



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO  
FACULTAD DE ENFERMERÍA

Programa Domiciliario de Cuidados Paliativos con Metodología de Marco Lógico

**TESIS**

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de

Maestro en Ciencias de Enfermería

Presenta

Lic. Enf. Juvencio Bautista Antonio

Querétaro, Qro. Octubre, 2017



Universidad Autónoma de Querétaro  
Facultad de Enfermería  
Maestría en Ciencias de Enfermería

Programa Domiciliario de Cuidados Paliativos con Metodología de Marco Lógico

**Tesis**

Que como parte de los requisitos para obtener el Grado de Maestro en Ciencias de Enfermería

**Presenta:**

Juvencio Bautista Antonio

Dirigido por:  
MMS. Martha Zalapa Covarrubias  
SINODALES

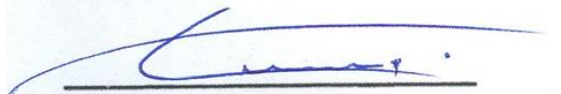
MMS. Martha Zalapa Covarrubias  
Presidente


Dra. Luz Del Rosario Muñoz Alonso  
Secretario

MCE. Mercedes Sánchez Perales  
Vocal

Dra. María Carmen Castruita Sánchez  
Suplente

MCE. María del Carmen García de Jesús  
Suplente

  
\_\_\_\_\_  
M.C.E. Ma. Guadalupe Perea Ortiz  
Directora de la Facultad

  
\_\_\_\_\_  
Dra. Ma. Guadalupe Flavia Loarca Piña  
Directora de Investigación y Posgrado

  
\_\_\_\_\_  
Firma

  
\_\_\_\_\_  
Firma

  
\_\_\_\_\_  
Firma

  
\_\_\_\_\_  
Firma

  
\_\_\_\_\_  
Firma

## RESUMEN

El número de Adultos mayores ha venido aumentando a nivel nacional y mundial y con ello trae consigo problemas inherentes al propio envejecimiento tales como las enfermedades crónicas degenerativas, siendo la principal causa de ingreso hospitalario e incremento de la mortalidad. El objetivo de este trabajo fue Diseñar un programa de Domiciliario de Cuidados Paliativos con Metodología de Marco Lógico implementado por el equipo multidisciplinario de salud para los derechohabientes Hospital Regional de Alta Especialidad Bicentenario de la Independencia del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Estudio de Investigación en sistemas de salud efectividad, costo de desarrollo y distribución de los recursos. Muestra un Equipo multidisciplinario que participo en el Diseño del Programa de Cuidados Paliativos Domiciliario. Utilizándose la estadística Descriptiva, así como una guía de aprobación de la matriz de marco lógico (basada en lineamientos del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). Se tomaron en cuenta consideraciones éticas a través de lo marcado por la Declaración de Helsinki, Ley General de Salud, Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación. Los resultados muestran el Diseño del programa alineado a los ejes de salud pública 2013-2018, pasos a seguir, costos de atención hospitalaria y atención domiciliaria de 40 pacientes en fase terminal a los que se les proporciona atención de manera quincenal. A partir de este estudio se determinó que implementando este programa se logran mejoras en la sociedad carente de estos proyectos donde se garantice una calidad de vida al final de la misma, donde el resultado final sea una muerte digna en compañía de sus seres queridos.

**Palabras clave:** programa, cuidados paliativos, marco lógico

## **SUMMARY**

The number of aged adults has been increasing at national and global level, this situation can increase the cases of people with inherent problems of aging, such as non-communicable diseases, the main cause of hospitalization and increased mortality with this age group. The objective of this analysis was to design a program of Home-based Palliative Care with Methodology of Logical Framework implemented by a multidisciplinary health workers team for the patients attending to the Regional Hospital of High Specialty Bicentennial of the Independence of the Instituto Nacional de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (Institute of Security and Social Services of the State Workers). Study of health systems research for effectiveness, cost of development and distribution of resources. It shows a multidisciplinary Team that participated in the Design of the Palliative Care Program. Using Descriptive Statistics, as well as a guide for approval of the logical framework matrix (based on guidelines from the National Council for the Evaluation of Social Development Policy of Mexico (CONEVAL). Ethical considerations were considered through the Declaration of Helsinki, General Health Law, Regulation of the General Health Law in Research Matters. The results of the analysis show the program design Aligned with the axes of public health 2013-2018, steps to follow, costs of hospital care and home-based care of 40 patients in the terminal phase who are given care biweekly. From this study, it was determined that implementing this program will achieve improvements in the society which lack of projects like this where a quality of life is guaranteed at the end of it, where the result is a worthy death in the company of loved ones.

Key words: program, palliative care, logical framework

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios por su gran misericordia, por iluminarme, guiarme siempre en los momentos buenos y difíciles de mi vida personal y profesional.

A mi madre por darme la vida, por ser la persona que más quiero en esta vida, por darme la oportunidad de ser su hijo y estar siempre juntos.

A mi querida Universidad Autónoma de Querétaro, por darme la oportunidad de realizar mis estudios de grado y posgrado.

A mi directora de tesis y a el cuerpo de Docentes presentes en mi formación para que finalmente pudiera concluir mi tesis y poder obtener el grado como Maestro en Ciencias de Enfermería.

## ÍNDICE

Resumen .....	i
Summary.....	ii
Agradecimientos .....	iii
Índice de cuadros .....	vi
Índice de figuras.....	vii
I. INTRODUCCIÓN .....	1
1.1 Planteamiento del problema .....	4
1.2 Justificación .....	8
1.3 Objetivos .....	11
II. REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	12
2.1 Enfermedades crónicas degenerativas .....	12
2.2 Enfermedad terminal .....	13
2.3 Calidad de la atención final de la vida .....	14
2.4 Cuidado del enfermo en terminal .....	14
2.5 Cuidador.....	15
2.6 Cuidador primario .....	15
2.7 Medicina paliativa .....	16
2.8 Cuidados paliativos .....	17
2.9 Legislación en cuidados paliativos .....	17
2.10 Programa de cuidados paliativos .....	22
2.11 Metodología del marco lógico .....	24
III. METODOLOGÍA.....	33
3.1 Tipo y diseño de investigación .....	33
3.2 Universo y muestra .....	34
3.3 Criterios de elección.....	34
3.4 Material y métodos.....	35
3.5 Plan de Análisis Estadístico .....	38
3.6 Ética del estudio.....	38

IV.RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....	40
V.CONCLUSIONES .....	63
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	65
ANEXOS .....	72

## ÍNDICE DE CUADROS

<b>Cuadro No.</b>	<b>Página</b>
Cuadro No.1 Estructura de la matriz del marco lógico .....	32
Cuadro No.2 Fases que se contemplan en el programa .....	40
Cuadro No.3 Clasificación de involucrados.....	49
Cuadro No.4 Análisis del problema .....	50
Cuadro No.5 Identificación de las alternativas de solución (acciones).....	54
Cuadro No.6 Caracterización de pacientes, área geográfica, recursos para la atención y costo por día de estancia hospitalaria.....	56
Cuadro No.7 Localizacion del proyecto, el tipo de pacientes, capital humano,distancia a servicios de salud en metros y costos de atencion del proyecto.....	57



## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura</b>		<b>Página</b>
Figura No.1	Árbol de efectos.....	33
Figura No.2	Árbol de causa.....	34
Figura No.3	Coherencia causa, medio y acción .....	36
Figura No.4	Estructura analítica del proyecto como base para la MML .....	38
Figura No.5	Identificación de involucrados .....	47
Figura No.6	Árbol de problemas en el programa .....	50
Figura No.7	Árbol de objetivos en el programa .....	51

## I. INTRODUCCIÓN

México se encuentra en una etapa de transición epidemiológica donde coinciden enfermedades transmisibles y enfermedades no transmisibles o crónicas, aunado a la transición demográfica en la que existe un envejecimiento acelerado de la pirámide poblacional, lo que hace necesario reconocer la importancia de invertir en acciones de salud y educación, a fin de que los grupos en edad productiva se mantengan con un mejor nivel de salud. <sup>1</sup>

En este contexto las enfermedades crónicas no transmisibles, representan un gran problema de Salud Pública, al constituirse en las principales causas de muerte y discapacidad tanto en países desarrollados como en desarrollo. Entre estas enfermedades, están las cardiovasculares, el cáncer, la diabetes mellitus, las enfermedades respiratorias crónicas, entre otras las cuales están directamente relacionadas al estilo de vida, siendo el sedentarismo en conjunto con el tabaquismo y la dieta desequilibrada, los principales factores de riesgo responsables de su desarrollo, de casi el 60% de las muertes en el mundo y del 46% de las enfermedades mundiales en el 2008.<sup>2</sup>

Desde hace años y en la actualidad los padecimientos como el cáncer y otras enfermedades crónicas degenerativas, que surgen a partir del incremento en la esperanza de vida y que llevan al paciente a puntos en los cuales existen grandes limitantes e incógnitas respecto a la evolución y manejo de la enfermedad, donde el ser humano de una conceptualización de enfermo crónico ahora se ha definido como enfermo terminal.<sup>2</sup>

De acuerdo con el Manual de Ética del Colegio Americano de Médicos, define al Enfermo terminal como una condición inexorable, no importa que reciba o no tratamiento, que muy probablemente fallecerá en un período de tres a seis meses. Por lo que se está ante una enfermedad terminal (ET) cuando existe un estado clínico que provoque expectativa de muerte en un breve lapso.<sup>2</sup>

A nivel internacional se ha trabajado con programas en Cuidados paliativos, uno de ellos es en Cuba donde el Programa de Atención al Dolor y Cuidados Paliativos al paciente oncológico (PADCP) tiene sus antecedentes entre 1992-1994, cuando se hicieron las primeras investigaciones de intervención en el Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología (INOR) con el moderno enfoque de Cuidados Paliativos. Entre 1995-1996 se revisaron las experiencias de otros países y se realizó un Taller con especialistas del INOR para recoger criterios para la elaboración del Programa.<sup>3</sup>

En Europa se tiene documentado el programa de soporte domiciliario de cuidados paliativos que basan su atención directa con el enfermo terminal, coordinado por un equipo interdisciplinario en salud.<sup>4</sup>

Dentro de los Cuidados Paliativos se considera la intervención de un equipo interdisciplinario, integrado de médicos y otros profesionales como enfermeras, psicólogos, asistentes sociales, terapeutas ocupacionales y representantes religiosos donde se introducen cada vez más como recursos habituales en los programas de servicios de salud.<sup>4</sup>

La necesidad de implementar un programa de Cuidados Paliativos permite no solamente de promover una atención digna y humanitaria a personas en situación difícil, con nuevas concepciones de trabajo en equipo, sino que es ante todo un instrumento profesionalizado para la racionalización del funcionamiento de los recursos de salud. El objetivo es alcanzar la máxima calidad de vida posible para el paciente en fase terminal y su familia. Muchos aspectos de los cuidados paliativos son también aplicables en fases previas de la enfermedad juntamente con tratamientos específicos.<sup>4</sup>

El Sistema Integral de Calidad (SICALIDAD), que ha venido siendo presentado en las diferentes entidades federativas, incluye proyectos de Calidad percibida, Calidad técnica y seguridad del paciente, Calidad en la gestión de los servicios de salud, Institucionalización de la calidad y Proyectos de apoyo y reconocimiento, derivado de la segunda estrategia Calidad técnica y seguridad del paciente se contempla el Programa Nacional de Cuidados Paliativos (PALIAR).<sup>5</sup>

La construcción de sistemas de Monitoreo y Evaluación en los países ayuda a fortalecer la gobernabilidad a través del fortalecimiento de las relaciones de rendición de cuentas y el incremento de la transparencia en la gestión. Igualmente, impulsa el desarrollo de una cultura del desempeño en la administración pública capaz de sustenta una mejor formulación de políticas y una más eficiente toma de decisiones presupuestarias.

Actualmente los programas de salud deben estar alineados a los ejes de política pública, con el fin de garantizar presupuestos atractivos para lograr objetivos significativos en materia de salud.

Por lo anterior, la finalidad del presente estudio es diseñar programa Domiciliario de Cuidados Paliativos con Metodología de Marco Lógico, el cual estará alineado al plan nacional de desarrollo 2013-2018, asimismo al programa sectorial de salud 2013 – 2018, elaborado por el equipo multidisciplinario de salud para los derechohabientes del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado para lo cual se utilizará la metodología de marco lógico propuesta por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público de igual forma alineado al Programa Nacional de Cuidados Paliativos (PALIAR) de la Secretaría de Salud.

## 1.1 Planteamiento del problema

En las últimas décadas los Cuidados Paliativos han evolucionado enormemente a lo largo de los cinco continentes. En Gran Bretaña, tras la creación del St. Christopher Hospice, la filosofía de trabajo se fue expandiendo progresivamente, lo que permitió lograr cada vez mayor cobertura económica y asistencial. El éxito del St. Christopher Hospice sentó un precedente y permitió que el movimiento Hospice se expandiera a través del mundo, generándose grupos consultores, centros de referencia, atención a domicilio y programas de investigación y docencia.<sup>6</sup>

Por otro lado, en Estados Unidos, en el año 1974 se inauguró el primer hospice del país, en Bradford, Connecticut. A mediados de los ochenta Medicare reconoce a los Cuidados Paliativos dentro de las atenciones médicas a cubrir. La evolución de los cuidados paliativos de los norteamericanos, a diferencia de los ingleses, ha estado predominantemente centrada en el desarrollo de servicios domiciliarios, tanto que para acceder al beneficio Medicare, los hospices deben ofrecer mayoritariamente programas de atención domiciliaria en sus servicios. En 1994 los servicios tipo Hospice atendieron a más de 340.000 pacientes oncológicos y no oncológicos y en la actualidad hay aproximadamente 2.400 programas Hospice en Estados Unidos. La incorporación de pacientes no oncológicos a la atención fue una innovación considerada pionera en los Cuidados Paliativos a nivel mundial.<sup>5</sup>

A pesar de que los Cuidados Paliativos comenzaron como un movimiento médico-social no alineado con la medicina académica, a la cual reprochaba su excesivo interés en la enfermedad y su falta de interés en el paciente que la padece, éstos han crecido hasta ser finalmente aceptados por los centros académicos mundiales. En 1987 Gran Bretaña fue el primer país en el mundo en crear la sub-especialidad médica llamada Medicina Paliativa, lo que fue seguido por el reconocimiento en numerosos otros países como Australia, Bélgica, Nueva Zelanda, Hong Kong, Polonia, Singapur, Taiwán y Rumania. En septiembre del

2006 el American Board of Medical Subspecialties otorga a la Medicina Paliativa finalmente el estatus de subespecialidad.<sup>7</sup>

Desde hace años existen numerosas asociaciones internacionales de Cuidados Paliativos y alrededor de una decena de Revistas Científicas dedicadas al tema. La investigación de nivel académico enfocada a la Medicina Paliativa ha tenido un desarrollo creciente en los últimos años dando énfasis a temas propios de esta disciplina, pudiéndose mencionar la atención al sufrimiento del enfermo terminal en forma holística, lo que ha sido uno de los argumentos de fondo para sostener su estatus de subespecialidad emergente.<sup>4</sup>

En México la vejez dejó de ser la experiencia de unos cuantos para convertirse en la cotidianidad de millones. Hoy la población mayor de 65 años asciende a poco más de cinco millones de personas. En 2050 los adultos mayores serán 32 millones y representarán 24.6% de la población.<sup>8</sup>

La población de 65 años y mayores de 85 años se ubica entre 3 y 5%. Los daños a la salud (muerte, enfermedad y discapacidad) tienden a concentrarse de manera creciente en los adultos mayores y se deben sobre todo a padecimientos no transmisibles.

