en tu Casa*

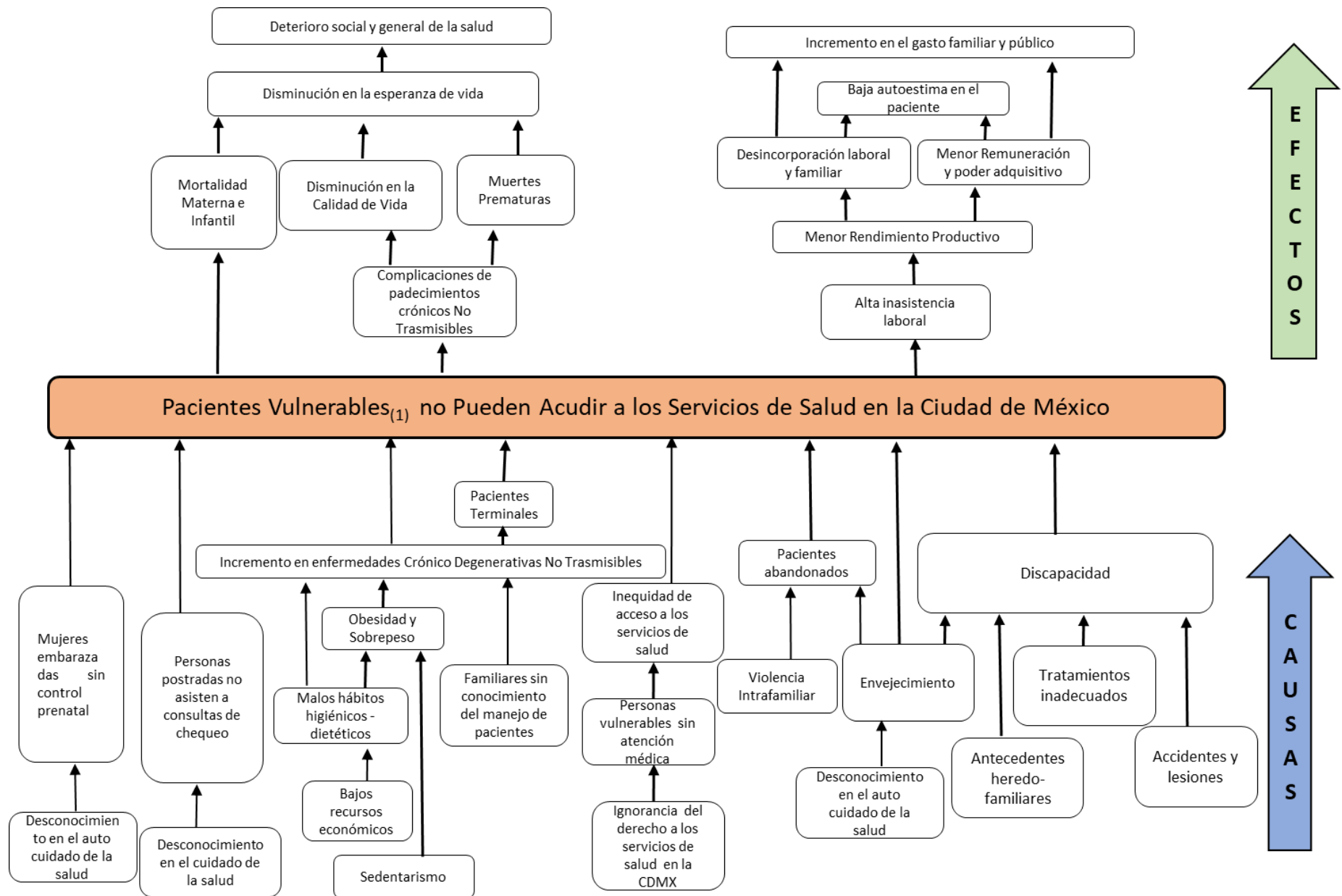
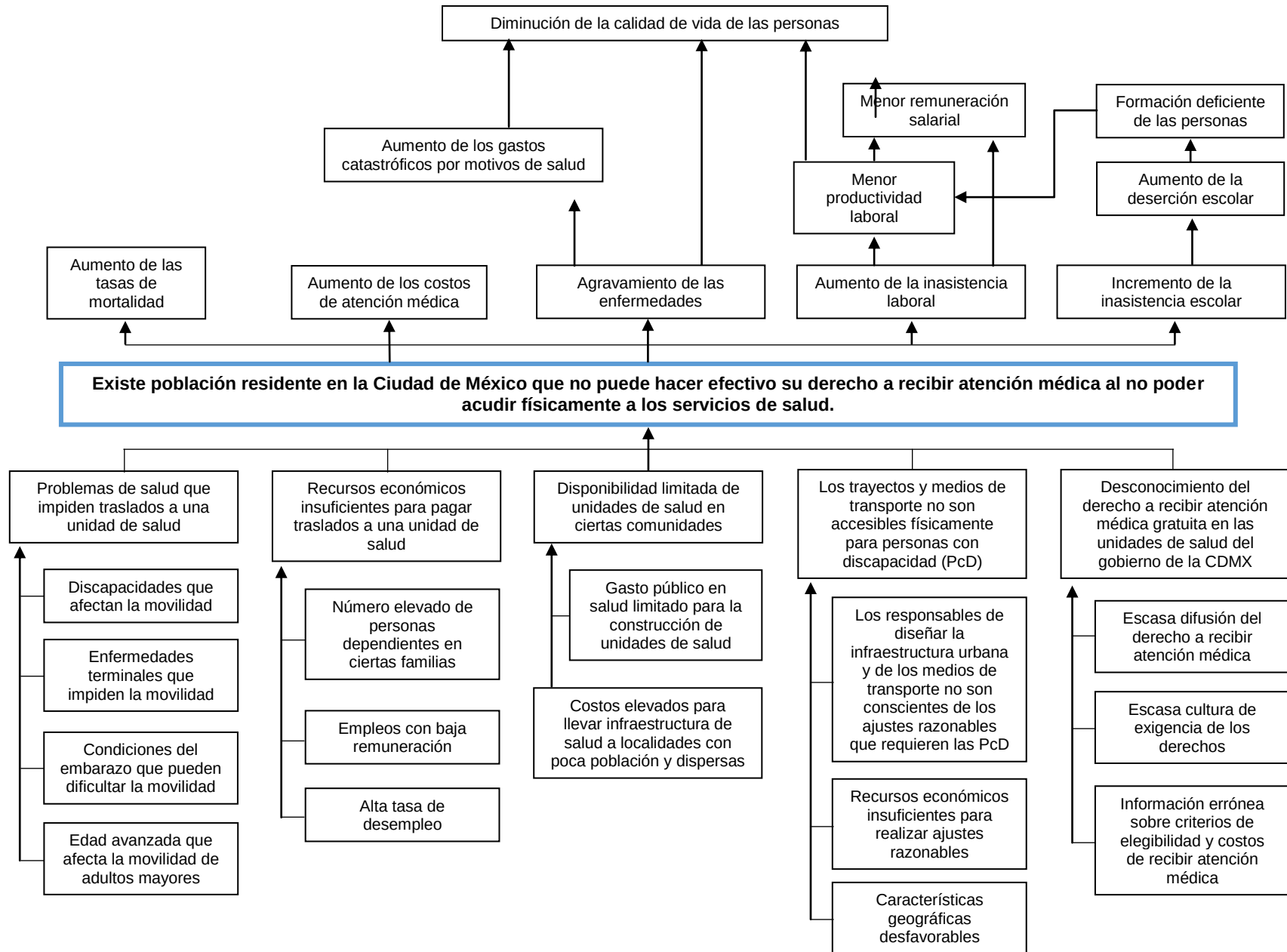


Figura 2. Propuesta de Árbol de Problemas de *El Médico en tu Casa*



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

Respuesta:

No se identificó una justificación teórica o empírica documentada que sustente el tipo de intervención que se lleva a cabo.

Justificación:

En ninguno de los documentos normativos o de procesos del *METC* se cita algún estudio teórico o empírico que provea evidencia que sustente la intervención ni el paquete de servicios ofrecido. En la sección de antecedentes del documento *Programa “El médico en tu casa”*, se hace referencia a experiencias previas de la Ciudad de México en lo que respecta a programas de atención domiciliaria: el *Programa de visitas domiciliarias para adultos mayores de 70 años (2005-2007)* y el *Programa de visitas domiciliarias para población vulnerable (2008-2014?)*. Sin embargo, no se describen sus resultados, sus logros o sus deficiencias ni se establece una relación directa que justifique la creación de *El médico en tu casa*. De esta manera, no se puede determinar que sirvieron como justificación empírica para sustentar la nueva intervención.

Como resultado, lo anterior impide definir con más exactitud el problema focal, sus causas y efectos, la población que padece dicho problema y las relaciones causales en que se busca incidir positivamente, como se ha mencionado en las preguntas anteriores. Además, se carece de información sobre las intervenciones que hayan resultado más efectivas en contextos similares al de la Ciudad de México para resolver el problema que le interesa al *METC*.

Por ejemplo, experiencias similares en Brasil, que se reseñan en el libro *Atenção domiciliar no SUS*, han mostrado hallazgos que podrían ser relevantes para el *METC*. El Laboratorio de innovación en atención domiciliar del Ministerio de salud brasileño ha encontrado que la atención domiciliar exitosa implica la creación de reglas y normas que regulen la transferencia de los costos y las responsabilidades de cuidado médico de los centros de salud hacia los hogares sin que eso signifique una delegación indebida, desproporcionada o poco ética de responsabilidades a la familia de la persona con el padecimiento en cuestión. Al contrario, se debe buscar el fortalecimiento de las capacidades logísticas, materiales y humanas de los centros de salud responsables de la coordinación de la atención domiciliaria y no obligarlos a cumplir dos funciones con los mismos recursos. Otro aspecto relevante, identificado en el artículo “Evaluation of the Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazil, 1990–2002”, es la organización logística y material de redes de transporte que permitan a los equipos médicos acudir donde los pacientes los necesiten y, en caso de requerir cuidados más complejos, trasladar a los pacientes a los centros de salud que puedan atenderlos y no

solo referirlos. También se ha advertido la necesidad de dar capacitación especial a los miembros de los equipos médicos para que tengan conocimiento adecuado en esa modalidad de atención o elaborar estudios de costo-beneficio sobre la ubicación exacta y condiciones de salud de los pacientes respecto al presupuesto disponible para focalizar mejor los recursos y poder dar seguimiento adecuado a la población objetivo.³⁷

En síntesis, el *METC* presenta una debilidad por no contar con una justificación teórica o empírica que respalde el tipo de intervención que propone. Tampoco se indica evidencia de acciones públicas similares en otros contextos. Se sugiere revisar las fuentes utilizadas en el apartado de revisión de la bibliografía para desarrollar esta justificación teórica y empírica.

³⁷ Ana Elizabeth de Almeida Gomes, Elisandrée Sguario Kemper y Maria Helena C. Brandão Oliveira, *Atenção domiciliar no SUS. Resultados do Laboratório de inovação em atenção domiciliar*, Brasília, OPS-Ministério da Saúde, 2014, pp. 61, 173-176; J. Macinko, F. C. Guanais y M. Marinho de Souza, art. cit., pp. 17-19.

Apartado c) Contribución a las Metas y Estrategias de la Ciudad de México

4. El propósito del programa está vinculado con los objetivos del Programa Sectorial de Salud del Distrito Federal 2013-2018 considerando que:

- a) Existen conceptos comunes entre el propósito y los objetivos del Programa Sectorial de Salud del Distrito Federal 2013-2018,**
- b) El logro del propósito aporta al cumplimiento de alguna de las metas de alguno de los objetivos del Programa Sectorial de Salud del Distrito Federal 2013-2018.**

Respuesta:

El documento *Programa “El médico en tu casa”* establece la relación del propósito con cinco objetivos del *Programa Sectorial de Salud del Distrito Federal 2013-2018*. Además, hay conceptos comunes entre ambos, pero no hay evidencia de que el diseño del *Programa* incluya mecanismos para dar seguimiento a tales contribuciones.

Justificación:

En el documento *Programa “El médico en tu casa”* se establece como objetivo general “brindar servicios de salud a domicilio recorriendo casa por casa para la búsqueda de personas en situación vulnerable como mujeres embarazadas, adultos mayores, personas con discapacidad, enfermos postrados o con enfermedad en etapa terminal, personas en situación de abandono que por alguna situación de salud no pueden acudir a alguna unidad médica y no cuenten con seguridad social”.³⁸ Por otra parte, en la matriz de marco lógico se indica que el propósito del METC es que “la población residente o habitante de la Ciudad de México sin seguridad social laboral, identificada como vulnerable, tiene acceso a la atención médica general (multidisciplinaria) [del] programa ‘El Médico en tu Casa’”.³⁹

Según la sección “Alineación a planes y programas” del documento *Programa “El médico en tu casa”* el propósito del *Programa* se vincula directamente con dos objetivos del *Programa Sectorial de Salud del Distrito Federal 2013-2018*⁴⁰: reducir la incidencia de enfermedades crónico-degenerativas (1) y lograr el ejercicio pleno y universal del derecho a la salud (2). Indirectamente, podría argumentarse que tiene relación con los objetivos 3, 4 y 5: reducir la incidencia del cáncer de mama y cérvico-uterino, disminuir el consumo de drogas y sustancias adictivas y favorecer la atención y rehabilitación de la población afectada y reducir el sedentarismo físico en la población del Distrito Federal. Sin embargo, estos no tienen un vínculo expreso con el propósito y no se sustenta la relación en los documentos disponibles del METC. Finalmente, aunque se menciona en el documento *Programa “El médico en tu*

³⁸ Sedesa, *Programa*, p. 24.

³⁹ Sedesa, *Matriz de indicadores para resultados*, pestaña MIR.

⁴⁰ Se identificaron dos documentos con nombre distinto sobre la planeación de la política de salud en la Ciudad de México, pero tienen un contenido muy similar: Programa sectorial de salud 2013-2018 y Programa institucional de salud 2013-2018

casa” la intervención no tiene relación con el objetivo 6 del *Programa Sectorial de Salud del Distrito Federal 2013-2018* (“Promover la sanidad, correcta atención y bienestar de los animales”). Se considera que el logro del propósito del *METC* aportaría al cumplimiento de las metas de los objetivos 1 y 2 del Programa sectorial.⁴¹ Por último, no se identificó evidencia de que desde el diseño del *METC* se plantee dar un seguimiento a la contribución de éste a los objetivos sectoriales.

El *METC* presenta fortalezas al vincular sus objetivos con el programa sectorial de salud local. No obstante, se incluyen objetivos que no corresponden con el *METC* y no se encontró evidencia de un seguimiento a la contribución de la intervención a las metas.

⁴¹ Acuerdo por el que se aprueba el Programa sectorial de salud 2013-2018, *Gaceta Oficial del Distrito Federal*, 27 de octubre de 2017, objetivos, metas, indicadores y políticas públicas, objetivos 1-6, pp. 11-43.

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

Respuesta:

El documento *Programa “El médico en tu casa”* establece la relación de los objetivos sectoriales analizados anteriormente y del propósito del *METC* con al menos dos objetivos del *Programa General de Desarrollo del Distrito Federal 2013-2018*. También hay conceptos comunes entre ambos y el logro del propósito del *METC* aporta al cumplimiento de dos metas del *Programa General de Desarrollo del Distrito Federal 2013-2018*.

Justificación:

Los objetivos sectoriales analizados en la pregunta anterior, así como el *METC* de manera directa, se vinculan con el eje temático “Equidad e inclusión social para el desarrollo humano” del *Programa General de Desarrollo del Distrito Federal 2013-2018*. En dicho eje, la salud es la segunda área de oportunidad, que se introduce diciendo:

Existe un aumento en los daños a la salud asociados a los padecimientos crónico-degenerativos (hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad cerebrovascular, obesidad y sobrepeso), respiratorios, cáncer de mama, infecciones de transmisión sexual y adicciones, entre otros. Algunos de estos padecimientos se acentúan en las personas por su condición de vulnerabilidad.

En particular, los objetivos sectoriales y el *METC* se alinean con los objetivos 1 y 2 de este eje: reducir la incidencia de enfermedades crónico-degenerativas y lograr el ejercicio pleno y universal del derecho a la salud. Las metas de los objetivos mencionados (por un lado, “mejorar la calidad de los servicios de salud para la atención de las enfermedades crónico-degenerativas” y, por el otro, “ampliar la cobertura de la atención a la salud con calidad y mejorar la atención médica a las personas en situación de vulnerabilidad”) también se alinean con lo definido para el *METC*. Por su parte, las líneas de acción relevantes son las que tienen que ver con “reforzar la infraestructura de atención domiciliaria, para acercar a las adultas y los adultos mayores, grupos étnicos y mujeres la atención de las enfermedades crónico-degenerativas” y “asegurar a las personas el derecho a la protección de su salud, independientemente de su situación económica y/o laboral”, respectivamente.⁴² El logro del propósito del *METC* aportaría al cumplimiento de ambas metas mencionadas.

En síntesis, el *METC* presenta la fortaleza de establecer afinidades con objetivos sectoriales y del *Programa General de Desarrollo del Distrito Federal 2013-2018*. También se muestran

⁴² Programa General de Desarrollo del Distrito Federal 2013-2018, *Gaceta Oficial del Distrito Federal*, 11 de septiembre de 2013, eje 1, área de oportunidad 1, objetivos 1 y 2, pp. 21-24.

vínculos con las líneas de acción correspondientes y el logro de los propósitos del *METC* podría contribuir a alcanzar las metas definidas en estos instrumentos.

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

Respuesta:

El propósito y el objetivo general del *METC* se vinculan indirectamente con el tercero de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y cuatro de sus metas.

Justificación:

El logro del propósito y del objetivo general del *METC*⁴³ en su estado actual, según está definido en el documento *Programa “El médico en tu casa”*, aportaría al cumplimiento del tercero de los Objetivos de Desarrollo Sostenible: garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades. Además, está vinculado con cuatro de sus metas:

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

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

[...]

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

[...]

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.⁴⁴

Por lo tanto, el *METC* se vincula con los Objetivos de Desarrollo Sostenible y sus metas. No obstante, no se identificó que los responsables de la intervención documentaran y dieran seguimiento a la manera en que se está contribuyendo de dichos Objetivos.

⁴³ Como se mencionó anteriormente, en el documento *Programa “El médico en tu casa”* se establece como objetivo general “brindar servicios de salud a domicilio recorriendo casa por casa para la búsqueda de personas en situación vulnerable como mujeres embarazadas, adultos mayores, personas con discapacidad, enfermos postrados o con enfermedad en etapa terminal, personas en situación de abandono que por alguna situación de salud no pueden acudir a alguna unidad médica y no cuenten con seguridad social”.⁴³ En la matriz de marco lógico se indica que el propósito del *METC* es que “la población residente o habitante de la Ciudad de México sin seguridad social laboral, identificada como vulnerable, tiene acceso a la atención médica general (multidisciplinaria) [del] programa ‘El Médico en tu Casa’”.

⁴⁴ Organización de Naciones Unidas, *Objetivos de Desarrollo Sostenible*, objetivo 3, disponible en: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/> (consultado el 17 de agosto de 2017).

7. ¿De qué manera el diseño del programa contribuye a cumplir con las obligaciones internacionales, regionales y locales para respetar, proteger, garantizar y difundir los derechos humanos relacionados con el programa?

Respuesta:

En el ámbito internacional, el *METC* contribuye al cumplimiento de obligaciones y principios contenidos en el *Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*, la *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*, la *Declaración de Alma-Ata sobre atención primaria de salud* y la *Declaración política Río de Janeiro sobre determinantes sociales de la salud*. En lo nacional, se relaciona principalmente con la *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos* (CPEUM) y la *Ley General de Salud*, mientras que en el ámbito local tiene vínculos con la *Ley de Salud del Distrito Federal*.

Justificación:

En el ámbito internacional, el *METC* se relaciona con los principios establecidos en dos declaraciones de los miembros de la Organización Mundial de la Salud. En el artículo 8 de la *Declaración de Alma-Ata* (1978) sobre la atención primaria: “todos los gobiernos deben formular políticas, estrategias y planes de acción [para] iniciar y mantener la atención primaria como parte de un sistema nacional de salud completo y en coordinación con otros sectores”.⁴⁵ Por su parte, la *Declaración política de Río de Janeiro* sobre determinantes sociales de la salud (2011) indica cinco esferas de acción para atender las inequidades sanitarias. El *METC* se relaciona con una de ellas, la de adoptar una mejor gobernanza en pro de la salud y del desarrollo, especialmente en lo que corresponde a “formular políticas integrales que tengan en cuenta las necesidades de toda la población, prestando una atención especial a los grupos vulnerables y las zonas de alto riesgo”.⁴⁶ En segundo lugar, seguir reorientando el sector de la salud con miras a reducir las inequidades sanitarias, particularmente en lo que se refiere a “mantener y formular políticas de salud eficaces que aborden los determinantes sociales, económicos, medioambientales y comportamentales de la salud, centrándose particularmente en reducir las inequidades sanitarias”, “fortalecer los sistemas de salud con miras a ofrecer una cobertura universal equitativa y fomentar el acceso a servicios de salud de alta calidad, preventivos, curativos, de promoción y de rehabilitación, durante toda la vida, centrándose particularmente en una atención primaria de salud integral e integrada” e “integrar, con carácter prioritario, el concepto de equidad en los sistemas de salud, así como en la elaboración y aplicación de los servicios de salud y en los programas de salud pública”.⁴⁷

⁴⁵ Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, *Declaración de Alma-Ata*, 12 de septiembre de 1978, art. 8.

⁴⁶ Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud, *Declaración de Río de Janeiro*, 21 de octubre de 2011, art. 11, fracciones ii y x.

⁴⁷ *Ibid.*, art. 13, fracciones i, ii, vii.

Como se menciona en las preguntas 9, 16 y 18, el *METC* muestra debilidades en lo que corresponde a la última esfera de acción que propone la *Declaración de Río de Janeiro*: vigilar los progresos y reforzar la rendición de cuentas, especialmente lo concerniente a “establecer, fortalecer y mantener sistemas de vigilancia destinados a facilitar datos desglosados para evaluar las desigualdades tanto en materia de resultados sanitarios como en lo referente a la asignación y utilización de recursos”, pues no se identificaron sistemas de información que permitieran dar seguimiento a las desigualdades entre los grupos que atiende el *METC* y el resto de la población. También presenta debilidades en cuanto a “establecer y aplicar medidas de bienestar social sólidas, respaldadas por datos probatorios y fiables, basadas, cuando sea posible, sobre los indicadores, patrones y programas existentes, y que abarquen todo el gradiente social y vayan más allá del crecimiento económico”, dado que no se identificó un sustento teórico y empírico que justificara el diseño del *METC*. Tercero, tampoco se identificó evidencia de que desde el diseño del *METC* se busque utilizar la información producida para “evaluar los efectos de las políticas sobre la salud y sobre otros objetivos sociales, y tenerlos en cuenta en la formulación de políticas”.⁴⁸

El *METC* también se alinea con el contenido de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006), de la que México es un estado parte. Estos compromisos se alinean claramente con el propósito expreso del *METC* de acercar la atención médica a las personas con discapacidad, especialmente aquellas que, por su condición o una situación de vulnerabilidad que resulta de ella, no pueden trasladarse fácilmente a los centros de salud que les corresponden. En su artículo 25, la Convención establece que los estados:

- a) “Proporcionarán a las personas con discapacidad programas y atención de la salud gratuitos o a precios asequibles de la misma variedad y calidad que a las demás personas, incluso en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, y programas de salud pública dirigidos a la población;
- b) Proporcionarán los servicios de salud que necesiten las personas con discapacidad específicamente como consecuencia de su discapacidad, incluidas la pronta detección e intervención, cuando proceda, y servicios destinados a prevenir y reducir al máximo la aparición de nuevas discapacidades, incluidos los niños y las niñas y las personas mayores;
- c) Proporcionarán esos servicios lo más cerca posible de las comunidades de las personas con discapacidad, incluso en las zonas rurales;
- d) Exigirán a los profesionales de la salud que presten a las personas con discapacidad atención de la misma calidad que a las demás personas sobre la base de un consentimiento libre e informado, entre otras formas mediante la sensibilización respecto de los derechos humanos, la dignidad, la autonomía y las necesidades de las personas con discapacidad a través de la capacitación y la

⁴⁸*Ibid.*, art. 15, fracciones i, ii, vi.

promulgación de normas éticas para la atención de la salud en los ámbitos público y privado;

e) Prohibirán la discriminación contra las personas con discapacidad en la prestación de seguros de salud y de vida cuando éstos estén permitidos en la legislación nacional, y velarán por que esos seguros se presten de manera justa y razonable;

f) Impedirán que se nieguen, de manera discriminatoria, servicios de salud o de atención de la salud o alimentos sólidos o líquidos por motivos de discapacidad”.⁴⁹

Por último, el artículo 12 del Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales también se relaciona con los propósitos del *METC*. Aquel establece que los estados partes “reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental” y se comprometen a llevar a cabo acciones para reducir “la mortinatalidad y la mortalidad infantil” y crear condiciones “que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad”.

En el ámbito nacional, el *METC* contribuye al cumplimiento de lo establecido en el artículo 4° de la CPEUM, “toda persona tiene derecho a la protección de la salud”. Por otra parte, la *Ley General de Salud* indica que el derecho a la protección de la salud incluye “el disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población” y “el conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud”, dos aspectos en que busca incidir directamente el *METC* en la Ciudad de México.⁵⁰ Igualmente, el artículo 6 establece que el Sistema Nacional de Salud tiene como objetivos “colaborar al bienestar social de la población mediante servicios de asistencia social, principalmente a menores en estado de abandono, ancianos desamparados y minusválidos, para fomentar su bienestar y propiciar su incorporación a una vida equilibrada en lo económico y social”. Para ello, en el artículo 27 se define que entre los servicios básicos de salud están todos los tipos de consulta comprendidos en el *METC* capitalino.⁵¹

Finalmente, en el ámbito local, *El médico en tu casa* contribuye en el cumplimiento de las disposiciones establecidas en los artículos 4, 5 y 9 de la Constitución Política de la Ciudad de México. El artículo 4 hace referencia a los principios de interpretación y aplicación de los derechos humanos, entre los cuales se menciona la obligación de “promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos” (inciso A3) y de adoptar medidas para “la disponibilidad, accesibilidad, diseño universal, aceptabilidad, adaptabilidad y calidad de los bienes, servicios e infraestructura públicos” (inciso A4). Entre los principios rectores están “la universalidad, interdependencia, indivisibilidad, complementariedad, integralidad,

⁴⁹ Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, 2006, art. 25.

⁵⁰ Ley General de Salud, art. 2, v y vi.

⁵¹ LGS, art. 6, iii; art. 27.

progresividad y no regresividad” (inciso B1), además de “la igualdad y no discriminación” (inciso C). El artículo 5 establece la progresividad de los derechos obligando a las autoridades a adoptar “medidas legislativas, administrativas, judiciales, económicas y las que sean necesarias hasta el máximo de recursos públicos de que dispongan, a fin de lograr progresivamente la plena efectividad de los derechos” (inciso A1). También se define que “Toda persona, grupo o comunidad podrá denunciar la violación a los derechos individuales y colectivos reconocidos por esta Constitución” (inciso B) y en caso de violación a los derechos existe el derecho a la reparación integral (inciso C). Por su parte, el artículo 9 establece el derecho “al más alto nivel posible de salud física y mental (...), así como al acceso a servicios de salud de calidad” (inciso D1) y define la obligación de garantizar progresivamente la cobertura universal de servicios, infraestructura y abasto de medicamentos (inciso 3a), así como asegurar la disponibilidad, accesibilidad, seguridad e higiene de los servicios, y la suficiencia de personal capacitado, equipamiento, insumos y medicamentos (inciso 3b). También menciona el derecho de los pacientes a recibir un “trato digno, con calidad y calidez, a una atención médica oportuna y eficaz” (inciso 4).

En la *Ley de Salud del Distrito Federal*, el artículo 2 establece lo siguiente: “Los habitantes del Distrito Federal, independientemente de su edad, género, condición económica o social, identidad étnica o cualquiera otro, tienen derecho a la protección a la salud. El Gobierno del Distrito Federal y las dependencias y entidades federales, en el ámbito de sus respectivas competencias, tiene la obligación de cumplir este derecho”. Según el artículo 3, el derecho a la protección a la salud se rige por los principios de universalidad, equidad y gratuidad, principios que también comparte el *METC*. Además, el *METC* mismo ya está incorporado en la ley local, mediante la fracción XIX del artículo 6. Por otra parte, en el artículo 20 se indica que “Las acciones dirigidas a la contención de riesgos y daños en zonas de alta y muy alta marginación serán prioritarias [...]”.⁵²

En síntesis, el *METC* tiene la fortaleza de estar alineado y contribuir con diversos objetivos, principios y obligaciones establecidos en instrumentos del ámbito internacional, nacional y local.

⁵² Ley de salud del Distrito Federal, art. 20.

Apartado d) Población Potencial y Objetivo, Padrón de Beneficiarios

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

- a) Unidad de medida
- b) Están cuantificadas
- c) Metodología para su cuantificación y fuentes de información
- d) Se define un plazo para su revisión y actualización

Respuesta:

Existen confusiones e inconsistencias en las definiciones de las poblaciones potencial y objetivo. Se establece una unidad de medida y se presenta una cuantificación parcial de la población potencial, pero no de la población objetivo. Aunque se identificó un instrumento (censo) para cuantificar a la población potencial, no se identificó una metodología ni un plazo para su estimación, revisión y actualización.

Justificación:

En el documento *Programa “El médico en tu casa”* (p. 22) se presenta el siguiente cuadro con las definiciones de población potencial, objetivo y usuaria:

Tipo de Población	Definición
Potencial	Población Sin Seguridad Social (INEGI, Encuesta Intercensal 2015, por ser el dato más actualizado).
Objetivo	Información por barrido programa “El Médico en tu Casa”
Usuaría del Programa “El Médico en tu casa”	Población que es atendida por el programa “El Médico en tu Casa”

Estas definiciones presentan las siguientes debilidades: 1) la población potencial no es únicamente, como está en el cuadro, aquella que no cuenta con seguridad social, es aquella que padece el problema que busca resolver el *METC* y que por esto mismo es potencialmente usuaria. En este caso, es la población que no puede acudir a una unidad de salud en la Ciudad de México, y;⁵³ 2) en la población objetivo no se menciona cuál es, sino que se dice la fuente de información para identificarla. La población objetivo es la que el *METC* planea atender en el ejercicio fiscal correspondiente, tomando en cuenta sus restricciones de recursos humanos, físicos, financieros y materiales, y que cumple con los criterios de elegibilidad. En este caso, sería la población que no puede acudir a una unidad de salud, que puede atender el *METC* en un ejercicio fiscal, dados sus recursos y capacidades. En ambos casos la unidad de medida son personas. Adicionalmente, el *METC* no define el concepto de

⁵³ Como ya se mencionó en la pregunta 1, se sugiere redefinir el problema de la siguiente manera: “Existe población residente en la Ciudad de México que no puede hacer efectivo su derecho a recibir atención médica al no poder acudir físicamente a los servicios de salud”.

“vulnerabilidad” más allá de mencionar a los grupos que considera “vulnerables”, lo que crea confusión en la definición de sus poblaciones, pues en los instrumentos normativos y en la literatura existen varias definiciones que incluyen a distintos grupos.

Sobre la cuantificación de las poblaciones, en el documento “Modelo Operacional MTC” (p.9) se menciona que entre julio de 2016 y junio de 2017 se visitaron, mediante el “Censo del Programa”, 523,647 casas en las que se identificó un total de 45,484 personas vulnerables en la Ciudad de México, distribuidas como se presenta en este cuadro⁵⁴:

Población Vulnerable Identificada	45,484
Personas con discapacidad	19,353
Personas postradas	2,333
Adultos mayores	22,900
Situación de abandono	650
Enfermos terminales	248

Esta podría ser considerada la población potencial del *METC*. Sin embargo, no se especifica la metodología ni los criterios que se siguieron para levantar el Censo (ver respuesta a pregunta 10) y las categorías no corresponden con los grupos definidos en la normatividad del *METC*. Además, no es claro si estas personas cumplen con los criterios de no tener seguridad social laboral y de no poder acudir a los servicios de salud. Adicionalmente, en este cuadro no se incluye a las mujeres embarazadas sin control prenatal que también hacen parte de la población que busca atender el *METC*. Tampoco se identificó la ubicación territorial de los distintos grupos de población ni una cuantificación de la población objetivo.

Si se adopta la sugerencia de no definir la población potencial a partir del concepto de vulnerabilidad, sino como aquella que no puede hacer efectivo su derecho a recibir atención médica por no poder acudir físicamente a una unidad de salud, convendría que el Censo identificara a este grupo de población. En la práctica, es muy probable que un porcentaje importante de las personas que identificaría el Censo pertenezcan a los grupos que actualmente el *METC* define como “vulnerables”. Sin embargo, no definir a los grupos desde antes contribuiría a evitar una discriminación hacia personas que no pertenecen a estos grupos, pero que a pesar de ello no pueden acudir físicamente a una unidad de salud por otras razones. Se puede acotar a la población objetivo a partir de criterios de necesidad, siempre y cuando exista una estrategia tendiente a la universalización. En cuanto a la no

⁵⁴En el documento *Distribución por Delegación de la población identificada mediante recorrido* se presenta un cuadro en el que se enlista el número de casa visitadas por Delegación y el total de casas visitadas en la Ciudad de México. Es importante aclarar por qué el total de casas visitas (2,938,336) es mayor que el número de viviendas particulares habitadas que tenía la Ciudad de México en 2015 según el INEGI: 2,601,323. No se identificó información sobre la cantidad de personas pertenecientes a cada grupo de “población vulnerable” de interés para el *METC* que se derivó del total de estas visitas; únicamente de las visitas a 523,647 casas realizadas entre julio de 2016 y junio de 2017 (45,484 personas vulnerables identificadas).

derechohabiencia como criterio de selección de la población objetivo, se considera que es importante no dejar de lado la atención de quienes cuentan con derechohabiencia a servicios de salud, lo cual se puede hacer mediante la firma de convenios con las instituciones en las cuales son derechohabientes.

No se encontraron plazos para la revisión y actualización de la información sobre las poblaciones potencial y objetivo. Como se dijo anteriormente, estos elementos son importantes para poder conocer adecuadamente la contribución del *METC* en la resolución del problema que justifica su existencia. Como también se mencionó, se sugiere actualizar la población potencial al menos cada 5 años, con la información censal e intercensal publicada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). En cuanto a la población objetivo, ésta se debe actualizar al menos cada año de acuerdo con las capacidades y recursos del *METC*.

Por último, como se especifica en el anexo 9, es importante mencionar que hay inconsistencias en la definición de la población potencial y objetivo entre los distintos documentos de diseño del *METC*. Por ejemplo, en el artículo 6, fracción XIX, de la *Ley de Salud del Distrito Federal*, a diferencia del 11, fracción XXII, no se incluyen las “personas en situación de abandono”. Adicionalmente, en ningún artículo relacionado con el *METC* se mencionan los otros dos criterios que se establecen en el documento “Programa ‘El Médico en tu Casa’”: 1) “que por alguna situación de salud no pueden acudir a alguna unidad médica” y 2) “no cuenten con seguridad social”. Tampoco coinciden, dentro de los mismos documentos “Programa ‘El Médico en tu Casa’” y “Modelo Operacional MTC”, en el criterio de inclusión relacionado con las razones por las cuales no pueden acudir a un centro de salud. En algunas ocasiones se menciona “que por alguna *situación de salud* no pueden acudir a alguna unidad médica” (p. 24 y p. 23, respectivamente). En otras secciones se establece “Personas en *condiciones físicas, económicas, sociales o de desplazamiento que les impidan acudir* a los servicios de salud” (p. 22 del primer documento).

En el documento de *Procedimientos*, por ejemplo, se explica que: “se entiende como población vulnerable para el Programa “El médico en tu casa” a: mujeres embarazadas sin control médico, enfermos terminales, discapacitados y adultos mayores que no pueden trasladarse a una unidad”.⁵⁵ Por otro lado, en los Lineamientos generales, se establece que: “los principales beneficiarios de la atención médica domiciliaria serán dichos grupos vulnerables: mujeres embarazadas sin control prenatal, personas adultas mayores, personas en situación de abandono, enfermos postrados o terminales y personas con discapacidad,

⁵⁵*Ibid.*, p. 17.

residentes de la Ciudad de México sin seguridad social laboral”⁵⁶ y, un poco más adelante, que un paciente es:

“la persona con algún padecimiento físico o mental que requiere atención y tratamiento médico, pertenecientes a alguno de los grupos vulnerables identificados por el Programa como son: mujeres embarazadas sin control prenatal, personas adultas mayores, personas en situación de abandono, enfermos postrados o terminales y personas con discapacidad, residentes de la Ciudad de México sin seguridad social laboral que no puedan trasladarse a las Unidades de Salud, con el objetivo de identificar de forma oportuna si requieren apoyo médico preventivo, rehabilitatorio y/o paliativo domiciliario, a fin de mejorar su calidad de vida”.⁵⁷

Las inconsistencias en la identificación de las poblaciones y en su cuantificación derivan de un uso laxo y poco consistente del concepto de vulnerabilidad. Adicionalmente, estas definiciones parten de un enfoque basado en la identificación de necesidades y no del derecho a la salud y sus dimensiones de disponibilidad, accesibilidad, calidad y aceptabilidad.⁵⁸ Sería conveniente adoptar la sugerencia emitida en la respuesta a la primera pregunta para evitar estos problemas.

En síntesis, el *METC* tiene la fortaleza de proponer definiciones de población potencial y objetivo y de cuantificar a la población potencial de manera parcial. Sin embargo, las debilidades son que hay inconsistencias en estas definiciones y en la concepción de la “vulnerabilidad” y, por lo tanto, las poblaciones no se identifican correctamente. Tampoco se identificó la metodología ni los criterios para cuantificar a la población potencial ni plazos para monitorear o revisar las definiciones y el estado de las poblaciones a las que se refiere el *METC*.

⁵⁶ Lineamientos generales para la operación del programa “El médico en tu casa”, *Gaceta Oficial del Distrito Federal*, 19 de mayo de 2017, pp. 6, 7.

⁵⁷ *Ibid.*, pp. 7-8.

⁵⁸ Shirley Gatenio Gabel, *A Rights-based Approach to Social Policy Analysis*, Cham, Springer, 2016; S. Serrano y D. Vázquez, *Los derechos humanos en acción*, pp. 54, 60-64.

9. ¿El programa cuenta con información sistematizada que permite conocer la demanda total de apoyos y las características de los solicitantes? (características socioeconómicas desagregadas por edad, sexo, origen étnico, discapacidad, ingreso y nacionalidad en el caso de personas físicas y específicas en el caso de personas morales)

Respuesta:

No se identificó información sistematizada sobre los demandantes de los apoyos y sus características socioeconómicas. Únicamente se encontraron dos formatos para registrar información de usuarios potenciales identificados en los recorridos de las brigadas y de quienes realizan llamadas al Centro de Atención Telefónica.

Justificación:

No se identificó una base de datos que permita conocer la demanda total de apoyos y las características socioeconómicas de los solicitantes. Sin embargo, se encontró el formato “Cédula Medicina a Distancia” que sirve para recabar información de quienes realizan solicitudes al Centro de Atención Telefónica. Se piden datos del solicitante y del paciente (nombre, sexo, edad, cuidador, ocupación, tipo de relación con el paciente, dirección, derechohabiencia, centro de salud de referencia, motivo de la solicitud, unidad de referencia y diagnóstico de terminalidad). También se identificó el formato denominado “Hoja Diaria de Registro de Actualización Censal” del *METC*, el cual parecería ser un instrumento para identificar su potencial demanda (aunque no se registran solicitudes, sino posibles usuarios), pero se desconoce si existe algún sistema que agrupe esta información y si en este sistema se incluyen las solicitudes de atención que no se realizan por medio de la actualización del Censo. Con este formato se recopilan algunos datos como sexo, edad, grupo de población vulnerable al que pertenecen y su condición de derechohabiencia.

Ambos formatos carecen de variables para conocer las características socioeconómicas de los solicitantes. Desde una perspectiva de derechos, resulta importante contar con información de la pertenencia de los solicitantes de apoyos a los grupos de población establecidos en el *Programa General de Desarrollo del Distrito Federal 2013-2018*⁵⁹, así como incluir variables para conocer sus ingresos, con el propósito de conocer mejor las características de quienes pueden acceder al *METC*, entender con más precisión los factores

⁵⁹Los grupos son: “mujeres, niñas y niños, jóvenes, pueblos y comunidades indígenas, lesbianas, gays, bisexuales, transgénero, transexuales, travestis e intersex, poblaciones callejeras, personas adultas mayores, personas con discapacidad, personas migrantes, refugiadas y solicitantes de asilo y las personas víctimas de trata y explotación sexual”. En el caso de las personas víctimas de trata y explotación sexual se sugiere no incluirlo dado que la identificación de dichas personas está regulada por la *Ley General para Prevenir, Sancionar y Erradicar los Delitos en materia de Trata de Personas y para la Protección y Asistencia a las Víctimas de estos Delitos*. En los demás casos, para diseñar las preguntas, se sugiere consultar a una persona u organización especialista en el diseño de instrumentos cualitativos con enfoque de derechos humanos y particularmente el derecho a la no discriminación. Gobierno del Distrito Federal, *Programa General de Desarrollo del Distrito Federal 2013-2018*, México, Gaceta Oficial del Distrito Federal, 11 de septiembre de 2013, pp. 14-15.

que llevan a su marginación en el ejercicio de sus derechos humanos y adaptar los servicios a sus características.⁶⁰ Por último, no se identificaron procedimientos claros y plazos fijos para que tales bases de datos se actualicen.

Así, no se encontraron datos sistematizados de los demandantes de los servicios del *METC*. La información recabada mediante la “Cédula Medicina a Distancia” y la “Hoja diaria de registro de actualización censal” no considera algunas variables socioeconómicas importantes desde el enfoque de derechos.

⁶⁰ El formato “Registro de pacientes” del *METC* incluye la “pertenencia étnica”, “lugar de nacimiento” y “grado máximo de estudios”, pero se desconocen los instrumentos y procedimientos para recolectar esta información. Además, el registro de pacientes no es lo mismo que el registro de solicitantes de apoyos de la intervención.

10. ¿El programa cuenta con mecanismos para identificar su población objetivo? En caso de contar con estos, especifique cuáles y qué información utiliza para hacerlo.

Respuesta:

El *METC* incluye entre sus procesos básicos la actualización del Censo de pacientes mediante el cual se identifica a la población objetivo.

Justificación:

En el *Modelo operacional del programase* explica que se hace una actualización semanal de altas y bajas en el Censo de pacientes. La actividad corresponde a los miembros de las brigadas básicas de salud (médico, promotor de salud, auxiliar de enfermería).⁶¹ Por otra parte, en el documento de *Procedimientos* se establece uno denominado “Identificación de nuevos beneficiarios al programa *El médico en tu casa*”, bajo la responsabilidad de los mismos miembros de las brigadas de salud. El objetivo de tal actividad es “identificar a la población vulnerable para ser incluida en la base censal de beneficiarios”.

El procedimiento consiste en establecer rutas de trabajo dentro del área correspondiente a cada servicio de salud (médico), llevar a cabo visitas domiciliarias de promoción e identificación de personas vulnerables que cumplan con los criterios de inclusión (promotor de salud), registrarlas mediante el formato “Hoja de registro de actualización censal” (promotor de salud), seleccionar a los usuarios potenciales (médico), hacer una visita domiciliar para una segunda revisión de los criterios (médico), ofrecer apoyo mediante el *METC* en caso de que se cumplan los criterios (médico), solicitar el consentimiento informado de los usuarios potenciales para iniciar la participación en el *METC*, registrarlos en el Censo de pacientes y otorgar la primera consulta (médico). El Censo de pacientes debe contener:

“nombre completo del beneficiario, número de expediente, fecha de nacimiento, edad cumplida, fecha de ingreso al programa, domicilio completo, AGEB, CLUE, así como alguna referencia para su fácil localización del domicilio, tipo de población vulnerable a la que pertenece, diagnósticos presuncionales del paciente, así como nombre, actividad principal, escolaridad del cuidador primario y teléfono para localizarlo”⁶².

Así, hay un proceso doble de verificación de los criterios de elegibilidad y el procedimiento depende, sobre todo, del promotor de salud y el médico encargado de cada brigada. En caso de que no se cumplan los criterios en alguna de las dos verificaciones o la persona

⁶¹ Sedesa, *Modelo operacional*, Ciudad de México, junio de 2017, pp. 38-51.

⁶² Por AGEB se refieren a las Áreas Geoestadísticas Básicas definidas como la “unidad básica” del Marco Geoestadística Nacional del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Por CLUE se entiende la Clave Única de Establecimientos de Salud.

identificada no acepte el apoyo, el promotor o el médico tienen la obligación de orientar sobre estilos de vida saludable y sugerir la asistencia al centro de salud correspondiente.⁶³

No queda claro en la documentación revisada cuál es el papel de los auxiliares de enfermería en el procedimiento, pues se les menciona en el Modelo operacional, mas no en el documento de Procedimientos. Por otra parte, en los documentos no se especifica qué criterios o fuentes de información se usan para planear las rutas de trabajo para la identificación de nuevos usuarios. No se describe, por ejemplo, el uso de estadísticas socioeconómicas locales o federales o algún otro tipo de datos que sirvan para identificar y priorizar zonas en las que se deberán hacer dichas rutas. Tampoco se menciona si existen medidas para garantizar la confiabilidad de la información recabada en este Censo.

Es importante distinguir entre dos tipos de instrumentos para recabar información sobre las poblaciones de interés de un programa o acción, como se presenta en el siguiente cuadro. Por una parte, existen instrumentos tipo censo, que buscan identificar, dentro del total de una población, a aquella que podría requerir la atención del programa (población potencial). Se levantan con cierta periodicidad definida y son costosas, pues se aplica al total de la población. Por otra parte, están los instrumentos tipo padrón de beneficiarios que recopilan información de la población atendida por un programa para dar seguimiento a la entrega de bienes y servicios, a la cobertura y a las características de su población atendida. Se levanta de manera continua y es menos costoso que un censo, pues se aplica únicamente a los beneficiarios.

Cuadro 3. Diferencias entre instrumentos tipo censo e instrumentos tipo padrón de beneficiarios

	Instrumentos Tipo Censo	Instrumentos Tipo Padrón de Beneficiarios
Población de interés	Potencial, se aplica a toda la población	Atendida, se aplica únicamente a quienes reciben bienes y servicios del programa
Objetivo	Identificar el universo total de personas que podrían requerir la atención de un programa y conocer las características de dichas personas	Dar seguimiento a la entrega de bienes y servicios de un programa, así como a la evolución de su cobertura y de las características de sus beneficiarios
Periodicidad del levantamiento	Se levanta en un momento determinado de acuerdo con cierta periodicidad definida ("fotografía" de una población cada cierto tiempo) Ej.: Censo de población y vivienda, se levanta cada 10 años	Se levanta de manera continua, conforme se entregan los bienes y servicios del programa a la población

⁶³ Sedesa, *Procedimientos*, pp.14-16.

	Instrumentos Tipo Censo	Instrumentos Tipo Padrón de Beneficiarios
Costo	Dado que el universo de aplicación de este instrumento es toda la población, el costo es muy superior al de un padrón de beneficiarios	El costo es muy inferior al de un censo, pues no se aplica a toda la población, sino únicamente a la atendida por el programa

Fuente: Elaboración propia.

En el caso del *METC*, no queda claro cuál de estos tipos de instrumento es el “Censo de pacientes”. En el documento *Procedimientos “El médico en tu casa”* (p. 13) se menciona que dicho instrumento se aplicará a “todas las casas de la Ciudad de México”, lo que constituye una característica de los instrumentos tipo censo. Sin embargo, dados los recursos humanos que tiene el *METC* para ello, esto resulta poco realista. En efecto, según el documento *Distribución por Delegaciones del Personal del Programa El Médico en Tu Casa*, el *METC* cuenta con 110 promotores, quienes son encargados de realizar los recorridos para identificar nuevos beneficiarios a ser incluidos en el Censo, de acuerdo con el documento *Procedimientos del Programa “El Médico en tu Casa”* (p.14). Dichos promotores tienen la meta de acudir a 10 casas por día en 220 días laborables que tiene el año, lo que equivale a 2,200 casa censadas por año por promotor, como lo indica el documento *Programa “El Médico en tu Casa”* (p.28). Según datos de la Encuesta Intercensal del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), la Ciudad de México tenía 2,601,323 viviendas particulares habitadas en 2015. Para alcanzar a visitar todas estas viviendas con los 110 promotores que tiene el *METC*, se necesitarían aproximadamente 11 años y 9 meses⁶⁴. Adicionalmente, el documento *Procedimientos del Programa “El Médico en tu Casa”* (p.14) establece que dicha base se actualizará de manera semanal.

Por lo tanto, el instrumento que denominan “Censo de pacientes” parecería ser más una lista o un padrón de beneficiarios que un Censo que se aplica a la totalidad de viviendas de la Ciudad de México. Se sugiere distinguir claramente entre un instrumento tipo Censo y uno tipo padrón de beneficiarios, así como valorar los costos y beneficios de realizar un Censo a toda la población de la Ciudad para identificar a todas las personas que tienen vulnerado su derecho a recibir atención médica por no poder acudir físicamente a una unidad de salud. Con este censo se podría cuantificar y ubicar territorialmente a la población potencial del *METC*, así como definir una estrategia de cobertura de esta población a mediano plazo que permita una realización progresiva del derecho a recibir atención médica, priorizando en los primeros años a quienes requieren de una atención más urgente, de acuerdo con criterios que se tendrían que definir explícitamente. En caso de no poder realizar un censo, se podrían definir

⁶⁴ En el documento *Modelo Operacional MTC* (p. 9) se menciona que entre julio de 2016 y junio de 2017 se visitaron, mediante el “Censo del Programa”, 523,647 casas. Es necesario revisar esta cifra, pues como se analiza en esta respuesta, esta cifra es poco realista dada la cantidad de promotores de salud que tiene el *METC* y las metas definidas para ellos. Para alcanzar esta cantidad de viviendas se necesitarían al menos dos años y cuatro meses.

criterios para diseñar las rutas de identificación de población potencial como: a) zonas con menor cobertura de servicios de salud; b) zonas con menor proporción de población derechohabiente; c) zonas con mayor presencia de personas que tienen una probabilidad alta de no poder acudir físicamente a una unidad de salud (personas con discapacidad, adultos mayores, mujeres con embarazo de alto riesgo, enfermos terminales, postrados, entre otros).⁶⁵

En síntesis, el *METC* tiene la fortaleza de contar con un instrumento (“censo”) para identificar a posibles usuarios. No obstante, no se especifica la metodología ni las medidas para garantizar la confiabilidad del Censo y algunos elementos dentro de la actividad no son claros, como el papel de los auxiliares de enfermería. Es necesario distinguir entre un censo y un padrón de beneficiarios y valorar los costos y beneficios de levantar un censo.

⁶⁵ Esto no significa que estos grupos constituirán la población objetivo del *METC*, sino que se usarán las estadísticas disponibles de estos grupos para que las rutas de identificación de nuevos usuarios se orienten prioritariamente a las zonas con mayor presencia de dichos grupos. Se usan no como un criterio de inclusión, sino como un criterio de priorización en un contexto de recursos escasos y de cumplimiento progresivo del derecho a recibir atención médica. Por otra parte, la atención a derechohabientes de diversas instituciones se puede hacer mediante convenios con éstas en cada caso, como se menciona en las preguntas 8 y 12.

11. ¿El programa cuenta con una estrategia de cobertura documentada para atender a su población objetivo con las siguientes características?

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

Respuesta:

No se identificó una estrategia de cobertura para atender a su población objetivo a mediano y largo plazo y, por lo tanto, tampoco cumple con los criterios planteados en la pregunta.

Justificación:

En ninguno de los documentos proporcionados se plantea una estrategia a seguir para llegar a cierta meta de cobertura a corto, mediano o largo plazo. Se programan algunas acciones con metas cuantitativas, como en el cuadro que aparece en el documento *Programa “El médico en tu casa”* (p.28), que se reproduce a continuación.

Cuadro 4. Programación de Metas del METC

Recurso	Meta por Recurso Humano	Días Laborables al Año
Médico	4 consultas efectivas por día	220
Auxiliar de Enfermería	4 atenciones por día en apoyo al médico	220
Cirujano Dentista	3 consultas efectivas por día	220
Licenciado en Psicología	3 atenciones efectivas por día	220
Licenciado en Nutrición	4 atenciones efectivas por día	220
Técnico fisioterapeuta	3 sesiones de Rehabilitación por día	220
Técnico en Trabajo Social	3 intervenciones de TS por día	220
Promotor de salud	10 actividades de promoción de la salud y 10 casas visitadas por día	220

Fuente: Documento proporcionado por la Secretaría de Salud *Programa “El médico en tu casa”*, p.28.

No obstante, el número de consultas médicas o el cumplimiento de funciones de otros miembros no permiten deducir metas de cobertura, dado que los pacientes del METC pueden recibir, por lo general, más de una consulta en un ejercicio fiscal. Estas metas tampoco permiten estimar la brecha entre las consultas requeridas y las ofrecidas, ni establecer cómo se cerrará la misma. Además, las definiciones de población potencial y objetivo analizadas

anteriormente no son suficientemente específicas para poder conocer con exactitud las características y magnitudes de los usuarios potenciales del *METC* y, a partir de ello, elaborar metas de cobertura anual a corto, mediano y largo plazo.

Una vez identificada y cuantificada la población potencial, sería posible establecer metas de cobertura. Es importante que tales metas sean congruentes con el diseño y el diagnóstico del programa, la perspectiva de derechos humanos y la universalización del ejercicio del derecho a la salud en la Ciudad de México. Al definir las metas, se deberá tomar en cuenta la cobertura de los años anteriores y los recursos económicos, humanos y materiales con los que cuenta la intervención.

Por otra parte, tampoco fue posible identificar estándares relacionados con los cuatro elementos básicos de los derechos humanos (disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad) a mediano plazo. Esto es necesario, dado que el simple otorgamiento de consultas no garantiza el pleno cumplimiento del derecho a recibir atención médica por parte de la población atendida. Esto implicaría analizar el estado actual de cada una de estas dimensiones y definir líneas de acción para avanzar en cada una. En el caso de la disponibilidad, se tendría que comparar, por zonas geográficas de la Ciudad, la cantidad de personas que tienen vulnerado su derecho a recibir atención médica frente a la capacidad del *METC* para atender a esta cantidad de personas, de lo que resultaría una brecha que debería considerar la estrategia de atención a mediano y largo plazo.

En cuanto a la accesibilidad, se tendría que analizar que el *METC* no discrimine, que sea accesible física y económicamente, y que garantice el acceso a la información y protección de datos personales. El principio de aceptabilidad implica valorar que los bienes y servicios que entrega el *METC* “sean respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados” a sus usuarios. Por último, la dimensión de calidad implica analizar, por un lado, el cumplimiento de normas oficiales en el otorgamiento de bienes y servicios y, por otro lado, la satisfacción de los usuarios con éstos. Después de tener un diagnóstico de cada una de las dimensiones se tendrían que considerar las brechas y áreas de oportunidad en cada una y considerar intervenciones para reducirlas en la planeación de mediano y largo plazo.

En síntesis, una debilidad del *METC* es que no se identificó una estrategia de cobertura establecida a mediano y largo plazo. No hay claridad sobre las metas de atención en términos numéricos o geográficos. Tampoco se encontraron mecanismos mediante los cuales se espera que las actividades del *METC* contribuyan a garantizar los cuatro elementos del derecho a la salud a mediano y largo plazo.

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

- a) Incluyen criterios de elegibilidad claramente especificados, es decir, no existe ambigüedad en su redacción.**
- b) Están estandarizados, es decir, son utilizados por todas las instancias ejecutoras.**
- c) Están sistematizados.**
- d) Están difundidos públicamente.**
- e) No discriminan directa o indirectamente⁶⁶ por algún “motivo prohibido” de los establecidos en la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación: “el origen étnico o nacional, el color de piel, la cultura, el sexo, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, económica, de salud o jurídica, la religión, la apariencia física, las características genéticas, la situación migratoria, el embarazo, la lengua, las opiniones, las preferencias sexuales, la identidad o filiación política, el estado civil, la situación familiar, las responsabilidades familiares, el idioma, los antecedentes penales o cualquier otro motivo” (artículo 1º, inciso III).**

Respuesta:

Los procedimientos de selección de usuarios del *METC* incluyen criterios de elegibilidad específicos, están estandarizados y sistematizados en los documentos de procedimientos. Aunque existe una página web del *METC*, no se difunden en ella todos los criterios de inclusión y exclusión. Por otra parte, dichos criterios discriminan a la población que cuenta con seguridad social.

Justificación:

Según el documento *Procedimientos “El médico en tu casa”*, el *METC* cuenta con criterios de inclusión y de exclusión. Los primeros se refieren a que el posible usuario pueda acreditar su residencia en la capital mediante una identificación oficial, presente un comprobante de afiliación al Seguro Popular o algún programa de gratuidad y quede de manifiesto que no pueda trasladarse a las unidades de salud que les corresponden. Adicionalmente, en el objetivo general se menciona que no deberán contar con seguridad social.⁶⁷ Si una persona no contara con dichos documentos, no aceptara la atención médica, no otorgara una firma de

⁶⁶ La discriminación directa ocurre “cuando un individuo recibe un trato menos favorable que otro en situación similar, por alguna causa relacionada con uno de los motivos prohibidos de discriminación. En este tipo de discriminación es evidente la intención que se tiene por discriminar”. La discriminación indirecta “consiste en el empleo de criterios aparentemente neutrales, pero que en la práctica implican una desventaja injustificada para un grupo de personas en particular. En este tipo de discriminación lo que importa es el resultado, y no si se tenía o no la intención de discriminar”, definiciones tomadas de Suprema Corte de Justicia de la Nación (2014), *Protocolo de actuación para quienes imparten justicia en casos que involucren derechos de personas con discapacidad*, México, p.32.

⁶⁷ Sedesa, *Programa*, junio de 2017, pp. 5-9, 22

consentimiento de ingreso al domicilio o hiciera mal uso de los servicios, se justificaría su exclusión del *METC*, pues estos son los criterios de exclusión.⁶⁸ No obstante, como ya se mencionó, hay inconsistencias en la definición de la población objetivo entre los distintos documentos normativos del *METC*, lo que afecta el procedimiento de selección al modificar las características que deben tener los usuarios (ver respuesta a la pregunta 8).