Según estimaciones de la Dirección General de Información en Salud (DGIS) de la Secretaría de Salud, 84% de las muertes en el país se deben a enfermedades no transmisibles y lesiones, y 53% se concentran en los mayores de 65 años.<sup>8</sup>

El descenso de la mortalidad general, de 16 defunciones por 1,000 habitantes en 1950 a 4.4 por 1,000 en 2005, produjo un importante incremento de la esperanza de vida, pasando de 49.6 años a 78 años en las mujeres y 73 años en los hombres en el mismo periodo, cifras comparables a las de Argentina e Italia en el caso de las mujeres, y Cuba y Bélgica en el caso de los hombres.<sup>6</sup>

En México el fundador de las Clínicas de Dolor es el Dr. Vicente García Olivera, quien fue entrenado en Estados Unidos por el Dr. John Bonica. A su regreso a México, el Dr. García aplica su aprendizaje en la apertura de Clínicas del Dolor y a su vez realiza entrenamiento a nuevos médicos en el ámbito de dolor. En el año de 1972 se inicia la Clínica de Dolor en el Instituto Nacional de la Nutrición, Hospital General de México, Instituto Nacional de Cancerología (INCAN). En Guadalajara, Jalisco, en el Hospital General de Occidente (Zoquepan) y Hospital Civil de Guadalajara (Hospital Belén). En el año de 1992 en el Hospital Civil de Guadalajara (Juan I Menchaca) se instala la primera “Unidad de Cuidados Paliativos”.<sup>8</sup>

En la actualidad los principales institutos de salud a nivel nacional continúan con el proceso en la creación de clínicas específicas de cuidados paliativos, sin embargo, no se tiene documentado la existencia de programas de cuidados paliativos en el hogar, en contraparte el Instituto Mexicano del Seguro Social actualmente trabaja el programa de atención domiciliaria en el paciente crónico (ADEC), así como la implementación de áreas de confort para pacientes en fase terminal en unidades médicas de alta especialidad.<sup>9</sup>

Por otra parte en México existe la normalización para trabajar con programas basados en la Metodología del Marco Lógico derivado del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) y la Secretaría de la Función Pública (SFP) quienes emitieron los Lineamientos Generales para la Evaluación de los Programas Federales de la Administración Pública Federal, que tienen como objetivo crear un sistema de evaluación y monitoreo que genere información oportuna y confiable para tomar decisiones, con el fin de mejorar la presupuestación, la gestión y la rendición de cuentas de la Administración Pública Federal, contribuyendo así a la mejora en los sistemas de salud donde día con día se ve como una necesidad mayor para la atención integral de los enfermos.<sup>10</sup>

Actualmente el proceso de morir presenta características nuevas, originadas por los adelantos científicos, tecnológicos y los cambios sociales. El ser humano muere en su mayoría, en instituciones de salud sin el apoyo de sus seres queridos

y de los servicios religiosos. En el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al servicio del Estado la enfermera (o) ha desempeñado un importante papel en el cuidado y recuperación del enfermo dentro de su ejercicio, en los últimos años ha cobrado un protagonismo especial, ya que se trata de un sector de profesionales con un alto grado de sensibilización y humanismo sin tomar en cuenta la importancia se le tiene que brindar al enfermo en fase terminal. <sup>11</sup>

Hoy en día el ISSSTE impulsa la atención integral de personas con enfermedades crónicas y degenerativas, así como aquellas que viven con padecimientos en fase terminal y de sus familias a través de cuidados paliativos que son proporcionados en las clínicas instauradas en los hospitales de segundo y tercer nivel de atención, tanto en aspectos físicos como emocionales, sociales y espirituales, promocionando su autonomía y respetando su dignidad a través de la atención continua e individualizada. <sup>11</sup>

Sin embargo mediante la revisión de trabajos de investigación así como la consultoría en la página del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al servicio del Estado, se encontró que en el medio domiciliario aún no se cuenta con el establecimiento de un programa de cuidados paliativos que propicie al enfermo en fase terminal calidad al final de su vida, mediante el acompañamiento de sus seres queridos, con los cuidados activos óptimos holísticos que él requiera en sus diferentes esferas.

Ante, lo anteriormente señalado surge la siguiente pregunta de investigación.

**¿Cuál será el diseño adecuado para elaborar un programa Domiciliario de Cuidados Paliativos con Metodología de Marco Lógico para los derechohabientes del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al servicio del Estado?**



## 1.2 Justificación

La evolución de los Centros para enfermedades terminales y Cuidados Paliativos modernos comenzó en Inglaterra. Cicely Saunders fue una enfermera consciente de las carencias en los cuidados hospitalarios que experimentaban los pacientes incurables antes de morir. Fue la primera enfermera especialista en el manejo de síntomas de pacientes moribundos e inició en Gran Bretaña el Movimiento Hospice que suponía un nuevo concepto de abordaje global para enfrentarse a una gran variedad de síntomas y al sufrimiento que experimentan los enfermos terminales. Fue una ferviente defensora de la muerte con dignidad, oponiéndose a la eutanasia y argumentando que la muerte puede ser una experiencia positiva a la que todo el mundo tiene derecho. Su convicción fue: Usted importa por lo que usted es. Usted importa hasta el último momento de su vida y haremos todo lo que esté a nuestro alcance, no sólo para que muera de manera pacífica, sino también para que, mientras viva, lo haga con dignidad. A Cicely Saunders se le considera la pionera de los cuidados paliativos.

En la historia natural de las enfermedades crónico-degenerativas, se presenta un estadio clínico denominado fase terminal, en el cual se requiere que los prestadores de servicios de atención médica lleven a cabo acciones específicas para paliar el dolor y el sufrimiento de los pacientes, con lo cual se pretende al mismo tiempo, mejorar su calidad de vida en esta difícil etapa.<sup>12</sup>

En el ámbito de la atención médica, se sabe que las enfermedades crónico-degenerativas, de las cuales, una proporción considerable corresponde a aquellas que se caracterizan por ser incurables, progresivas, invalidantes e irremediablemente fatales, se encuentran intrínseca e inevitablemente ligadas con el dolor, con el sufrimiento y el deterioro de la calidad de vida de quien las padece; sin embargo, no es únicamente el enfermo el que sufre los estragos de dichas enfermedades, familiares y personas que los rodean afectivamente, también sufren una alteración considerable en sus vidas y de alguna manera comparten y les afecta ese sufrimiento y dolor.<sup>13</sup>

De igual manera los grandes avances surgidos en la medicina en las últimas décadas han propiciado que enfermos con graves procesos incurables vivan más tiempo, esta situación demanda dar una mejor calidad de vida a los pacientes, todo ello constituye el origen de lo que actualmente son los cuidados paliativos y la atención al enfermo en fase Terminal.

Con la realización de este estudio, se obtendrá un programa fundamentado en normas mexicanas, legislación y procesos específicos en medicina y enfermería basada en evidencia científica lo que permitirá ejecutar cuidados paliativos pertinentes a pacientes en fase terminal en su domicilio mediante un equipo multidisciplinario de salud altamente acreditado para su actuación.

A través de la evaluación de la respuesta de los participantes en el programa y valorando su efectividad continuamente, se podrá determinar a futuro una posible disminución de los ingresos a las unidades de hospitalización como son medicina interna, cirugía general, oncología, hematología, nefrología por mencionar algunos que hoy en día son ocupadas en gran número por enfermos con padecimientos en fase terminal, lo que incrementa los costos para la institución dados por estancias prolongadas. Por otro lado, se considera pertinente la elaboración de dicho programa con la finalidad de que el enfermo viva su fase terminal con calidad y muera dignamente en compañía de sus seres queridos.

Es de suma importancia mencionar que el resultado esperado de esta investigación será trascendental en el ISSSTE. ya que en esta institución no se cuenta con evidencia científica en la ejecución de programas de este tipo según bases de datos y referencias consultadas hasta el 2015 , lo que permitirá incursionar de manera significativa con base a la legislación en cuidados paliativos y dolor en México derivada de la Ley General de Salud, así como de las líneas de acción (Paliar) derivadas Sistema Integral de Calidad que emana del Programa Nacional de Salud sin pasar por alto la Norma Oficial Mexicana -011-SSA-2007, donde se establecen los criterios para la atención de enfermos en fase terminal a través de cuidados paliativos.

El beneficio a la sociedad traerá sin duda cambios en sus necesidades ante la presencia de una enfermedad en fase terminal lo que permite la armonía y mejoramiento ante dicho proceso.

Por otro lado, la investigación contribuirá a contrastar los datos que aquí se obtengan, con otras investigaciones sobre este tema, con la finalidad de:

- Mejorar la calidad de vida de enfermos en situación terminal y sus familias, de manera racional, planificada y eficiente
- Facilitar un modelo de trabajo que permita el abordaje interdisciplinar e integral de las necesidades del paciente y reducir de esta forma el impacto de la enfermedad a nivel personal y social.
- Impulsar la formación de los profesionales implicados en los cuidados de los pacientes. Esta formación debe ser adaptada a las necesidades del profesional en función de sus competencias en esta materia.
- Proporcionar una formación y educación sanitaria a la familia basada en las necesidades de cuidados del paciente, como medida fundamental para velar por la autonomía de la familia como proveedora de los cuidados.

La investigación se consideró viable, pues se dispone de los recursos necesarios para llevarla a cabo, por lo que se solicitó la autorización de la dirección del Hospital Regional de Alta Especialidad Bicentenario de la Independencia del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), para realizar el estudio en lo que compete para lograr resultados favorables. Así mismo, se obtuvo el apoyo de la Universidad Autónoma de Querétaro, lo cual facilitó la recolección de datos, mediante la asesoría efectiva del personal involucrado con este estudio.

### **1.3 Objetivos**

#### **Objetivo General**

- Diseñar un programa de Domiciliario de Cuidados Paliativos con Metodología de Marco Lógico implementado por el equipo multidisciplinario de salud para los derechohabientes Hospital Regional de Alta Especialidad Bicentenario de la Independencia del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

#### **Objetivos específicos**

- Describir los pasos del programa domiciliario de cuidados paliativos
- Obtener el Diseño del programa
- Alinear a los ejes de política pública del periodo 2013-2018
- Evaluar la viabilidad del programa

## **II. REVISIÓN DE LA LITERATURA**

Se describen los aspectos relevantes al estudio, que permiten integrar conceptos relacionados al objeto de estudio.

### **2.1 Enfermedades crónicas degenerativas**

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son uno de los mayores retos que enfrenta el sistema de salud. Lo son por varios factores: el gran número de casos afectados, su creciente contribución a la mortalidad general, la conformación en la causa más frecuente de incapacidad prematura y la complejidad y costo elevado de su tratamiento. Su emergencia como problema de salud pública fue resultado de cambios sociales y económicos que modificaron el estilo de vida de un gran porcentaje de la población. Los determinantes de la epidemia de ECNT tuvieron su origen en el progreso y la mejoría del nivel de vida y no podrán revertirse sin un enfoque individual, social e institucional. en este sentido las ECNT son una prioridad para el gobierno federal.<sup>14</sup>

Las ECNT son un grupo heterogéneo de padecimientos que contribuye a la mortalidad mediante un pequeño número de desenlaces (diabetes, enfermedades cardiovasculares y enfermedad vascular cerebral). Los decesos son consecuencia de un proceso iniciado décadas antes. La evolución natural de la diabetes y las enfermedades cardiovasculares puede modificarse con acciones que cambien el curso clínico de las condiciones que determinan su incidencia. Entre ellas se encuentran el sobrepeso y la obesidad, las concentraciones anormales de los lípidos sanguíneos, la hipertensión arterial, el tabaquismo, el sedentarismo, la dieta inadecuada y el síndrome metabólico. Esta particularidad introduce oportunidades para la prevención, el desarrollo de herramientas pronósticas y la creación de modelos farmaco-económicos. Por ejemplo, al conocer las modificaciones de la prevalencia nacional de estas anomalías es posible pronosticar el daño de las ECNT y evaluar el efecto de las acciones preventivas.<sup>14</sup>

En consecuencia, la evolución natural de las ECNT permite la institución de programas preventivos dirigidos a diferentes estratos de la población, con resultados cuantificables<sup>15</sup>

## **2.2 Enfermedad terminal**

Los criterios que se han propuesto para poder catalogar a un paciente como enfermo terminal según la Sociedad Española de Cuidados Paliativos son: <sup>16</sup>

1. Diagnóstico seguro de una enfermedad avanzada, progresiva y sin posibilidades de curación. Habitualmente se relaciona a enfermedades oncológicas, pero comprende también la insuficiencia no trasplantable de órganos (Insuficiencia cardiaca, Enfermedad Crónica Pulmonar, Daño hepático crónico, Insuficiencia renal sin hemodiálisis), enfermedades neurológicas degenerativas (Alzheimer, Accidente vascular encefálico), enfermedades infecciosas en las que se desestima el tratamiento, etc.

2. Falta de respuesta al tratamiento específico.

3. Pronóstico de vida no mayor a 6 meses.

4. Numerosos síntomas intensos, multifactoriales y cambiantes

5. Gran impacto emocional en el paciente, familia y equipo terapéutico.

Se ha utilizado el pronóstico de vida no mayor a 6 meses no con el fin de restringir los beneficios a un período de tiempo, sino como método de establecer un pronóstico vital reservado. Relacionado con esto se han construido numerosas guías prácticas para ayudar en la determinación de tal pronóstico, sin embargo, estas guías sólo deben utilizarse como una orientación, puesto que el poder predictivo para enfermedades no neoplásicas es muy bajo, permaneciendo el criterio clínico como el único elemento que permite suponer una muerte cercana en los pacientes oncológicos la aparición de algunos síntomas y signos es bastante característico, por lo que conociendo dicha secuencia es posible sospechar la proximidad de la muerte del paciente terminal portador de una enfermedad.<sup>17</sup>

### **2.3 Calidad de la atención final de la vida**

Dentro de la atención al enfermo en fase terminal se contempla la calidad de la atención al final de la vida la cual se define como el cuidado que se brinda al enfermo grave o en fase terminal antes de su fallecimiento. Dicho cuidado reúne los requisitos de seguridad, oportunidad, satisfacción de necesidades, resultados, indicadores y efectividad, así como un trato digno con respeto, información adecuada y empatía.<sup>18</sup>

Dentro de la ética médica al final de la vida se establecen tres requisitos para brindar una atención de calidad al final de la vida.<sup>19</sup>

1.-Control del dolor

2.-Tratamiento de sostén: la mejoría de la calidad de vida. La probabilidad de sobrevivir. El costo- beneficio de la terapéutica.

3.-Apoyo emocional al paciente y familia.