Este procedimiento y los criterios de inclusión y exclusión se encuentran en el documento de *Procedimientos “El médico en tu casa”*, el cual se dirige a todas las instancias ejecutoras. Por ello, se considera que están estandarizados y sistematizados.

En la página web del *METC* se publica una descripción breve de éste, su objetivo, los servicios que presta, los grupos de población considerados como “beneficiarios”, el teléfono de *Medicina a Distancia* para obtener más información y se menciona como único requisito estar afiliado al *Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos de la CDMX* o al *Sistema de Protección en Salud* (Seguro Popular).⁶⁹ El centro de atención telefónica de *Medicina a distancia* también se menciona en el documento “Secretarías con vinculación” sobre las complementariedades del *METC*, donde se explica que ahí se reciben solicitudes de atención y seguimiento de casos. Sin embargo, no es un documento de acceso libre.⁷⁰ Por lo tanto, los criterios de inclusión y exclusión, mencionados en el primer párrafo, no están publicados, excepto el de estar afiliado a estos programas.

Desde el enfoque de derechos, que en esta Evaluación se considera como un enfoque de apoyo para realizar sugerencias de mejora al programa, los procedimientos del *METC* no toman en cuenta a la población que cuenta con seguridad social, pues según la definición de la población objetivo, estas personas no se consideran en el *METC*. No se establece que a esta población se le brindarán servicios médicos o que existen convenios con las instituciones de seguridad social para referir y/o trasladar a esta población. Se considera discriminación porque es un trato desigual, en comparación con los no derechohabientes, que implica la negación del derecho a la salud, causado por un motivo indebido contrario a la universalidad: la condición de derechohabencia. Los costos de la atención de aquellos que cuentan con seguridad social pueden ser la explicación de este criterio. Sin embargo, el mismo no es aceptable en la medida en que es posible establecer esquemas de cofinanciamiento de esto con las entidades a las que están afiliadas las personas a partir de convenios interinstitucionales.⁷¹

⁶⁸ Sedesa, *Procedimientos “Programa El médico en tu casa”*, junio de 2017, pp. 5-12.

⁶⁹ Página web de *El Médico en tu Casa*, en la página oficial de la Secretaría de Salud, disponible en: <http://www.salud.cdmx.gob.mx/actividades/medico>, consultada el 8 de septiembre de 2017.

⁷⁰ Sedesa, “Secretarías con vinculación”, s. f., p. 2.

⁷¹ En la reunión de trabajo realizada con los responsables del *METC*, se hizo referencia a un proyecto de convenio que se iba a firmar entre la Sedesa y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) para que el *METC* atendiera a los derechohabientes del IMSS a cambio de que éste pagara los servicios brindados. Según los responsables del *METC*, el cambio de titular del IMSS impidió que se firmara dicho Convenio.

Por último, hay deficiencias en el proceso de selección de usuarios que pueden derivar en casos de discriminación indirecta. Por ejemplo, no se describe en ningún documento con qué criterios se definirá si una persona puede o no trasladarse a una unidad de salud y, por lo tanto, podrá ser atendida por el *METC*. Esto podría derivar en casos de discriminación indirecta por parte de los integrantes de las brigadas del *METC* hacia los posibles usuarios, dado que la decisión queda a su interpretación. En España, por ejemplo, se ha publicado un documento normativo (Real Decreto 174/2011) que establece el “baremo de valoración” de la situación de dependencia. En éste se definen tres grados de dependencia a partir de un sistema de puntuación surgido de la aplicación de un cuestionario relacionado con el desempeño de actividades cotidianas como comer y beber, higiene personal, cuidados personales, capacidad de vestirse, desplazarse dentro y fuera del hogar, realizar tareas domésticas y tomar decisiones. En el decreto también se establece el personal médico responsable de la aplicación y la valoración, periodos de revisión de la condición de los pacientes y criterios por grupo de edad. A cada grado de dependencia y los subniveles que componen cada uno se asigna también un tipo de atención distinto y aspectos específicos de atención domiciliaria (supervisión, apoyo físico parcial, sustitución máxima, apoyo especial, entre otros).⁷² Se sugiere valorar los costos y beneficios de diseñar un instrumento de este tipo para el *METC*.

Adicionalmente, en el documento *Programa “El médico en tu casa”*, se menciona como criterio de inclusión “Personas en condiciones físicas, económicas, sociales o de desplazamiento que les impidan acudir a los servicios de salud, justificado *con certificado o estudio social emitido por institución acreditada*” lo que resulta contradictorio con el sentido del *METC*, pues es probable que la población potencialmente usuaria no pueda trasladarse a una “institución acreditada” para obtener dicho “certificado” o “estudio social”.

El *METC* tiene la fortaleza de contar con criterios de inclusión y exclusión sistematizados y estandarizados para la selección de usuarios en sus documentos normativos. Sin embargo, éstos no coinciden completamente con los datos accesibles al público, específicamente en la página de internet. Otra debilidad es la discriminación directa por condición de derechohabencia y la posibilidad de discriminación indirecta por las deficiencias en el diseño del procedimiento de selección de usuarios.

⁷² Real Decreto 174/2011, *Boletín oficial del estado*, 18 de febrero de 2011, disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2011/02/18/pdfs/BO-E-A-2011-3174.pdf> (consultado el 28 de septiembre de 2017).

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

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

Respuesta:

No se identificaron procedimientos explícitos para recibir, registrar y dar trámite a las solicitudes de apoyo. Sin embargo, existe una línea telefónica y otros medios en los cuales se pueden realizar solicitudes de apoyo del *METC*, sin que este procedimiento sea explícito.

Justificación:

En el documento *Procedimientos “El médico en tu casa”* se definen ocho procedimientos del *METC*, entre los cuales ninguno se relaciona con la recepción, registro y trámite de las solicitudes de apoyo.⁷³ En el documento *Vías de acceso al programa “El Médico en tu Casa”*, el cual no es un documento público, se describen tres formas que tienen las personas para realizar solicitudes de apoyo al *METC* (ver Cuadro 5): 1) el Centro de Atención Telefónica de la Secretaría de Salud, llamado *Medicina a Distancia*; 2) el personal de las brigadas que hace los recorridos de identificación de nuevos beneficiarios; y 3) Facebook y Whatsapp del titular de Sedesa y “otros medios de internet” que no se especifican. En la primera de las vías, el teléfono está publicado en la página de internet del *METC*, pero únicamente se menciona que se podrá obtener “mayor información sobre el programa o los requisitos de afiliación de la población” (*sic*). No se especifica que se podrán realizar solicitudes de apoyo. Para ninguna de las vías existen procedimientos explícitos para recibir, registrar y dar trámite a las solicitudes de apoyo, lo que constituye una debilidad del *METC*. Desde un enfoque de derechos humanos, esto representa una barrera para las personas que no tienen garantizado su derecho a recibir atención médica por no poder acudir a un centro de salud y, por lo tanto, es una limitación para avanzar hacia la universalidad del *METC*.

En cuanto a la segunda vía de acceso mencionada, ésta se refiere al “procedimiento de identificación de nuevos beneficiarios” definido en el documento *Procedimientos “El médico en tu casa”* (pp.14-17), en el cual los médicos del *METC* en cada centro de salud definen rutas para que los promotores de salud identifiquen usuarios potenciales y, con base en la información recabada por los promotores, el médico selecciona los hogares “potencialmente beneficiarios”. Finalmente, el médico acude a los hogares, verifica que cumplan con los

⁷³ Los ocho procedimientos son: 1) “Identificación de nuevos beneficiarios; 2) Consultas médicas; 3) Sistema de información; 4) Referencia y contrarreferencia de pacientes; 5) Otorgamiento de certificado de defunción; 6) Surtimiento de medicamentos controlados; 7) Requisición de compra de insumos, y; 8) Monitoreo de productividad” en Secretaría de Salud, *Procedimientos “El médico en tu casa”* (p. 13).

criterios y, de ser el caso, brinda atención médica inicial. Esta es la manera en la que el *METC* establece la entrega de apoyos, pero no puede ser, desde un enfoque de derechos humanos, un sustituto a los procedimientos para “recibir, registrar y dar trámite a las solicitudes de apoyo”, pues limitaría la atención a las personas que estén en las rutas definidas, excluyendo así a otros grupos de población que puedan tener vulnerado su derecho a recibir atención médica y alejándose del principio de universalidad.

En síntesis, el *METC* tiene una debilidad al no incluir procedimientos explícitos para “recibir, registrar y dar trámite a las solicitudes de apoyo”. Las vías de acceso mencionadas no tienen sus procedimientos claramente establecidos y no se publican para que la población potencial los conozca y pueda solicitar apoyo del *METC*.

Cuadro 5. Vías de acceso al Programa “El Médico en tu Casa”

VÍAS DE ACCESO	PROCESO	HORARIO	RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD
Medicina a distancia	A través del Call Center de Medicina a distancia las personas pueden solicitar información sobre los servicios que otorga el Programa. La red hospitalaria, dependencias del Gobierno, centros de salud y otros que soliciten la atención “El Médico en tu Casa”, debe llamar al Call Center. Medicina a distancia utiliza un formato con los datos principales del paciente, el cual es enviado a la Jurisdicción Sanitaria a la que corresponde el paciente, para que se programe su atención en un lapso menor de 72 horas y el médico evalúe al paciente y se defina si será incluido al Programa.	Las 24 horas del día 365 días del año.	Médico, Psicólogo, nutricionista, Promotores de Salud del Call Center de Medicina a Distancia.
Recorrido de los domicilios	Personal de salud del programa, recorre las viviendas de la Ciudad de México, para la búsqueda de la población vulnerable. En el área correspondiente a su Centro de Salud. Dicha información se entrega al médico de la brigada para la programación de la atención médica.	El recorrido de realiza de lunes a viernes en horario de 9 a 15 horas.	Brigada del programa (Promotores de Salud)
Facebook live, Whatsapp del Secretario de salud de	Personal de Salud de Comunicación Social monitorea las peticiones que realiza la ciudadanía en temas relacionados a la salud, entre ellos solicitudes de atención de “El Médico en tu Casa”, una vez identificados los	Durante las Transmisiones en vivo de FB y Whatsapp del Secretario de Salud de la	Comunicación Social, Nivel Central, Jurisdicción Sanitaria

VÍAS DE ACCESO	PROCESO	HORARIO	RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD
la CDMX y otros medios de internet.	datos de la persona que requiere de los Servicios del Programa, Comunicación Social envía a la Coordinación del Programa (Nivel Central) los datos del paciente, Nivel Central envía la solicitud a la Jurisdicción Sanitaria correspondiente para la programación de la consulta.	CDMX	

Fuente: Documento proporcionado por la Secretaría de Salud en el segundo requerimiento de información "Vías de acceso al programa "El Médico en tu Casa".

14. Si alguien considera que se le ha violado o negado algún derecho humano relacionado con el programa, ¿existe algún mecanismo para impugnar la decisión o revertir la situación sin repercusión para el derechohabiente?

Respuesta:

No se identificaron mecanismos explícitos para impugnar o revertir casos de presunta violación o negación del derecho a recibir servicios médicos.

Justificación:

No se identificaron definiciones formales, documentadas, de mecanismos especializados, accesibles y adaptados a las características de los usuarios del *METC* para impugnar decisiones o acciones relacionadas con éste, que puedan constituir una violación o negación de derechos, lo que constituye una debilidad desde el enfoque de derechos humanos. No se identificó, por ejemplo, que se distribuya una carta de derechos del usuario del servicio que incluya, entre otros elementos, un teléfono de quejas y denuncias. Estos mecanismos tendrían que garantizar la protección de los denunciantes y de sus posibilidades de recibir el apoyo que ofrece el *METC*. Un ejemplo de ello podrían ser las malas prácticas médicas o la discriminación (que se discute con más detalle en la siguiente pregunta). En el primer caso, si un usuario del *METC* sufre alguna consecuencia dañina para su salud por la acción u omisión de un médico, si no se le informan sus derechos o, al contrario de lo que establecen los *Procedimientos*, no se obtuviera su consentimiento informado antes de recibir la consulta médica, debería haber medios para que dicho paciente denuncie las irregularidades y el *METC* lo proteja adecuadamente. Lo único que se identificó en la página web de la Secretaría de Salud fue al portal del Sistema de Servicios y Atención Ciudadana coordinada por la Coordinación General de Modernización Administrativa (CGMA) de la Ciudad de México. Sin embargo, dicho vínculo no está en la sección del *METC*, sino en la página inicial de Sedesa.⁷⁴ También está disponible en esta misma página un vínculo al “Buzón del Secretario” en el cual se pueden realizar “comentarios y/o sugerencias”, pero no se mencionan explícitamente “quejas” o “denuncias”. En ninguna de estas dos vías se definen procedimientos explícitos ni características específicas para realizar quejas y denuncias.

Así, la ausencia de mecanismos especializados y accesibles a los usuarios del *METC* para que puedan ejercer sus derechos ante violaciones o negaciones es una debilidad de éste.

⁷⁴ Página web disponible en: <http://www.salud.cdmx.gob.mx/>, consultada el 13 de octubre de 2017.

15. ¿El diseño del programa incluye medidas para evitar que los prejuicios y estereotipos de los operadores impidan el acceso de ciertos grupos a los bienes y servicios que ofrece?

Respuesta:

El *METC* no incluye medidas explícitas para evitar que los prejuicios y estereotipos de los operadores impidan el acceso de ciertos grupos a los bienes y servicios.

Justificación:

En el documento *Cursos de capacitación para el personal del Programa “El Médico en tu Casa”* se enlistan, entre otros, los siguientes cursos que podrían contribuir a evitar la discriminación de ciertas personas por parte del personal del *METC*:⁷⁵

- Médico en tu casa - actualización para médicos
- Curso de inducción a promotores de salud
- Taller de capacitación a encuestadores para la evaluación del programa "el Médico en tu Casa"
- Médico en tu casa.- Actualización para enfermeras
- Médico en tu casa.- Actualización para nutriólogos
- Atención odontológica a población vulnerable
- Médico en tu casa en fisioterapia
- Médico en tu casa.- Actualización en trabajo social.

Sin embargo, ninguno está, de acuerdo con el nombre de cada curso, directamente orientado a evitar una posible discriminación del personal del *METC*.

Por lo tanto, no se identificaron acciones explícitas para evitar la discriminación de los usuarios potenciales por parte del personal del *METC*. La ausencia de estas medidas podría derivar en mayores barreras para que la población potencialmente usuaria pueda ejercer su derecho a recibir atención médica, contraviniendo el principio de no discriminación que establece Naciones Unidas como un elemento esencial del derecho a la salud y lo define como “los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos”. En el programa brasileño *Mejor en casa*, por

⁷⁵Según la Encuesta sobre Discriminación en la Ciudad de México 2013 (EDIS-CdMx 2013), 86% de los encuestados consideran que existe discriminación contra las “personas con discapacidad”, 86% hacia los “integrantes de la población callejera”, 83% hacia las personas “adultas mayores”, 74% a las personas “con algún problema de salud”, 53% hacia las “embarazadas”, entre otras poblaciones de interés para el *METC*. Adicionalmente, según la misma encuesta versión 2017, en promedio los encuestados respondieron que en hospitales y clínicas se discrimina 5.7 en una escala del 0 al 10 donde 10 significa “muchísima discriminación” y 0 “nada discriminación”. Estos datos arrojan indicios de que sería probable una discriminación hacia la población objetivo por parte de personal del *METC*, por lo que resulta relevante diseñar medidas para evitar estas situaciones.

ejemplo, el Laboratorio de Innovación en Atención Domiciliaria ha indicado la necesidad de dar capacitación especial a los miembros de las brigadas, especialmente en términos de derechos humanos, no discriminación y no empeorar las condiciones de marginación mediante las acciones del programa mismo que busca paliarla.

En síntesis, una debilidad del *METC* es que carece de medidas definidas y explícitas que prevengan la discriminación en la provisión de sus servicios. En el tomo sobre salud y alimentación del *Reporte sobre la discriminación en México 2012*, por ejemplo, se sugiere establecer explícitamente en la normatividad que la atención médica debe proveerse sin importar “origen nacional o posición social, situación económica, lugar de nacimiento, raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política, impedimentos físicos o mentales, estado de salud (incluidos el VIH/sida), orientación o preferencia sexual y situación política, social o de otra índole”; que las acciones y políticas sean pertinentes en términos culturales y de género; que se dé prioridad a los grupos discriminados en la asignación del presupuesto; que se desarrollen estadísticas e indicadores focalizados respecto a grupos discriminados para conocer el cumplimiento de los objetivos de los programas en esas poblaciones; garantizar la accesibilidad a los servicios de salud en términos físicos, financieros, geográficos y culturales; que se definan políticas y acciones específicas según las características particulares de cada subgrupo de las poblaciones vulnerables y discriminadas para atender sus necesidades, entre otras.⁷⁶

De manera más específica, se podrían implementar las siguientes acciones: 1) elaboración de protocolos o guías médicas para la atención de grupos históricamente discriminados, los cuales deberán incluirse en los documentos de operación de la intervención, 2) capacitaciones para implementar los protocolos y brindar atención médica sin discriminación, 3) creación y difusión de materiales informativos sobre los derechos relacionados con la atención médica que tienen estos grupos, como las actuales cartillas de derechos de los pacientes en general que se difunden en el sistema nacional de salud. Estas acciones podrían realizarse en colaboración con el Consejo para Prevenir y Eliminar la Discriminación en la Ciudad de México (COPRED).

⁷⁶ Ricardo Raphael (coord.), *Reporte sobre discriminación en México 2012*, t. 4: *Salud y alimentación*, México, CIDE-Conapred, 2012, pp. 82-93.

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

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

Respuesta:

Sí hay información sobre los pacientes que incluye las características de los usuarios, el tipo de apoyo otorgado y una clave de identificación por usuario. Sin embargo, se desconoce si está sistematizada esta información y no se identificaron mecanismos para su depuración y actualización.

Justificación:

Según el formato *Registro de pacientes “El Médico en tu Casa”*, se registran datos que permiten conocer quiénes reciben atención del METC: nombres y apellidos, sexo, número de expediente, fecha y vía de ingreso al METC, CURP, teléfonos, dirección, edad, lugar de nacimiento, tiempo de residencia en la CDMX, pertenencia étnica, grado máximo de estudios, ocupación, población vulnerable, derechohabencia, diagnósticos, tipo de atención, nombre del cuidador, edad, grado máximo de estudios del cuidador y su situación laboral. En cuanto a la clave única de identificación por usuario se deduce que el número de expediente y la CURP (Clave Única del Registro de Población) cumplen con esta función, pero esto no se menciona de manera explícita en ningún documento. Como se sugirió en la respuesta a la pregunta 9, se podrían agregar las variables de origen étnico e ingreso con el propósito de entender mejor las características de los potenciales usuarios y adaptar los servicios a estos grupos de población.

En cuanto a la actualización, según el documento *Procedimientos “El médico en tu casa”* (p.15-17), existe el formato denominado “Hoja Diaria de Registro de Actualización Censal”, la cual llenan los promotores de salud cada semana y en él registran “las casas censadas”. Sin embargo, aunque el nombre del formato tenga la palabra “actualización”, no es claro que efectivamente sirva para este fin, pues es el formato que usan los promotores para recopilar información de las casas censadas para “identificar nuevos beneficiarios”.

En síntesis, el METC tiene la fortaleza de recopilar información sobre sus usuarios, pero no se identificaron procesos explícitos para sistematizar esta información, ni tampoco los de resguardo, manejo, etc. de las bases de datos relacionadas. Tampoco se identificaron mecanismos documentados para su depuración y actualización.

17. Los procedimientos para otorgar los apoyos a los beneficiarios tienen las siguientes características:

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

Respuesta:

Los procedimientos para otorgar los apoyos a los usuarios están estandarizados, sistematizados y están apegados al documento *Procedimientos “El médico en tu casa”*, pero no son de conocimiento público.

Justificación:

Los procedimientos para otorgar los apoyos a los usuarios son tres: las consultas médicas domiciliarias, la referencia y contrarreferencia de los pacientes y el otorgamiento de certificados de defunción a los familiares de los usuarios directos. Estas actividades son los componentes centrales del *METC*. En particular, tienen como objetivos “responder a las necesidades de la población vulnerable que requiere la atención médica [mediante] la programación y otorgamiento de la consulta médica en los domicilios”, “realizar la referencia y contrarreferencia de los usuarios del programa ‘El Médico en tu Casa’ a unidades médicas de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México [y a] otras unidades médicas del sector salud, a fin de otorgar una oportuna atención a las necesidades de salud de los beneficiarios” y “otorgar [un] certificado de defunción a los familiares y/o responsable del beneficiario que se encontraba exclusivamente bajo seguimiento por el programa ‘El Médico en tu Casa’, cuando ocurra el deceso”, respectivamente.

Las consultas médicas dependen de los médicos y enfermeras. En caso de requerir el apoyo de las brigadas integrales, también pueden involucrar al responsable del *METC* en cada jurisdicción sanitaria y a un dentista, psicólogo, nutriólogo o técnico en rehabilitación. En principio, el médico líder de la brigada sanitaria debe revisar la agenda de visitas programadas, sean estas de primera vez o de seguimiento, y organizarlas por ubicación geográfica. Luego le corresponde revisar el expediente de los pacientes establecidos y, en su caso, el resultado de las “interconsultas” (consultas con miembros de las brigadas integrales). Iniciadas las visitas, debe explicar brevemente las características del *METC* y solicitar su consentimiento informado a los pacientes de primera vez. Hecho eso (y en consultas de seguimiento), la enfermera toma somatometría al usuario, con lo cual el médico puede hacer una valoración del paciente, que informa a la persona y sus familiares. En ese momento el médico indica si necesita que se le refiera a una unidad médica de atención más avanzada, una consulta con un miembro de la brigada integral o, en su defecto, emite la receta

correspondiente e indica la fecha de la próxima visita. En caso de ser necesaria una “interconsulta”, el encargado de recibir y tramitar la solicitud es el responsable del *METC* en la jurisdicción sanitaria. En caso de ser una mujer embarazada, se le refiere directamente al centro de salud correspondiente para las consultas subsecuentes.

La referencia y contrarreferencia de pacientes depende del médico líder de brigada y el trabajador social. Como ya se mencionó, durante una consulta básica, el médico valora al usuario e identifica los padecimientos que puedan requerir atención en una unidad médica. Debe informar a los familiares, solicitar el formato de referencia e identificar la unidad que corresponde según la ubicación y el servicio requerido en el catálogo de la Sedesa. En caso de que la referencia sea urgente, el médico es responsable de tramitarla directamente por teléfono, solicitar una ambulancia, informar al usuario y sus familiares de la unidad y ambulancia correspondientes e incorporar la nota médica y el formato de contrarreferencia en el expediente. El trabajador social es responsable de dar seguimiento al estado del usuario durante su tratamiento en la unidad médica y asignarle visitas subsecuentes de parte de *El médico en tu casa* una vez que este vuelva a su domicilio.

El otorgamiento de un certificado de defunción involucra al médico líder de brigada, el responsable del *METC* en la jurisdicción sanitaria y al menos a un familiar o responsable del usuario en cuestión. El procedimiento consiste en que el familiar debe notificar sobre el fallecimiento del usuario: en días hábiles, debe ponerse en contacto con el centro de salud y en días inhábiles, debe llamar a la línea telefónica de Medicina a distancia. En días laborales, a su vez, el médico líder de brigada se encarga de avisar al responsable del *METC* en la jurisdicción sanitaria para que este le apruebe una visita al domicilio con la documentación necesaria. De esta manera, el médico es responsable de revisar el cuerpo del fallecido y confirmar que falleció a causa de los padecimientos registrados en el expediente, para luego citar al familiar o responsable en el centro de salud y con la documentación necesaria. En el momento de la cita en el centro de salud, el médico debe solicitar y aprobar la documentación (acta de nacimiento e identificación oficial) al familiar, pedir el certificado de defunción a alguna autoridad del centro de salud (director, gestor de calidad o epidemiólogo), entregar original y copia al familiar y enviar una copia a la jurisdicción sanitaria. En caso de que el usuario no haya fallecido por algún padecimiento identificado en el expediente (sino por muerte accidental o violenta por causas imprudenciales, dolosas, en vía pública, por implicaciones médico legales o después de 48 horas del fallecimiento) no podrá emitirse el certificado de defunción “por no tener la certeza de la causa de la muerte” y se turnará el Ministerio Público correspondiente.

Hay algunos aspectos de estos procedimientos que no son del todo claros. Respecto a las consultas médicas, por ejemplo, no se definen qué criterios de “ubicación geográfica” usan los médicos para establecer las rutas, como se analizó en la respuesta a la pregunta 10.

Tampoco es evidente la relación entre el procedimiento de identificación de nuevos usuarios y el primer paso de las consultas médicas.

Otros aspectos que podrían especificarse mejor son: cuándo se da seguimiento a los pacientes del *METC*, con qué criterios se despliegan los miembros de las brigadas integrales y qué procedimientos se siguen, con qué criterios se decide referenciar a los pacientes, cómo se establece el contacto entre pacientes y centros de salud y/o brigadas. Tampoco se identificó la inclusión de un enfoque comunitario o un arraigo de las brigadas en las áreas geográficas de atención, aspecto que fue identificado en la revisión bibliográfica como una forma de maximizar los efectos positivos del *METC*. Se podrían llevar a cabo acciones como: 1) tener una mayor presencia física de las brigadas y mayor regularidad de sus visitas, de acuerdo con las necesidades de atención que presenten dichas comunidades; 2) fortalecer o desarrollar acciones de la intervención orientadas a promover la salud comunitaria, como talleres de promoción de la salud, y; 3) diversificar los canales de comunicación entre el personal de las brigadas y las personas atendidas (por ejemplo, que los usuarios puedan tener comunicación telefónica directa con el personal de las brigadas, no únicamente con el centro de atención telefónica de la Secretaría de Salud). Por último, los documentos no mencionan de manera explícita la necesidad de adaptar los servicios que presta el *METC* a las características de cada grupo de población que atiende, con el propósito de garantizar el elemento de “aceptabilidad” del derecho a la salud. Esto se podría hacer, por ejemplo, mediante un protocolo de atención domiciliaria que considere las necesidades específicas de los grupos de población atendidos.

En síntesis, el *METC* tiene fortalezas en la estandarización de sus procedimientos de atención. En general, estos están descritos claramente, incluyendo información sobre los responsables. A pesar de ello, no se encontraron criterios para definir las visitas de las brigadas y aspectos operativos sobre el seguimiento, referencia y contacto entre pacientes y centros de salud. Tampoco se identificaron mecanismos de arraigo del personal en las comunidades atendidas ni para adaptar los servicios a las poblaciones atendidas. Por último, estos procedimientos no son de conocimiento público, lo que impide que los usuarios conozcan cómo funciona el *METC* y, así, hacer efectivo su derecho a recibir atención médica con un fundamento más sólido.

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

Respuesta:

El *METC* reúne información socioeconómica de sus usuarios como parte de sus procesos mediante el “Registro de pacientes”.

Justificación:

Según el “Registro de pacientes” elaborado por la Dirección de atención médica, se recaba información sobre ocupación, tipo de vulnerabilidad y derechohabencia de los pacientes (usuarios directos), además de situación laboral y grado máximo de estudios de los cuidadores responsables de ellos. Esto se añade a la información que también debe reunirse, como nombre, sexo, número de expediente, fecha y vía de ingreso al *METC*, CURP, domicilio, teléfono, edad y el tipo de vulnerabilidad, según el mismo documento (“Registro de pacientes”) y la “Hoja diaria de registro de actualización censal”. Como ya se mencionó en la pregunta 10, el censo de pacientes debe contener:

nombre completo del beneficiario, número de expediente, fecha de nacimiento, edad cumplida, fecha de ingreso al programa, domicilio completo, AGEB, CLUE, así como alguna referencia para su fácil localización del domicilio, tipo de población vulnerable a la que pertenece, diagnósticos presuncionales del paciente, así como nombre, actividad principal, escolaridad del cuidador primario y teléfono para localizarlo.⁷⁷

De igual manera, el documento de *Procedimientos* establece que la identificación de nuevos usuarios comprende la visita a “todas las casas de la Ciudad de México” y la identificación de la población vulnerable en ella. Se involucra al centro de salud, médico del *METC* y promotor de salud, bajo la supervisión directa del Director del centro de salud (ver respuesta a la pregunta 10).

A pesar de ello, no se define una periodicidad específica para recolectar la información o transferirla a bases de datos con que se procese o utilice de alguna manera. Según los procedimientos, el “Registro de pacientes” y la “Hoja diaria de registro de actualización censal” se utilizan en las funciones de los miembros de las brigadas de salud y luego se refieren a los centros de salud correspondientes para formar parte de las bases de datos del *METC*, mas no se establece qué pasa con ella después ni cómo se relacionan las distintas bases de información sobre los usuarios del *METC*. Una debilidad es que no se identificaron procesos documentados que utilicen esta información y la incorporen al *METC* y a su planeación, por

⁷⁷ Sedesa, *Procedimientos*, pp.14-16.

ejemplo, reorientando las visitas médicas, contribuyendo a la identificación y replanteamiento de la población objetivo o informando otras prácticas dentro del *METC*.

En resumen, una de las fortalezas del *METC* es que tiene información socioeconómica sobre sus usuarios. A pesar de ello, no se establece la periodicidad de recolección de la información, cuál es su uso o cada cuánto se analiza ni las medidas de protección de la información. Tampoco se define la relación entre las distintas fuentes de información que posee el *METC*.

Apartado e) MML

19. Para cada uno de los componentes de la MML del programa existe una o un grupo de actividades que:

- a) Están claramente especificadas, es decir, no hay ambigüedad en su redacción.**
- b) Están ordenadas de manera cronológica.**
- c) Son necesarias, es decir, ninguna de las actividades es prescindible para producir los componentes.**
- d) Su realización genera, junto con los supuestos en ese nivel de objetivos, los componentes.**

Respuesta:

Los componentes de la MML del *METC* tienen actividades claramente especificadas, ordenadas cronológicamente, necesarias y vinculadas con la realización de los componentes. No se identificaron supuestos en la matriz.

Justificación:

La MML del *METC* (véase Anexo 3) incluye cuatro componentes. El primero de ellos, “atención médica general a mujeres embarazadas sin control prenatal de la Ciudad de México beneficiarias del programa ‘El médico en tu casa’” corresponde con dos actividades: “detección de mujeres embarazadas sin control prenatal de la población de la Ciudad de México” y “referencia de mujeres embarazadas sin atención médica a las unidades de salud para su control y seguimiento”. El segundo, “atención médica general a adultos mayores de la Ciudad de México beneficiarios del programa ‘El médico en tu casa’” se vincula con tres actividades: “programación de atención médica general a adultos mayores de la población beneficiaria del programa ‘El médico en tu casa’”, “consulta médica a adultos mayores de la población beneficiaria del programa ‘El médico en tu casa’” y “referencia de adultos mayores de la población beneficiaria del programa ‘El médico en tu casa’ para su atención médica”. El tercer componente se refiere a la “atención médica general a enfermos terminales de la Ciudad de México beneficiarios del programa ‘El médico en tu casa’” y corresponde con dos actividades: “programación de detección a enfermos terminales de la población que participa del programa ‘El médico en tu casa’” y “capacitación a cuidadores primarios para enfermos terminales de la población que participa del programa ‘El médico en tu casa’”. El cuarto componente consiste en la “atención médica general a personas con discapacidad de la Ciudad de México beneficiarias del programa ‘El médico en tu casa’” y está vinculado con las actividades “programación de consulta médica a personas con discapacidad de la población beneficiaria del programa ‘El médico en tu casa’” y “programación de consulta de fisioterapia a personas [con] discapacidad de la población beneficiaria del programa ‘El médico en tu casa’”.⁷⁸

⁷⁸ Sedesa, Matriz de indicadores de resultados, pestaña MIR.

En este sentido, las actividades correspondientes a los componentes de la MML del *METC* están claramente especificadas. Cada una se refiere a acciones precisas, que se describen sin ambigüedades. Su relación con los componentes también es clara.

Respecto al orden de las actividades, la mayoría están planteadas cronológicamente. Solo en el tercer componente podría cuestionarse que la actividad 3.2, “capacitación a cuidadores primarios para enfermos terminales de la población que participa del programa ‘El médico en tu casa’”, se ponga en segundo lugar, después de la detección de los enfermos terminales. En los demás casos, se presentan primero las actividades de detección y luego las de referencia, aunque se omite mencionar las consultas mismas.

Se observa que las actividades son necesarias para el logro de los componentes. Su vínculo con estos es claro y directo. Además, las actividades corresponden con la descripción que se hace en el documento de *Procedimientos*, con lo que su relación con los componentes queda reforzada en su conjunto.⁷⁹

En cuanto al cuarto elemento, no se identificaron los supuestos de la MML del *METC*, por lo que no se identifican los factores del entorno que pueden afectar la producción de los componentes.

Una debilidad del *METC* es que los componentes de la MML no incluyen las actividades suficientes para la producción y entrega de los componentes que se describen en el manual de *Procedimientos*. Podrían incluirse otras actividades que se mencionan en ese Manual, como la captación de la información de seguimiento recolectada por las Brigadas en el sistema de información (procedimiento 4.3), la requisición de compra de insumos (4.7) y el monitoreo de la productividad (4.8). Sería conveniente considerar estas actividades en la MML como actividades transversales, pues no se relacionan con algún componente, sino que son necesarias para la producción y entrega de todos ellos.

Por otra parte, la experiencia brasileña con el programa *Melhor em casa* indica que el tipo de capacitación que se plantea en la MML únicamente para los cuidadores de los enfermos terminales debería darse a todos los miembros de las brigadas, pues las características y necesidades de la atención domiciliar son distintas a las de su entrenamiento básico y son factores cruciales para que ésta tenga efectos positivos en los pacientes.⁸⁰ Se sugiere incluir la capacitación del personal en atención médica domiciliar, derechos humanos y no discriminación, como actividades transversales del *METC*.

⁷⁹ Sedesa, *Procedimientos*, pp. 18-22, 26-29.

⁸⁰ A. E. de Almeida, E. Sguario y M. H. C. Brandão, *Atenção domiciliar no SUS.*, pp. 61, 173-176.

En resumen, el *METC* tiene la fortaleza de contar en su MML con un grupo de actividades claramente identificadas para cada componente, ordenadas de manera cronológica y necesaria para la producción y entrega de éstos. Sin embargo, no se incluyen las actividades suficientes para ello y no se identificaron los supuestos que justifican la lógica entre las actividades y los componentes.

- 20. Los componentes señalados en la MML cumplen con las siguientes características:**
- a) Son los bienes o servicios que produce el programa.**
 - b) Están redactados como resultados logrados, por ejemplo, becas entregadas.**
 - c) Son necesarios, es decir, ninguno de los componentes es prescindible para producir el propósito.**
 - d) Su realización genera, junto con los supuestos en ese nivel de objetivos, el propósito.**

Respuesta:

Los componentes de la MML son los servicios que produce y entrega el *METC*, están redactados como resultados logrados y son necesarios para lograr el propósito. No se identificaron supuestos en la matriz.

Justificación:

La MML incluye cuatro componentes relacionados con la atención médica general a mujeres embarazadas sin control prenatal (1), adultos mayores (2), enfermos terminales (3) y personas con discapacidad (4) usuarios del *METC*. Los cuatro están redactados en términos de servicios que produce el *METC*. Sin embargo, no se identificaron componentes relacionados con distintos bienes y servicios que aparecen en sus documentos normativos: a) los servicios de promoción de la salud, específicamente las “pláticas y orientación a los pacientes”; b) el surtimiento de medicamentos controlados, y c) la emisión de certificados de defunción. Este último componente es un servicio que entrega el *METC*, pero no está directamente relacionado con el propósito, por lo que se sugiere mantener por fuera de la MML. También se sugiere incluir un componente específico de la atención médica que se brinde a población derechohabiente. Con el fin de no invadir la competencia de otras instituciones de salud, la atención a población derechohabiente puede considerar entre sus actividades la firma de convenio con las instituciones de seguridad social. Aunque la firma de tales convenios no es una obligación legal, debe considerarse que esta sugerencia ayudaría a mejorar el programa y a cumplir sus objetivos.

Los componentes están redactados como resultados logrados. Los cuatro se plantean como “atención médica recibida” por parte de los grupos en que se subdivide la población objetivo, a los que se ofrecen los servicios del *METC*, pero no se incluye a las personas postradas y las personas en situación de calle, que también hacen parte de los “grupos vulnerables” identificados por el *METC*.

Los componentes parecieran ser necesarios para el logro del Propósito planteado: “La Población residente o habitante de la Ciudad de México sin seguridad social laboral, identificada como vulnerable, tiene acceso a la atención médica general (multidisciplinaria) programa ‘El Médico en tu Casa’”. Sin embargo, no hay una relación causal entre

componentes y propósito, pues en realidad se está hablando de lo mismo en ambos niveles: brindar atención médica a grupos de población. El propósito debería señalar los cambios a lograr en la situación de las poblaciones atendidas. En este caso, las personas atendidas deben tener acceso a la atención que requieren de manera oportuna y de calidad, de manera que hagan efectivo su derecho a la salud.

En cuanto al cuarto elemento, no se identificaron supuestos en la MML del *METC*, por lo que no puede saberse que factores del entorno pueden afectar la conversión de los componentes en el propósito.

Como alternativa a los componentes actuales, se podrían agrupar los cuatro componentes en uno solo: atención médica general. Se entiende que actualmente los componentes reflejan la atención brindada a cada grupo de población para facilitar el seguimiento de la atención otorgada por separado y porque la atención varía de acuerdo con las características de cada grupo. Sin embargo, el seguimiento se podría hacer mediante indicadores de atención desagregados por grupo de población y la adaptación de la atención a cada grupo podría establecerse en el manual de procedimientos, no necesariamente en la matriz. Por lo tanto, podría quedar un solo componente (“Atención médica general proporcionada”), con indicadores de atención por grupo de población. Así, también se estaría evitando excluir de la matriz y del seguimiento a ésta a las personas atendidas por el *METC* que no pertenecen a dichos grupos.

En síntesis, el *METC* tiene las fortalezas de que los componentes de su MML son los servicios que provee, están redactados como resultados logrados y son necesarios para lograr el propósito. Sin embargo, hay algunas debilidades como que no se incluye algún componente de los servicios de promoción de la salud y los cuatro componentes actuales se podrían agrupar en uno solo de “Atención médica general proporcionada”.

21. El propósito de la MML cuenta con las siguientes características:

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

Respuesta:

El propósito del *METC* es una consecuencia directa esperada de los componentes, su logro no está controlado por el *METC*, es único, está redactado como una situación alcanzada e incluye la población objetivo.

Justificación:

El propósito del *METC* es “La población residente o habitante de la Ciudad de México sin seguridad social laboral, identificada como vulnerable, tiene acceso a la atención médica general (multidisciplinaria) [del] programa ‘El Médico en tu Casa’”. Su logro es consecuencia directa de los componentes, pues éstos se refieren expresamente a la provisión de atención médica general a cuatro de los subgrupos de la población objetivo. Sin embargo, como se mencionó en la pregunta anterior, no hay una relación causal entre los componentes y el propósito, pues ambos se refieren a lo mismo: atención médica proporcionada. El propósito podría señalar que las personas atendidas deben recibir atención de manera oportuna y de calidad. Adicionalmente, sería conveniente modificar los árboles de problemas y objetivos para que coincidan con el propósito de la matriz, tomando en cuenta las sugerencias emitidas en este informe, pues actualmente el objetivo central en el árbol de objetivos no coincide: “A los Pacientes Vulnerables de la Ciudad de México se les lleva la Atención Médica a su Domicilio para mejorar su condición en Salud”. Desde el enfoque de derechos, que en esta Evaluación se considera un apoyo para realizar sugerencias de mejora el programa, también sería necesario que el propósito reflejara que el *METC* persigue la universalidad en la provisión de los servicios de salud, incluyendo a los derechohabientes de seguridad social, para lo cual se sugiere firmar convenios con las instituciones de seguridad social.

Aunque el logro del propósito no está controlado por los responsables del *METC*, pues el acceso de esta población a la atención médica general no depende exclusivamente de éste, sí incide directamente en la consecución de este resultado.

El propósito del *METC* es único y está planteado como una situación alcanzada: la población en cuestión “tiene acceso a la atención médica general”.

En cuanto a la población objetivo, el propósito la define como “La Población residente o habitante de la Ciudad de México sin seguridad social laboral, identificada como vulnerable”. Se sugiere revisar las respuestas a las preguntas uno y ocho sobre las debilidades en la definición del problema y de la población potencial y objetivo para adaptar la población incluida en el propósito a los cambios que se realicen, en particular en cuanto a la sugerencia de no definir las poblaciones a partir del concepto de vulnerabilidad ni limitarla a población que no cuenta con seguridad social.

En resumen, se sugiere que el propósito quede de la siguiente manera: “La población residente en la Ciudad de México que no puede acudir físicamente a los servicios de salud hace efectivo su derecho a recibir atención médica al acceder a servicios de salud oportunos y de calidad en sus domicilios”.

22. El fin de la MML cuenta con las siguientes características:

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

Respuesta:

El fin de la MML es único, está especificado claramente, es un objetivo superior al que contribuye el *METC* y está fuera del control de los responsables de éste. El *Programa* está vinculado con objetivos y líneas de acción del *Programa Sectorial de Salud del Distrito Federal 2013-2018* y del *Programa General de Desarrollo del Distrito Federal 2013-2018*.

Justificación:

El fin del *METC* es “se contribuye a que todos los habitantes de la Ciudad de México tengan garantizado el acceso a la salud”. Así, el fin está especificado claramente y sin ambigüedad.

Como tal, es un objetivo superior al que contribuye el *METC*. En ese sentido, no se espera que la ejecución del *METC* sea suficiente para lograr dicho objetivo, pero sí forma parte importante de ello al brindar acceso a la salud a ciertos grupos de la población residente en la Ciudad de México.

El logro del fin no está controlado por los responsables del *METC* porque no tiene como objetivo garantizar el acceso a la salud de todos los habitantes, sino únicamente de aquellos que no pueden acudir físicamente a una unidad de salud. Además, el fin es único.

Según la MML, el fin del *METC* está vinculado con el eje de equidad e inclusión social para el desarrollo humano en el área de salud, que forma parte del *Programa General de Desarrollo del Distrito Federal 2013-2018*, como se explicó en la pregunta 5. También hay relación con los objetivos de “reducir la incidencia de enfermedades crónico-degenerativas” y “lograr el ejercicio pleno y universal del derecho a la salud”. Como se mencionó en la pregunta cuatro, estos forman parte del *Programa Sectorial de Salud del Distrito Federal 2013-2018*. Por otra parte, también se indica su alineación con algunos objetivos del *Programa General de Desarrollo*: “mejorar la calidad de los servicios de salud para la atención de las enfermedades crónico-degenerativas” y “ampliar la cobertura de la atención a la salud con calidad”. Además, el *METC* es afín a las líneas de acción del *Programa General de Desarrollo*, orientadas a “reforzar la infraestructura de atención domiciliaria, para acercar a las adultas y los adultos mayores, grupos étnicos y mujeres, la atención de las enfermedades crónico-degenerativas” y

“asegurar a las personas el derecho a la protección de su salud, independientemente de su situación económica y/o laboral”.

De tal suerte, el *METC* tiene las fortalezas de que su MML cuenta con un fin único que se explica con claridad, es un objetivo superior al que se contribuye, su logro no está controlado por los responsables del *METC* y está asociado con objetivos y líneas de acción sectoriales y generales de la Ciudad de México.

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

Respuesta:

No se identificó el resumen narrativo en ningún documento normativo, únicamente está en el documento que tiene la MML.

Justificación:

La MML únicamente se identificó en el documento denominado *Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) 31-JUL-2017*. No se incluye expresamente un resumen narrativo de la MML en los documentos normativos del *METC*. Sin embargo, en el documento *Programa “El médico en tu casa”* se identifican algunas categorías que convendría que estén homologadas con la MML. En la sección V de éste, que se refiere a la definición operacional, se explica el “universo de trabajo”, incluyendo las poblaciones potencial y objetivo y sus características específicas, así como los objetivos general y específicos, las estrategias y actividades del *METC*.

Es importante señalar que hay inconsistencias entre ambos documentos. En primer lugar, en los componentes de la MML no se especifican los servicios que se otorgarán a las personas en situación de abandono y postrados entre la población objetivo, a diferencia de lo que ocurre en el documento *Programa “El médico en tu casa”*. En segundo lugar, en el documento no se enuncia en ningún momento el fin que se incluye en la MML (“Se contribuye a que todos los habitantes de la Ciudad de México tengan garantizado el acceso a la salud”). En tercer lugar, el objetivo general y los específicos no corresponden directamente con el propósito y los componentes de la MML. En cuarto lugar, las estrategias por grupo vulnerable y sustantivas no corresponden exactamente con los componentes y las actividades descritos en la MML ni en los *Procedimientos*.⁸¹ Las actividades de la MML tampoco coinciden con las “Actividades del programa y unidades de medida” en el documento *Programa “El médico en tu casa”*. En quinto lugar, en la MML se presenta una actividad (“capacitación a cuidadores primarios para enfermos terminales”) que no se menciona en ningún documento normativo.⁸²

Así, el *METC* muestra una debilidad que ya se ha comentado en preguntas anteriores, pues sus documentos normativos y de planeación tienen diferencias conceptuales y de contenido. La descripción general del *METC* en los documentos normativos no coincide exactamente con el resumen narrativo de la MML.

⁸¹ Sedesa, *Procedimientos*, pp. 13-42; Sedesa, *Programa*, p. 25.

⁸² Loc. cit.

24. En cada uno de los niveles de objetivos de la MML del programa (fin, propósito, componentes y actividades) hay indicadores para medir el desempeño del programa con las siguientes características:

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

Respuesta:

La MML del *METC* tiene indicadores en cada uno de sus niveles de objetivos, pero no todos cumplen con los criterios de ser claros, relevantes, económicos, monitoreables y adecuados (véase el anexo 6).

Justificación:

La MML del *METC* incluye quince indicadores. Dos de ellos están relacionados con el fin y el propósito. El indicador sobre el porcentaje de la población con carencia por acceso a los servicios de salud en la Ciudad de México está vinculado con el fin del *METC*, que es contribuir a que todos los habitantes de la Ciudad de México tengan garantizado el acceso a la salud. Es un indicador claro, relevante, económico, monitoreable y adecuado.

Por otra parte, el indicador sobre el “porcentaje de la población residente en la Ciudad de México sin seguridad social laboral, identificada como vulnerable, que recibe los servicios médicos del *METC* respecto a la población vulnerable identificada mediante el censo” está relacionado con el propósito del *METC* “que la población residente de la Ciudad de México sin seguridad social laboral, identificada como vulnerable, tenga acceso a la atención médica general (multidisciplinaria) del programa ‘El médico en tu casa’”. Este es un indicador claro, relevante, económico y adecuado. No se le puede calificar como monitoreable, sin embargo, porque, como ya se mencionó en las preguntas 8 a 10, no se identificó una metodología explícita ni mecanismos para garantizar la confiabilidad del censo y su contenido no es público. De esta manera, el indicador no podría sujetarse a una verificación independiente.

Cada uno de los componentes de la MML tiene un indicador correspondiente, definido como la tasa de variación porcentual de la atención médica general otorgada a los cuatro subgrupos identificados dentro de la población vulnerable (mujeres embarazadas sin control prenatal, adultos mayores, enfermos terminales y personas con discapacidad). Estos indicadores cumplen con el criterio de economía, pues dependen de información disponible en los registros administrativos a un costo razonable. No obstante, no cumplen con el criterio de claridad porque la “atención médica general” incluye elementos muy distintos como consultas, pláticas, referencias y visitas del Censo. Unirlos en un solo indicador impide saber con

claridad cuáles se están midiendo realmente. Además, no se identificó una justificación técnica de esta definición. Es cuestionable que las visitas del Censo se consideren como “atención médica general”. Tampoco cumplen con el criterio de adecuación, pues al no distinguir los elementos mencionados, se dificulta valorar el desempeño real del *METC*. Por ejemplo, un alto número de visitas para recabar información del Censo podría incrementar el valor del indicador, pero no se podría saber a qué se debe este aumento, pues están mezclados los cuatro elementos. En cuanto al criterio de relevancia, sí lo cumplen porque miden los factores relevantes de los objetivos a nivel de propósito, en este caso, la “atención médica general”. Por último, no son indicadores monitoreables debido a que los datos que permitirían medir el número de consultas anuales a los distintos subgrupos de la población no son públicos y los documentos normativos del *METC* no mencionan procedimientos de transparencia focalizada para difundirlos. Por ello, no puede decirse que los indicadores están sujetos a una verificación independiente.

Las actividades correspondientes al primer componente (atención médica a mujeres embarazadas sin control prenatal identificadas por el *METC*) se refieren a la “Detección de mujeres embarazadas sin control prenatal de la población de la CDMX” y la “Referencia de mujeres embarazadas sin atención médica a las unidades de salud para su control y seguimiento”. Ambas tienen indicadores definidos como el “Porcentaje de mujeres embarazadas sin control prenatal de la población de la Ciudad de México” y el “Porcentaje de mujeres embarazadas referida a unidades de salud para su control y seguimiento”, respectivamente. Estos indicadores son relevantes, económicos y adecuados. Hay cierta ambigüedad en el nombre de los indicadores, pues no se especifica que se refieren exclusivamente a las mujeres embarazadas sin control prenatal *detectadas* por el *METC*, como sí se menciona en el método de cálculo. Por otra parte, tampoco se puede decir que estos indicadores pueden verificarse independientemente, pues la información del censo y de las actividades del *METC* no es pública.

Las actividades relacionadas con el segundo componente de la MML (atención médica a adultos mayores identificados mediante el censo del *METC*) consisten en la “Programación de atención médica general a adultos mayores de la población beneficiaria del programa ‘El Médico en tu Casa’”, “Consulta médica a adultos mayores de la población beneficiaria del programa ‘El Médico en tu Casa’”, “Referencia de adultos mayores de la población beneficiaria del programa ‘El Médico en tu Casa’ para su atención médica”. Los indicadores respectivos son “Porcentaje de Cumplimiento de meta de atención médica general a adultos mayores de la población beneficiaria del programa ‘El Médico en tu Casa’”; “Promedio de consulta médica por adultos mayores de la población beneficiaria del programa ‘El Médico en tu Casa’”, y; “Porcentaje de adultos mayores referidos de la población beneficiaria del programa ‘El Médico en tu Casa’ para su atención médica”. Los tres son relevantes, pues miden el factor relevante de cada actividad, económicos porque dependen de registros administrativos y adecuados

dado que permiten valorar el desempeño del *METC* en cuanto a las actividades. El segundo y tercer indicadores también son claros. Sin embargo, el primero no es claro: dado que es una intervención que depende de la demanda, resulta complicado establecer un indicador de consultas realizadas contra programadas, pues es muy difícil estimar cuántas citas se van a tener en un año. Se podrían considerar indicadores como el porcentaje de consultas y referencias realizadas dentro del estándar de días después de las visitas de identificación de nuevos beneficiarios.⁸³ Por último, los tres presentan el mismo problema que los casos anteriores, pues los datos para hacer una verificación independiente no se difunden públicamente.

El tercer componente (atención médica a enfermos terminales identificados por el *METC*) está vinculado a dos actividades: la “Programación de detección a enfermos terminales (...)” y la “Capacitación a cuidadores primarios para enfermos terminales (...)”. A su vez, los indicadores son “Porcentaje de cumplimiento de meta de detección de enfermos terminales de la población beneficiaria” del *METC* y “Porcentaje de cuidadores primarios capacitados con enfermos terminales beneficiados” por el *METC*. El primer indicador no es claro, pues es confuso cuál es el universo de comparación: ¿la población total de la CDMX o la “población beneficiarios” del *METC* como está en el nombre del indicador? En este último caso, no se entiende en qué consiste la detección, pues si son “beneficiarios”, ya están detectados. Adicionalmente, no es claro con base en qué información se puede predecir cuántos enfermos terminales van a detectar en un periodo. La segunda actividad y su indicador respectivo tampoco son claros porque no se especifica por qué se espera que los cuidadores se capaciten “con los enfermos terminales” usuarios del *METC*. La información para hacer una verificación independiente no se difunde públicamente, por lo que tampoco son indicadores monitoreables.

Las actividades relacionadas con el cuarto componente (atención médica a personas con discapacidad identificadas en el censo del *METC*) son la “Programación de consultas médicas a personas con discapacidad (...)” usuarias del *METC* y la “Programación de consultas de fisioterapia (...)” a usuarios con discapacidad. Ambas cuentan con indicadores definidos como “Porcentaje de Cumplimiento de meta de consulta médica a personas discapacitadas (...)” y “Porcentaje de Cumplimiento de meta de Consulta de Fisioterapia a personas discapacitadas (...)”. Aunque son relevantes, económicos y adecuados, los indicadores no son claros. Se sugiere modificar la redacción del nombre del indicador, quitando “cumplimiento de meta”, pues el indicador mide el porcentaje de consultas realizadas contra las programadas. Además, no se puede decir que estos indicadores pueden verificarse independientemente,

⁸³ Para ello, se tendría que definir un estándar de oportunidad, es decir, un promedio de días considerado aceptable que tendría que esperar un usuario potencial para recibir la consulta médica general después de la primera visita del *METC*.

pues la información del censo y de las actividades del *METC* no es pública y no se identificaron mecanismos de transparencia proactiva.

En síntesis, no se identificaron mecanismos de transparencia proactiva para difundir información de seguimiento que permita hacer una verificación independiente de sus indicadores. Tampoco se pudo documentar que haya mecanismos que aseguren que los indicadores son confiables o auditables. Por otra parte, algunos de sus indicadores no son lo suficientemente claros. Uno de los indicadores descritos en la MML cumple con los cinco criterios establecidos por la pregunta. Como se observa en el anexo 4, tres de ellos (20%) cumplen con cuatro de los criterios, siete de ellos (47%) satisfacen tres de los criterios y cuatro más (27%) cumplen con dos de los requisitos establecidos por la pregunta.

25. Las fichas técnicas de los indicadores del programa cuentan con la siguiente información:

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

Respuesta:

Las fichas técnicas de los indicadores del *METC* cumplen con la mayoría de los requisitos básicos, excepto información sobre su comportamiento.

Justificación:

En el documento *Matriz de Indicadores para Resultados*, con fecha del 31 de julio de 2017, se incluyen quince pestañas correspondientes a los indicadores definidos en la MML del *METC*. Cada una de ellas incluye campos a llenar con información sobre la unidad responsable (la Secretaría de Salud del Distrito Federal), el programa presupuestario (*El médico en tu casa*), la modalidad del programa presupuestario (Prestación de servicios públicos) y nombre, objetivo, definición, tipo de indicador, método de cálculo, unidad de medida, frecuencia de medición, línea base y metas de los indicadores. Además, únicamente se ha establecido una línea base para tres indicadores (de las actividades 2.1, 3.1 y 4.1) y cinco de los 15 indicadores no cuentan con metas. Adicionalmente, algunas metas no son claras como se analizará en la siguiente pregunta. Por último, en todas las fichas técnicas, en el campo del “tipo de indicador” se incluyó la “dimensión del indicador” (eficacia, eficiencia, economía y calidad). El “tipo” se refiere a si el indicador es estratégico o de gestión⁸⁴.

En síntesis, el *METC* tiene la fortaleza de contar con fichas técnicas de indicadores que cumplen con varios de los criterios establecidos. Algunas debilidades, sin embargo, son que falta información sobre el comportamiento de los indicadores, establecer líneas base para todos los indicadores y aclarar la definición de las metas (ver anexo 4). Cabe recalcar, por ejemplo, que la línea base de los indicadores de componentes debe ser 0, mientras que la meta debe ser 100. Ninguna de las fichas técnicas de los indicadores descritos en la MML cumple con los ocho criterios establecidos por la pregunta.

⁸⁴ Para mayor información sobre estos conceptos, revisar la siguiente publicación: Secretaría de Hacienda y Crédito Público (s.f.), *Guía para el diseño de la Matriz de Indicadores para Resultados*, Ciudad de México, pp. 45-46, disponible en: <http://www.shcp.gob.mx/EGRESOS/PEF/sed/Guia%20MIR.pdf>, consultada el 23 de octubre de 2017.

26. Las metas de los indicadores de la MML del programa tienen las siguientes características:

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

Respuesta:

Diez de los quince indicadores (es decir 66.6%) que describe la MML cuentan con metas, las cuales tienen unidad de medida. En siete de los diez casos, se plantea que el punto a alcanzar es un porcentaje entre 90 y 100.

Justificación:

Para las metas definidas, resulta complicado analizar si están orientadas al desempeño tomando únicamente la información que se presenta en la MML, pues solo se presenta el porcentaje a alcanzar (entre 90 y 100%), pero no se indican las metas en valores absolutos. Sin embargo, en el documento *Programa “El médico en tu casa”* (p.28) se presenta un cuadro con metas de consulta por tipo de recurso humano (ver respuesta a la pregunta 11). En éste, se establece un promedio de 4 “consultas efectivas” por día para cada médico general y para cada “Licenciado en nutrición”, y 3 consultas por día para el “Cirujano Dentista”, el “Licenciado en Psicología”, el “Técnico Fisioterapeuta” y el “Técnico en Trabajo Social”. Sería importante definir las metas de los indicadores de la MML en términos absolutos, en particular las de componentes, a partir de esta información y justificar técnicamente su definición. Si se compara la meta para el médico general con el promedio nacional de consultas otorgadas por día por médico general (pasó de 9 en 2005 a 8 en 2014), pareciera una meta laxa. Por ello, sería necesario explicar cuáles son los factores que determinan esta diferencia como, por ejemplo, el carácter domiciliario de las consultas brindadas por el *METC* o el tipo de consulta (por primera vez o subsecuentes, considerando que las primeras tienen mayor duración).⁸⁵

Con la información presentada en la MML (en porcentaje) no es posible determinar si las metas son factibles de alcanzar, pues no se conoce el valor absoluto para compararlo con los recursos del *METC*. Las metas presentadas en el cuadro mencionado se consideran factibles, pues, como ya se dijo, son inferiores (4 consultas por día) al promedio nacional de consultas otorgadas por día por médico general (8 generales, 3 para primera vez).

En síntesis, el *METC* tiene la fortaleza de tener metas para diez de los quince indicadores, pero no están definidas en valores absolutos, con periodos de cumplimiento claramente definidos y con una justificación técnica, lo que impide entender a qué hacen referencia.

⁸⁵ Secretaría de Salud, *Informe sobre la salud de los mexicanos 2016. Diagnóstico General del Sistema Nacional de Salud*, Ciudad de México, Dirección General de Evaluación del Desempeño, 2016, pp.72-74.

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

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

Respuesta:

Todos los indicadores incluidos en la MML incluyen medios de verificación oficiales, pero no se identificaron los documentos a los que se hace referencia en dichos medios, únicamente en el indicador a nivel de fin. Dado que no se identificaron y no son documentos públicos, no se puede considerar que los medios de verificación permitan reproducir el cálculo del indicador (véase el anexo 4).