### **2.4 Cuidado del enfermo en terminal**

La acción real y concreta de cuidado puede trascender el valor de la persona y superarlo siendo dentro de esta idea que la noción de los valores y las acciones de cuidado pueden ser contagiosas en forma individual y en grupo, si se dan suficientes condiciones. El valor del cuidado se fundamenta en la persona creativa cuyo ser es trascendente.<sup>20</sup>

Uno de los problemas serios en el cuidado es que en ocasiones tratamos a nuestros pacientes como patologías y no como personas. Por ejemplo, el Infarto Agudo al Miocardio complicado, el de la cama 8, la diabetes descompensada. El ser humano es persona desde el primer momento de su existencia, y como tal ha de ser tratado, respetado por sí mismo, y no puede quedar reducido a puro instrumento en beneficio de otros. El cuidado de todo paciente tiene como fin su

curación, la mejora de sus condiciones de salud o su supervivencia, y, por tanto, deben respetar su vida y su integridad, sin ser expuesto a riesgos.<sup>21</sup>

Todos los seres humanos son diferentes en parámetros como peso, color, lenguaje, etc., así como en la forma de pensar, en su historia, la actitud ante su enfermedad, ante los problemas y ante la toma de decisiones sobre los mismos. Sin embargo, por tener en común la condición humana, todos tienen los mismos derechos fundamentales. El primero de esos derechos protege la vida y la integridad física.<sup>22</sup>

## **2.5 Cuidador**

Se ha definido al cuidador como “aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales” según Flórez Lozano et al, .<sup>23</sup>

## **2.6 Cuidador primario**

Se le llama “cuidador” a la persona que se hace cargo de proveer atención y asistencia a un enfermo. Dentro de los cuidadores se pueden distinguir dos categorías: los cuidadores primarios y los secundarios. El cuidador primario es aquel que guarda una relación directa con el paciente o enfermo, como el cónyuge, los hijos, los hermanos o los padres. El cuidador secundario es aquel que no tiene una relación directa o un vínculo cercano con el enfermo; puede tratarse de una enfermera, un asistente, un trabajador social, un familiar lejano o cualquier persona que labore en una institución prestadora de servicios de salud. En diversos estudios sobre los cuidadores y sus condiciones se ha señalado que casi todos ellos son generalmente familiares directos, esto es, cuidadores primarios, y muy pocos cuidadores secundarios.

El cuidador primario en la mayoría de las veces son mujeres (casi siempre esposas o hijas del paciente). También existen un grupo importante de cuidadores mayores de 65 años, generalmente cónyuges del enfermo, y aquí habría que



considerar que, debido a su edad avanzada, regularmente manifiestan limitaciones y dificultades físicas que deben ser consideradas para prevenir que tales cuidadores sufran problemas adicionales de salud. De igual manera, una gran mayoría de los cuidadores (80%) presta sus servicios un número variable de horas durante los siete días de la semana.<sup>24</sup>

En el estudio de las condiciones de vida del cuidador, y particularmente de los sentimientos de carga del cuidador, debe observarse con detenimiento la tarea que estos realizan. La tarea de cuidar a un enfermo comprende a menudo la aparición de una amplia variedad de problemas de orden físico, psíquico y socio familiar, los que componen un auténtico síndrome que es necesario conocer y diagnosticar tempranamente para prevenir su agravamiento.<sup>25</sup>

## **2.7 Medicina paliativa**

La “Medicina Paliativa” es el estudio y manejo de pacientes con enfermedades activas, progresivas y avanzadas, en quienes el pronóstico es limitado y en que el principal interés es la calidad de vida”.<sup>26</sup>

La Organización Mundial de la Salud (OMS) agrega: “la meta de la Medicina Paliativa es conseguir la mejor calidad de vida de sus pacientes y sus familias; la Medicina Paliativa afirma la vida, y acepta la muerte como un proceso natural; no acorta ni alarga la vida, proporciona alivio del dolor y de otros síntomas estresantes integra los aspectos psicológicos y espirituales en el cuidado, ofrece un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte, y apoya a la familia durante la enfermedad del paciente y durante el duelo”.

Si bien las técnicas de medicina paliativa podrían ser utilizadas para cualquier paciente, se suele restringir únicamente al ámbito de los pacientes terminales, estando aún sujeto a debate el momento adecuado de iniciar un manejo paliativo.<sup>27</sup>

## **2.8 Cuidados paliativos**

La OMS,2014, define los Cuidados Paliativos como el cuidado activo y total de los pacientes portadores de enfermedades que no responden a tratamiento curativo. El Control del dolor y de otros síntomas, así como la atención de aspectos psicológicos, sociales y espirituales, son aspectos primordiales en la atención del enfermo. Así mismo ofrece un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte. Apoya a la familia en la enfermedad del paciente y durante el duelo .<sup>27</sup>

El objetivo de los cuidados paliativos es mejorar los síntomas y la calidad de vida en cualquier etapa de una enfermedad recurriendo a la experiencia de un equipo interdisciplinario. Al final de la vida los cuidados paliativos suelen convertirse en el único tipo de atención, pero durante toda la evolución de las enfermedades crónicas graves y terminales una estrategia de cuidados paliativos se convierte en el único objetivo de la atención, sin importar el pronóstico, ya sea que el fin sea curar la enfermedad o tratarla cuando es crónica. <sup>27</sup>

## **2.9 Legislación en cuidados paliativos**

El derecho a ser atendido por una enfermedad terminal y recibir cuidados paliativos, constituye un avance en el reconocimiento de los derechos humanos. El elevar a rango de ley, en materia de salubridad general, el tratamiento del dolor y los cuidados paliativos en los servicios de salud sienta bases para mejorar la calidad de vida de los usuarios de servicios médicos.<sup>12</sup>

### **Decreto por el que se reforma y adiciona la ley general de salud en materia de cuidados paliativos en México**

#### **De los cuidados paliativos a los enfermos en situación terminal**

#### **CAPÍTULO I. Disposiciones comunes**

**Artículo 166 bis.** El presente título tiene por objeto:

- I. Salvaguardar la dignidad de los enfermos en situación terminal, para garantizar una vida de calidad a través de los cuidados y atenciones médicas, necesarios para ello;
- II. Garantizar una muerte natural en condiciones dignas a los enfermos en situación terminal;
- III. Establecer y garantizar los derechos del enfermo en situación terminal en relación con su tratamiento;
- IV. Dar a conocer los límites entre el tratamiento curativo y el paliativo;
- V. Determinar los medios ordinarios y extraordinarios en los tratamientos; y
- VI. Establecer los límites entre la defensa de la vida del enfermo en situación terminal y la obstinación terapéutica.

**Artículo 166 bis 1.** Para los efectos de este Título, se entenderá por:

- I. Enfermedad en estado terminal. A todo padecimiento reconocido, irreversible, progresivo e incurable que se encuentra en estado avanzado y cuyo pronóstico de vida para el paciente sea menor a 6 meses;
- II. Cuidados básicos. La higiene, alimentación e hidratación y el manejo de la vía aérea;
- III. Cuidado paliativo. Es el cuidado activo y total de aquellas enfermedades que no responden a tratamiento curativo. El control del dolor y de otros síntomas, así como la atención de aspectos psicológicos, sociales y espirituales;
- IV. Enfermo en situación terminal. Es la persona que tiene una enfermedad incurable e irreversible y que tiene un pronóstico de vida inferior a seis meses;
- V. Obstinación terapéutica. La adopción de medidas desproporcionadas o inútiles con el objeto de alargar la vida en situación de agonía;
- VI. Medios extraordinarios. Los que constituyen una carga demasiado grave para el enfermo y cuyo perjuicio es mayor que los beneficios; en cuyo caso, se podrán

valorar estos medios en comparación con el tipo de terapia, el grado de dificultad y de riesgo que comporta, los gastos necesarios y las posibilidades de aplicación respecto del resultado que se puede esperar de todo ello;

VII. Medios ordinarios. Los que son útiles para conservar la vida del enfermo en situación terminal o para curarlo y que no constituyen, para él una carga grave o desproporcionada en relación con los beneficios que se pueden obtener;

VIII. Muerte natural. El proceso de fallecimiento natural de un enfermo en situación terminal, contando con asistencia física, psicológica y en su caso, espiritual; y

IX. Tratamiento del dolor. Todas aquellas medidas proporcionadas por profesionales de la salud, orientadas a reducir el sufrimiento físico y emocional producto de una enfermedad terminal, destinadas a mejorar la calidad de vida.

**Artículo 166 bis 2.** Corresponde al Sistema Nacional de Salud garantizar el pleno ejercicio, libre e informado, de los derechos señalados en esta Ley y demás ordenamientos aplicables, a los enfermos en situación terminal.

## **CAPÍTULO II. De los derechos de los enfermos en situación terminal**

**Artículo 166 bis 3.** Los pacientes enfermos en situación terminal tienen los siguientes derechos:

I. Recibir atención médica integral;

II. Ingresar a las instituciones de salud cuando requieran atención médica;

III. Dejar voluntariamente la institución de salud en que esté hospitalizado, de conformidad a las disposiciones aplicables;

IV. Recibir un trato digno, respetuoso y profesional procurando preservar la calidad de vida;

V. Recibir información clara, oportuna y suficiente sobre las condiciones y efectos de su enfermedad y los tipos de tratamientos por los cuales puede optar, según la enfermedad que padezca;

VI. Dar su consentimiento informado por escrito para la aplicación o no de tratamientos, medicamentos y cuidados paliativos adecuados a su enfermedad, necesidades y calidad de vida;

VII. Solicitar al médico que le administre medicamentos que mitiguen el dolor;

VIII. Renunciar, abandonar o negarse en cualquier momento a recibir o continuar el tratamiento que considere extraordinario;

IX. Optar por recibir cuidados paliativos en un domicilio particular;

X. Designar a algún familiar, representante legal o a una persona de su confianza, para en caso de que, con el avance de la enfermedad, esté impedido a expresar su voluntad, lo haga en su representación;

XI. A recibir los servicios espirituales, cuando lo solicite él, su familia, representante legal o persona de su confianza.

**Artículo 166 bis 7.** El paciente en situación terminal que esté recibiendo los cuidados paliativos, podrá solicitar y recibir nuevamente el tratamiento curativo, ratificando su decisión por escrito ante el personal médico correspondiente.

**Artículo 166 bis 9.** Los cuidados paliativos se proporcionarán desde el momento en que se diagnostica el estado terminal de la enfermedad, por el médico especialista.

**Artículo 166 bis 10.** Los familiares del enfermo en situación terminal tienen la obligación de respetar la decisión que, de manera voluntaria, tome el enfermo en los términos de este título.

**Artículo 166 bis 11.** En casos de urgencia médica y cuando existe incapacidad del enfermo en situación terminal para expresar su consentimiento, y en ausencia de familiares, representante legal, tutor o persona de confianza, la decisión de aplicar un procedimiento médico, quirúrgico o tratamiento necesario será tomada por el médico especialista y/o por el Comité de Bioética de la institución.

### **CAPÍTULO III. De las facultades y obligaciones de las instituciones de salud**

**Artículo 166 bis 13.** Las instituciones del Sistema Nacional de Salud:

I. Ofrecerán el servicio para la atención debida a los enfermos en situación terminal;

II. Proporcionarán los servicios de orientación, asesoría y seguimiento al enfermo en situación terminal y a sus familiares o persona de confianza, en caso de que los cuidados paliativos se realicen en el domicilio particular;

III. De igual manera, en caso de que los cuidados paliativos se realicen en el domicilio particular, la Secretaría pondrá en operación una línea telefónica de acceso gratuito para que oriente, asesore y dé seguimiento al enfermo en situación terminal o a sus familiares o persona de su confianza;

IV. Proporcionarán los cuidados paliativos correspondientes al tipo y grado de enfermedad, desde el momento del diagnóstico de la enfermedad terminal hasta el último momento; V. Fomentarán la creación de áreas especializadas que presten atención a los enfermos en situación terminal; y

VI. Garantizarán la capacitación y actualización permanente de los recursos humanos para la salud, en materia de cuidados paliativos y atención a enfermos en situación terminal.

### **CAPÍTULO IV De los derechos, facultades y obligaciones de los médicos y personal sanitario**

**Artículo 166 bis 14.** Los médicos tratantes y el equipo sanitario que preste los cuidados paliativos, para el mejor desempeño de sus servicios, deberán estar debidamente capacitados humana y técnicamente, por instituciones autorizadas para ello.

**Artículo 166 bis 16.** Los médicos tratantes podrán suministrar fármacos paliativos a un enfermo en situación terminal, aun cuando con ello se pierda estado de alerta o se acorte la vida del paciente, siempre y cuando se suministren dichos fármacos paliativos con el objeto de aliviar el dolor del paciente. Podrán hacer uso de

analgésicos opioides, de ser necesario y de acuerdo con lo estipulado en la presente Ley. En estos casos será necesario el consentimiento del enfermo. En ningún caso se suministrarán fármacos con la finalidad de acortar o terminar la vida del paciente, en tal caso se estará sujeto a las disposiciones penales aplicables.

**Artículo 166 bis 17.** Los médicos tratantes, en ningún caso y por ningún motivo implementaran medios extraordinarios al enfermo en situación terminal, sin su consentimiento.

**Artículo 166 bis 18.** Para garantizar una vida con calidad y el respeto a la dignidad del enfermo en situación terminal, el personal médico no deberá aplicar tratamientos o medidas consideradas como obstinación terapéutica, ni medios extraordinarios.

**Artículo 166 bis 19.** El personal médico que deje de proporcionar los cuidados básicos a los enfermos en situación terminal será sancionado conforme lo establecido por las leyes aplicables.

**Artículo 166 bis 20.** El personal médico que, por decisión propia, deje de proporcionar cualquier tratamiento o cuidado sin el consentimiento del enfermo en situación terminal, o en caso de que esté impedido para expresar su voluntad, la de su familia o persona de confianza, será sancionado conforme lo establecido por las leyes aplicables.

**Artículo 166 bis 21.** Queda prohibida, la práctica de la eutanasia, entendida como homicidio por piedad, así como el suicidio asistido conforme lo señala el Código Penal Federal, bajo el amparo de esta ley. En tal caso se estará bajo lo que señalan las disposiciones penales aplicables.<sup>12, 38</sup>

## **2.10 Programa de cuidados paliativos**

Se propone el uso del término de programa de cuidados paliativos a un conjunto sistemático de medida que tienen por objetivo mejorar la atención de enfermos avanzados y terminales en un contexto de base poblacional, ya sea de nivel de sector, región o nacional.<sup>39, 40</sup>

## Principios de los programas públicos de cuidados paliativos <sup>27, 37</sup>

- Modelo de atención: basado en necesidades de enfermos y familias
- Modelo de organización: basado en equipo interdisciplinar, proceso sistemático, planificación de los cuidados y ética clínica Basado en necesidades poblacionales, adaptado a territorios y a tipos de recursos
- Buena atención como derecho: cobertura, accesibilidad, equidad en todos los ámbitos para todos los pacientes con necesidades
- Calidad: efectividad, eficiencia, satisfacción, sostenibilidad
- Evidencia y evaluación sistemática de resultados
- Implicación social

## Elementos de un programa público de cuidados paliativos <sup>26, 27,37</sup>

- Liderazgo claro
- Objetivos claros
- Evaluación de contexto y necesidades
- Medidas en servicios convencionales
- Servicios específicos
- Sistemas sectorizados con coordinación, acciones integradas y sistemas atención continuada, intervención basada en complejidad, precoz, flexible y compartida; respuesta a situaciones urgentes
- Formación específica nivel y cobertura adecuadas
- Accesibilidad de fármacos opioides y otros
- Legislación, estándares, presupuesto, sistemas de financiación y compra
- Educación formación e investigación
- Evaluación y mejora de la calidad
- Planes de acción: corto, medio, largo plazo.
- Evaluación de resultados/indicadores
- Implicación sociedad: debates éticos, sociales, culturales y económicos del final de la vida.