Justificación:

Los quince indicadores descritos en la MML del *METC* incluyen información sobre medios de verificación oficiales e institucionales. Sin embargo, únicamente el primero de ellos surge de una institución ajena a la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, pues está relacionado con el porcentaje de la población con carencia por acceso a los servicios de salud en la Ciudad de México según las mediciones del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval). Todos los demás, en cambio, surgen de datos estadísticos internos o reportes concentrados del *METC*, dependientes de la Dirección de Información en Salud de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, para los cuales no se identificaron metodologías para su integración, validación, resguardo, etc. y la información que tienen dichas fuentes no es pública, lo que le resta confiabilidad.

Los medios de verificación no cuentan con un nombre específico que permita identificarlos. Solo se les describe como “datos estadísticos propios” o “reporte concentrado” elaborados por la Dirección de Información en Salud local. Tomando como referencia el *Manual para el diseño y la construcción de indicadores* elaborado por el Coneval, convendría que los medios de verificación de los indicadores incluyan el nombre completo del documento que sustenta la información, el nombre del área que genera o publica la información, la periodicidad con que se publica el documento (que debe coincidir con la frecuencia de medición del indicador) y el enlace a la página de la que se puede obtener la información.⁸⁶

⁸⁶ Coneval, *Manual para el diseño y la construcción de indicadores. Instrumentos principales para el monitoreo de programas sociales de México*, Ciudad de México, Coneval, 2013, pp. 53-54. De acuerdo con los “Lineamientos para la Elaboración de las Reglas de Operación de los Programas Sociales para el Ejercicio 2018” emitidos por el Evalúa CDMX, “Se debe procurar que estas [las fuentes de información] sean públicas y se debe precisar el nombre completo del documento, base de datos, estadística o informe” (p.82).

Al ser documentos internos, no parece posible reproducir el cálculo del indicador. Como se comenta con más detalle en la pregunta 32, el *METC* tampoco incluye en sus documentos normativos mecanismos explícitos para hacer solicitudes de información para acceder a los datos o documentos detrás de cada uno de los indicadores, incluso los que dispone la Ley de Transparencia local. Adicionalmente, no se identificaron esquemas de transparencia proactiva o focalizada que permitan conocer dicha información. Así, el *METC* tiene la fortaleza de contar con medios de verificación para todos sus indicadores, pero éstos no cumplen con tener nombres completos, que se pueda reproducir el cálculo del indicador o estar basados en información pública.

28. Considerando el conjunto objetivo-indicadores-medios de verificación, es decir, cada renglón de la MML del programa, es posible identificar lo siguiente:

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

Respuesta:

En la lógica horizontal, los medios de verificación tienen las debilidades mencionadas en la pregunta anterior, pero los indicadores permiten medir los objetivos en cada nivel.

Justificación:

La mayoría de los indicadores descritos en la MML se calculan con datos estadísticos internos o reportes concentrados del *METC*, dependientes de la Dirección de Información en Salud de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México. Solo uno de ellos proviene de información publicada cada dos años por el Coneval como parte de su medición de la pobreza en el país. Dado que no es un documento público y no se identifica dónde encontrarlo, no se conoce cuál es el “Reporte - concentrado Médico en tu Casa” al que se hace referencia en la MML. Por ello, no puede decirse si los medios de verificación son los necesarios para calcular los indicadores, con excepción del primero.

De la misma manera, tampoco se puede evaluar si los medios de verificación son suficientes para calcular los indicadores. Dado que los documentos que se presentan como medios de verificación no son públicos, no es claro si la información que se recaba durante el funcionamiento del *METC* y mediante el censo mencionado anteriormente coinciden con los datos y reportes internos. De acuerdo con la información proporcionada, existe información disponible para dar seguimiento a los indicadores actuales. Sería conveniente redefinir los medios de verificación a partir de dicha información. Si se adoptan las sugerencias sobre la MML, habría que añadir medios de verificación para los indicadores de oportunidad y calidad de los servicios otorgados, así como establecer claramente un mecanismo para identificar a su población potencial. Finalmente, no se identificaron medidas para garantizar que la información disponible actualmente sea confiable y auditable.

A pesar de ello, los indicadores presentados en la MML permiten medir los objetivos en cada nivel. El primer nivel (es decir el conjunto fin-indicador-medio de verificación) es el más adecuado de ellos, pues la lógica horizontal se cumple a cabalidad, especialmente por incluir un medio de verificación independiente y público. En los catorce casos restantes, que corresponden a los niveles de propósito, componentes y actividades, la lógica es adecuada, aunque hay debilidades importantes que ya se mencionaron anteriormente, como la calidad de los medios de verificación (pregunta 27).

Así, una debilidad es que los conjuntos objetivo-indicadores-medios de verificación de la MML del *METC* no cuentan con información adecuada para afirmar que los medios de verificación son necesarios y suficientes más que en el primer caso. No obstante, los indicadores permiten medir el objetivo en cada nivel.

29. Sugerencias de modificaciones en la MML del programa para resolver las deficiencias encontradas (anexo 6).

Respuesta:

A partir del análisis de la MML realizado en esta sección, se sugiere hacer los cambios siguientes para resolver las debilidades descritas:

Lógica vertical

- Se sugiere redefinir el propósito con base en las sugerencias emitidas sobre la definición del problema focal y las poblaciones (preguntas 1 y 8). Específicamente, si el problema se define como “Existe población residente en la Ciudad de México que no puede hacer efectivo su derecho a recibir atención médica al no poder acudir físicamente a los servicios de salud”, el propósito podría quedar como “La población residente en la Ciudad de México que no puede acudir físicamente a los servicios de salud hace efectivo su derecho a recibir atención médica al acceder a servicios de salud oportunos y de calidad en sus domicilios”.
- A nivel de fin, se sugiere especificar en el resumen narrativo “Se contribuye a que todos los habitantes de la Ciudad de México tengan garantizado el acceso a *servicios* de la salud” para que coincida con el indicador del Coneval.
- Los cuatro componentes actuales reflejan la prestación de un mismo servicio: consultas médicas a domicilio. Por lo tanto, se sugiere agrupar los cuatro componentes en uno solo y para poder dar seguimiento a la atención que se brinda a los grupos de interés para el *METC*, se pueden dejar indicadores de atención para cada grupo. Adicionalmente, convendría que las especificidades de la atención que se otorga a cada uno queden claramente establecidas en el manual de *Procedimientos* del *METC*, no en la MML. También se sugiere incluir componentes relacionados con la prestación de servicios de promoción de la salud (pláticas y orientaciones), la entrega de medicamentos y el transporte de usuarios a los que se haya referido a centros de salud u hospitales de especialidad.
- En cuanto a las actividades, se sugiere incluir las que se describen en el manual de *Procedimientos*, pero no se incluyen actualmente en la MML, y desarrollar las actividades de los componentes mencionados en el punto anterior.
- Las actividades de promoción de la salud podrían ser; 1) Identificación de las zonas y poblaciones que requieren actividades de promoción de la salud y 2) Realización de las pláticas y orientación en las zonas y poblaciones identificadas.
- Como actividades transversales a los componentes, se sugieren las siguientes: 1) Requisición de compra de insumos; 2) Capacitación del personal de las brigadas en atención médica domiciliaria, derechos humanos y no discriminación; 3) Integración de

los informes de seguimiento y evaluación del *METC*, y; 4) Aplicación y procesamiento de encuesta de satisfacción de usuarios por ente independiente.

- El *METC* no hace explícitos los supuestos que justifican la lógica entre las actividades que plantea, los componentes, el propósito y el fin. Por lo tanto, no quedan claros los vínculos causales entre los elementos de la MML ni los riesgos que se pueden enfrentar en su realización.

Lógica horizontal

- Todos los indicadores actuales son de eficacia, es decir, miden el logro de los objetivos, excepto el de la actividad 2.2 (“Promedio de consulta médica por adultos mayores de la población beneficiaria del programa ‘El Médico en tu Casa’”). Se sugiere valorar el costo y los beneficios de incluir, por ejemplo, indicadores de calidad y oportunidad en el componente de atención médica que se sugiere agrupar, con el objetivo de valorar la satisfacción de los usuarios y el cumplimiento de normas en la prestación de servicios médicos, especialmente los servicios prestados por las brigadas.
- En las fichas técnicas de los indicadores, falta establecer líneas base y aclarar la definición de las metas.
- El método de cálculo y la frecuencia de medición no coincide en algunos indicadores de la MML (los de los componentes 3 y 4 se calculan con datos anuales, pero se miden trimestralmente, por ejemplo).
- Los medios de verificación de los indicadores no cumplen con tener nombres completos, que se pueda reproducir el cálculo del indicador o estar basados en documentos públicos. Se sugiere completar esta información y hacerla pública.

30. ¿De qué manera los componentes y actividades de la MML están orientados a resolver las causas del problema identificado en los cuatro elementos esenciales (disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad) de los derechos humanos relacionados con el programa?

Respuesta:

En general, el *METC* se orienta a mejorar dos aspectos de los elementos esenciales del derecho humano a la salud en la Ciudad de México: la disponibilidad y la accesibilidad. En este sentido, los cuatro componentes y sus actividades respectivas están relacionados con la disponibilidad, es decir la obligación estatal de “garantizar la suficiencia de los servicios, instalaciones, mecanismos, procedimientos o cualquier otro medio por el cual se materializa” el derecho a la salud en la entidad.

Los elementos del *METC* también se vinculan con las dimensiones de no discriminación, accesibilidad física y asequibilidad. De hecho, la intervención misma surge como parte de una estrategia para que los servicios de salud sean accesibles de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin costo alguno. No obstante, como se dijo en la pregunta 13, hace falta que se especifiquen con más claridad los mecanismos de contacto de los usuarios con los funcionarios del *METC*, pues eso se relaciona con el criterio de accesibilidad física. También es importante que en las capacitaciones al personal de las brigadas se incluya el tema de derechos humanos y específicamente el de no discriminación para evitar que ciertas personas tengan un trato desigual que les impida hacer efectivo su derecho a recibir atención médica y a ser transportados a centros de salud.

En cuanto a las dimensiones de aceptabilidad y calidad, no se identificó referencia explícita en los componentes y actividades de la MML. En el caso de la calidad, el *METC* cuenta con un mecanismo de verificación de la calidad de las consultas otorgadas, como se explicará en la pregunta 32. Se podría incluir en la MML el indicador de calidad que se sugirió a nivel de propósito (ver respuesta a la pregunta 29). Sobre la aceptabilidad, ésta se podría atender incluyendo protocolos de atención adaptados a cada grupo de población de interés para el *METC*, los cuales se pueden incluir en el manual de *Procedimientos*, no en la MML.

Apartado f) Presupuesto y Rendición de Cuentas

31. El programa identifica y cuantifica los gastos en los que incurre para generar los bienes y los servicios (componentes) que ofrece y los desglosa en los siguientes conceptos:

- a) Gastos en operación
- b) Gastos en mantenimiento
- c) Gastos en capital
- d) Gastos unitarios

Respuesta:

El *METC* identifica y cuantifica los gastos en los que incurre para generar los bienes y servicios que ofrece. Estos se encuentran desglosados por capítulo y partida presupuestal, pero no por conceptos de operación, mantenimiento, capital o unitarios.⁸⁷

Justificación:

Como se observa en el anexo 7, el *METC* cuenta con información sobre sus gastos en servicios personales (capítulo 1000); materiales y suministros (capítulo 2000); servicios generales (capítulo 3000); transferencias asignaciones, subsidios y otras ayudas (capítulo 4000); y bienes muebles e inmuebles (capítulo 5000). En el ejercicio 2017, se contó con un presupuesto total de 170 millones de pesos: la mayor parte se asignó a la partida de servicios personales (48%), seguida por la de materiales y suministros (32%), la de servicios generales (14%) y las de transferencias, asignaciones, subsidios y otras ayudas (3%) y bienes muebles e inmuebles (2%). Llama la atención los recursos asignados a “ayudas sociales a instituciones sin fines de lucro” (4451), pues en ningún documento normativo se mencionan erogaciones de este tipo.

La información disponible no está desglosada por conceptos. Por ello, falta información sobre los gastos en operación, que incluyen gastos directos (derivados de los subsidios entregados a la población, el pago al personal para la realización del programa) e indirectos (supervisión, capacitación y evaluación), correspondientes a partidas de los capítulos 1000, 2000 y 3000. Tampoco se identifican los gastos en mantenimiento, requeridos para mantener el estándar de calidad de los activos necesarios para la provisión de los bienes y servicios del *METC* y relacionados con partidas de los capítulos 2000, 3000 y 4000. Por otra parte, hace falta especificar los gastos en capital, que comprenden los costos de adquisición de bienes de más de un año de duración y contabilizados en los capítulos 5000 y 6000. Finalmente, deben

⁸⁷ La información a la que se hace referencia en esta pregunta y en el anexo 7 proviene de la respuesta a la solicitud de información para esta evaluación, específicamente “Documentos requeridos para la ‘Evaluación externa de diseño del programa El médico en tu casa’”, pp. 30-34.

identificarse los gastos unitarios, equivalentes al cociente de la suma de los gastos en operación y los gastos en mantenimiento entre la población atendida.

En síntesis, el *METC* tiene la fortaleza de presentar la información de sus gastos desglosados por capítulo y partida presupuestal, pero tiene la debilidad de no estar desglosada por conceptos, no es pública y no se identificó la metodología, las fórmulas de cuantificación y las fuentes de información utilizadas para cuantificar los gastos.

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

- a) Las ROP o documento normativo están actualizados y son públicos, esto es, disponibles en la página electrónica.**
- b) Los resultados principales del programa, así como la información para monitorear su desempeño, están actualizados y son públicos, es decir que se difunden en la página.**
- c) Se cuenta con procedimientos para recibir y dar trámite a las solicitudes de acceso a la información acorde a lo establecido en la normatividad aplicable.**
- d) La dependencia o entidad que opera el programa propicia la participación ciudadana en la toma de decisiones públicas y a su vez genera las condiciones que permitan que ésta permee en los términos que señala la normatividad aplicable.**

Respuesta:

No se identificaron mecanismos de transparencia y rendición de cuentas del *METC*, excepto la publicación de un indicador de resultados en el portal de transparencia.

Justificación:

Aunque se cita la *Ley de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Rendición de Cuentas de la Ciudad de México* como parte del marco jurídico del *METC*,⁸⁸ no se identificó que sus documentos normativos fueran públicos ni una referencia explícita en la sección de la página electrónica del *METC* a los procedimientos para dar trámite a las solicitudes de acceso a la información. Tampoco hay registro de que la participación ciudadana tenga un papel en la toma de decisiones sobre el *EMTC*. Como se mencionó en la pregunta 27, no se identificaron mecanismos de transparencia proactiva y focalizada propios del *METC* que permitan acceder a la información sobre el desempeño de éste. La única forma pública de acceder a datos sobre el *METC* es el teléfono del servicio de Medicina a distancia que se proporciona en la página electrónica (51320909).⁸⁹

En cuanto a los documentos normativos, éstos están actualizados al menos hasta junio de 2017, pero no están disponibles en la página electrónica del *METC*⁹⁰ ni en el Portal de obligaciones de transparencia correspondiente a la Sedesa.⁹¹ Dentro de los documentos, tampoco se establecen medios de difusión del contenido, reglas o criterios de aplicación y funcionamiento del *METC*.

⁸⁸ *Ibid.*, p. 11.

⁸⁹ Página web de *El Médico en tu Casa*, en la página oficial de la Secretaría de Salud, disponible en: <http://www.salud.cdmx.gob.mx/actividades/medico>, consultada el 8 de septiembre de 2017.

⁹⁰ *Ibid.*

⁹¹ Sedesa, "Artículo 121, fracción I", *Unidad de Transparencia de la Ciudad de México*, disponible en: <http://data.salud.cd-mx.gob.mx/ssdf/portalut/art121f01.php> (consultado el 12 de septiembre de 2017).

Respecto al monitoreo y los resultados, el *METC* cuenta con un indicador actualizado al primer trimestre de 2017. Este se difunde mediante el Portal de obligaciones de transparencia de la Sedesa, en la sección correspondiente al artículo 121, fracción VI de la ley local en la materia.⁹² En la hoja de cálculo que se publica hay un solo indicador relacionado con el *METC*, que analiza el “porcentaje de cumplimiento de las acciones en las visitas médicas en domicilio” y se define como un indicador de eficacia (véanse preguntas 25-28).⁹³ Cabe mencionar que el nombre no corresponde de manera exacta a ninguno de los indicadores incluidos en la MML.

Así, el *METC* carece de mecanismos explícitos de difusión de su normatividad y datos de monitoreo. Hay, sin embargo, un indicador de resultados disponible mediante el Portal de transparencia. No hay registros de que se promueva la participación ciudadana.

⁹² Sedesa, “Artículo 121, fracción VI”, *Unidad de Transparencia de la Ciudad de México*, disponible en: <http://data.salud.cd-mx.gob.mx/ssdf/portalut/art121f06.php> (consultado el 12 de septiembre de 2017).

⁹³ Sedesa, Indicadores de resultados de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, en “Artículo 121, fracción VI”, *Unidad de Transparencia de la Ciudad de México*, disponible en: http://data.salud.cdmx.gob.mx/ssdf/portalut/archivo/Actualizaciones/2doTrimes-tre17/DGPCS/A121F_06-2doT17.xlsx (consultado el 12 de septiembre de 2017).

33. ¿De qué manera el programa involucra a los derechohabientes en su diseño, operación, seguimiento y evaluación? En caso de haber mecanismos para ello, ¿cuán efectivos son? ¿Qué indicios hay sobre cambios en el programa a partir de estos?

Respuesta:

El *METC* no involucra a los derechohabientes en su diseño, operación, seguimiento o evaluación.

Justificación:

No se identificaron mecanismos explícitos para recabar las opiniones o contribuciones de sus usuarios en su diseño, operación, seguimiento o evaluación. La planeación y toma de decisiones sobre sus actividades se llevan a cabo en los centros de salud y las oficinas de Sedesa. El único mecanismo de contacto directo de los usuarios (sean pacientes o familiares responsables) es por vía telefónica, cuyas debilidades ya se comentaron en la respuesta a la pregunta 13.

En la reunión de trabajo realizada durante la evaluación, los responsables del *METC* indicaron que el censo con el que se identifican nuevos usuarios del *METC* podría ser un método para involucrar a los ciudadanos en él. Si bien es cierto que los usuarios comparten información con los miembros de las brigadas, el objetivo del censo no es involucrar a los usuarios en la toma de decisiones, sino recabar información necesaria para la gestión del *METC*, por lo que no se puede considerar un mecanismo de participación. También mencionaron la encuesta de satisfacción que formó parte de la evaluación formativa elaborada por el Centro para el aprendizaje en evaluación y resultados (CLEAR) para América Latina y el Caribe en diciembre de 2016 como otra manera de involucrar a los usuarios en el funcionamiento del *METC*. Adicionalmente, en la quinta sección de la cédula de supervisión que se analizará con detalle en la pregunta siguiente (34), se pregunta a los usuarios sobre aspectos de la atención en el domicilio (fecha de última visita, puntualidad, trato, comportamiento, limpieza y claridad de la consulta) y si tienen dudas o sugerencias sobre el funcionamiento del *METC*. A pesar de ello, no se identificaron indicios de que los resultados del censo, la encuesta o la cédula de supervisión se hayan utilizado para modificar el diseño u operación del *METC*. Finalmente, mecanismos como el Buzón de quejas o las redes sociales del Secretario de Salud pueden ir en la dirección adecuada, pero no se mencionan en los documentos normativos del *METC* ni son específicos a éste. En síntesis, sigue siendo una debilidad que no se cuente con mecanismos o procedimientos para incorporar a sus usuarios en el diseño, planeación, seguimiento o evaluación del *METC*.

34. Los procedimientos de ejecución de obras y/o acciones tienen las siguientes características:⁹⁴

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

Respuesta:

Tres de los documentos normativos del *METC* mencionan actividades de supervisión, pero no hacen referencia directa a los formatos destinados a ese propósito. Tales procedimientos están estandarizados y sistematizados en los documentos normativos, aunque no se identificó que se difundan públicamente.

Justificación:

En el documento *Programa “El médico en tu casa”*, se explica que las actividades de supervisión del *METC* “recabarán datos del desempeño y calidad con la que se brinda la atención médica, su aplicación deberá realizarse en campo, en el centro de salud, en la jurisdicción y a nivel central”. Para ello, se establece que las evidencias documentales y electrónicas del monitoreo y evaluación realizado al *METC* deberán incluir información sobre los recursos humanos, de equipamiento e insumos. Además, se indica que los resultados obtenidos deben usarse para detectar áreas de oportunidad y sugerir estrategias para la mejora continua del *METC*. La responsabilidad de llevar a cabo esta labor recae en la Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias de la Sedesa. Los detalles de la programación y el seguimiento de las acciones de revisión de procedimientos de entrega de los servicios del *METC* se explican en el manual correspondiente.⁹⁵

En el *Modelo operacional* del *METC* se estandarizan y sistematizan los procedimientos de supervisión de la provisión de sus servicios. Se indica que la revisión de resultados es una parte de las actividades del *METC* y se distingue entre evaluación (cuantitativa y cualitativa), cuatro niveles de supervisión y monitoreo. El documento señala que los propósitos de la evaluación son fortalecer la operación del *METC*, proporcionar instrumentos para la toma de decisiones sobre él y contar con información sistematizada, integral, comparativa y periódica de la intervención. Para ello, se establece la elaboración de indicadores de gestión y de resultados (evaluación cuantitativa) y estrategias para captar el grado de satisfacción con los servicios de salud y su prestación de parte del *METC* (evaluación cualitativa).

⁹⁴ Según el modelo de TdR del Coneval, “En la respuesta se deben señalar cuáles son las características establecidas que tienen los mecanismos documentados por el programa para *verificar la entrega de apoyos a beneficiarios y la evidencia de dichas afirmaciones*” (p. 52).

⁹⁵ Sedesa, *Programa*, p. 30.

Hay cuatro ámbitos diferenciados de supervisión que siguen una lógica ascendente en la estructura organizacional del *METC*: en las brigadas, en el centro de salud, a nivel jurisdiccional y a nivel central. En el primer caso, se espera: 1) “verificar la existencia, suficiencia y disponibilidad de los recursos para la aplicación del programa”, 2) “vigilar las acciones acordadas, a través del seguimiento de las áreas de oportunidad”, 3) “informar los resultados de las visitas a cargo del equipo supervisor a la coordinación del programa”. En los centros de salud se debe supervisar mediante la elaboración de un programa de acciones de mejora en seguimiento a los resultados del proceso de supervisión a la brigada e informando del avance y cumplimiento de las áreas de oportunidad en las brigadas. A nivel jurisdiccional, se deben supervisar las actividades de los promotores de salud con base en la información estadística emitida por las brigadas para identificar problemas y definir acciones para su solución, verificar la existencia, suficiencia y disponibilidad de los recursos para la aplicación del *METC*, elaborar un programa de acciones de mejora en seguimiento e informar el avance y cumplimiento de las áreas de oportunidad de las brigadas. Finalmente, en el ámbito central es preciso generar un programa anual de supervisión de todas las brigadas, elaborar los instrumentos de evaluación, supervisar las actividades de las brigadas con base en la información estadística que emiten, verificar la exigencia, suficiencia y disponibilidad de los recursos para la aplicación del *METC*, informar los resultados de las visitas del equipo supervisor, realizar reuniones de trabajo para definir estrategias de mejora del *METC* a partir de los resultados de las supervisiones, informar de los resultados, áreas de oportunidad y estrategias a los niveles local y jurisdiccional, y dar seguimiento a las áreas de oportunidad.

Para llevar a cabo las labores de supervisión, el *Modelo operacional* establece que se debe verificar la existencia y funcionamiento del equipamiento, mobiliario e instrumental mediante la copia de inventario y/o resguardo. Para los recursos humanos, por su parte, se debe contar con documentos oficiales que acrediten el grado académico de los miembros de las brigadas (certificado de estudios técnicos, título profesional, cédula profesional, diploma, documento probatorio de pasantía, etc.), copia de la plantilla del personal y registro de asistencia. En términos documentales, se cuenta con los manuales de procedimientos, organizacionales y lineamientos, la NOM 004 sobre el expediente clínico y los registros de actividades, bitácoras de limpieza, mantenimiento y sistemas de información.

Según el mismo documento mencionado, el monitoreo se refiere a la revisión periódica de los indicadores del *METC* y esta es responsabilidad de la Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias de la Sedesa. Las actividades que se incluyen en este rubro son el monitoreo de los indicadores de productividad y eficiencia del *METC*, el análisis de los resultados y la presentación de propuestas de mejora y el seguimiento de su implementación.⁹⁶

⁹⁶ Sedesa, *Modelo operacional*, pp. 39-42.

Finalmente, en el documento de *Procedimientos “El médico en tu casa”*, se define el procedimiento “Monitoreo de la productividad del programa”. El objetivo general es monitorear la productividad mediante el análisis de avance programático y de indicadores de resultados. Este se basa en un informe mensual de productividad del *METC* que depende del Coordinador, quien debe presentarlo en los primeros cinco días de cada mes. La actividad consiste en que el Director General de Servicios Médicos y Urgencias recibe el informe mensual de productividad del Programa de parte de la Dirección General de Salud Pública y lo turna a la Dirección de Atención Hospitalaria. Este, a su vez, lo turna a la Coordinación de Servicios Hospitalarios, quien lo remite a la Subdirección de instrumentación de proyectos. El subdirector debe identificar desviaciones y enviar las observaciones correspondientes a la Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias.⁹⁷

El equipo evaluador recibió la cédula de supervisión (en su segunda versión) y su instructivo de llenado. Este documento busca medir la calidad de la atención a partir de un cuestionario de veinte preguntas en cinco secciones: datos del paciente, datos de quien contesta la encuesta, conocimiento del programa, alcances del programa y la atención en el domicilio. La primera sección del cuestionario se refiere al sexo, edad, diagnóstico principal y tipo de población del paciente. La segunda corresponde a datos de quien contesta la encuesta (responsable del paciente), como su relación con el usuario del programa, sexo, edad y escolaridad. En la tercera sección se pregunta sobre los servicios que ofrece el *METC* en el domicilio en cuestión. En la cuarta sección se busca medir la mejoría en salud a partir de las visitas de las brigadas, el número de veces que se ha recibido atención y de qué tipo han sido. Finalmente, la sección sobre la atención en el domicilio se refiere a la fecha de la última visita, la puntualidad, el trato, el comportamiento y la limpieza del personal de la brigada y en qué medida éste dio explicaciones sobre el estado de salud, modo de uso de los medicamentos, sus posibles reacciones adversas y cualquier otra duda al respecto. Por último, se interroga a la persona si recomendaría el *METC* y si tiene dudas o sugerencias sobre su funcionamiento.⁹⁸

No obstante, el *METC* presenta algunas debilidades en este procedimiento de verificación. En ningún momento se establece cómo se define y qué personal compone el equipo supervisor al que se hace referencia en el *Modelo operacional*. Además, en los documentos normativos no se hace referencia a la cédula de supervisión ni al instructivo de llenado en los documentos normativos. Por otra parte, no se identificaron formatos o escritos que respalden la mayor parte de las acciones que se delinean en los documentos normativos mencionados (mecanismos de seguimiento de aspectos susceptibles de mejora, actas de reuniones de seguimiento, documentos de recomendaciones, informes de supervisión, etc.). Por lo tanto, las actividades que se llevan a cabo en la práctica y los documentos normativos están

⁹⁷ Sedesa, *Procedimientos*, pp. 40-42.

⁹⁸ Dirección de Atención Médica, *Cédula de supervisión “Calidad de la atención”*, s. f., s. l., s. a.

desvinculados. Tampoco fue posible confirmar que sean documentos o procedimientos públicos.

En síntesis, los documentos normativos del *METC* mencionan actividades de supervisión, pero no hacen referencia directa a los formatos destinados a ese propósito. Tales procedimientos están estandarizados y sistematizados en los documentos normativos, pero no se identificó que se difundan públicamente.

Apartado g) Complementariedades y Coincidencias con otros Programas

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

Respuesta:

El *METC* presenta complementariedad con acciones y políticas de varias instituciones locales de salud. Sin embargo, no se identificaron convenios firmados con instituciones de seguridad social para atender a la población derechohabiente.

Justificación:

Según el documento *Vinculaciones del programa “El médico en tu casa”*, el *METC* tiene relación con acciones y políticas de diversas instituciones, como el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) de la Ciudad de México, el Instituto de las Personas con Discapacidad (Indepedi), la Agencia de Protección Sanitaria, el Régimen Estatal de Protección Social en Salud de la Ciudad de México y otros programas de la Sedesa. En particular, se identifica que el *METC* se relaciona con los Programas de Cunas, la Cartilla 0 a 6, el Programa Bebé Seguro y el Programa de Apoyo Económico a Personas con Discapacidad Permanente del DIF local. El documento establece que “en las visitas que se realizan en los domicilios se informa a la población posiblemente beneficiaria [...] sobre el mecanismo para ser acreedor al apoyo otorgado por el DIF”. También se difunden los programas de servicios de salud pública del DIF, como los de Salud Materna, Cáncer de Mama, Cáncer Cérvico-uterino, Salud Masculina, Salud Sexual y Reproductiva, Salud Mental, Salud Bucal, Discapacidad y Enfermedades Crónicas.