## 2.11 Metodología del marco lógico

La metodología del marco lógico es una herramienta para facilitar el proceso de conceptualización, diseño, ejecución y evaluación de proyectos. Su énfasis está centrado en la orientación por objetivos, la orientación hacia grupos beneficiarios y a facilitar la participación y la comunicación entre las partes interesadas.<sup>32</sup>

Su metodología se compone de las siguientes etapas <sup>41</sup>

1. Identificación del problema y alternativas de solución, en la que se analiza la situación existente para crear una visión de la situación deseada y selección de las estrategias que se aplicaran para conseguirla. Existen cuatro tipos de análisis a realizar: el análisis de involucrados, el análisis de problemas (imagen de la realidad), el análisis de objetivos (imagen del futuro y de una situación mejor) y el análisis de estrategias (comparación de diferentes alternativas en respuesta a una situación precisa).
2. La etapa de planificación, en la que la idea del proyecto se convierte en un plan operativo práctico para la ejecución. En esta etapa se elabora la matriz de marco lógico. (Cuadro 1).

**Cuadro 1 Estructura de la Matriz del Marco Lógico**

Resumen Narrativo de Objetivos	Indicadores	Medios de Verificación	Supuestos
Fin Propósito Componentes Actividades			

## **Primera etapa: Identificación del problema y alternativas de solución**

### **Paso 1 Análisis de los involucrados, lo cual implica:**

- a) Identificar cualquier persona o grupo, institución o empresa susceptible de tener un vínculo con un proyecto dado.
- b) Clasificar los involucrados; significa agruparlos de acuerdo a ciertas características, por ejemplo, si pertenecen a instituciones públicas o privadas.
- c) Definir la posición de cooperación o conflicto frente al proyecto.
- d) Definir fuerza o poder de cada uno de los involucrados para afectar el proyecto.
- e) Definir la intensidad del compromiso que tenga cada uno de los involucrados con el proyecto.
- f) Interpretar los resultados del análisis y definir como pueden ser incorporados en el proyecto.
- g) Se utiliza una escala de 1 a 5, donde el 1 indica el menor grado de importancia del involucrado para el proyecto y el menor grado de su compromiso; por su parte el 5, indica el mayor grado de importancia del involucrado para el proyecto y el mayor grado de compromiso. Se califican con valores negativos aquellos involucrados que muestran oposición a solucionar el problema y con valores positivos a aquellos que muestran apoyo.<sup>33</sup>

### **Paso 2 Análisis del problema.** <sup>42</sup>

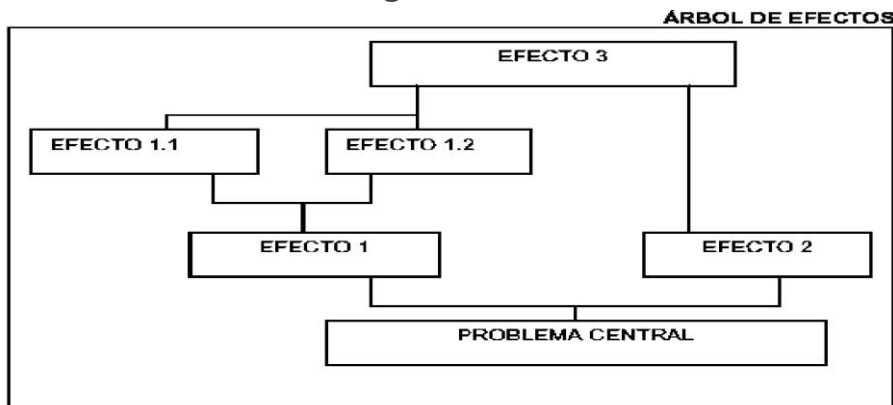
Con este análisis se trata de identificar los problemas reales que afectan al colectivo beneficiario con el que se quiere trabajar y no los problemas posibles, potenciales o futuros. Se sugieren los siguientes pasos a seguir para la construcción del árbol de problemas (causa y efectos):

- a) Dada la manifestación de una situación problema, hay que analizar e identificar lo que se considere como problemas principales de la situación analizada.

b) En términos de análisis se recomienda que a partir de una primera “lluvia de ideas” se establezca cual es, a juicio del grupo de analistas, el problema central que afecta a la comunidad analizada. En esto lo que se aplica son los criterios de prioridad y selectividad. El Problema se debe formular en estado negativo.

c) Definir los efectos más importantes del problema en cuestión y construir el árbol de efectos, de esta forma se analiza y verifica su importancia. Como se puede observar en la figura 1, una vez identificado el problema central se grafican los efectos hacia arriba, alguno de los cuales podrían estar encadenados y/o dar origen a otros efectos, para ello hay que seguir un orden causal ascendente. Si se determina que los efectos son importantes y se llega, por tanto, a la conclusión que el problema amerita una solución, se procede al análisis de las causas que los están ocasionando.

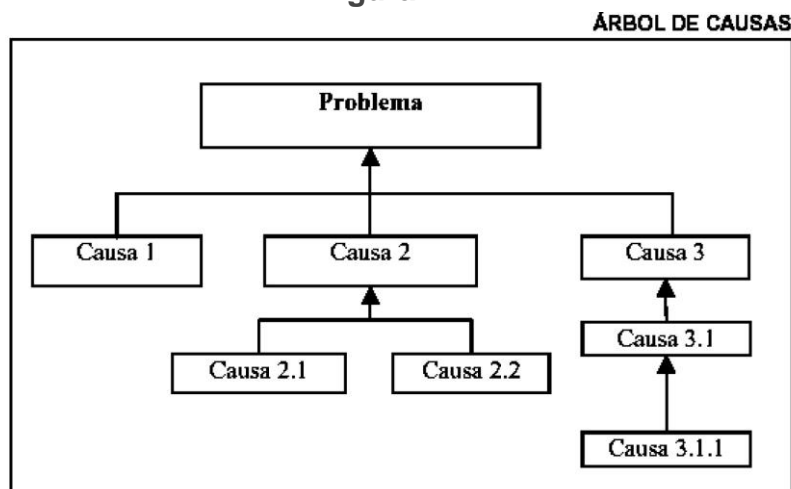
**Figura 1**



Fuente: Área de Proyectos y Programación de Inversiones. ILPES,2010

d) Identificar las causas del problema central detectado. Esto significa buscar que elementos están o podrían estar provocando el problema. Al igual que los efectos las causas pueden estar encadenadas, el punto importante es llegar a las causas primarias e independientes y al mayor número de causas, ya que esto permitirá llegar más cerca de las posibles soluciones del problema. Como se puede observar en el árbol de causas (Figura 2), en la medida que se resuelvan las ultimas causas del encadenamiento (causa 1, causa 2.1, causa 2.2 y causa 3.1.1), se puede decir que, analíticamente, se contribuye a superar positivamente la condición negativa planteada.

**Figura 2**



Fuente: Área de Proyectos y Programación de Inversiones. ILPES,2010

e) Una vez que el problema central, las causas y los efectos estén identificados, se integran en un solo cuadro “diagrama del árbol del problema” que representa el resumen de la situación del problema analizado.

f) Revisar la validez e integridad del árbol. Esto es, asegurarse que las causas representan causas y los efectos son efectos, que el problema central está bien definido y las relaciones causales estén correctamente expresadas.

### **Paso 3 Análisis de los objetivos (medios y fines).<sup>43</sup>**

El análisis de los objetivos permite describir la situación futura a la que se desea llegar una vez se han resuelto los problemas. Los pasos sugeridos para construir el árbol de objetivos son:

a) Cambiar todas las condiciones negativas del árbol de problemas a condiciones positivas que se estime que son deseadas y viables de ser alcanzadas. Al hacer esto, todas las que eran causas en el árbol de problemas se transforman en medios en el árbol de objetivos, los que eran efectos se transforman en fines y lo que era el problema central se convierte en el objetivo central o propósito del proyecto. Como se puede comprender, si el segundo (árbol de objetivos) no es más que poner en blanco el primero (árbol de problemas), es muy importante haber confeccionado bien el árbol de causas y efectos, para poder llegar a buenos fines y medios.

La importancia, además, radica en que de este último se deben deducir las alternativas de solución para superar el problema.

Una vez que se ha construido el árbol de objetivos es necesario examinar las relaciones de medios y fines que se han establecido para garantizar la validez e integridad del esquema de análisis. Si al revelar el árbol de causas y efectos se determinan inconsistencias, es necesario volver a revisarlo para detectar las fallas que se puedan haber producido.

### **Paso 4 Identificación de las alternativas (acciones) de solución.<sup>44</sup>**

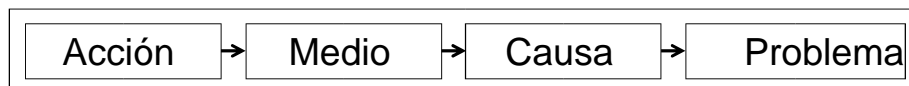
El árbol de objetivos (medios y fines) es el punto de partida para identificar y plantear varias alternativas (acciones) que permitirán solucionar el problema. Pasos por seguir:

a) Identificar las acciones. La identificación de acciones es un proceso analítico que permite operacionalizar los medios. Es decir, en este proceso se definen acciones concretas tendientes a materializarlos.

Los medios que deben operacionalizarse son los que están en la parte inferior del árbol de objetivos.

Para operacionalizar un medio, pueden existir distintas formas de hacerlo, esto implica que para cada medio existen diversas acciones posibles. La identificación de estas dependerá de la creatividad y experiencia de quienes analizan un problema. Es recomendable contar con un buen número de acciones por cada medio. Es importante verificar, también, la coherencia entre causa, medio y acción. Esto porque existe una relación lógica entre estos tres aspectos del análisis. En este sentido, la relación se puede expresar como sigue: la existencia de un problema se explica por la existencia de una causa que lo provoca, para solucionarlo es necesario recurrir a unos medios que eliminen la causa, para hacer efectivos este medio se debe identificar una acción que lo operacionalice. Si se esquematiza resulta lo siguiente:

**Figura 3 Coherencia causa, medio y acción**



Fuente: Área de proyectos y programación de inversiones, ILPES.,2010

b) Discriminar entre acciones complementarias y excluyentes. Para la situación problemática, las acciones construir nuevas viviendas y reubicar allegados son acciones excluyentes y las demás son complementarias a ambas.

c) Análisis de las alternativas. Este análisis consiste en plantearse cual o cuales de las soluciones pueden ser acometidas por el proyecto que se pretende poner en marcha. Se trata, por tanto, de ser muy conscientes de la capacidad de la organización que va a desarrollar el proyecto, de los medios de que dispone, de los

recursos que razonablemente puede manejar y del entorno que rodea al proyecto, de eliminar las acciones que no se puedan llevar a cabo.

### **Paso 5 Elaborar la estructura analítica del proyecto (EAP).** <sup>42</sup>

Que no es otra cosa que la esquematización del proyecto, en cuatro niveles jerárquicos: fin, propósito, componentes y actividades; esta se construye con la información aportada en los estudios de viabilidad financiera, económica, técnica, legal y ambiental, efectuados para el proyecto y del árbol de objetivos.

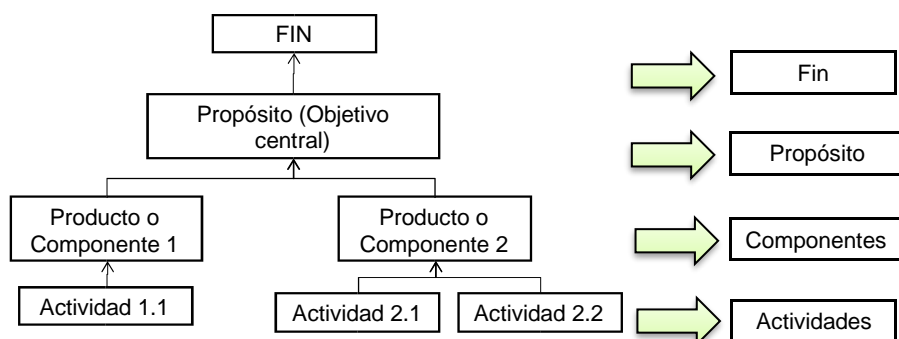
Este orden jerárquico (vertical), es la base para construcción de la Matriz de Marco Lógico del proyecto, también puede ser de utilidad para ordenar las responsabilidades en la gerencia de proyectos en la etapa de ejecución (figura 3).  
Pasos para construir EAP:

b) **Identificar el propósito.** El Propósito describe el efecto directo (cambios de comportamiento) o resultado esperado al final del periodo de ejecución. Es el cambio que fomentara el proyecto. Es una hipótesis sobre lo que debiera ocurrir como consecuencia de producir y utilizar los componentes. El título del proyecto debe surgir directamente de la definición del propósito. El propósito (objetivo central) se obtiene del árbol de objetivos.

c) **Identificar los productos o componentes (resultados).** Los componentes son las obras, estudios, servicios y capacitación específicos que se requiere que produzca el proyecto para lograr el propósito. En la matriz de marco lógico, los componentes se definen como resultados, vale decir, como obras terminadas, estudios Terminados, capacitación terminada.

d) **Identificar las actividades** que se tendrán que realizar en cada componente e implica la utilización de recursos, en el marco lógico no se deben presentar todas las actividades.

**Figura 4** Estructura analítica del proyecto como base para la MML



Fuente: Área de Proyectos y Programación de Inversiones. ILPES

### **Segunda etapa: Construcción de la matriz (planificación) de marco lógico**

La Matriz de Marco Lógico presenta en forma resumida los aspectos más importantes del proyecto.

La matriz presenta cuatro columnas que suministran la siguiente información:

Un resumen narrativo de los cuatro niveles jerárquicos tratados en la estructura analítica del proyecto. Es la primera columna de la matriz de marco lógico y se evalúa a través de la lógica vertical (vínculos causales de abajo hacia arriba).

Indicadores (resultados específicos a alcanzar). Se definen para el fin, propósito, componentes y actividades. Los indicadores aparecen en cada nivel de la matriz, se convierten en el punto de referencia y “carta de navegación” para guiar las actividades de gestión/monitoreo y evaluación del proyecto. Los indicadores bien formulados aseguran una buena gestión del proyecto y permiten que los gerentes de proyecto decidan si serán necesarios componentes adicionales o correcciones de rumbo para lograr el propósito del proyecto.



Así mismo, al finalizar la intervención se conocerá si se logró el impacto y los efectos esperados sobre los beneficiarios. Los indicadores deben cumplir cinco características: Especifico, medible, realizable, pertinente y enmarcado en el tiempo. Puede ser cuantitativo o cualitativo, dependerá de la naturaleza del objetivo, los indicadores deben medir el cambio atribuible al proyecto.