Por otra parte, el *METC* también tiene complementariedades con la Estrategia Empodera-t del Indepedi. Según el documento, “se orienta a los pacientes con discapacidad del Programa El Médico en tu Casa para ser beneficiados de una capacitación y poder incluirse en el mercado laboral”. De igual manera, la Agencia de Protección Sanitaria complementa las actividades del *METC* mediante la emisión de certificados de defunción a usuarios del *METC* (véase la pregunta 17). También se menciona el financiamiento que otorga el Seguro Popular mediante el Régimen Estatal de Protección Social en Salud, con el cual es posible otorgar consultas, medicamentos, estudios de laboratorio y cubrir gastos de hospitalización y cirugías. Por último, el Programa de Compensación a la Ocupación Temporal de la Secretaría del Trabajo y Fomento al Empleo de la Ciudad de México también es un ejemplo de complementariedad, pues la coordinación del *METC* gestiona los trámites para ingresar al Programa de Compensación como pasante o cuidador primario del Programa.

Además, el *METC* se complementa con otras acciones y políticas de la Sedesa, como el acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos (Programa Gratuidad), la capacitación a personal de cuidados paliativos y voluntad anticipada, el centro de atención telefónica de Medicina a Distancia, la Unidad de Salud de Detección Oportuna y los programas de la Dirección de Atención Médica que atienden la salud materna, el cáncer de mama, el cáncer cérvico-uterino, la salud masculina, la salud sexual y reproductiva, la salud mental, la salud bucal, las discapacidades y las enfermedades crónicas. Estos comprenden el acceso a los medicamentos necesarios para el tratamiento dentro del *METC*, la capacitación del personal, la recepción de solicitudes de atención, los estudios de laboratorio y diversos padecimientos y grupos de población específicos.

En el ámbito federal, el *METC* presenta complementariedades con las intervenciones similares del IMSS y del ISSSTE. En ambos casos, los institutos proporcionan atención médica domiciliaria a los derechohabientes que están imposibilitados, física o psíquicamente, para asistir a consulta externa. También se basan casi completamente en la atención primaria, aunque de la misma forma tienen procedimientos orientados a la referencia de pacientes que requieran atención especializada, quirúrgica o tratamientos de segundo o tercer nivel.⁹⁹ Sin embargo, no se encontraron convenios ni acciones de colaboración del *METC* con las instituciones de seguridad social para atender a la población derechohabiente que identifique el *METC*. Así, esto constituye una discriminación hacia este grupo de población, aumentando las barreras para que puedan ejercer su derecho a la salud.

Sería conveniente que los documentos normativos del *METC* remitieran al documento de Vinculaciones para dejar claro qué servicios de salud, programas o apoyos se difunden en caso de que la población potencial no acepte la atención médica del *METC* (véase la pregunta 10). Otra debilidad es que el *METC* no explica tales complementariedades en sus documentos normativos, por ejemplo, en la sección de alineación con objetivos (véase la pregunta 4). Finalmente, no se identificaron convenios firmados con instituciones de seguridad social para atender a la población derechohabiente.

⁹⁹ Atención médica domiciliaria, IMSS, disponible en: <http://www.imss.gob.mx/tramites/imss03019> (consultado el 20 de octubre de 2017); Atención médica pre-hospitalaria, ISSSTE, disponible en: <http://sgm.issste.gob.mx/medica/issstemergencias.php> (consultado el 20 de octubre de 2017).

36. ¿Qué otras políticas y programas contribuyen o afectan al pleno cumplimiento de los derechos humanos relacionados con el programa?

Respuesta:

De los 22 programas enlistados en el anexo 8, 19 están directamente orientados a garantizar el pleno cumplimiento del derecho a recibir atención médica.

Justificación:

De los 22 programas enlistados en el anexo 8, 19 están directamente orientados a garantizar el pleno cumplimiento del derecho a recibir atención médica. Como se mencionó en la respuesta anterior, sería importante que el Programa definiera de manera más específica en sus documentos normativos la manera en que se complementa y coordina con estas intervenciones.

De manera más específica, se pueden destacar los siguientes programas que contribuyen al cumplimiento del derecho a recibir atención médica: 1) Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos de la CDMX, que los brinda a toda la población residente en la CDMX que no cuenta con derechohabiencia; 2) Seguro Popular, que brinda un esquema de seguridad financiera a la población no derechohabiente para que puedan recibir atención médica; 3) los programas de atención médica domiciliaria del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) que proporcionan servicios de salud a la población derechohabiente que no puede acudir a una unidad de salud.

Cuadro 6. Principales Fortalezas, Debilidades y Áreas de Oportunidad

Apartado de la Evaluación	Fortalezas y Áreas de Oportunidad	Referencia
Apartado b) Justificación de la Creación y del Diseño	Se identifica el problema focal como un hecho negativo que padece una población específica	Pregunta 1
	Se cuenta con información, aunque parcial, sobre el problema y la población que lo padece	Pregunta 2
Apartado c) Contribución a las metas y estrategias de la Ciudad de México	Hay vínculos explícitos con el <i>Programa Sectorial de Salud del Distrito Federal 2013-2018</i>	Pregunta 4
	Hay vínculos explícitos con el <i>Programa General de Desarrollo del Distrito Federal</i>	Pregunta 5
	Hay vínculos explícitos con los Objetivos de Desarrollo Sostenible	Pregunta 6
	Hay vínculos explícitos con tratados y declaraciones internacionales, leyes federales y locales	Pregunta 7
Apartado d) Población Potencial y Objetivo, Padrón de Beneficiarios	Existe un instrumento para cuantificar la población potencial	Pregunta 8
	Se establece la actualización del Censo de pacientes	Pregunta 10
	La selección de usuarios se hace con criterios de elegibilidad específicos, estandarizados y sistematizados	Pregunta 12
	Hay medios diversos para solicitar apoyo al <i>METC</i>	Pregunta 13
	Hay información sobre los usuarios, incluyendo sus características, el tipo de apoyo otorgado y una clave de identificación para cada uno	Pregunta 16
	Los procedimientos para otorgar los apoyos a los usuarios están estandarizados, sistematizados y apegados a los documentos normativos	Pregunta 17
	El <i>METC</i> recopila información socioeconómica de sus usuarios mediante el “Registro de pacientes”	Pregunta 18
Apartado e) MML	Los componentes tienen actividades claramente especificadas, ordenadas cronológicamente y necesarias	Pregunta 19
	Los componentes están definidos adecuadamente y son necesarios	Pregunta 20
	El propósito está definido y redactado de manera única, clara y ajena al control de los responsables	Pregunta 21
	El fin es un objetivo superior que indica la alineación del <i>METC</i> con otros objetivos estratégicos más amplios	Pregunta 22
	Cada nivel de objetivos de la MML cuenta con indicadores	Pregunta 24
	Las fichas técnicas de los indicadores cuentan con la mayoría de los requisitos	Pregunta 25

Apartado de la Evaluación	Fortalezas y Áreas de Oportunidad	Referencia
	La mayoría de las metas de los indicadores cuentan con unidad de medida	Pregunta 26
	Todos los indicadores cuentan con medios de verificación	Pregunta 27
	El <i>METC</i> se orienta a mejorar la disponibilidad y la accesibilidad del derecho a la salud	Pregunta 30
Apartado f) Presupuesto y Rendición de Cuentas	Se identifican y cuantifican los gastos del <i>METC</i> y se desglosan por capítulo y partida presupuestal	Pregunta 31
	Se cuenta con un indicador de resultados público sobre el desempeño Los documentos normativos mencionan actividades de supervisión estandarizadas y sistematizadas	Pregunta 34
Apartado g) Complementariedades y Coincidencias con otros Programas	Se especifican complementariedades con acciones y políticas de varias instituciones locales y federales de salud	Pregunta 35
	Se indican otras políticas y programas que contribuyen a garantizar el derecho a recibir atención médica	Pregunta 36

Apartado de la Evaluación	Debilidades	Referencia
Apartado b) Justificación de la Creación y del Diseño	No se identificaron plazos establecidos para revisar y actualizar la definición del problema y la población que lo padece No hay una referencia directa a la vulneración del derecho a recibir atención médica en la definición del problema focal	Pregunta 1
	El árbol de problemas no incluye todas las causas posibles del problema focal, algunas causas no lo son realmente (son conceptos generales), algunas relaciones causales son incorrectas, no se reflejan las consecuencias del problema en la vulneración de otros derechos y no todos los efectos se plantean en términos de aumento o disminución En el diagnóstico no se encontró un análisis de la ubicación territorial de la población que padece el problema En el diagnóstico no se identificó un análisis del estado actual de los cuatro elementos esenciales del derecho a la salud: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad No se establecen plazos para la revisión y actualización del diagnóstico y los elementos del derecho a la salud	Pregunta 2
	No se identificó una justificación teórica o empírica documentada que sustente el tipo de intervención	Pregunta 3
	Apartado c) Contribución a las metas y estrategias de la Ciudad de México	No se identificaron mecanismos de seguimiento ni un análisis de las contribuciones del <i>METC</i> a la efectivización del derecho a la salud y a los objetivos sectoriales, locales e internacionales con los que se alinea
Pregunta 5		
Pregunta 6		
Pregunta 7		

Apartado de la Evaluación	Debilidades	Referencia
Apartado d) Población Potencial y Objetivo, Padrón de Beneficiarios	Hay inconsistencias en las definiciones de población potencial y objetivo entre los documentos del <i>METC</i> No se identificó una metodología o criterios para dar seguimiento a las definiciones y al estado de las poblaciones	Pregunta 8
	No se identificó información sistematizada sobre los demandantes de los apoyos y sus características socioeconómicas. La información recabada mediante la “Cédula Medicina a Distancia” y la “Hoja diaria de registro de actualización censal” no considera algunas variables socioeconómicas importantes desde el enfoque de derechos	Pregunta 9
	No es claro si el “Censo de pacientes” es un instrumento tipo padrón de beneficiarios o tipo censo que se aplica a la totalidad de viviendas de la Ciudad de México No se identificaron metodologías ni medidas para garantizar la confiabilidad del “Censo de pacientes”	Pregunta 10
	No se halló una estrategia de cobertura a mediano y largo plazo del <i>METC</i> para atender a su población objetivo	Pregunta 11
	No se encontró evidencia de que se difundan públicamente todos los criterios de inclusión y exclusión y éstos discriminan a la población que cuenta con seguridad social	Pregunta 12
	No se identificaron procedimientos explícitos y públicos para recibir, registrar y dar trámite a solicitudes de apoyo	Pregunta 13
	No se hallaron mecanismos para impugnar o revertir presuntas violaciones o negaciones de derechos	Pregunta 14
	No se identificaron medidas para evitar posibles actos de discriminación de los operadores de la intervención	Pregunta 15
	No se identificó si la información sobre los usuarios está sistematizada y no se encontraron mecanismos para su resguardo, uso, depuración y actualización	Pregunta 16
	Los procedimientos de otorgamiento de los servicios del <i>METC</i> no son públicos No se identificaron criterios explícitos para definir las rutas de las brigadas para brindar las consultas ni para el seguimiento, referencia y contacto entre pacientes y centros de salud	Pregunta 17
	No es clara la relación entre las bases de datos con información sobre las poblaciones potencial, objetivo y atendida con que cuenta el <i>METC</i> ni el uso que se le da a estas bases de datos	Pregunta 18
Apartado e) MML	Falta hacer mención explícita de los supuestos de la MML	Pregunta 19
	No se incluye el resumen narrativo de la MML en los documentos normativos del <i>METC</i> Hay inconsistencias conceptuales y de contenido entre los documentos normativos y de planeación	Pregunta 23
	No todos los indicadores cumplen con los criterios de revisión (claridad, relevancia, economía, monitoreabilidad y adecuación)	Pregunta 24
	Los medios de verificación de los indicadores no son públicos, no permiten reproducir el cálculo del indicador	Pregunta 27
	No se identificó información adecuada para afirmar que todos los medios de verificación son necesarios y suficientes	Pregunta 28

Apartado de la Evaluación	Debilidades	Referencia
	No se identificaron referencias explícitas en la MML sobre el seguimiento a la calidad de los servicios del METC	Pregunta 30
Apartado f) Presupuesto y Rendición de Cuentas	Los gastos en los que incurre el <i>METC</i> se encuentran desglosados por capítulo y partida presupuestal, pero no por conceptos de operación, mantenimiento, capital o unitarios Los gastos desglosados del <i>METC</i> no son públicos, únicamente el monto total asignado a éste	Pregunta 31
	No se identificó que se difundan públicamente los documentos normativos o haya referencias explícitas a procedimientos para realizar solicitudes de información	Pregunta 32
	No se encontraron mecanismos para incorporar a los usuarios del <i>METC</i> en su diseño, planeación, seguimiento o evaluación	Pregunta 33
	Los documentos normativos no mencionan de manera explícita los formatos relacionados con las actividades de supervisión Los procesos de supervisión de las actividades del <i>METC</i> no se difunden públicamente	Pregunta 34
Apartado g) Complementariedades y Coincidencias con otros Programas	Los documentos normativos del <i>METC</i> no especifican las complementariedades con otros programas y no se identificó que se difundan públicamente	Preguntas 35 y 36

Conclusiones

El Médico en tu Casa fue creado por el gobierno de la Ciudad de México en 2014 con el propósito inicial de reducir la mortalidad materno infantil, brindando servicios médicos domiciliarios a mujeres embarazadas sin control prenatal. Posteriormente, su población objetivo se fue ampliando a personas pertenecientes a otros grupos vulnerables, como personas con discapacidad, adultos mayores, postrados, enfermos terminales, personas en situación de calle, que, por distintas razones, socioeconómicas o de salud, no podían acudir a una unidad de salud. En 2016, se reformó la *Ley de Salud del Distrito Federal* con el propósito de dar mayor continuidad al *METC*. En este documento se presenta una evaluación externa de su diseño.

Los principales retos identificados por esta evaluación en cuanto al diseño son los siguientes: en primer lugar, existen deficiencias en la definición de las poblaciones potencial y objetivo que podrían derivar en posibles situaciones de discriminación. Actualmente, se identifican y se brinda atención médica a grupos de población que el *METC* llama “vulnerables”, pero no se define este concepto ni se justifica la selección de los grupos incluidos, dejando por fuera de los servicios a personas que podrían requerirlos, aunque no pertenezcan a estos grupos. De igual manera, sólo se atiende a personas sin derechohabencia y no se prevén mecanismos para incluir a quienes sí cuentan con ella y a pesar de ello no pueden acudir a sus unidades de salud.

En segundo lugar, no se identificó una justificación teórica o empírica de la intervención. Se considera importante desarrollarla, pues permitiría contar con mayor información sobre el problema público que busca resolver el *METC*, los componentes que han resultado exitosos y fallidos en experiencias similares y las condiciones que se requieren para que la atención médica domiciliaria contribuya realmente a hacer efectivo el derecho de las personas a recibir atención médica, desde un enfoque de derechos humanos y no discriminación.

Tercero, el *METC* cuenta con un “Censo de pacientes”, según el cual se han visitado 2,938,336 casas, sin embargo, el INEGI reportó en 2015 que en la Ciudad de México había 2,601,323 viviendas particulares habitadas. Tampoco resulta verosímil esta cifra dadas las capacidades humanas del *METC*, pues quienes levantan el Censo son 110 promotores de salud que tienen una meta de 2,200 visitas anuales (10 por día en 220 días laborables), lo que implica que para visitar el total de viviendas identificadas por el INEGI se requerirían al menos 11 años y 9 meses. Sería deseable revisar estas inconsistencias en las cifras y definir si el instrumento es similar a un censo, el cual se aplica a toda la población para identificar potenciales usuarios, o a un padrón de beneficiarios, que se aplica únicamente a la población atendida.

Cuarto, los mecanismos para solicitar apoyos del *METC* presentan algunas deficiencias: no se hace referencia a ellos en la página electrónica de la Sedesa, en ella se menciona únicamente al Centro de Atención Telefónica de Medicina a Distancia, en el cual sólo se ofrece “mayor información sobre el Programa o los requisitos de afiliación de la población” (sic), pero no se especifica que se podrán realizar solicitudes de apoyo. Para ninguna de las vías de acceso (redes sociales del Secretario y solicitud a las brigadas básicas de salud) existen procedimientos explícitos para recibir, registrar y dar trámite a las solicitudes de apoyo.

Por último, no se identificaron mecanismos de participación de los usuarios en el diseño, operación, seguimiento y evaluación del *METC*. Desde un enfoque de derechos humanos, esta participación es imprescindible y debe ir más allá de una simple consulta. El Censo de pacientes no puede considerarse un medio de participación, pues en éste los usuarios únicamente comparten información sobre ellos, pero no sobre su punto de vista y satisfacción acerca del *METC*. Ni la encuesta de satisfacción realizada por el CLEAR en 2016 ni los otros mecanismos (como el Buzón de quejas o las redes sociales del Secretario de Salud) están incorporados en los documentos como mecanismos de participación ni hay indicios de que se hayan usado para mejorar el diseño del *METC*.

El propósito de esta evaluación fue analizar las fortalezas y debilidades del *METC* para emitir sugerencias que ayuden a mejorar su diseño. A pesar de las debilidades señaladas, es importante destacar que la existencia del *METC* se justifica, pues el problema público que busca atender es importante dado que las personas afectadas pertenecen a grupos con pocas posibilidades de ejercer sus derechos sociales y que viven en condiciones socioeconómicas desfavorables.

Recomendaciones

En este apartado se presentan las recomendaciones para mejorar el diseño de la intervención y, con ello, poder brindar una mejor atención al problema que se quiere resolver. Se presentan aquellas que el equipo evaluador considera más importantes en términos de su posible impacto positivo en el ejercicio del derecho a la salud por parte de los usuarios del *METC*. Para ver las sugerencias específicas sobre cada aspecto evaluado se sugiere consultar la respuesta a cada pregunta.

En primer lugar, sería conveniente que el *METC* defina claramente a su población potencial y objetivo, no a partir del concepto de “vulnerabilidad”, sino como aquellas que, por cualquier razón, de salud o socioeconómica, no pueden acudir físicamente a una unidad de salud en la CDMX, independientemente de si son derechohabientes o si pertenecen a algún grupo de población específico. Esto evitaría la posible discriminación de personas que no pertenecen a los grupos de población vulnerables definidos *ex ante*, pero que aun así tienen vulnerado su derecho a recibir atención médica por no poder acudir físicamente a un centro de salud.

Segundo, se considera urgente la firma de convenios con las instituciones de seguridad social para que el *METC* pueda atender a la población derechohabiente identificada por éste en sus visitas a las comunidades que tampoco puede acudir a una unidad de salud. Actualmente, según los responsables de la intervención, a los derechohabientes se les informa sobre sus centros de salud correspondientes y los programas de atención domiciliaria del IMSS y del ISSSTE, pero, según los mismos responsables, es poco probable que puedan realmente acceder a servicios médicos por dichos medios debido a la alta demanda que tienen. Por lo tanto, al no existir convenios para atender a esta población, se les está impidiendo ejercer su derecho a la salud.

Tercero, se sugiere aclarar y distinguir el tipo de instrumentos de identificación de la población potencial y objetivo, así como de seguimiento a la población atendida. Convendría que los responsables del *METC* deben considerar consolidar y difundir los mecanismos para que los beneficiarios potenciales puedan demandar atención, dados los costos y tiempo que implica censar todas viviendas de la Ciudad y a las capacidades limitadas de las brigadas para realizarlo. Asimismo, definir criterios claros de focalización de los esfuerzos de visita domiciliaria, por las razones antes dadas. En cuanto al seguimiento de la población atendida mediante un padrón de usuarios, es importante definir lineamientos explícitos que normen los elementos definidos por el Evalúa-CDMX: i) Integración, ii) Perduración, iii) Congruencia, iv) Nivel de Difusión, v) Manejo y Tratamiento del Padrón, vi) Cobertura, vii) Duplicación de Acciones y viii) Monto de los Recursos.¹⁰⁰

¹⁰⁰ Evalúa CDMX, *Guía para una mejor construcción de los Padrones de Programas Sociales*, Ciudad de México, febrero de 2016, p. 6 (nota al pie 2).

Cuarto, con el fin de fortalecer el enfoque de derechos humanos y no discriminación del *METC*, convendría establecer explícitamente mecanismos para impugnar o revertir casos de presunta violación o negación del derecho a recibir servicios médicos. Se podría, por ejemplo, hacer referencia explícita en la página web del *METC* a las vías para poner quejas y denuncias en la Sedesa y en el Consejo para Prevenir y Eliminar la Discriminación en la Ciudad de México (COPRED). También sería conveniente capacitar al personal de las brigadas del *METC* en atención domiciliaria con enfoque de derechos humanos y no discriminación, para evitar posibles actos de discriminación en las distintas etapas de la provisión de los servicios. Por último, sería importante diseñar mecanismos para involucrar a los usuarios del *METC* en la toma de decisiones sobre su diseño y operación como, por ejemplo, la realización de grupos de enfoque o encuestas en las que se les consulte sobre su punto de vista acerca del *METC*. Para considerar estos instrumentos como formas de participación de los usuarios, se tendrían que definir procedimientos explícitos para usar la información que se derive de ellos en la toma de decisiones por parte de la Sedesa.

Bibliografía

- Acuerdo por el que se aprueba el Programa sectorial de salud 2013-2018, *Gaceta Oficial del Distrito Federal*, 27 de octubre de 2017.
- Casado-Marín, David, "La atención a la dependencia en España", *Gaceta sanitaria*, 20 (2006), suplemento 1, pp. 135-142.
- Comité Económico y Social, "El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. 11/08/2000 E/C. 12/2000/4, CESCR Observación General 14", Naciones Unidas, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2000.
- Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, *Declaración de Alma-Ata*, 12 de septiembre de 1978.
- Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud, *Declaración de Río de Janeiro*, 21 de octubre de 2011.
- Consejo de Evaluación del Desarrollo Social de la Ciudad de México (EVALÚA CDMX), *Términos de referencia para la evaluación externa de diseño del programa El médico en tu casa*, Ciudad de México, 2017.
- Evalúa CDMX, *Lineamientos para la Elaboración de las Reglas de Operación de los Programas Sociales para el Ejercicio 2018*, Ciudad de México, *Gaceta Oficial de la Ciudad de México*, 31 de octubre de 2017.
- Evalúa CDMX, *Guía para una mejor construcción de los Padrones de Programas Sociales*, Ciudad de México, febrero de 2016.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), *Modelo de términos de referencia para la evaluación de diseño*, Ciudad de México, febrero de 2017, disponible en: http://www.coneval.org.mx/rw/resource/coneval/eval_mon/normatividad_matriz/Modelo_de_terminos_de_referencia_evaluacion_diseno_final.pdf (consultado el 8 de agosto de 2017).
- CONEVAL, *Los mapas de pobreza en México. Anexo técnico metodológico*, disponible en: http://coneval.org.mx/rw/resource/coneval-/med_pobreza/1024.pdf.
- CONEVAL, *Manual para el diseño y la construcción de indicadores. Instrumentos principales para el monitoreo de programas sociales de México*, México, CONEVAL, 2013.
- Consejo para Prevenir y Eliminar la Discriminación de la Ciudad de México, *Encuesta sobre Discriminación en la Ciudad de México 2013*, Ciudad de México, COPRED, 2013.
- Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, Nueva York, 13 de diciembre de 2006.
- De Almeida Gomes, Ana Elizabeth, Elisandrêa Sguario Kemper y Maria Helena C. Brandão Oliveira, *Atenção domiciliar no SUS. Resultados do Laboratório de inovação em atenção domiciliar*, Brasília, OPS-Ministério da Saúde, 2014.
- Dirección de Atención Médica, *Cédula de supervisión "Calidad de la atención"*, s. f., s. l., s. a.

- Fajardo-Dolci, Germán, Juan Pablo Gutiérrez, Sebastián García-Saisó, “Acceso efectivo a los servicios de salud: *operacionalizando* la cobertura universal en salud”, *Salud Pública de México*, 57 (2015), pp. 180-186.
- Fernandez Rodriguez, Maria Inês, “Internação domiciliar: avaliações imperativas implicadas na função de cuidar”, *Psicologia revista. Revista da Faculdade de ciencias humanas e da saúde*, 22 (2013), pp. 197-212.
- Ferrer Arnedo, C., “Modelos de organización de la atención domiciliaria”, *Jano*, 2006, núm. 1612, pp. 47-48.
- Flamand, Laura y Carlos Morenos Jaimes, *Seguro popular y federalismo en México*, México, Centro de Investigación y Docencia Económicas, 2014.
- Franco-Giraldo, Álvaro, “Atención primaria en salud: ¿de regreso al pasado?”, conferencia pronunciada en Medellín, Colombia, en el Sexto congreso internacional de salud pública, junio de 2009.
- Gatenio Gabel, Shirley, *A Rights-based Approach to Social Policy Analysis*, Cham, Springer, 2016.
- Gobierno del Distrito Federal, *Programa General de Desarrollo del Distrito Federal 2013-2018*, México, *Gaceta Oficial del Distrito Federal*, 11 de septiembre de 2013.
- Ley de salud del Distrito Federal, *Gaceta Oficial del Distrito Federal*, 17 de septiembre de 2012 (última reforma del 17 de agosto de 2012).
- Ley General de Salud, *Diario Oficial de la Federación*, 7 de febrero de 1984 (última reforma del 22 de junio de 2017).
- Lineamientos generales para la operación del programa “El médico en tu casa”, *Gaceta Oficial del Distrito Federal*, 19 de mayo de 2017.
- Macinko, James, Frederico C. Guanais y Maria de Fátima Marinho de Souza, “Evaluation of the Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazil, 1990-2002”, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60 (2006), pp. 13-19.
- Macinko, James, Hernán Montenegro, Carme Nebot Adell et al., “La renovación de la atención primaria de salud en las Américas”, *Revista Panamericana de Salud Pública*, 21 (2007), pp. 73-83.
- Organización de Naciones Unidas, *Objetivos de Desarrollo Sostenible*, objetivo 3, disponible en: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/> (consultado el 17 de agosto de 2017).
- Raphael, Ricardo (coord.), *Reporte sobre discriminación en México 2012*, t. 4: *Salud y alimentación*, México, CIDE-CONAPRED, 2012.
- Real Decreto 174/2011, *Boletín oficial del estado*, 18 de febrero de 2011, disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2011/02/18/pdfs/BO-E-A-2011-3174.pdf> (consultado el 28 de septiembre de 2017).
- Rodríguez, Pilar (coord.), *La situación del Servicio de Ayuda a Domicilio en el ámbito local y perspectivas de futuro*, Madrid, FEMP-Fundación Caser-Fundación Pilares, 2015.

- Sánchez Cárdenas, Miguel Antonio, Genny Paola Fuentes Bermúdez, “Gestión clínica de programas de cuidado domiciliario”, *Revista CES de Salud Pública*, 7 (2016).
- Secretaría de Salud, *Informe sobre la salud de los mexicanos 2016. Diagnóstico General del Sistema Nacional de Salud*, Ciudad de México, Dirección General de Evaluación del Desempeño, 2016.
- Secretaría de Salud de la Ciudad de México (SEDESA), *Informe “El Médico en tu Casa” julio 2016 – junio 2017*, Ciudad de México, junio de 2017.
- SEDESA, “Distribución por Delegación de la población identificada mediante recorrido”, s. f.
- SEDESA, “Distribución por Delegaciones del Personal del Programa El Médico en tu Casa”, s. f.
- SEDESA, *Programa “El médico en tu casa”*, junio de 2017.
- SEDESA, *Procedimientos “Programa El médico en tu casa”*, junio de 2017.
- SEDESA, *Programa Operativo Anual 2016*.
- SEDESA, *Programa Operativo Anual 2017*.
- SEDESA, *Documentos requeridos para la ‘Evaluación externa de diseño del programa El médico en tu casa’*, s. f.
- SEDESA, *Vinculaciones del programa “El médico en tu casa”*, s. f., s. l., s.a.
- Serrano, Sandra y Daniel Vázquez, *Los derechos humanos en acción: operacionalización de los estándares internacionales de los derechos humanos*, Ciudad de México, Flacso, s. a.
- Shepperd, Sasha, Helen Doll, Robert M. Angus *et al.*, “Avoiding Hospital Admission through Provision of Hospital Care at Home: A Systematic Review and Meta-Analysis of Individual Patient Data”, *Canadian Medical Association Journal*, 180 (2009), pp. 175-182.
- Suprema Corte de Justicia de la Nación, *Protocolo de actuación para quienes imparten justicia en casos que involucren derechos de personas con discapacidad*, México, SCJN, 2014.

Ficha Técnica

- Nombre de la instancia evaluadora: EVALÚA CDMX
- Nombre del coordinador de la evaluación: Dr. Oscar Alfonso Martínez Martínez
- Nombres de los principales colaboradores: Dr. Ernesto Velasco Sánchez, Mtro. Santiago Munevar Salazar y Lic. Efrén A. Pérez de la Mora.
- Nombre de la unidad administrativa responsable de dar seguimiento a la evaluación: EVALÚA CDMX

Anexo 1. Metodología para la Cuantificación de las Poblaciones Potencial y Objetivo

Como se señaló en la respuesta a la pregunta 8 y en el anexo 9, el *METC* presenta inconsistencias y debilidades en la definición de sus poblaciones potencial y objetivo, lo que dificulta su cuantificación. En el documento *Programa “El médico en tu casa”* se define la población potencial como la población sin seguridad social según la Encuesta Intercensal 2015 del INEGI. Por otra parte, la población objetivo se identifica mediante la información recabada por barrido durante las actividades del *METC* y sus brigadas. Finalmente, la población usuaria del *METC* se refiere a población que es atendida por el *METC*.¹⁰¹

El *Modelo Operacional MTC* establece que entre julio de 2016 y junio de 2017 se visitaron, mediante el “Censo del Programa”, 523,647 casas en las que se identificó un total de 45,484 personas vulnerables en la Ciudad de México. La mayor parte de ellas son adultos mayores (22,900), seguidas por personas con discapacidades (19,353), personas postradas (2,333), personas en situación de abandono (650) y enfermos terminales (248). Como se indicó en la respuesta a la pregunta 10, es necesario revisar estas cifras, pues con la cantidad de promotores de salud (110 con una meta de 2,200 casas censadas por año) que tiene el *METC* actualmente (quienes están encargados de levantar este instrumento), se necesitarían al menos 2 años y 4 meses para visitar esta cantidad de viviendas.