Medios de verificación. Se debe precisar los métodos y fuentes de recolección de información que permitirá evaluar y monitorear los indicadores.

Supuestos. Los supuestos son los factores externos que están fuera del control de la institución responsable de la intervención, que inciden en el éxito o fracaso del mismo. Corresponden a acontecimientos, condiciones o decisiones que tienen que ocurrir para que se logren los distintos niveles de objetivos de la intervención. Los riesgos a los que está expuesto el proyecto pueden ser ambientales, financieros, institucionales, sociales, políticos, climatológicos u otros factores.<sup>42, 45</sup>

### III. METODOLOGÍA

#### 3.1 Tipo y Diseño de investigación

- Se trata del diseño de un programa con base a la metodología del marco lógico
- Investigación en sistemas de salud efectividad, costo de desarrollo y distribución de los recursos.

**Cuadro 2 Fases que se contemplan en el programa.**

Fase	Concepto	Alcance
Primera	Diseño del programa	Contar con el programa terminado y autorizado por la Dirección del HRAEBI
Segunda	Implementación y evaluación	Aplicación del programa en la población objetivo y evaluación del logro de objetivos
Tercera	Estandarización y nuevos alcances	El HRAEBI lo incluye como un programa permanente y lo divulgan a otros hospitales

Fuente: Análisis perspectivo del programa, 2017

El alcance del presente estudio será el correspondiente a la primera fase de diseño del programa, para lo que se requiere:

- Conformar un grupo interdisciplinario de expertos (y/o interesados) en el tema.
- Desarrollar el programa con metodología de Marco Lógico: definición del problema, identificación de involucrados, análisis del problema, definición del objetivo, selección de alternativa y elaboración de la matriz de indicadores.

- Elaborar una Matriz de Indicadores del programa: determinación de objetivos, indicadores y medios de verificación y supuestos.
- Evaluar el diseño con la "Guía de aprobación de matriz de marco lógico"

### **3.2 Universo y muestra**

➤ Universo: Hospital Regional de Alta Especialidad Bicentenario de la Independencia del ISSSTE.

➤ Muestra: Equipo multidisciplinario que participará en el Programa de Cuidados Paliativos Domiciliario e Interdisciplinario.

### **3.3 Criterios de elección**

#### **Criterios de inclusión**

Los cuales integran el equipo multidisciplinario para la creación del diseño del programa.

- Médicos especialistas
- Enfermeras especialistas
- Rehabilitadores
- Nutriólogos
- Trabajadores sociales
- Tanatologos
- Cuidador primario
- Psicólogos
- Administradores, gestores de calidad.

#### **Criterios de exclusión**

- Personal que no tenga relación alguna con el área de la salud
- Pacientes
- Personal que no cuente con formación en cuidados paliativos

## **Criterios de eliminación**

- Capital humano que se rehúsen a participar en la investigación
- Paciente que no cuente con el perfil idónea para participar en esta investigación

## **3.4 Material y métodos**

### **Instrumentos de recolección de datos**

Se utilizará la **Matriz de indicadores de resultado (MIR)**

La MIR es un instrumento para el diseño, organización, ejecución, seguimiento, evaluación y mejora de los programas, resultado de un proceso de planeación realizado con base en la Metodología de Marco Lógico (MML). Es una herramienta de planeación estratégica que en forma resumida, sencilla y armónica:

44, 46

- Establece con claridad el objetivo de los programas y su contribución con los objetivos de la planeación nacional y sectorial;
- Describe los bienes y servicios que entrega el programa a la sociedad, para cumplir su objetivo, así como las actividades e insumos para producirlos;
- Incorpora los indicadores que miden los objetivos y registra las metas que establecen los niveles de logro esperados, elementos que son un referente para el seguimiento y la evaluación;
- Identifica los medios para obtener y verificar la información de los indicadores
- Incluye supuestos sobre los riesgos y contingencias que pueden afectar el desempeño del programa.

- El equipo multidisciplinario de salud a través del investigador participa en la construcción del Diseño del programa mediante la metodología del Marco lógico.

### **Guía de aprobación de la matriz de marco lógico**

La elaboración de la matriz de marco lógico para el Programa de Cuidados Paliativos del ISSSTE deberá utilizar una metodología basado en los lineamientos de CONEVAL como un proceso de aprobación que destaca tres aspectos: <sup>47</sup>

- I. Aprobación de congruencia (desde el punto de vista metodológico)
- II. Aprobación de validez del contenido técnico
- III. Aprobación de la máxima autoridad institucional

### **Plan de recolección de datos**

Se elaboro un oficio dirigido al director médico del Hospital Regional de Alta Especialidad Bicentenario de la Independencia del ISSSTE, donde se especifica en qué consiste el proyecto de investigación así mismo se anexo copia del protocolo titulado Diseño de un Programa Domiciliario de Cuidados Paliativos con Metodología de Marco Lógico., con la autorización del comité de investigación de la Universidad Autónoma de Querétaro.

Se presento ante el comité de investigación y bioética del Hospital Regional de Alta Especialidad Bicentenario de la Independencia del ISSSTE, donde se aprobó para que dentro de las instalaciones de la unidad se realizara dicho proceso.

## **PRIMERA ETAPA: Identificación del problema y alternativas de solución.**

### **Paso 1.** Análisis de los involucrados:

De acuerdo con el siguiente esquema se organizarán los grupos de participación, se presentará la propuesta y se organizarán talleres de participación en el diseño del programa

### **Paso 2:** Análisis del problema:

En esta fase se rediseñará el siguiente árbol de problemas, con la participación del equipo multidisciplinario y la orientación metodológica de los investigadores

**Paso 3 Análisis** de los objetivos (medios, fines): árbol de objetivos de la situación problemática. Una vez elaborado el árbol de problemas, se construirá el árbol de objetivos, cuidando la redacción y exhaustividad de los objetivos.

### **Paso 4** Identificación de las alternativas (acciones de solución):

Este paso requiere la caracterización los pacientes, su distribución geográfica y la estimación de los recursos en estancias hospitalarias para diseñar la propuesta de atención domiciliaria

### **Paso 5** Estructura analítica del proyecto:

Concluidas las etapas se estará en posibilidad de finalizar esta primer etapa con la estructura analítica del proyecto, desarrollada por los investigadores con asesoría de expertos en diseño de esta metodología.

## **SEGUNDA ETAPA: Construcción de la matriz (planificación) de marco lógico.**

Matriz Marco Lógico en el diseño de Un programa Domiciliario de Cuidados Paliativos.

Con la estructura programática se construirá la MIR por los investigadores y será validada por el equipo multidisciplinario

**TERCERA ETAPA: Estimación de costeo de actividades de programa por administradores del Hospital Regional de alta Especialidad.**

**CUARTA ETAPA: Evaluación del diseño con la guía de aprobación de la matriz de marco lógico, por expertos en elaboración de matrices de marco lógico.**

### **3.5 Plan de Análisis Estadístico**

En esta fase se utilizará estadística descriptiva para la cuantificación de la población la población de referencia o universo, población potencial y población objetivo.

Asimismo, para caracterizar el tipo de pacientes, área geográfica, estimación de costos de atención hospitalaria y a domicilio.

Descripción de la distancia del Hospital a los domicilios de los pacientes, medio de transporte, tiempo y costo de recorrido.

En la estimación de la propuesta costeo de las actividades a desarrollar en el programa de cuidados paliativos.

### **3.6 Ética del estudio**

De acuerdo con la declaración que se formuló en Helsinki en el año 1964, Núremberg 1946 y Tokio en 1975, Nueva York 2007, así como las disposiciones del reglamento de la ley general de salud 2014 en materia de investigación para la salud vigentes en México la presente investigación Diseño de un programa de

Domiciliario de Cuidados Paliativos con Metodología de Marco Lógico. Se realizo conforme a las siguientes bases:

En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá Prevalecerá el respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.  
**(ARTÍCULO 13)**

Se Conto con el dictamen favorable de las Comisiones de Investigación.  
**(ARTÍCULO 14, frac. VII)** y la autorización del titular de la institución de atención a la salud de conformidad con los artículos **31, 62, 69, 71, 73, y 88 frac. VIII** este Reglamento.

Esta investigación se considera sin riesgo de acuerdo a la definición legislativa en donde dice que: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta. Por lo tanto, esta investigación no daña la integridad del ser humano sujeto de este estudio.



## **IV.RESULTADOS Y DISCUSION**

Se conformó el diseño de un programa Domiciliario de Cuidados Paliativos con Metodología de Marco Lógico.

Donde intervino un equipo disciplinario integrado por la Subdirectora Médica, la Supervisora Administrativa, dos Enfermeras Especialistas en Cuidados intensivos, un Trabajador Social, un Técnico en Rehabilitación Física, y un Nutriólogo adscritos al Hospital Regional de Alta Especialidad Bicentenario de la Independencia, (HRAEBI) del ISSSTE.

El propósito del presente programa es ilustrar los componentes básicos de la metodología del marco lógico utilizada en este programa.

El programa se centró en la integración del equipo multidisciplinario, la capacitación del cuidador primario, la capacitación del capital humano, la supervisión del programa y la evaluación del mismo.

La primera parte está relacionada con la descripción del problema y la aplicación de herramientas para su análisis.

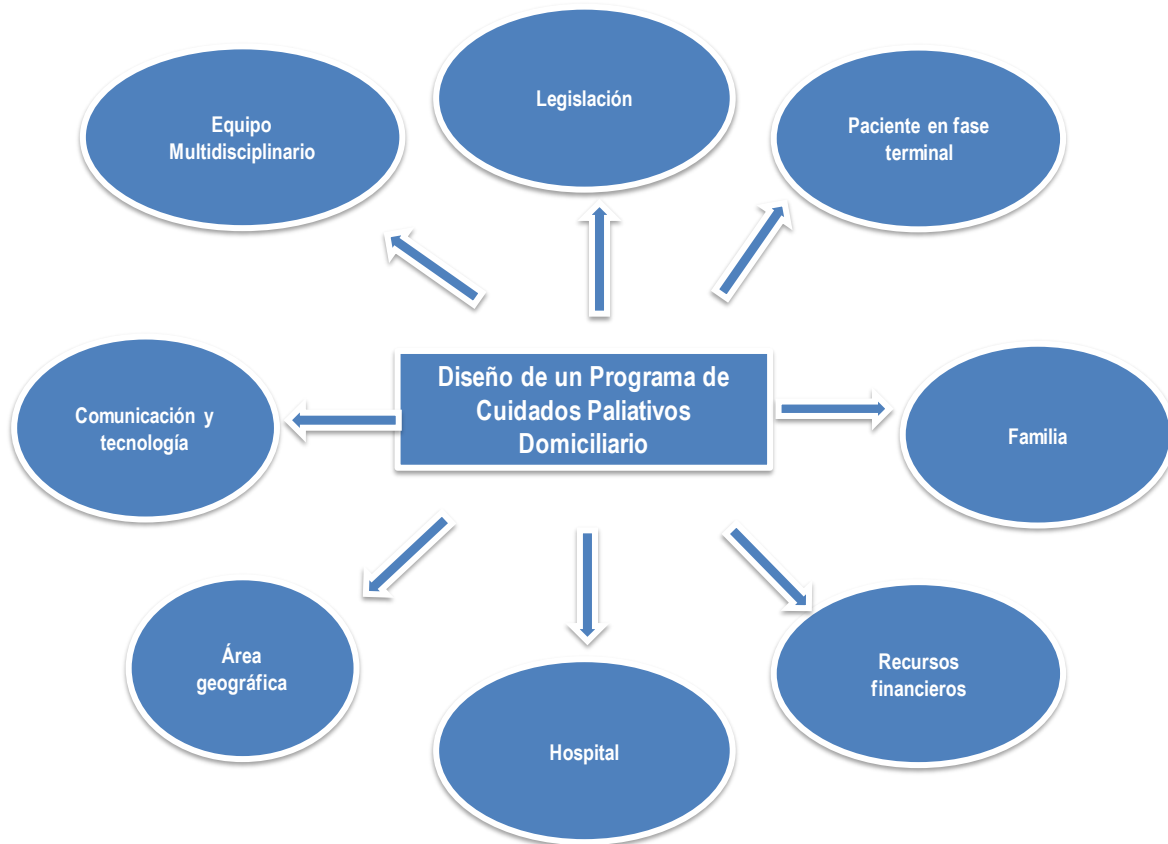
### **PRIMERA ETAPA**

Identificación del problema y alternativas de solución.

Paso 1. Análisis de los involucrados:

De acuerdo con el siguiente esquema se organizaron los grupos de participación, se presentó la propuesta y se organizó un taller de participación en el diseño del programa., tal y como se observa en el mapa correspondiente, los involucrados pertenecientes al presente proyecto provienen tanto de la sociedad civil como del sector gubernamental.

**Figura 5 Identificación de involucrados**



Fuente: Área de proyectos y programación de inversiones ILPES

Mediante entrevistas, encuestas personalizadas se pudo recoger información sobre la posición de cada uno de los involucrados frente al problema y evaluar su fuerza e intensidad. se utilizó una escala de 1 a 5, donde el 1 indica menor grado de importancia del involucrado para el proyecto, y el menor grado de involucramiento del mismo; por su parte el 5 indica el mayor grado de importancia del involucrado para el proyecto y el mayor grado de involucramiento. Se calificó con valor negativo aquellos involucrados que mostraron oposición a solucionar el problema con valor positivo aquellos que mostraron apoyo.