En cuanto al procedimiento para cuantificar las poblaciones, el manual de *Procedimientos* del *METC* define la “identificación de nuevos beneficiarios”. Ésta es responsabilidad del médico y el promotor (miembros de las brigadas básicas) en cada centro de salud. El médico debe establecer rutas de trabajo dentro del área de influencia de su centro respectivo e indicar al promotor las rutas asignadas. A su vez, éste debe hacer visitas casa por casa e identificar a las personas vulnerables que puedan requerir los servicios del *METC*, registrándolos en el formato “Hoja de registro de actualización censal”. De vuelta en el centro de salud, el médico es responsable de analizar la información, seleccionar los domicilios de los usuarios potenciales y acudir a ellos para identificar si cumplen con los criterios de inclusión para recibir la atención médica inicial. En dado caso, debe solicitar su consentimiento informado, ofrecerles atención médica inicial y registrarlos en el *METC*.

El Censo de pacientes debe contener la siguiente información:

“nombre completo del beneficiario, número de expediente, fecha de nacimiento, edad cumplida, fecha de ingreso al programa, domicilio completo, AGEB, CLUE, así como alguna referencia para su fácil localización del domicilio, tipo de población vulnerable a la

¹⁰¹ Sedesa, *Programa*, p. 22.

que pertenece, diagnósticos presuncionales del paciente, así como nombre, actividad principal, escolaridad del cuidador primario y teléfono para localizarlo”.¹⁰²

¹⁰² Por AGEB se refieren a las Áreas Geoestadísticas Básicas definidas como la “unidad básica” del Marco Geoestadística Nacional del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Por CLUE se entiende la Clave Única de Establecimientos de Salud (Sedesa, Procedimientos, pp. 14-17).

Anexo 2. Procedimiento para la Actualización de la Base de Datos de Beneficiarios

No se identificó un procedimiento detallado y específico para la actualización de la base de datos de beneficiarios. Se encontraron los formatos denominados “Hoja Diaria de Registro de Actualización Censal” y “Registro de pacientes”, los cuales parecieran servir para recolectar la información de usuarios, pero su uso y relación no se describe de manera explícita en ningún documento normativo del *METC*. Lo único que se menciona sobre “actualización de la base de datos de beneficiarios” se encuentra en el *Modelo operacional del programa*, que establece como un proceso básico del *METC* la “Actualización del Censo de Pacientes” y lo describe así: “con la finalidad de contar con un padrón de pacientes vigente, se hará la actualización de forma semanal, donde se reflejen los cambios de altas y bajas de pacientes”. Sin embargo, no se detallan los pasos de este procedimiento. La actividad corresponde a los miembros de las brigadas básicas de salud (médico, promotor de salud, auxiliar de enfermería).¹⁰³

¹⁰³ Sedesa, *Modelo operacional*, pp. 38-51.

Anexo 3. Matriz de Marco Lógico del METC (actual)

	Resumen Narrativo	Nombre del Indicador	Medios de Verificación	Supuestos
Fin	Se contribuye a que todos los habitantes de la Ciudad de México tengan garantizado el acceso a la salud.	Porcentaje de la Población con Carencia por Acceso a los Servicios de Salud en la Ciudad de México	http://www.coneval.org.mx/coordinacion/entidades/DistritoFederal/Paginas/carencias-sociales20102015.aspx	ND
Propósito	La Población residente o habitante de la Ciudad de México sin seguridad social laboral, identificada como vulnerable, tiene acceso a la atención médica general (multidisciplinaria) programa "El Médico en tu Casa"	Porcentaje de Población residente o habitante de la Ciudad de México sin seguridad social laboral, identificada como vulnerable, que recibe atención médica general (multidisciplinaria) en el programa "El Médico en tu Casa" respecto a la población vulnerable identificada mediante censo	Dirección de Información en Salud de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, Datos estadísticos propios de la Dirección. Reporte - concentrado Médico en tu Casa.	ND
Componentes	1. Atención médica general ⁽³⁾ a mujeres embarazadas sin control prenatal de la CDMX beneficiarias del programa "El Médico en tu Casa", recibidas	Tasa de variación porcentual de la atención médica general otorgada a mujeres embarazadas sin control prenatal beneficiarias del programa "El Médico en tu Casa"	Dirección de Información en Salud de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, Datos estadísticos propios de la Dirección. Reporte - concentrado Médico en tu Casa.	ND
	2. Atención médica general a adultos mayores ⁽⁴⁾ de la CDMX beneficiarios del programa "El Médico en tu Casa", recibidas	Tasa de variación porcentual de la atención médica general otorgada a los adultos mayores beneficiarios del programa "El Médico en tu Casa"	Dirección de Información en Salud de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, Datos estadísticos propios de la Dirección. Reporte - concentrado Médico en tu Casa.	ND
	3. Atención médica general a enfermos terminales ⁽⁵⁾ de la CDMX beneficiarios del programa "El Médico en tu Casa", recibidas	Tasa de variación porcentual de la atención médica general otorgada a enfermos terminales beneficiarios del programa "El Médico en tu Casa"	Dirección de Información en Salud de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, Datos estadísticos propios de la Dirección. Reporte - concentrado Médico en tu Casa.	ND
	4. Atención médica general a personas con discapacidad de la CDMX beneficiarias del programa "El Médico en tu Casa", recibidas	Tasa de variación porcentual de la atención médica general otorgada a personas discapacitadas beneficiarias del programa "El Médico en tu Casa"	Dirección de Información en Salud de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, Datos estadísticos propios de la Dirección. Reporte - concentrado Médico en tu Casa.	ND
Actividades	1.1. Detección de mujeres embarazadas sin control prenatal de la población de la CDMX	Porcentaje de mujeres embarazadas sin control prenatal de la población de la CDMX	Dirección de Información en Salud de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, Datos estadísticos propios de la Dirección. Reporte - concentrado Médico en tu Casa.	ND

	Resumen Narrativo	Nombre del Indicador	Medios de Verificación	Supuestos
	1.2. Referencia de mujeres embarazadas sin atención médica a las unidades de salud para su control y seguimiento.	Porcentaje de Mujeres embarazadas referidas a unidades de salud para su control y seguimiento	Dirección de Información en Salud de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, Datos estadísticos propios de la Dirección. Reporte - concentrado Médico en tu Casa.	ND
	2.1. Programación de atención médica generala adultos mayores de la población beneficiaria del programa "El Médico en tu Casa"	Porcentaje de Cumplimiento de meta de atención médica general a adultos mayores de la población beneficiaria del programa "El Médico en tu Casa"	Dirección de Información en Salud de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, Datos estadísticos propios de la Dirección. Reporte - concentrado Médico en tu Casa.	ND
	2.2. Consulta médica a adultos mayores de la población beneficiaria del programa "El Médico en tu Casa"	Promedio de consulta médica por adultos mayores de la población beneficiaria del programa "El Médico en tu Casa"	Dirección de Información en Salud de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, Datos estadísticos propios de la Dirección. Reporte - concentrado Médico en tu Casa.	ND
	2.3. Referencia de adultos mayores de la población beneficiaria del programa "El Médico en tu Casa" para su atención médica.	Porcentaje de adultos mayores referidos de la población beneficiaria del programa "El Médico en tu Casa" para su atención médica.	Dirección de Información en Salud de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, Datos estadísticos propios de la Dirección. Reporte - concentrado Médico en tu Casa.	ND
	3.1. Programación de Detección a enfermos terminales de la población que participa del programa "El Médico en tu Casa"	Porcentaje de Cumplimiento de meta de detección de enfermos terminales de la población beneficiarios del programa "El Médico en tu Casa"	Dirección de Información en Salud de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, Datos estadísticos propios de la Dirección. Reporte - concentrado Médico en tu Casa.	ND
	3.2. Capacitación a cuidadores primarios para enfermos terminales de la población que participa del programa "El Médico en tu Casa"	Porcentaje de cuidadores primarios capacitados con enfermos terminales beneficiados del programa "El Médico en tu Casa"	Dirección de Información en Salud de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, Datos estadísticos propios de la Dirección. Reporte - concentrado Médico en tu Casa.	ND
	4.1. Programación de consulta médica a personas con discapacidad de la población beneficiaria del programa "El Médico en tu Casa"	Porcentaje de Cumplimiento de meta de consulta médica a personas discapacitadas de la población beneficiaria del programa "El Médico en tu Casa"	Dirección de Información en Salud de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, Datos estadísticos propios de la Dirección. Reporte - concentrado Médico en tu Casa.	ND
	4.2. Programación de Consulta de Fisioterapia personas discapacidad de la población beneficiaria del programa "El Médico en tu Casa"	Porcentaje de Cumplimiento de meta de Consulta de Fisioterapia a personas discapacitadas de la población beneficiaria del programa "El Médico en tu Casa"	Dirección de Información en Salud de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, Datos estadísticos propios de la Dirección. Reporte - concentrado Médico en tu Casa.	ND

Anexo 4. Indicadores

Nombre del Programa: El Médico en tu Casa

Modalidad: Prestación de servicios públicos

Dependencia/entidad: Secretaría de Salud de la Ciudad de México

Unidad responsable: Secretaría de Salud de la Ciudad de México

Tipo de evaluación: Externa de Diseño

Año de la evaluación: 2017

Nivel de objetivo	Indicador	Tipo de indicador	Método de cálculo	Claridad	Relevancia	Economía	Monitoreable	Adecuación	Definición	Unidad de medida	Frecuencia de medición	Línea base	Metas	Comportamiento del indicador
Fin	Porcentaje de la Población con Carencia por Acceso a los Servicios de Salud en la Ciudad de México	Eficacia	Coneval: porcentaje de la población con carencia por acceso a los servicios de salud según entidad federativa	✓	✓	✓	✓	✓	Conocer el porcentaje de la población con carencia por acceso a los servicios de salud en la Ciudad de México.	Porcentaje	Anual	No disponible	No disponible	No disponible
Propósito	Porcentaje de Población residente o habitante de la Ciudad de México sin seguridad social laboral, identificada como vulnerable, que recibe atención médica general (multidisciplinaria) en el programa "El Médico en tu Casa" respecto a la población vulnerable identificada mediante censo	Eficacia	(Población residente o habitante de la Ciudad de México sin seguridad social laboral identificada como vulnerable que recibe atención médica general multidisciplinaria en el Programa / Total de población residente o habitante de la Ciudad de México sin seguridad social laboral, identificada como vulnerable, mediante censo del Programa) x 100	✓	✓	✓	x	✓	Identificar e integrar a la población residente o habitante de la Ciudad de México sin seguridad social laboral, identificada como vulnerable, al Programa.	Porcentaje	Anual	No disponible	10%	No disponible
Componentes	Tasa de variación porcentual de la atención médica general otorgada a mujeres embarazadas sin control prenatal usuarias del programa "El Médico en tu Casa"	Eficacia	[(Total de atención médica general otorgada a mujeres embarazadas sin control prenatal usuarias del Programa en el trimestre actual - Total en el trimestre anterior) / Total en el trimestre anterior] x 100	x	✓	✓	x	x	Cambio que se detecta en la tasa de la atención médica general otorgada a mujeres embarazadas sin control prenatal usuarias del Programa de un periodo a otro.	Tasa	Trimestral	No disponible	No disponible	No disponible

Nivel de objetivo	Indicador	Tipo de indicador	Método de cálculo	Claridad	Relevancia	Economía	Monitoreable	Adecuación	Definición	Unidad de medida	Frecuencia de medición	Línea base	Metas	Comportamiento del indicador
	Tasa de variación porcentual de la atención médica general otorgada a los adultos mayores usuarios del programa "El Médico en tu Casa"	Eficacia	$[(\text{Total de atención médica general otorgada a los adultos mayores usuarios del Programa en el trimestre actual} - \text{Total en el trimestre anterior}) / \text{Total en el trimestre anterior}] \times 100$	x	✓	✓	x	x	Cambio que se detecta en la tasa de atención médica general otorgada a los adultos mayores usuarios del Programa de un periodo a otro.	Tasa	Trimestral	No disponible	No disponible	No disponible
	Tasa de variación porcentual de la atención médica general otorgada a enfermos terminales usuarios del programa "El Médico en tu Casa"	Eficacia	$[(\text{Total de atención médica general otorgada a los enfermos terminales usuarios del Programa en el trimestre actual} - \text{Total en el trimestre anterior}) / \text{Total en el trimestre anterior}] \times 100$	x	✓	✓	x	x	Cambio que se detecta en la tasa de atención médica general otorgada a enfermos terminales usuarios del Programa de un periodo a otro.	Tasa	Trimestral	No disponible	No disponible	No disponible
	Tasa de variación porcentual de la atención médica general otorgada a personas con discapacidad beneficiarias del programa "El Médico en tu Casa"	Eficacia	$[(\text{Total de atención médica general otorgada a personas con discapacidad usuarias del Programa en el trimestre actual} - \text{Total en el trimestre anterior}) / \text{Total en el trimestre anterior}] \times 100$	x	✓	✓	x	x	Cambio que se detecta en la tasa de atención médica general otorgada a personas con discapacidad usuarias del Programa de un periodo a otro.	Tasa	Trimestral	No disponible	No disponible	No disponible
Actividades	Porcentaje de mujeres embarazadas sin control prenatal de la población de la CDMX	Eficacia	$(\text{Total de mujeres embarazadas sin control prenatal de la población de la Ciudad de México detectadas por el Programa} / \text{Total de mujeres embarazadas de la Ciudad de México identificadas por el Programa}) \times 100$	x	✓	✓	x	✓	Conocer el porcentaje de mujeres embarazadas sin control prenatal de la población de la Ciudad de México que, conforme a su condición de vulnerabilidad, serán atendidas por el Programa.	Porcentaje	Trimestral	No disponible	1%	No disponible

Nivel de objetivo	Indicador	Tipo de indicador	Método de cálculo	Claridad	Relevancia	Economía	Monitoreable	Adecuación	Definición	Unidad de medida	Frecuencia de medición	Línea base	Metas	Comportamiento del indicador
	Porcentaje de Mujeres embarazadas referidas a unidades de salud para su control y seguimiento	Eficacia	(Total de mujeres embarazadas referidas a unidades de salud / Total de mujeres embarazadas identificadas por el Programa) x 100	x	✓	✓	x	✓	Conocer el porcentaje de mujeres sin control médico que son referidas a centros de salud o unidades hospitalarias con respecto a las mujeres embarazadas sin control médico identificadas por el Programa.	Porcentaje	Trimestral	No disponible	99%	No disponible
	Porcentaje de Cumplimiento de meta de atención médica general a adultos mayores de la población beneficiaria del programa "El Médico en tu Casa"	Eficacia	(Total de atención médica general otorgada a adultos mayores de la población usuaria del Programa / Total de atención médica general programa a adultos mayores de la población usuaria del Programa) x 100	x	✓	✓	x	✓	Conocer la eficacia en la programación de la meta o en su caso la detección de probables desviaciones en su cumplimiento.	Porcentaje	Trimestral	No disponible	100%	No disponible
	Promedio de consulta médica por adultos mayores de la población beneficiaria del programa "El Médico en tu Casa"	Eficacia	(Total de consultas médicas otorgadas a adultos mayores de la población usuaria del Programa / Total de adultos mayores atendidos de la población usuaria del Programa) x 100	✓	✓	✓	x	✓	Conocer el promedio de consultas médicas que son otorgadas al año a los adultos mayores de población usuaria del Programa.	Promedio	Trimestral	No disponible	6 consultas	No disponible
	Porcentaje de adultos mayores referidos de la población beneficiaria del programa "El Médico en tu Casa" para su atención médica.	Eficacia	(Total de adultos mayores referidos de la población usuaria del Programa para su atención médica en unidades de salud / Total de adultos mayores detectados de la población usuaria del Programa) x 100	✓	✓	✓	x	✓	Conocer el porcentaje de adultos mayores que son referidos a centros de salud o unidades hospitalarias con respecto al total de detectados por el Programa.	Porcentaje	Trimestral	No disponible	99%	No disponible
	Porcentaje de Cumplimiento de meta de detección de enfermos terminales de la población beneficiarios del programa "El Médico en tu Casa"	Eficacia	(Total de detecciones de enfermos terminales de la población usuaria del Programa / Total de detecciones programadas de enfermos terminales de la población usuaria del Programa) x 100	x	✓	✓	x	✓	Conocer la eficacia en la programación de la meta o, en su caso, la detección de probables desviaciones en su cumplimiento.	Porcentaje	Trimestral	No disponible	100%	No disponible

Nivel de objetivo	Indicador	Tipo de indicador	Método de cálculo	Claridad	Relevancia	Economía	Monitoreable	Adecuación	Definición	Unidad de medida	Frecuencia de medición	Línea base	Metas	Comportamiento del indicador
	Porcentaje de cuidadores primarios capacitados con enfermos terminales beneficiados del programa "El Médico en tu Casa"	Eficacia	(Total de cuidadores primarios capacitados con enfermos terminales beneficiados del Programa / Total de cuidadores primarios con enfermos terminales beneficiados del Programa) x 100	x	✓	✓	x	✓	Conocer el porcentaje de cuidadores primarios que ya fueron capacitados para atender a usuarios en etapa terminal.	Porcentaje	Trimestral	No disponible	90%	No disponible
	Porcentaje de Cumplimiento de meta de consulta médica a personas con discapacidad de la población beneficiaria del programa "El Médico en tu Casa"	Eficacia	(Total de consultas médicas otorgadas a personas con discapacidad de la población usuaria del Programa / Total de consultas médicas programadas a personas con discapacidad usuarias del Programa) x 100	x	✓	✓	x	✓	Conocer la eficacia en la programación de la meta o, en su caso, la detección de probables desviaciones en su cumplimiento.	Porcentaje	Trimestral	No disponible	100%	No disponible
	Porcentaje de Cumplimiento de meta de Consulta de Fisioterapia a personas con discapacidad de la población beneficiaria del programa "El Médico en tu Casa"	Eficacia	(Total de consultas de fisioterapia otorgadas a personas con discapacidad de la población usuaria del Programa / Total de consultas de fisioterapia programadas a personas con discapacidad usuarias del Programa) x 100	x	✓	✓	x	✓	Conocer la eficacia en la programación de la meta o, en su caso, la detección de probables desviaciones en su cumplimiento.	Porcentaje	Trimestral	No disponible	100%	No disponible

Anexo 5. Metas del Programa

Nombre del Programa: El Médico en tu Casa

Modalidad: Prestación de servicios públicos

Dependencia/entidad: Secretaría de Salud de la Ciudad de México

Unidad responsable: Secretaría de Salud de la Ciudad de México

Tipo de evaluación: Externa de Diseño

Año de la evaluación: 2017

Nivel de objetivo	Nombre del indicador	Meta	Unidad de medida	Orientada a impulsar el desempeño	Justificación	Factible	Justificación	Propuesta de mejora de la meta
Fin	Porcentaje de la Población con Carencia por Acceso a los Servicios de Salud en la Ciudad de México	-	ND	-	-	-	-	-
Propósito	Porcentaje de Población residente o habitante de la Ciudad de México sin seguridad social laboral, identificada como vulnerable, que recibe atención médica general (multidisciplinaria) en el programa "El Médico en tu Casa" respecto a la población vulnerable identificada mediante censo	10%	Sí	-	No es posible analizar la orientación a impulsar el desempeño porque no se presenta el valor absoluto para comparar con los recursos	-	No es posible analizar la factibilidad porque no se presenta el valor absoluto para comparar con los recursos	Definir el valor absoluto con una justificación técnica, tomando en cuenta los recursos del METC y estándares nacionales e internacionales
Componente	Tasa de variación porcentual de la atención médica general otorgada a mujeres embarazadas sin control prenatal usuarias del programa "El Médico en tu Casa"	-	ND	-	-	-	-	-
	Tasa de variación porcentual de la atención médica general otorgada a los adultos mayores usuarios del programa "El Médico en tu Casa"	-	ND	-	-	-	-	-
	Tasa de variación porcentual de la atención médica general otorgada a enfermos terminales usuarios del programa "El Médico en tu Casa"	-	ND	-	-	-	-	-
	Tasa de variación porcentual de la atención médica general otorgada a personas con discapacidad beneficiarias del programa "El Médico en tu Casa"	-	ND	-	-	-	-	-

Nivel de objetivo	Nombre del indicador	Meta	Unidad de medida	Orientada a impulsar el desempeño	Justificación	Factible	Justificación	Propuesta de mejora de la meta
Actividad	Porcentaje de mujeres embarazadas sin control prenatal de la población de la CDMX	1%	Sí	-	No es posible analizar la orientación a impulsar el desempeño porque no se presenta el valor absoluto para comparar con los recursos	-	No es posible analizar la factibilidad porque no se presenta el valor absoluto para comparar con los recursos	Definir el valor absoluto con una justificación técnica, tomando en cuenta los recursos del <i>METC</i> y estándares nacionales e internacionales
	Porcentaje de Mujeres embarazadas referidas a unidades de salud para su control y seguimiento	99%	Sí	-	No es posible analizar la orientación a impulsar el desempeño porque no se presenta el valor absoluto para comparar con los recursos	-	No es posible analizar la factibilidad porque no se presenta el valor absoluto para comparar con los recursos	Definir el valor absoluto con una justificación técnica, tomando en cuenta los recursos del <i>METC</i> y estándares nacionales e internacionales
	Porcentaje de Cumplimiento de meta de atención médica general a adultos mayores de la población beneficiaria del programa "El Médico en tu Casa"	100%	Sí	-	No es posible analizar la orientación a impulsar el desempeño porque no se presenta el valor absoluto para comparar con los recursos	-	No es posible analizar la factibilidad porque no se presenta el valor absoluto para comparar con los recursos	Definir el valor absoluto con una justificación técnica, tomando en cuenta los recursos del <i>METC</i> y estándares nacionales e internacionales
	Promedio de consulta médica por adultos mayores de la población beneficiaria del programa "El Médico en tu Casa"	6 consultas	Sí	-	No se identificó el número de adultos mayores de la población beneficiaria	-	No se identificó el número de adultos mayores de la población beneficiaria	No se identificó el número de adultos mayores de la población beneficiaria
	Porcentaje de adultos mayores referidos de la población beneficiaria del programa "El Médico en tu Casa" para su atención médica.	99%	Sí	-	No es posible analizar la orientación a impulsar el desempeño porque no se presenta el valor absoluto para comparar con los recursos	-	No es posible analizar la factibilidad porque no se presenta el valor absoluto para comparar con los recursos	Definir el valor absoluto con una justificación técnica, tomando en cuenta los recursos del <i>METC</i> y estándares nacionales e internacionales
	Porcentaje de Cumplimiento de meta de detección de enfermos terminales de la población beneficiarios del programa "El Médico en tu Casa"	100%	Sí	-	No es posible analizar la orientación a impulsar el desempeño porque no se presenta el valor absoluto para comparar con los recursos	-	No es posible analizar la factibilidad porque no se presenta el valor absoluto para comparar con los recursos	Definir el valor absoluto con una justificación técnica, tomando en cuenta los recursos del <i>METC</i> y estándares nacionales e internacionales

Nivel de objetivo	Nombre del indicador	Meta	Unidad de medida	Orientada a impulsar el desempeño	Justificación	Factible	Justificación	Propuesta de mejora de la meta
	Porcentaje de cuidadores primarios capacitados con enfermos terminales beneficiados del programa "El Médico en tu Casa"	90%	Sí	-	No es posible analizar la orientación a impulsar el desempeño porque no se presenta el valor absoluto para comparar con los recursos	-	No es posible analizar la factibilidad porque no se presenta el valor absoluto para comparar con los recursos	Definir el valor absoluto con una justificación técnica, tomando en cuenta los recursos del <i>METC</i> y estándares nacionales e internacionales
	Porcentaje de Cumplimiento de meta de consulta médica a personas con discapacidad de la población beneficiaria del programa "El Médico en tu Casa"	90-100%	Sí	-	No es posible analizar la orientación a impulsar el desempeño porque no se presenta el valor absoluto para comparar con los recursos	-	No es posible analizar la factibilidad porque no se presenta el valor absoluto para comparar con los recursos	Definir el valor absoluto con una justificación técnica, tomando en cuenta los recursos del <i>METC</i> y estándares nacionales e internacionales
	Porcentaje de Cumplimiento de meta de Consulta de Fisioterapia a personas con discapacidad de la población beneficiaria del programa "El Médico en tu Casa"	100%	Sí	-	No es posible analizar la orientación a impulsar el desempeño porque no se presenta el valor absoluto para comparar con los recursos	-	No es posible analizar la factibilidad porque no se presenta el valor absoluto para comparar con los recursos	Definir el valor absoluto con una justificación técnica, tomando en cuenta los recursos del <i>METC</i> y estándares nacionales e internacionales

Anexo 6. Propuesta de mejora de la Matriz de Marco Lógico

Las modificaciones realizadas a la matriz de marco lógico actual se marcan en color azul. En algunas ocasiones, se especifican algunas acciones pendientes para consolidar la matriz, como la definición de una metodología de la encuesta de satisfacción de usuarios o la publicación de medios de verificación que permitan dar seguimiento a los indicadores.