**Cuadro 3 Clasificación de involucrados**

<b>Involucrados</b>	<b>Expectativas</b>	<b>Fuerza</b>	<b>Resultante</b>
Paciente en fase terminal	5	5	25
Familia	5	5	25
Hospital	5	5	25
Recursos financieros	5	5	25
Equipo multidisciplinario	5	5	25
Legislación	5	5	25
Área geográfica	5	5	25
Comunicación y tecnología	5	5	25

Fuente: Área de proyectos y programación de inversiones ILPES

Paso 2: Análisis del problema:

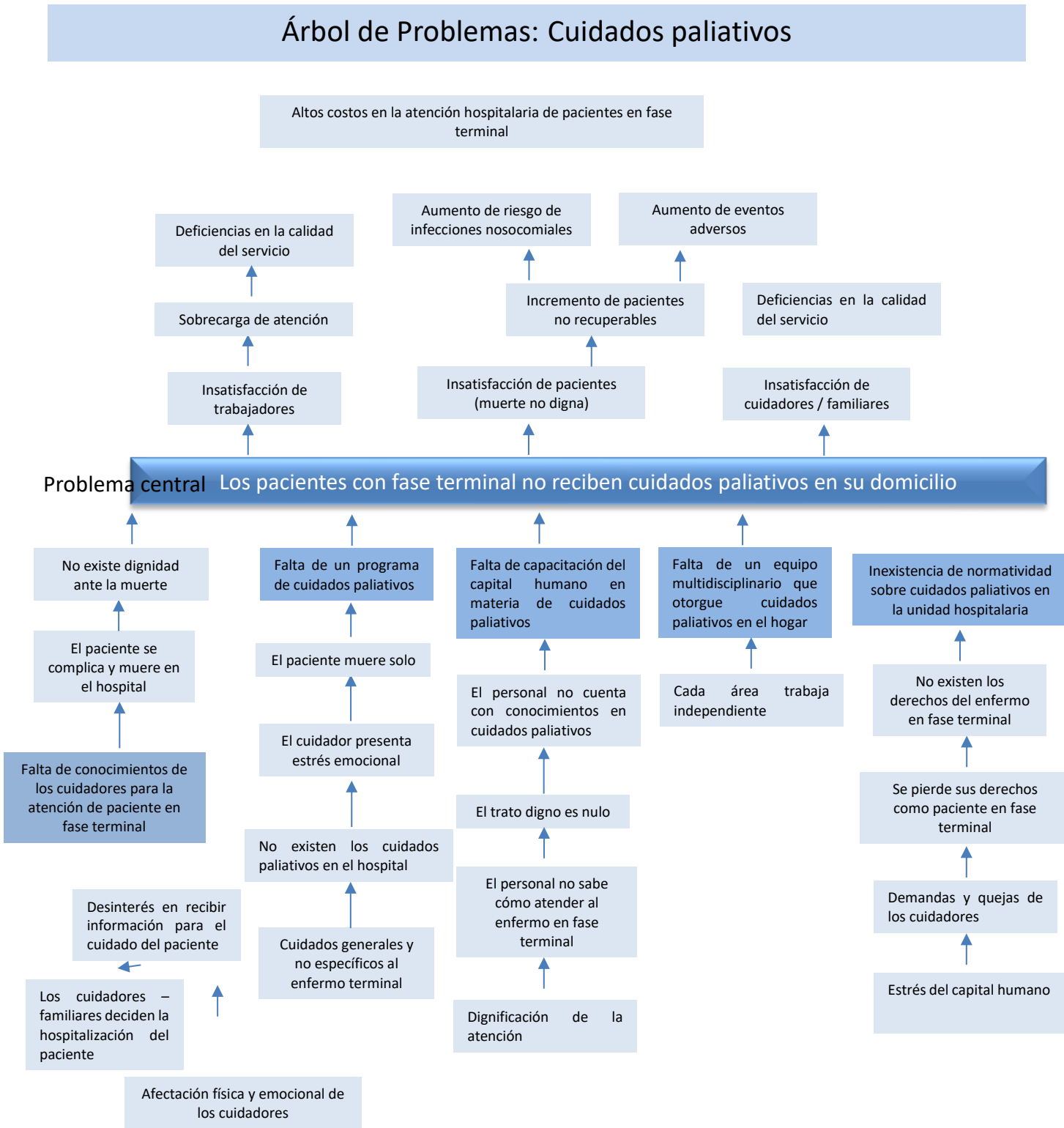
En esta fase se rediseño el siguiente árbol de problemas, con la participación del equipo multidisciplinario y la orientación metodológica del responsable del proyecto.

**Cuadro 4 Análisis del problema**

Falta de atención en el paciente en fase terminal en su hogar.

Fuente: Área de proyectos y programación de inversiones ILPES

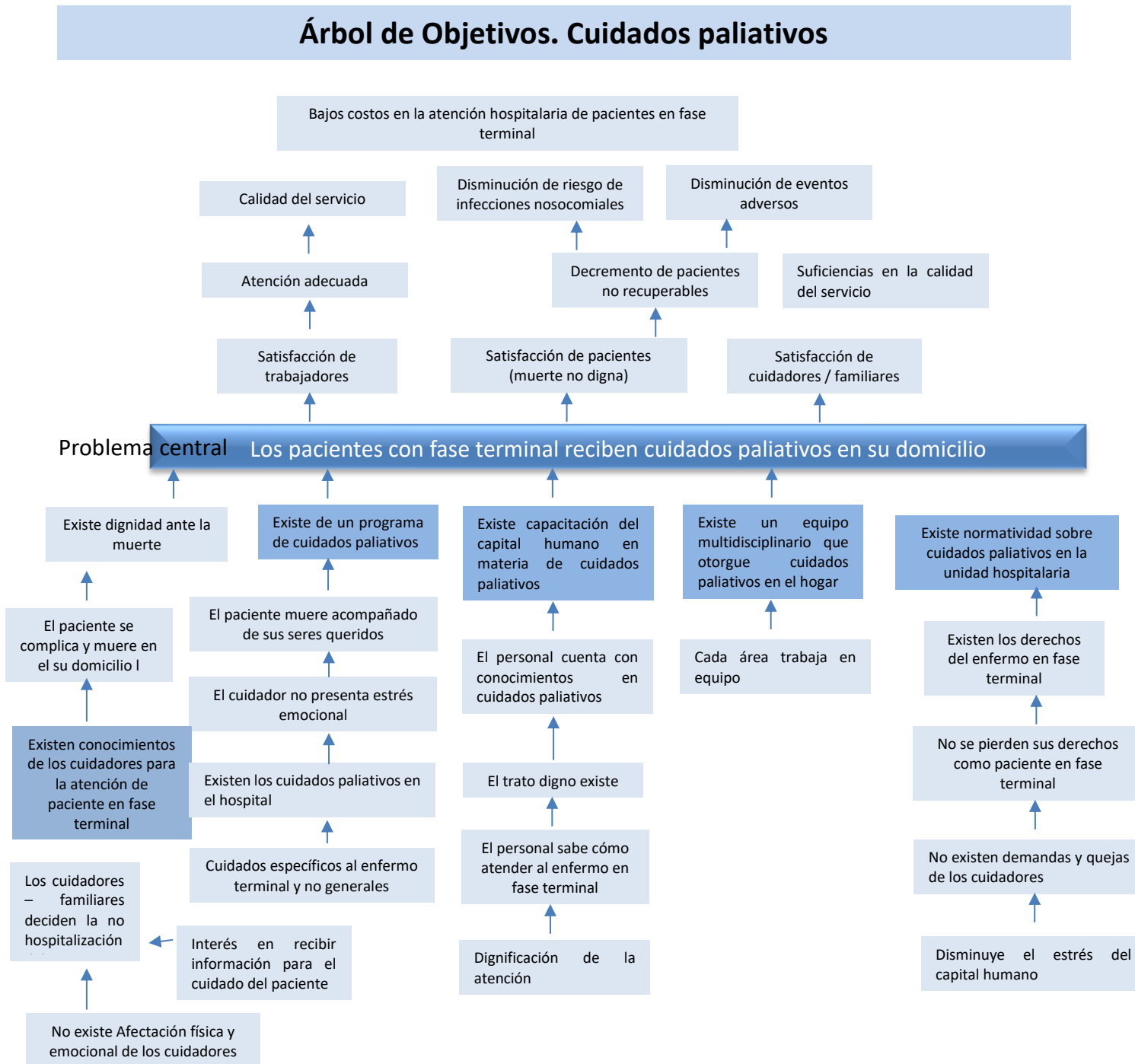
**Figura 6 Árbol de problemas en el programa**



Fuente: Área de proyectos y programación de inversiones ILPES

Paso 3 Análisis de los objetivos (medios, fines): árbol de objetivos de la situación problemática. Una vez elaborado el árbol de problemas, se construyó el árbol de objetivos, cuidando la redacción y exhaustividad de los objetivos.

**Figura 7 Árbol de objetivos**



Fuente: Área de proyectos y programación de inversiones ILPES.

Paso 4 Identificación de las alternativas (acciones de solución):

A partir del árbol de los objetivos se analizaron cuáles serían las acciones posibles de llevar a cabo para resolver el problema. Para cada base del árbol del árbol de objetivos se buscó creativamente acciones que concreten el medio de la siguiente manera.

**Cuadro 5 Identificación de las alternativas de solución (acciones)**

Problema	Causa	Medio	Acción
Falta de atención en el paciente en fase terminal en su hogar.	Falta de un programa de cuidados paliativos en el hogar	Diseño de un programa Domiciliario de Cuidados Paliativos con Metodología de Marco Lógico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento en la búsqueda de información relacionada al proyecto.</li> <li>• Revisión de bibliografía relacionada con el tema a nivel Nacional e Internacional, de años 2013 a la fecha actual.</li> <li>• Realización de un proyecto de investigación sobre el tema</li> <li>• Realización de un protocolo de investigación relacionada con el tema</li> <li>• Uso eficiente de la metodología para construir el programa.</li> </ul>
Falta de atención en el paciente en fase terminal en su hogar.	Falta en capacitación del factor humano de salud en cuidados paliativos	Capacitación del factor humano en materia de cuidados paliativos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realización de un programa de educación para la salud en cuidados paliativos</li> <li>• Evaluar el conocimiento adquirido por los asistentes</li> <li>• Capacitar continuamente al personal de salud</li> </ul>
Falta de atención en el paciente en fase terminal en su hogar.	Inexistencia de normatividad en cuidados paliativos en las instituciones de salud.	Existencia de la NORMA Oficial Mexicana NOM-011-SSA3-2014, Criterios para la atención de enfermos en situación terminal a través de cuidados paliativos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboración de un instructivo de la normatividad y legislación en México.</li> <li>• Difundirla a los integrantes del equipo de salud</li> <li>• Evaluar el conocimiento del instructivo.</li> </ul>

Problema	Causa	Medio	Acción
Falta de atención en el paciente en fase terminal en su hogar.	Carencia de recursos financieros para el desarrollo de programas de cuidados paliativos en el hogar	Inicia la gestión para destinar recursos financieros para el desarrollo de programas de cuidados paliativos en el hogar	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Se presentó la propuesta de este programa en el Hospital Regional de Alta Especialidad Bicentenario de la Independencia ISSSTE, para que mediante su aprobación y ejecución del mismo se gestione para la asignación de recursos financieros para su puesta en marcha.</li> </ul>
Falta de atención en el paciente en fase terminal en su hogar.	Carencia de políticas que favorecen la atención racional de paciente terminal	Inicia la implementación de políticas que favorecen la atención racional de paciente terminal	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Elaboración de protocolo de atención de enfermo en fase terminal</li> </ul>
Falta de atención en el paciente en fase terminal en su hogar.	Ausencia de capacitación del familiar del enfermo terminal en cuidados paliativos	Capacitación del familiar del enfermo terminal en cuidados paliativos	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Realización de un programa de educación para la salud en cuidados paliativos (Anexo)</li> </ul>
Falta de atención en el paciente en fase terminal en su hogar.	Falta de gestión en los hospitales para el diseño de un programa de cuidados paliativos en el hogar	Inicia la gestión en los hospitales para el diseño de un programa de cuidados paliativos en el hogar	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Se presentó una propuesta de este programa en el Hospital Regional de Alta Especialidad Bicentenario de la Independencia ISSSTE, para su aprobación y ejecución del mismo</li> </ul>
Falta de atención en el paciente en fase terminal en su hogar.	Ausencia de un equipo multidisciplinario que otorgue atención en cuidados paliativos en el hogar.	Integración de un equipo multidisciplinario que otorgue atención en cuidados paliativos en el hogar.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Se realizó una convocatoria para su integración cumpliendo como requisito la formación en cuidados paliativos.</li> </ul>

Fuente: Área de proyectos y programación de inversiones ILPES





Este paso requirió la caracterización de los pacientes, su distribución geográfica y la estimación de los recursos en estancia hospitalaria, así como los costos de hospitalización por día cama para diseñar la propuesta de atención domiciliaria, la cual se detalla en el Cuadro 6.

Se determinó trabajar en un primer momento con solo una zona integradora como lo es el Estado de México por ser la zona de mayor afluencia al HRAEBI., además se integró el total de recursos necesarios para la atención en 24 horas por paciente. De igual forma se obtuvo el costo por día de estancia en hospitalización, cabe mencionar que es un costo unitario el cual se deberá multiplicar por el total de días de estancia del paciente en fase terminal, el cual se determinó de 15 a 30 días.

Obteniendo una suma total de 108.804 a 217,680 pesos.

**Cuadro 6 Caracterización de pacientes, área geográfica, recursos para la atención y costo por día de estancia hospitalaria.**

Pacientes	Área geográfica	Recursos para la atención en 24 horas	Costos por día de estancia
Enfermedad en fase terminal	Estado de México	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 3 médicos</li> <li>• 3 enfermeras(os)</li> <li>• 3 trabajadores sociales</li> <li>• 3 nutriólogos</li> <li>• 3 técnicos en inhaloterapia</li> <li>• 3 camilleros</li> <li>• 3 personas de intendencia</li> </ul>	<p><b>\$7.256 pesos</b></p> <p>ACUERDO ACDO.AS3.HCT.220217/32.P.DF y sus anexos, dictado por el H. Consejo Técnico, relativo a la aprobación de los Costos Unitarios por Nivel de Atención Médica que regirán para el ejercicio 2017.</p>

**Fuente:** Información obtenida mediante visita al hospital.

Con base a la información obtenida en el Cuadro núm. 6., a continuación, se define la localización del proyecto, el tipo de pacientes, el capital humano, la distancia a servicios de salud en metros. así como los costos de atención del proyecto. Se integró el total de recursos necesarios para el programa, considerando un 50% para estar en la unidad y un 50% para salir a domicilio, contemplando una distancia de 500 a 50,000 metros con tiempo de traslado en ambulancia o en carro de 15 a 60 minutos, determinado los costos de atención del capital humano \$46,016.62 pesos, más costos por transporte \$12,000 pesos, dando un total de \$58,016.62 pesos requeridos en la atención de 40 pacientes por quincena.

**Cuadro 7 Localización del proyecto, el tipo de pacientes, capital humano, distancia a servicios de salud en metros y costos de atención del proyecto.**

Pacientes	Localización del proyecto	Recursos para la atención en 24 horas	Distancia a servicios de salud en metros	Costos Capital humano mensual	Costos de atención	Costos de transporte por día
Enfermedad en fase terminal	Calle Ciruelos N. 4, Localidad Lázaro Cárdenas, 54916 Tultitlán, Estado de México.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 médicos</li> <li>• 2 enfermeras(os)</li> <li>• 2 trabajadores sociales</li> <li>• 2 nutriólogos</li> <li>• 2 rehabilitadores físicos</li> </ul>	De 500 a 50,000 metros.	Médico 14,508.35 Enfermera 9,149.43 Nutriólogo 7,508.76  Trabajador Social 7,675.39  Rehabilitador 7,175.12	4 pacientes por día  20 por semana  40 pacientes por quincena	Mínimo 100.00  Máximo 800.00

Fuente: Información obtenida del análisis de los expertos participantes en el proyecto y el Tabulador de la rama médica y paramédica de la secretaria de salud

## **SEGUNDA ETAPA: Construcción de la matriz (planificación) de marco lógico.**

Matriz Marco Lógico en el Diseño de un Programa Domiciliario de Cuidados Paliativos con Metodología de Marco Lógico. Con la estructura programática se construyó la MIR por el investigador y fue validada por el equipo multidisciplinario de expertos.

En lo que respecta a la construcción de la matriz del marco lógico, se logró consolidar cada componente de manera efectiva con el apoyo del equipo multidisciplinario de salud el cual se describe a continuación, donde los fines se representan como F.1, el propósito como P.1. los componentes como C.1, C.2, etc. y las actividades como A.1, A.2.etc.

En lo concerniente a la viabilidad del Diseño del programa se realizó una evaluación por la máxima autoridad del HRAEBI juntamente con, parte del equipo multidisciplinario de salud que participo en el proyecto obteniendo un resultado favorable por reunir los requisitos que establece la Guía de aprobación de la matriz de marco lógico (basada en lineamientos del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) Anexo1.

## Alineación a los ejes de política pública

### Plan Nacional de Desarrollo 2013 - 2018

Alineación	Descripción
Objetivo	2.3 Asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud
Estrategia	2.3.4 Garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad
Línea de acción	Implementar programas orientados a elevar la satisfacción de los usuarios en las unidades operativas públicas
Indicador	VII.2.1 Carencias promedio de la población en pobreza extrema

### Programa Sectorial de Salud 2013 - 2018

Alineación	Descripción
Objetivo	2. Asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud
Estrategia	2.3 Crear redes integradas de servicios de salud interinstitucionales
Línea de acción	2.3.3. Reforzar las redes de servicios y procesos para la detección oportuna, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y <b>cuidados paliativos.</b>
Indicador	2.1 Tasa de mortalidad por enfermedades terminales

## MATRIZ DE INDICADORES DE RESULTADO

### PROGRAMA DOMICILIARIO DE CUIDADOS PALIATIVOS

	Resumen narrativo	Indicadores	Método de cálculo	Medios de verificación	Supuesto
Fin	Contribuir en la disminución de los costos por estancias de pacientes en fase terminal mediante la creación del programa domiciliario de cuidados paliativos	Porcentaje de decremento del costo total de la atención hospitalaria en pacientes en fase terminal	Costo total de la atención hospitalaria en fase terminal anual – costo total de la atención hospitalaria en fase terminal en el año anterior x 100	Planeación y Estadística	El Estado cuenta con recursos ilimitados para los servicios de seguridad social en el país
Propósito	Los pacientes en fase terminal del HRABI reciben cuidados paliativos domiciliarios mejorando su calidad al final de la vida	Cobertura de pacientes en fase terminal del HRABI reciben cuidados paliativos domiciliarios	Número de pacientes en fase terminal del HRABI reciben cuidados paliativos domiciliarios/Total de pacientes en fase terminal adscritos al HRABI X 100	Censo de pacientes  SIMEF Egresos hospitalarios	La Federación se interesa en invertir en la implementación del programa de cuidados paliativos domiciliario.
Componentes	1. Integración del equipo multidisciplinario	Porcentaje del equipo disciplinario requerido en el manejo del paciente en fase terminal	Número de integrantes requeridos en el programa/total de participantes x100	Registros administrativos de indicadores del programa	El personal de salud atiende a la convocatoria de participación del programa de forma oportuna.
Actividades	1.1 Diagnóstico de necesidades de capital humano requerido para el programa	Porcentaje de capital humano requerido para el programa integrado en el diagnóstico de necesidades	Número de integrantes en el diagnóstico/total de integrantes reales x 100	Registros administrativos de indicadores del programa	Por los directivos se cuenta con la disposición para el otorgamiento del capital necesario para el programa
	1.2 Elaboración de perfiles requeridos en el programa	Porcentaje de cobertura de los perfiles requeridos para el programa	Número de perfiles ideales /número de perfiles reales x100	Registros administrativos de indicadores del programa	El capital humano de salud dispone con características específicas para participar en un programa de cuidados paliativos domiciliarios
	1.3 Evaluación participantes para el programa	porcentaje de participantes que cubren el perfil para integrarse al programa	Número de integrantes con nivel mínimo de 90% de requisitos a requeridos/Total de participantes evaluados x 100	Registros administrativos de indicadores del programa	Se cuenta con la suficiencia de recursos con perfiles óptimos con formación den materia de cuidados paliativos interesados en participar



## MATRIZ DE INDICADORES DE RESULTADO PROGRAMA DOMICILIARIO DE CUIDADOS PALIATIVOS

	Resumen narrativo	Indicadores	Método de cálculo	Medios de verificación	Supuesto
Componentes	2. El equipo multidisciplinario de salud recibe capacitación en el manejo del paciente en fase terminal	Porcentaje de personal de salud capacitado en el manejo del paciente en fase terminal	Número de personal de salud capacitado en el manejo del paciente en fase terminal / Total de personal de salud en el censo del programa x100	Registros administrativos del programa de capacitación  Censo de personal	Los integrantes del equipo multidisciplinario de salud muestran disponibilidad para capacitarse en el manejo del paciente en fase terminal
Actividades	2.1 Capacitación del capital humano en materia de calidad de atención (trato digno) en el enfermo en fase terminal	Porcentaje de capital humano capacitado en materia de calidad de atención (trato digno) en el enfermo en fase terminal	Número de capital humano capacitado / Total de capital humano integrado en el programa x100	Registros administrativos de indicadores del programa  Censo de capital humano	El capital humano dispone de tiempo para asistir a la capacitación materia de calidad de atención (trato digno) en el enfermo en fase terminal
	2.2 Capacitación del capital humano en materia de cuidados paliativos en el enfermo en fase terminal	Porcentaje de capital humano capacitado en materia de cuidados paliativos en el enfermo en fase terminal	Número de capital humano capacitado / Total de capital humano integrado en el programa x100	Registros administrativos de indicadores del programa  Censo de capital humano	Se cuenta con los espacios disponibles para la capacitación en tiempo y forma.
	2.3 Evaluación de la Capacitación del capital humano en materia de cuidados paliativos y calidad de atención en el enfermo en fase terminal	Porcentaje del nivel de conocimientos adquiridos por el capital humano	Número de capital humano con nivel mínimo de 90% de conocimientos adquiridos/Total de capital capacitado x 100	Registros administrativos de indicadores del programa  Censo de capital humano	El capital humano obtiene puntajes óptimos en las evaluaciones
	2.4 Evaluación de la Atención del capital humano en materia de cuidados paliativos y calidad de atención en el enfermo en fase terminal	Porcentaje del nivel calidad percibida en la atención del enfermo en fase terminal por capital humano	Número de capital humano con nivel mínimo de 90% en la atención proporcionada /Total de capital capacitado x 100	Registros administrativos de indicadores del programa  Censo de capital humano	El cuidador evalúa como satisfacción total en todo momento de la atención

## MATRIZ DE INDICADORES DE RESULTADO PROGRAMA DOMICILIARIO DE CUIDADOS PALIATIVOS

	Resumen narrativo	Indicadores	Método de cálculo	Medios de verificación	Supuesto
Componentes	3. Los cuidadores reciben capacitación en el manejo del paciente en fase terminal	Porcentaje de cuidadores capacitados en el manejo del paciente en fase terminal	Número de cuidadores capacitados en el manejo del paciente en fase terminal / Total de cuidadores en el censo del programa	Registros administrativos del programa de capacitación Censo de pacientes	Los cuidadores muestran disponibilidad para capacitarse en el manejo del paciente en fase terminal
Actividades	3.1 Diagnóstico de necesidades de capacitación de los cuidadores	Porcentaje de cuidadores integrados en el diagnóstico de necesidades	Número de cuidadores integrados en el diagnóstico/total de cuidadores del censo x 100	Registros administrativos del programa de capacitación Censo de pacientes	El nivel de escolaridad de los cuidadores favorece el registro de necesidades de capacitación
	3.2 Desarrollo del programa de cuidadores	Porcentaje de cuidadores capacitados en el manejo del paciente en fase terminal	Número de cuidadores capacitados en el manejo del paciente en fase terminal  /Total de cuidadores programados a capacitar x 100	Registros administrativos del programa de capacitación Censo de pacientes	Los cuidadores cuentan con disponibilidad de tiempo para las modalidades de capacitación
	3.3 Evaluación del programa de cuidadores	Porcentaje del nivel de conocimientos adquiridos por los cuidadores	Número de cuidadores con nivel mínimo de 80% de conocimientos adquiridos/Total de cuidadores capacitados x 100	Registros administrativos del programa de capacitación Censo de pacientes	Los cuidadores tienen sensibilidad para ser evaluados



## MATRIZ DE INDICADORES DE RESULTADO PROGRAMA DOMICILIARIO DE CUIDADOS PALIATIVOS

	Resumen narrativo	Indicadores	Método de cálculo	Medios de verificación	Supuesto
Componentes	4. El enfermo en fase terminal recibe cuidados paliativos de calidad	Porcentaje de pacientes en fase terminal que se les brindaron cuidados paliativos en su hogar	Número de pacientes en fase terminal atendidos en el periodo programado/ Total pacientes programados a ser atendidos x100	Registros administrativos de indicadores del programa	Se cuenta con los recursos disponibles para las visitas domiciliarias
Actividades	4.1 Supervisión de cuidados paliativos otorgados al paciente en fase terminal	Porcentaje de procedimientos supervisados por paciente del enfermo en fase terminal	Número de procedimientos realizados de en la supervisión en pacientes en fase terminal /Total de procedimientos programados a supervisar x100	Registros administrativos de indicadores del programa  Censo de capital humano	El equipo multidisciplinario realiza exhaustivamente los registros de los procedimientos en el enfermo en fase terminal
	4.2 Procedimientos aplicados de acuerdo con el protocolo de cuidados paliativos en el enfermo en fase terminal	Porcentaje de procedimientos aplicados de acuerdo con el protocolo de cuidados paliativos en el enfermo en fase terminal	Número de procedimientos aplicados de acuerdo con el protocolo de cuidados paliativos en el enfermo en fase terminal /Total de procedimientos supervisados x 100	Registros administrativos de indicadores del programa  Censo de capital humano	Los cuidadores conocen a detalle el protocolo de cuidados paliativos
	4.3 Reforzamiento en la capacitación a cuidadores en procedimientos sin apego a protocolo.	Porcentaje de cuidadores con reforzamiento en capacitación en procedimientos sin apego a protocolo.	Número de cuidadores con reforzamiento en capacitación en procedimientos sin apego a protocolo.  /Total de cuidadores que no aplicaron el procedimiento x 100	Registros administrativos del programa  Censo de cuidadores	Se identifica baja rotación en los cuidadores

## MATRIZ DE INDICADORES DE RESULTADO PROGRAMA DOMICILIARIO DE CUIDADOS PALIATIVOS

	Resumen narrativo	Indicadores	Método de cálculo	Medios de verificación	Supuesto
Componentes	5. El programa de atención al enfermo en fase terminal es evaluado integralmente	Porcentaje de cumplimiento con los criterios del programa de cuidados paliativos con lineamientos de CONEVAL	Número de criterios cumplidos en el programa de cuidados paliativos en pacientes con fase terminal/Total de criterios de acuerdo a lineamientos de CONEVAL x100	Cédula de evaluación de CONEVAL evaluada por Comité de expertos	Se cuenta con disponibilidad de los expertos para realizar la evaluación objetivamente
Actividades	5.1 El programa de atención al enfermo en fase terminal es evaluado en su dimensión económica	Diferencia de costo promedio en el programa domiciliario de cuidados paliativos	Total, de costo promedio del programa de cuidados paliativos - costo promedio de pacientes atendidos en el HRABI x100	Estados financieros del programa de cuidados domiciliarios  Estados financieros del HRABI	Hay disponibilidad de las áreas financieras para la integración de datos
	5.2 El programa de atención al enfermo en fase terminal es evaluado en la disminución de ingresos a la unidad hospitalaria	Porcentaje de ingresos evitados en el HRABI por incorporación al programa domiciliario de cuidados paliativos	Total, de ingresos evitados al HRABI por incorporación al programa de cuidados/ Total de ingresos del HRABI x100	Registros del Programa  SIMEF	Hay disponibilidad de las áreas estadísticas para la integración de datos
	5.3 El programa de atención al enfermo en fase terminal es evaluado en la dimensión de satisfacción de prestadores de salud	Porcentaje de satisfacción de prestadores de servicios del programa de cuidados paliativos	Número de prestadores de servicios del programa de cuidados paliativos satisfechos/ Total de prestadores de servicios encuestados x100	Encuesta de satisfacción de prestadores de servicios	
	5.4 El programa de atención al enfermo en fase terminal es evaluado en la dimensión de satisfacción de cuidadores	Porcentaje de satisfacción de cuidadores del programa de cuidados paliativos	Número de cuidadores del programa de cuidados paliativos satisfechos/ Total de prestadores de servicios encuestados x100	Encuesta de satisfacción de cuidadores	

Con base a la evaluación de la cedula de aprobación de la matriz del marco lógico, basada en los lineamientos del Consejo Nacional de Evaluación de la política de Desarrollo Social (CONEVAL), se consideró que este programa cumple con dicha aprobación al obtenerse una evaluación de 91.7% correspondiente a los 35 puntos que establece esta guía. Observándose un 8.3 de área de oportunidad, con el fin de mejorar durante la implementación del programa.

La presente evaluación fue realizada por expertos evaluadores en salud de V&L Corporativo de Ingenieros SA de CV con registro de CONEVAL 1310, con experiencia en la Evaluación del desempeño a fondos federales en los Servicios de Salud de los Estados de Aguascalientes y Querétaro.

4.1 En este cuadro se muestra que se identificó el programa con el nombre de “Programa Domiciliario de Cuidados Paliativos, con base al proyecto inicial de estudio por parte del investigador, cumpliendo con la máxima calificación de 2 con un porcentaje de 100%.

El programa cuenta con nombre y no aplica que deba tener clave porque aún no está autorizado por la Institución.

**Cuadro 4.1 Identificación del programa**

Elemento de la MIR	No.	Criterio de calificación	Cuidados paliativos	Suma	%
Identificación del programa	1	El Programa presupuestario tiene identificado clave y nombre	2	2	100
<b>TOTAL</b>			<b>10</b>	<b>10</b>	<b>100</b>

Fuente: Evaluación de V&L Corporativo de Ingenieros S.A. de C.V. Reg. CONEVAL 1310

Criterios de evaluación: **0** = No cumple : **1** = Criterios incompletos: **2** = Cumplido

En el cuadro 4.2 se muestra que el programa cuenta con alineación a los ejes de desarrollo, estrategias y líneas de acción del Plan Nacional de Desarrollo y del Programa Sectorial de Salud, así como al Plan de Desarrollo 2011 -2017 del Gobierno del Estado de México., cumpliendo con la máxima calificación de 10 con un porcentaje de 100.0%.

**Cuadro 4.2 Alineación a la planeación nacional**

Elemento de la MIR	No.	Criterio de calificación	Cuidados paliativos	Suma	%
<b>Alineación a la planeación nacional</b>	2	El eje de política pública del PND al cual está vinculado el Pp está identificado	2	2	100
	3	El objetivo del eje de política pública del PND al cual está vinculado el Pp está identificado	2	2	100
	4	El Programa sectorial, institucional, especial o regional derivado del PND al cual está vinculado el Pp está identificado	2	2	100
	5	El objetivo sectorial, institucional, especial o regional al cual está vinculado el Pp está identificado	2	2	100
	6	El objetivo estratégico de la dependencia o entidad al cual está vinculado el Pp está identificado	2	2	100
<b>TOTAL</b>			<b>10</b>	<b>10</b>	<b>100</b>

Fuente: Evaluación de V&L Corporativo de Ingenieros S.A. de C.V. Reg. CONEVAL 1310

Criterios de evaluación: 0 = No cumple: 1 = Criterios incompletos: 2 = Cumplido

En el cuadro 4.3 se muestra la evaluación del fin y el propósito del programa, cumpliendo con 20 puntos con un porcentaje de 90.1%, ya que se observa debilidad razonable al esperar que el logro del Propósito implique una contribución significativa al logro del objetivo superior (Lógica Vertical), asimismo en los componentes identificados son los necesarios y suficientes para lograr el

Propósito del Pp(Lógica Vertical) y las actividades necesarias y suficientes para la consecución de cada Componente(Lógica Vertical).