	Resumen Narrativo	Nombre del Indicador	Medios de Verificación	Supuestos
Fin	Se contribuye a que todos los habitantes de la Ciudad de México tengan garantizado el acceso a los servicios de salud.	Porcentaje de la Población con Carencia por Acceso a los Servicios de Salud en la Ciudad de México	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) Medición de la pobreza en México Periodicidad bienal, última medición de carencias publicada: 2016 http://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/Pobreza_2016.aspx	El marco normativo y la política de salud de la CDMX siguen defendiendo el principio de universalidad y gratuidad, garantizando así el acceso de los beneficiarios a atención médica
Propósito	La población residente en la Ciudad de México que no puede acudir físicamente a los servicios de salud hace efectivo su derecho a recibir atención médica al acceder a servicios de salud oportunos y de calidad en sus domicilios	1.1 Porcentaje de población residente en la Ciudad de México que no puede acudir físicamente a los servicios de salud que hace efectivo su derecho a recibir atención médica respecto del total de población que no puede acudir físicamente a los servicios de salud identificada por el METC 1.2 Porcentaje de usuarios que responden estar [satisfechos] con los servicios del METC [la categoría depende de la metodología que se defina para la encuesta de satisfacción] 1.3 Porcentaje de consultas médicas que se otorgaron dentro de los estándares de oportunidad definidos por el METC	Dirección de Información en Salud de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México Indicar: • El nombre exacto del informe público que contiene esta información • La periodicidad de publicación de dicho informe • El link en el que se puede consultar el informe	La población que no puede acudir físicamente a los servicios de salud da su consentimiento para acceder a los servicios de atención médica

	Resumen Narrativo	Nombre del Indicador	Medios de Verificación	Supuestos
Componentes	1. Consultas médicas proporcionadas a la población sin derechohabencia residente en la Ciudad de México que no puede acudir físicamente a los servicios de salud	1.1 Tasa de variación de las consultas médicas otorgadas a la población sin derechohabencia residente en la Ciudad de México que no puede acudir físicamente a los servicios de salud 1.2 Tasa de variación de las consultas médicas otorgadas a mujeres embarazadas sin control prenatal 1.3 Tasa de variación de las consultas médicas otorgadas a los adultos mayores 1.4 Tasa de variación de las consultas médicas otorgadas a enfermos terminales 1.5 Tasa de variación de las consultas médicas otorgadas a personas con discapacidad	Dirección de Información en Salud de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México Indicar: - El nombre exacto del informe público que contiene esta información - La periodicidad de publicación de dicho informe - El link en el que se puede consultar el informe	
	2. Pláticas y orientaciones sobre buenos hábitos de salud brindadas	Tasa de variación de las pláticas y orientaciones sobre buenos hábitos de salud brindadas		
	3. Medicamentos otorgados a la población objetivo de la intervención que lo requiere	Porcentaje de medicamentos controlados surtidos respecto de los requeridos para atender problemas de salud de los usuarios		
	4. Transporte de usuarios a los que se haya referido a centros de salud u hospitales de especialidad proporcionado	Porcentaje de usuarios con referencia que reciben el servicio de transportación a centros de salud u hospitales de especialidad		
Actividades	1.1. Identificación de nuevos usuarios del METC	Tasa de variación de los usuarios potenciales identificados por el METC	Dirección de Información en Salud de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México Indicar: - El nombre exacto del informe público que contiene esta información - La periodicidad de publicación de dicho informe - El link en el que se puede consultar el informe	La población que no puede acudir físicamente a los servicios de salud da su consentimiento para acceder a los servicios de atención médica
	1.2. Programación y realización de las consultas	Promedio de consultas por médico general por día a pacientes sin derechohabencia		
	1.3. Referencia a otros niveles de atención de los usuarios que así lo requieran	Porcentaje de referencias realizadas dentro del estándar de oportunidad definido		
	1.4. Registro de la información de seguimiento de los usuarios en el sistema de información del METC	Porcentaje de usuarios sin derechohabencia registrados en el sistema de información del METC respecto del total de usuarios sin derechohabencia del METC		
	2.1. Referencia a otros niveles de atención de los usuarios que así lo requieran	Porcentaje de referencias realizadas dentro del estándar de oportunidad definido		
	3.1. Identificación de las zonas y poblaciones que requieren actividades de promoción de la salud	Tasa de variación de zonas y poblaciones que requieren actividades de promoción de la salud identificadas		
	3.2. Realización de las pláticas y orientación en las zonas y poblaciones identificadas	Porcentaje de población que recibió pláticas y orientaciones respecto del total de población que las requiere identificada		
	4.1. Identificación de la población que requiere medicamentos	Porcentaje de medicamentos controlados surtidos respecto de los requeridos para atender problemas de salud de los usuarios		

Resumen Narrativo	Nombre del Indicador	Medios de Verificación	Supuestos
4.2. Entrega de las recetas de medicamentos	Tasa de variación de las recetas de medicamentos entregadas		
4.3. Entrega de medicamentos a quienes no pueden acudir por ellos	Porcentaje de personas que recibieron medicamentos respecto del total de población que los requiere y no puede acudir a solicitarlos		
5.1. Solicitud y otorgamiento del servicio de transportación a pacientes con referencia	Porcentaje de solicitudes de servicio de transportación atendidas dentro del estándar de oportunidad definidos		
5.2. Seguimiento al otorgamiento del servicio de transportación a pacientes con referencia	Porcentaje de usuarios del servicio de transportación satisfechos		
Actividad transversal. Capacitación del personal de las brigadas en atención médica domiciliaria con enfoque de derechos humanos y no discriminación	Porcentaje de personal de las brigadas capacitado respecto del total de personal de las brigadas		
Actividad transversal. Integración de los informes de seguimiento y evaluación del METC	Porcentaje de informes integrados respecto de los programados		
Actividad transversal. Requisición de compra de insumos	Porcentaje de requisiciones de compra de insumo realizadas respecto de las requeridas		
Actividad transversal. Aplicación y procesamiento de encuesta de satisfacción de usuarios por ente independiente	Número de encuestas representativas de satisfacción de usuarios realizadas dentro de la periodicidad definida		

Anexo 7. Gastos Desglosados del Programa y Criterios de Clasificación (2017)

Partida		Presupuesto	%
Capítulo 1000: servicios personales			
1211	Honorarios asimilables a salarios	1,402,345.00	-
1221	Sueldos base al personal eventual	63,280,528.00	-
1323	Gratificación de fin de año	5,661,864.00	-
1411	Aportaciones a instituciones de seguridad social	7,898,328.00	-
1541	Vales	3,568,528.00	-
1545	Asignaciones para prestaciones a personal sindicalizado y no sindicalizado	274,496.00	-
1547	Asignaciones conmemorativas	100,340.00	-
Subtotal capítulo 1000		82,186,429.00	48%
Capítulo 2000: materiales y suministros			
2111	Materiales, útiles y equipos menores de oficina	3,142,727.00	-
2211	Productos alimenticios y bebidas para personas	9,900,000.00	-
2531	Medicinas y productos farmacéuticos	10,712,691.00	-
2541	Materiales, accesorios y suministros médicos	25,608,769.00	-
2611	Combustibles, lubricantes y aditivos	2,472,192.00	-
2711	Vestuario y uniformes	3,346,070.00	-
Subtotal capítulo 2000		55,182,449.00	32%
Capítulo 3000: servicios generales			
3341	Servicios de capacitación	3,059,499.00	-
3361	Servicios de apoyo administrativo y fotocopiado	100,000.00	-
3451	Seguro de bienes patrimoniales	1,064,000.00	-
3552	Reparación, mantenimiento y conservación de equipo de transporte destinados a servicios públicos y operación de programas públicos	2,043,412.00	-
3631	Servicios de creatividad, preproducción y producción de publicidad, excepto internet	1,000,000.00	-
3831	Congresos y convenciones	9,900,000.00	-
3921	Impuestos y derechos	93,000.00	-
3981	Impuesto sobre nóminas	4,563,566.00	-
3982	Otros impuestos derivados de una relación laboral	2,807,645.00	-
Subtotal capítulo 3000		24,631,122.00	14%
Capítulo 4000: transferencias, asignaciones, subsidios y otras ayudas			
4451	Ayudas sociales a instituciones sin fines de lucro	5,000,000.00	-
Subtotal capítulo 4000		5,000,000.00	3%
Capítulo 5000: bienes muebles e inmuebles			
5151	Equipo de cómputo y de tecnologías de la información	521,500.00	-
5311	Equipo médico y de laboratorio	2,478,500.00	-
Subtotal capítulo 5000		3,000,000.00	2%
Total		170,000,000.00	100%

Metodología y Criterios para Clasificar cada Concepto de Gasto	
Gastos en operación directos	No disponible
Gastos en operación indirectos	No disponible
Gastos en mantenimiento	No disponible
Gastos en capital	No disponible
Gastos unitarios	No disponible

Fuente: SEDESA, *Documentos requeridos para la 'Evaluación externa de diseño del programa El médico en tu casa'*, s. f., pp. 30-34.

Anexo 8. Complementariedad y Coincidencias entre Programas Federales y/o Acciones de Desarrollo Social en otros Niveles de Gobierno

Nombre del Programa: El Médico en tu Casa

Modalidad: Prestación de servicios públicos

Dependencia/entidad: Secretaría de Salud de la Ciudad de México

Unidad responsable: Secretaría de Salud de la Ciudad de México

Tipo de evaluación: Externa de Diseño

Año de la evaluación: 2017

Nombre del Programa	Modalidad	Dependencia/Entidad	Propósito	Población Objetivo	Tipo de Apoyo	Cobertura Geográfica	Fuentes de información	¿Coincide con el programa evaluado?	Justificación
Programa de cunas	E - Prestación de servicios públicos	DIF Ciudad de México	Programa mediante el cual se otorga apoyo a madres o futuras madres a través del otorgamiento de paquete de maternidad y consulta médica.	Mujeres embarazadas o madres recientes	Paquete de maternidad y consulta médica	Estatal	Página del DIF de la Ciudad de México (http://www.tramites.cdmx.gob.mx/index.php/tramites_servicios/muестralInfo/1059)	Sí	Un subgrupo de la población objetivo del <i>METC</i> podría también requerir el apoyo que entrega este programa
Programa Bebé seguro	E - Prestación de servicios públicos	DIF Ciudad de México	Programa Social a través del cual se otorgan apoyos económicos, por medio de una tarjeta electrónica, a la madre, padre y/o responsable de los menores de 12 meses nacidos y residentes en la Ciudad de México y que están ubicados en las colonias de muy bajo, bajo y medio IDS, que podrá ser utilizado prioritariamente para la compra de productos alimenticios para los menores beneficiarios así como proporcionar orientación alimentaria con la finalidad de reducir la mala nutrición en los beneficiarios.	Menores de un año nacidos y residentes en la Ciudad de México en colonias identificadas con IDS bajo o muy bajo.	Apoyos económicos (tarjeta)	Estatal	Página del DIF de la Ciudad de México (http://www.dif.cdmx.gob.mx/programas/programa/programa-bebe-seguro-cdmx)	Sí	Un subgrupo de la población objetivo del <i>METC</i> podría también requerir el apoyo que entrega este programa

Nombre del Programa	Modalidad	Dependencia/ Entidad	Propósito	Población Objetivo	Tipo de Apoyo	Cobertura Geográfica	Fuentes de información	¿Coincide con el programa evaluado?	Justificación
Cartilla 0 a 6	E - Prestación de servicios públicos	DIF Ciudad de México	Servicio por el cual se brinda la cartilla de servicios a niñas y niños de 0 a 6 años para acceder a servicios correspondientes al desarrollo físico y de salud, nutrición, desarrollo cognitivo psicosocial, protección y cuidado de las personas en primera infancia, proporcionados por diversas instituciones del Gobierno del Distrito Federal.	Niñas y niños entre 0 y 6 años.	Cartilla de servicios de salud, desarrollo y cuidado.	Estatal	Página de trámites en la Ciudad de México (http://www.tramites.cdmx.gob.mx/ts/661/0)	Sí	Un subgrupo de la población objetivo del <i>METC</i> podría también requerir el apoyo que entrega este programa
Programa de apoyo económico a personas con discapacidad permanente	E - Prestación de servicios públicos	DIF Ciudad de México	Programa mediante el cual se otorga un apoyo económico mensual a personas con discapacidad permanente, menores de 68 años, para mejorar su calidad de vida.	Personas con discapacidad permanente menores de 68 años	Apoyo económico mensual	Estatal	Página del DIF de la Ciudad de México (http://www.dif.cdmx.gob.mx/programas/programa/apoyo-economico-personas-con-discapacidad-permanente)	Sí	Un subgrupo de la población objetivo del <i>METC</i> podría también requerir el apoyo que entrega este programa
Programa de discapacidad	E - Prestación de servicios públicos	DIF Ciudad de México	Se informa y se realizan gestiones para que las personas con discapacidad del Programa El Médico en tu Casa sean beneficiadas por los apoyos que otorga DIF.	Personas con discapacidad.	Apoyos económicos y de servicios	Estatal	<i>Vinculación</i> [No se encontró referencia en la página del DIF]	Sí.	Un subgrupo de la población objetivo del <i>METC</i> podría también requerir el apoyo que entrega este programa
Estrategia Empodera-T	E - Prestación de servicios públicos	Instituto de las personas con discapacidad (Indepedi)	Se orienta a los pacientes con discapacidad del Programa El Médico en tu Casa, para ser beneficiados de una capacitación y poder incluirse en el mercado laboral.	Personas con discapacidad.	Orientación y capacitación	Estatal	<i>Vinculación</i> [No se encontró referencia en la página del Indepedi]	Sí	Un subgrupo de la población objetivo del <i>METC</i> podría también requerir el apoyo que entrega este programa

Nombre del Programa	Modalidad	Dependencia/ Entidad	Propósito	Población Objetivo	Tipo de Apoyo	Cobertura Geográfica	Fuentes de información	¿Coincide con el programa evaluado?	Justificación
Seguro Popular	E - Prestación de servicios públicos	Secretaría de Salud (federal) – Régimen Estatal de Protección Social en Salud	El Sistema de Protección Social en Salud, mejor conocido como Seguro Popular, es el mecanismo por el cual el Estado garantizará el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de su utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud. El Seguro Popular fue creado para brindar protección financiera a la población no derechohabiente, mediante un esquema de aseguramiento de salud, público y voluntario, a través de la consolidación de recursos provenientes de diversas fuentes, a fin de financiar el costo de los servicios de salud para la población que lo requiera.	Población no derechohabiente	Apoyo de servicios	Federal / Estatal	Página electrónica del Seguro Popular (http://www.seguro-popular.gob.mx/index.php/conocenos/seguro-popular-1)	Sí	Un subgrupo de la población objetivo del METC podría también requerir el apoyo que entrega este programa
Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos de la CDMX	s.i.	Secretaría de Salud de la Ciudad de México	Garantizar el acceso a la protección de la salud con equidad, entendida como igual acceso a los servicios de la Secretaría de Salud del Distrito Federal ante la misma necesidad, a la población no-asegurada con residencia en el Distrito Federal, así como de los adultos mayores de 70 años, también residentes en el Distrito Federal.	Población no-asegurada con residencia en el Distrito Federal, así como de los adultos mayores de 70 años, también residentes en el Distrito Federal.	Servicios médicos y medicamentos	Ciudad de México	Sistema de Información del Desarrollo Social (SIDESO) (http://www.sideso.cdmx.gob.mx/index.php?id=83)	Sí	Los usuarios del programa evaluado se les otorga una afiliación a este programa o al Seguro Popular

Nombre del Programa	Modalidad	Dependencia/ Entidad	Propósito	Población Objetivo	Tipo de Apoyo	Cobertura Geográfica	Fuentes de información	¿Coincide con el programa evaluado?	Justificación
Cuidados paliativos	E - Prestación de servicios públicos	Secretaría de Salud de la Ciudad de México	Identificación, diagnóstico y planteamiento del manejo médico del paciente con enfermedad avanzada en etapa terminal. Orientación y capacitación a los familiares responsables para llevar a cabo el rol de cuidadores primarios, para continuar con su atención en el mejor ambiente familiar y referencia del paciente a su domicilio.	Personas con enfermedades avanzadas o terminales.	Identificación, orientación y capacitación, atención y asesoría	Estatad	Página de la Sedesa (http://www.salud.cdmx.gob.mx/servicios/servicio/cuidados-paliativos)	Sí	Un subgrupo de la población objetivo del METC podría también requerir el apoyo que entrega este programa
Voluntad anticipada	E - Prestación de servicios públicos	Secretaría de Salud de la Ciudad de México	La voluntad anticipada es la decisión que toma una persona de ser sometida o no a medios, tratamientos o procedimientos médicos que pretendan prolongar su vida cuando se encuentre en etapa terminal y, por razones médicas, sea imposible mantenerla de forma natural, protegiendo en todo momento la dignidad de la persona. La Voluntad Anticipada favorece la atención paliativa y los cuidados al final de la vida, el énfasis está en el acompañamiento del paciente durante esta etapa de su vida. Se debe registrar ante notario.	Personas que lleguen al final de su vida por una enfermedad avanzada.	Orientación y realización del trámite	Estatad	Página de la Sedesa (http://www.salud.cdmx.gob.mx/actividades/voluntad-anticipada)	Sí	Un subgrupo de la población objetivo del METC podría también requerir el apoyo que entrega este programa
Medicina a distancia	E - Prestación de servicios públicos	Secretaría de Salud de la Ciudad de México	Servicios de asesoría médica, psicológica, nutricional y veterinaria por teléfono, las 24 horas los 365 días del año.	Población de la Ciudad de México	Orientación	Estatad	Página de la Sedesa (http://data.salud.cdmx.gob.mx/portal/index.php/programas-y-acciones/mdsedesa)	Sí	Un subgrupo de la población objetivo del METC podría también requerir el apoyo que entrega este programa
Programa de salud materna	E - Prestación de servicios	Secretaría de Salud de la Ciudad de	-	-	-	Estatad	Vinculación [No se encontró referencia en la	Sí	Un subgrupo de la población objetivo del METC podría

Nombre del Programa	Modalidad	Dependencia/ Entidad	Propósito	Población Objetivo	Tipo de Apoyo	Cobertura Geográfica	Fuentes de información	¿Coincide con el programa evaluado?	Justificación
	públicos	México – Dirección de Atención Médica					página de la Sedesa]		también requerir el apoyo que entrega este programa
Programa de cáncer de mama	E - Prestación de servicios públicos	Secretaría de Salud de la Ciudad de México – Dirección de Atención Médica	Orientación y concientización sobre el cáncer de mama.	Mujeres de 40 a 69 años de edad y hombres con factores de riesgo para padecer Cáncer de mama, que residan en el Distrito Federal, dando prioridad aquella población que no cuenta con seguridad social.	-	Estatad	Página de la Sedesa (http://vpn.salud.cdmx.gob.mx:88/portalssp.pdf)	Sí	Un subgrupo de la población objetivo del METC podría también requerir el apoyo que entrega este programa
Programa de cáncer cérvico-uterino	E - Prestación de servicios públicos	Secretaría de Salud de la Ciudad de México – Dirección de Atención Médica	Detectar oportunamente y canalizar a aquellas mujeres al servicio médico para su tratamiento y con ello disminuir el crecimiento de la mortalidad por esta causa.	Cualquier mujer a partir del inicio de su vida sexual.	-	Estatad	Vinculación [No se encontró referencia en la página de la Sedesa]	Sí	Un subgrupo de la población objetivo del METC podría también requerir el apoyo que entrega este programa
Programa de salud masculina	E - Prestación de servicios públicos	Secretaría de Salud de la Ciudad de México – Dirección de Atención Médica	-	-	-	Estatad	Vinculación [No se encontró referencia en la página de la Sedesa]	Sí	Un subgrupo de la población objetivo del METC podría también requerir el apoyo que entrega este programa
Programa de salud sexual y reproductiva	E - Prestación de servicios públicos	Secretaría de Salud de la Ciudad de México – Dirección de Atención Médica	Prevenir embarazos no planeados, infecciones de transmisión sexual y VIH-SIDA, en la población en edad reproductiva de la Ciudad de México, así como proveer información para construir una vida sexual sana y responsable.	Población en edad reproductiva.	Orientación y servicios médicos	Estatad	Página de la Sedesa, sección de programas y acciones (http://data.salud.cdmx.gob.mx/portal/index.php/programas-y-acciones/84-ssp/programas/3)	Sí	Un subgrupo de la población objetivo del METC podría también requerir el apoyo que entrega este programa

Nombre del Programa	Modalidad	Dependencia/ Entidad	Propósito	Población Objetivo	Tipo de Apoyo	Cobertura Geográfica	Fuentes de información	¿Coincide con el programa evaluado?	Justificación
							12-ssr)		
Programa de salud mental	E - Prestación de servicios públicos	Secretaría de Salud de la Ciudad de México – Dirección de Atención Médica	-	Personas con trastornos de salud mental	Orientación y servicios médicos	Estatad	Página de la Sedesa, sección de programas y acciones (http://data.salud.cdmx.gob.mx/portal/index.php/programas-y-acciones/84-ssp/programas/309-sm)	Sí	Un subgrupo de la población objetivo del METC podría también requerir el apoyo que entrega este programa
Programa de salud bucal	E - Prestación de servicios públicos	Secretaría de Salud de la Ciudad de México – Dirección de Atención Médica	Promover, conservar y restaurar la salud bucal de la población de mayor riesgo como lo son los escolares, las embarazadas y los adultos mayores.	Población de riesgo (escolares, mujeres embarazadas, adultos mayores)	-	Estatad	Página de la Sedesa, sección de programas y acciones (http://data.salud.cdmx.gob.mx/portal/index.php/programas-y-acciones/84-ssp/programas/310-sb)	Sí	Un subgrupo de la población objetivo del METC podría también requerir el apoyo que entrega este programa
Programa de discapacidad	E - Prestación de servicios públicos	Secretaría de Salud de la Ciudad de México – Dirección de Atención Médica	-	-	-	Estatad	Vinculación [No se encontró referencia en la página de la Sedesa]	Sí	Un subgrupo de la población objetivo del METC podría también requerir el apoyo que entrega este programa
Programa de enfermedades crónicas	E - Prestación de servicios públicos	Secretaría de Salud de la Ciudad de México – Dirección de Atención Médica	-	-	-	Estatad	Vinculación [No se encontró referencia en la página de la Sedesa]	Sí	Un subgrupo de la población objetivo del METC podría también requerir el apoyo que entrega este programa

Nombre del Programa	Modalidad	Dependencia/ Entidad	Propósito	Población Objetivo	Tipo de Apoyo	Cobertura Geográfica	Fuentes de información	¿Coincide con el programa evaluado?	Justificación
Subprograma de compensación a la ocupación temporal	U – Otros programas de subsidios	Secretaría del Trabajo y Fomento al Empleo de la Ciudad de México	Otorgar en el corto plazo a la población desempleada y subempleada habitante del Distrito Federal de 16 años y más, que enfrenta problemas para obtener empleo, apoyo económico y capacitación para el trabajo, acceso a programas de ocupación temporal en proyectos institucionales, recursos para su movilidad o asistencia técnica y equipamiento para consolidar proyectos de autoempleo; facilitando con ello su acceso al empleo digno.	Dirigido a la población desempleada de la Ciudad de México	Apoyo económico	Estatat	Página de la STFE (http://www.trabajo.cdmx.gob.mx/programas/programa-programa-de-fomento-al-trabajo-digno-en-la-ciudad-de-mexico)	Sí	Un subgrupo de la población objetivo del METC podría también requerir el apoyo que entrega este programa
Atención médica domiciliaria	E - Prestación de servicios públicos	IMSS	La atención médica domiciliaria se proporciona a los derechohabientes que están imposibilitados, física o psíquicamente, para asistir a consulta externa.	Personas que no pueden asistir a los centros de salud.	Atención médica primaria	Federal	Página del IMSS (http://www.imss.gob.mx/tramites/imss03019)	Sí	El problema que buscan resolver ambos programas es el mismo
Atención médica domiciliaria	E - Prestación de servicios públicos	ISSSTE	Brindamos servicio en el domicilio, centro de trabajo o vía pública y, en caso de ser necesario, canalizamos al Derechohabiente (familiares, pensionados y jubilados) a la unidad hospitalaria. Ofrecemos soporte vital básico, avanzado o cuidados intensivos, ante un problema de salud urgente y grave.	Personas que no pueden asistir a los centros de salud.	Atención médica primaria	Federal	Página del ISSSTE (http://sgm.issste.gob.mx/medica/issstemergencias.php)	Sí	El problema que buscan resolver ambos programas es el mismo

Anexo 9. Inconsistencias en la Definición de Poblaciones entre Documentos del *METC*

Documento	Objetivo	Información Relacionada con la Población Objetivo
Ley de Salud del Distrito Federal	No se especifica el objetivo del <i>METC</i> en la Ley.	Artículo 6.- Para los efectos de esta Ley se entiende por: XIX. "El Médico en tu Casa".- Programa a través del cual se brindan servicios de salud a domicilio a mujeres embarazadas, personas adultas mayores, enfermos postrados o terminales y personas con discapacidad . Artículo 11.- Los usuarios de los servicios de salud tienen derecho a: XXII. Las mujeres embarazadas, personas adultas mayores, personas en situación de abandono, enfermos postrados o terminales y personas con discapacidad podrán también recibir los servicios de salud a través del programa "El Médico en tu Casa".
Lineamientos Generales para la Operación del Programa "El Médico en tu Casa"	Objetivo de los Lineamientos (no se especifica el objetivo del <i>METC</i>): "Los presentes Lineamientos tienen por objeto establecer los criterios de operación del Programa "El Médico en tu Casa" para el personal de salud adscrito a la Secretaría de Salud y a Servicios de Salud Pública, que participa de manera coordinada en la planeación, organización, supervisión, seguimiento y prestación de servicios de atención médica domiciliaria y orientación telefónica a población vulnerable como: mujeres embarazadas sin control prenatal, personas adultas mayores, personas en situación de abandono, enfermos postrados o terminales y personas con discapacidad, residentes de la Ciudad de México sin seguridad social laboral" (p. 7).	"Población vulnerable como: mujeres embarazadas sin control prenatal, personas adultas mayores, personas en situación de abandono, enfermos postrados o terminales y personas con discapacidad, residentes de la Ciudad de México sin seguridad social laboral" (p. 6).

Documento "Programa 'El Médico en tu Casa'"	Objetivo general: "Brindar servicios de salud a domicilio recorriendo casa por casa para la búsqueda de personas en situación vulnerable como mujeres embarazadas, adultos mayores, personas con discapacidad, enfermos postrados o con enfermedad en etapa terminal, personas en situación de abandono que por alguna situación de salud no pueden acudir a alguna unidad médica y no cuenten con seguridad social" (p. 24).	Definición población objetivo: "Información por barrido programa 'El Médico en tu Casa'" (p. 22).
Documento "Programa 'El Médico en tu Casa'"	Objetivos específicos: 1. "Incrementar la cobertura de atención médica de primer nivel a la población vulnerable de la Ciudad de México. 2. Fortalecer las acciones de promoción y capacitación en salud a los pacientes, familiares y cuidadores primarios. 3. Coadyuvar en la disminución de la muerte materna de la Ciudad de México. 4. Fortalecer el sistema de referencia y contra-referencia de pacientes beneficiarios del Programa "El Médico en tu Casa", con las unidades de mayor complejidad para su seguimiento y tratamiento en caso de ser necesario" (p. 24).	Características de la población del universo de trabajo: ▪ Mujeres embarazadas sin control prenatal. ▪ Adultos mayores con limitación funcional. ▪ Personas con discapacidad que no pueden trasladarse a la unidad de salud por su condición física. ▪ Personas con enfermedad en etapa terminal. ▪ Personas en situación de abandono y postrados (p. 32).

Casa"	Misión Otorgar atención médica interdisciplinaria con un enfoque sanitarista a domicilio con personal capacitado, facilitando la accesibilidad a los Servicios de Salud de manera oportuna, programada y con calidad, a la población vulnerable de la Ciudad de México (p. 23). Visión Ser un modelo de atención en salud innovador, universal, sustentable y participativo, que conjugue la calidad y el humanismo de los profesionales de la salud, con tecnología en salud y fomento en la formación de recursos humanos, contribuyendo al fortalecimiento del Sistema Salud de la Ciudad de México (p. 23).	Criterios de inclusión: 1. Acreditar ser residente de la Ciudad de México por medio de identificación oficial con domicilio en la ciudad. 2. Presentar afiliación a Seguro Popular y / o Programa de Gratuidad. 3. Personas en condiciones físicas, económicas, sociales o de desplazamiento que les impidan acudir a los servicios de salud, justificado con certificado o estudio social emitido por institución acreditada (p. 22). Criterios de exclusión: 1. Paciente que no acredite su inclusión con los documentos previamente solicitados. 2. No aceptación de atención médica o tratamiento por parte del enfermo o cuidador. 3. No se otorga la firma de consentimiento de ingreso al domicilio. 4. Deceso del paciente. 5. Mal uso de los beneficios del Programa (p. 23).
Página web del METC ¹⁰⁴	Objetivo: El objetivo primordial es brindar atención médica a población vulnerable, principalmente adultos mayores, discapacitados, enfermos terminales, así como disminuir el índice de mortalidad materna-infantil en la capital a través de los siguientes servicios.	▪ 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.

¹⁰⁴ Página web de *El Médico en tu Casa*, en la página oficial de la Secretaría de Salud, disponible en: <http://www.salud.cdmx.gob.mx/actividades/medico>, consultada el 8 de septiembre de 2017.

Modelo Operacional MTC	Objetivo general: "Brindar servicios de salud a domicilio recorriendo casa por casa para la búsqueda de personas en situación vulnerable como mujeres embarazadas, adultos mayores, personas con discapacidad, enfermos postrados o con enfermedad en etapa terminal, personas en situación de abandono que por alguna situación de salud no pueden acudir a alguna unidad médica y no cuenten con seguridad social" (p. 23).	"Brindar servicios de salud a domicilio recorriendo casa por casa para la búsqueda de personas en situación vulnerable como mujeres embarazadas, adultos mayores, personas con discapacidad, enfermos postrados o con enfermedad en etapa terminal, personas en situación de abandono que por alguna situación de salud no pueden acudir a alguna unidad médica y no cuenten con seguridad social" (p. 23).
Modelo Operacional MTC	Objetivos específicos: 1. Incorporar a la población objetivo al programa "El médico en tu casa". 2. Educar y promover acciones de salud que contribuyan a mejorar conocimientos, actitudes corresponsables y prácticas saludables entre los familiares y cuidadores primarios de la población vulnerable. 3. Detectar, diagnosticar, tratar y rehabilitar a la población objetivo del programa. 4. Detectar y diagnosticar a mujeres embarazadas sin control prenatal en su domicilio y referir inmediatamente a la unidad de salud para asegurar su control. 5. Referir oportuna y adecuadamente a los pacientes con complicaciones a las unidades de segundo o tercer nivel de atención. 6. Fortalecer el sistema de referencia y contra-referencia de pacientes beneficiarios del programa "El Médico en tu Casa", con las unidades de mayor complejidad para su seguimiento y tratamiento en caso de ser necesario.	

	7. Incrementar la cobertura de atención médica de primer nivel a la población vulnerable de la Ciudad de México. 8. Fortalecer las acciones de promoción y capacitación en salud a los pacientes, familiares y cuidadores primarios. 9. Coadyuvar en la disminución de la muerte materna de la Ciudad de México 10. Fortalecer el sistema de referencia y contra-referencia de pacientes beneficiarios del programa “El Médico en tu Casa”, con las unidades de mayor complejidad para su seguimiento y tratamiento en caso de ser necesario (pp. 23-24).	
--	---	--

Inconsistencias:

- En la *Ley de Salud del Distrito Federal*, hay inconsistencia entre los grupos de población que atiende el METC. En el artículo 6, a diferencia del 11, no se incluyen las “personas en situación de abandono”. Adicionalmente, no se mencionan los otros dos criterios que se establecen en el documento “Programa ‘El Médico en tu Casa’”: 1) “que por alguna situación de salud no pueden acudir a alguna unidad médica”, y; 2) “no cuenten con seguridad social” (p. 24).
- En el documento “Programa ‘El Médico en tu Casa’” se añaden más características a los grupos de “población vulnerable” en comparación con la *Ley de Salud del Distrito Federal*. A los adultos mayores se les agrega la característica de tener una “limitación funcional”; a las personas con discapacidad se les agrega “que no pueden trasladarse a la unidad de salud por su condición física”; y para las mujeres embarazadas se especifica que deben ser “sin control prenatal” (p. 22).
- Dentro del documento “Programa ‘El Médico en tu Casa’”, no coincide el criterio de inclusión relacionado con las razones por las cuales las personas no pueden acudir a un centro de salud. Por un lado, se menciona “que por alguna situación de salud no pueden acudir a alguna unidad médica” (p. 24) y, por otro, que “por sus condiciones físicas, sociales o de movilidad no podían acudir por su propio pie a los servicios de salud” (p. 9).
- Los objetivos específicos incluidos en el documento “Programa ‘El Médico en tu Casa’” son 4; en el “Modelo Operacional MTC” son 10 (uno se repite). Son consistentes a pesar de esto.