**Cuadro 4.3 Resumen narrativo (Objetivos del programa de Fin, Propósito, Componentes y Actividades)**

Elemento de la MIR	No.	Criterio de calificación	Cuidados paliativos	Suma	%
Resumen Narrativo	7	<b>FIN:</b> enuncia la contribución del Pp en el mediano o largo plazo al logro del objetivo del desarrollo nacional al que impacta (Lógica Vertical)	2	2	100
	8	<b>FIN:</b> su sintaxis corresponde con la fórmula El Qué (contribuir a un objetivo superior) + Mediante/A través de + El Cómo (la solución del problema)	2	2	100
	9	<b>PROPÓSITO:</b> identifica la población o área de enfoque a la que va dirigido el Pp y la manera en que le impacta	2	2	100
	10	<b>PROPÓSITO:</b> su sintaxis corresponde con la fórmula Sujeto (población o área de enfoque) + Verbo en presente + Complemento (resultado logrado)	2	2	100
	11	<b>PROPÓSITO:</b> es razonable esperar que el logro del Propósito implique una contribución significativa al logro del objetivo superior (Lógica Vertical)	2	2	100
	12	<b>COMPONENTES:</b> indica qué bienes o servicios debe producir o entregar el Pp	2	2	100
	13	<b>COMPONENTES:</b> los componentes identificados son los necesarios y suficientes para lograr el Propósito del Pp(Lógica Vertical)	1	1	50
	14	<b>COMPONENTES:</b> su sintaxis corresponde con la fórmula Productos terminados o Servicios proporcionados + Verbo en participio pasado	2	2	100
	15	<b>ACTIVIDADES:</b> indica las principales acciones emprendidas mediante las cuales se movilizan los insumos para generar los bienes y/o servicios que produce o entrega el programa	2	2	100
	16	<b>ACTIVIDADES:</b> se incluyen las actividades necesarias y suficientes para la consecución de cada Componente (Lógica Vertical)	1	1	50
17	<b>ACTIVIDADES:</b> su sintaxis corresponde con la fórmula Sustantivo derivado de un verbo + Complemento	2	2	100	
<b>TOTAL</b>			<b>20</b>	<b>20</b>	<b>90.1</b>

Fuente: Evaluación de V&L Corporativo de Ingenieros S.A. de C.V. Reg. CONEVAL 1310

El programa cuenta con resumen narrativo de Fin, Propósito, Componente y Actividades. La sintaxis está redactada de acuerdo con los lineamientos establecidos por CONEVAL en los cuatro niveles y tienen lógica horizontal y vertical. Con los datos proporcionados no se puede definir si son los componentes y actividades suficientes y necesarias para el propósito y fin.

Criterios de evaluación: **0** = No cumple : **1** = Criterios incompletos: **2** = Cumplido

En el cuadro 4.4 se muestra la evaluación de los indicadores de cada uno de los indicadores, cumpliendo con la máxima calificación de 15 con un porcentaje de 93.7%.

**Cuadro 4.4 Indicadores**

Elemento de la MIR	No.	Criterio de calificación	Cuidados paliativos	Suma	%
Indicadores	18	<b>FIN:</b> se tienen definidos indicadores para este nivel	2	2	100
	19	<b>FIN:</b> el indicador mide el comportamiento del objetivo correspondiente: Permite verificar los impactos sociales y económicos alcanzados para los cuales contribuye el Pp(Lógica Horizontal)	2	2	100
	20	<b>PROPÓSITO:</b> se tienen definidos indicadores para este nivel	2	2	100
	21	<b>PROPÓSITO:</b> el indicador está directamente relacionado con lo que se quiere medir del objetivo correspondiente: Permite verificar la cobertura y/o el cambio producido en la población o área de enfoque (Lógica Horizontal)	2	2	100
	22	<b>COMPONENTES:</b> se tiene definido al menos un indicador para cada componente	2	2	100
	23	<b>COMPONENTES:</b> el indicador definido para cada COMPONENTE está directamente relacionado con lo que se quiere medir del objetivo correspondiente: Permite verificar la generación y/o entrega de los bienes y/o servicios del programa (Lógica Horizontal)	2	2	100
	24	<b>ACTIVIDADES:</b> se tiene definido al menos un indicador para cada actividad	2	2	100
	25	<b>ACTIVIDADES:</b> el indicador definido para cada ACTIVIDAD está directamente relacionado con lo que se quiere medir del objetivo correspondiente: Permite verificar la gestión de los procesos (recursos humanos, financiamiento, adquisición de insumos, e.o.) (Lógica Horizontal)	1	1	50
<b>TOTAL</b>			<b>15</b>	<b>15</b>	<b>93.7</b>

Fuente: Evaluación de V&L Corporativo de Ingenieros S.A. de C.V. Reg. CONEVAL 1310

El programa cuenta con indicadores para los cuatro niveles, y cumplen con la lógica horizontal y vertical. Con los datos de actividades no permiten verificar completamente la gestión de los procesos

Criterios de evaluación: **0** = No cumple : **1** = Criterios incompletos: **2** = Cumplido

En el cuadro 4.4 se muestra la descripción de la evaluación de los Medios de verificación de cada uno de los indicadores, cumpliendo con la máxima calificación de 6 con un porcentaje de 75.0%.

**Cuadro 4.5 Medios de verificación**

Elemento de la MIR	No.	Criterio de calificación	Cuidados paliativos	Suma	%
Medios de verificación	26	<b>FIN:</b> Existen medios de verificación suficientes que permiten asegurar que la información requerida para: el cálculo de los indicadores de FIN, establecer sus metas y dar seguimiento a los avances en el cumplimiento de las mismas, está disponible y se puede replicar (Lógica Horizontal)	2	2	100
	27	<b>PROPÓSITO:</b> Existen medios de verificación suficientes que permiten asegurar que la información requerida para: el cálculo de los indicadores de PROPÓSITO, establecer sus metas y dar seguimiento a los avances en el cumplimiento de las mismas, está disponible (Lógica Horizontal)	2	2	100
	28	<b>COMPONENTE:</b> Existen medios de verificación suficientes que permiten asegurar que la información requerida para: el cálculo de los indicadores de CADA COMPONENTE, establecer sus metas y dar seguimiento a los avances en el cumplimiento de las mismas, está disponible (Lógica Horizontal)	1	1	50
	29	<b>ACTIVIDADES:</b> Existen medios de verificación suficientes que permiten asegurar que la información requerida para: el cálculo de los indicadores de CADA ACTIVIDAD, establecer sus metas y dar seguimiento a los avances en el cumplimiento de las mismas, está disponible (Lógica Horizontal)	1	1	50
		<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>75</b>

Fuente: Evaluación de V&L Corporativo de Ingenieros S.A. de C.V. Reg. CONEVAL 1310

El programa cuenta con medios de verificación para cada indicador de los cuatro niveles de la Matriz de Indicadores de Resultado. Los medios de fin y propósito es posible replicarlos porque están definidos en la Estadística del Hospital, pero los de componente y actividades dependerán del sistema de registro creado para su control.

El programa cuenta con nombre

Criterios de evaluación: **0** = No cumple : **1** = Criterios incompletos: **2** = Cumplido

En el cuadro 4.6 se muestra la descripción de la evaluación de los Supuestos del programa, cumpliendo con la máxima calificación de 11 con un porcentaje de 91.7%

**Cuadro 4.6 Supuestos**

Elemento de la MIR	No.	Criterio de calificación	Cuidados paliativos	Suma	%
Supuestos	30	Existen supuestos identificados para cada uno de los niveles de la MIR (Lógica Horizontal)	2	2	100
	31	Los supuestos identificados representan situaciones externas probables de ocurrir y contingentes a solventar	2	2	100
	32	Si se completan las Actividades programadas y se cumplen con los Supuestos asociados a éstas, se lograrán producir los componentes (Lógica Vertical)	1	1	50
	33	Si se producen los Componentes detallados y se cumplen con los Supuestos asociados a éstas, se logrará el Propósito del Pp(Lógica Vertical)	2	2	100
	34	Si se logra el Propósito del Pp y se cumplen los Supuestos asociados a éste, se contribuirá al logro del Fin (Lógica Vertical)	2	2	100
	35	Si se contribuye al logro del Fin y se mantienen vigentes los Supuestos asociados a éste, se garantizará la sustentabilidad de los beneficios del programa. (Lógica Vertical)	2	2	100
<b>TOTAL</b>			<b>11</b>	<b>11</b>	<b>91.7</b>

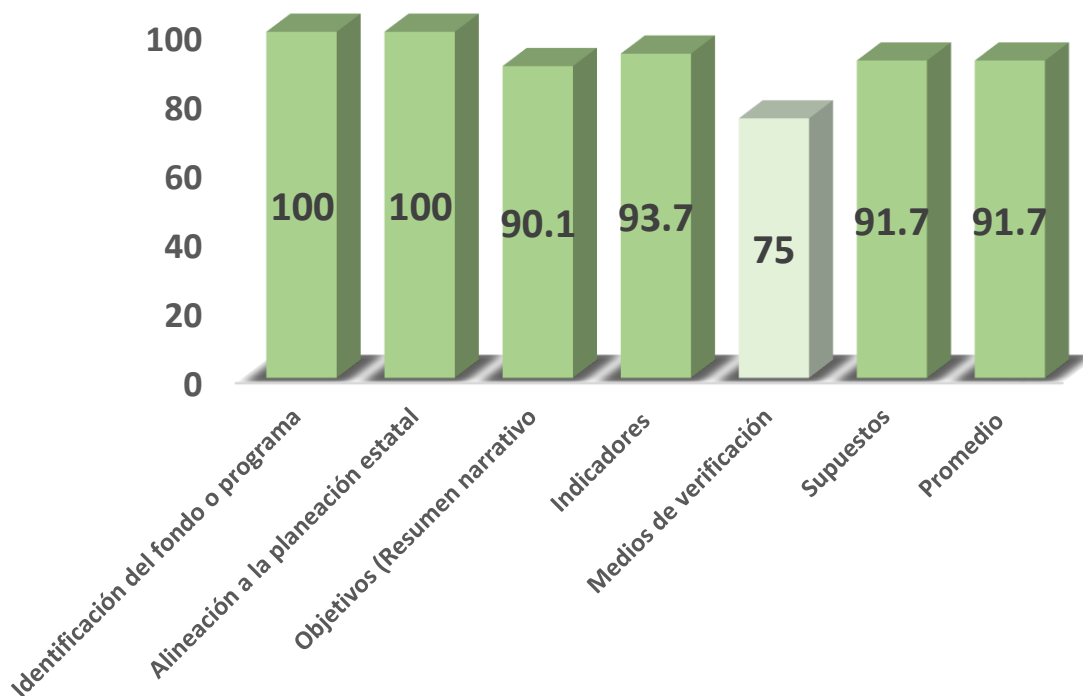
Fuente: Evaluación de V&L Corporativo de Ingenieros S.A. de C.V. Reg. CONEVAL 1310



El programa cuenta con supuestos para cada nivel de la Matriz de Indicadores de Resultado. No se puede definir si están consideradas todas las posibles situaciones externas probables de ocurrir que afecten el cumplimiento de los componentes.

Criterios de evaluación: **0** = No cumple : **1** = Criterios incompletos: **2** = Cumplido

### Evaluación integral de la Matriz de Indicadores para resultado de los cuidados paliativos en el HRABI



Fuente: Evaluación de V&L Corporativo de Ingenieros S.A. de C.V. Reg. CONEVAL 1310

## Discusión

A nivel internacional y nacional se han hecho diversos estudios sobre cuidados paliativos, son pocos en el hogar y nulos con metodología del marco lógico tanto en adultos mayores con enfermedades crónico-degenerativas, por una parte, como a pacientes en fase terminal por otra causa.

De acuerdo con una revisión exhaustiva en bases de datos sobre investigaciones realizadas no se encontró algún estudio relacionado a este. Lo que propicia el inicio de un camino lleno de retos, que mejoren la creación de trabajos como este.

En otro estudio de Pastrana, T., y cols. en Latinoamérica, 2012,<sup>33</sup> se investigó el tipo de servicios más frecuentes identificado son los cuidados domiciliarios (0.04/100,000) habitantes Chile y Cuba son los países que más cuentan con estos servicios.

Finalmente se encuentra otro estudio realizado en Europa donde se tiene documentado el programa de soporte domiciliario de cuidados paliativos que basan su atención directa con el enfermo terminal, coordinado por un equipo interdisciplinario en salud.<sup>4</sup>

De esta manera se logran identificar diversos estudios realizados que han impactado o no de acuerdo al contexto regional y las características de la población que se involucran sin embargo el planteamiento del presente estudio es estrictamente para población vulnerable con enfermedad terminal con la inclusión de toda aquella población que realmente necesita ser atendida mediante cuidados paliativos en su domicilio con base a la metodología del marco lógico, con el fin de garantizar el éxito en el ámbito político, social, financiero y cultural de la población.

## **V.CONCLUSIONES**

El estudio ayudó a identificar la información requerida para realizar un Diseño de un Programa Domiciliario de Cuidados Paliativos con metodología del Marco Lógico.

El tener de guía, para esta investigación, permitió identificar las barreras para la acción, en este caso el conocimiento en la temática favoreció de manera significativa para lograr el objetivo de esta investigación. logrando una evaluación pertinente para la ejecución en cualquier momento.

También permitió considerar la guía como una propuesta para integrar a un equipo multidisciplinario imperante en este grupo de población que se ve reflejado en el logro del control de la enfermedad en fase terminal.

Por otro lado, se logró Alinear a los ejes de política pública del periodo 2013-2018, lo que garantiza la viabilidad en un primer momento.

El realizar el programa con apoyo de un sinfín de información permitió consolidar dicho programa, así como los involucrados e investigador en este grupo de población portadora de una enfermedad en fase terminal.

En este sentido se sugiere la implementación de este programa hasta lograr mejoras en la sociedad carente de estos proyectos donde se garantice una calidad de vida al final de la misma, donde el resultado final sea una muerte digna en compañía de sus seres queridos.

El estudio permitió identificar la temática de los cuidados paliativos, la metodología del marco lógico, obteniendo un Diseño de un Programa Domiciliario de Cuidados paliativos.

Es de suma importancia tener en cuenta lo propuesto por Doyle, D; Hanks, G; Cherny, N; Calman, K. La necesidad de implementar un programa de Cuidados Paliativos no deja lugar a dudas, que se trata no solamente de promover una atención digna y humanitaria a personas en situación difícil, con nuevas concepciones de trabajo en equipo, sino que es ante todo un instrumento profesionalizado para la racionalización del funcionamiento de los recursos de salud, donde la enfermería retoma un esencial papel siendo su esencia el cuidado.

Finalmente se realizó la evaluación de dicho programa con base a los lineamientos vigentes del CONEVAL, obteniendo una sumatoria aceptable de los puntos que establece dicha guía, por lo que se propone que en estudios subsiguientes se retome este mismo Diseño, pero considerando también algunas variables de influencia interpersonal y situacional, pues como lo refiere la metodología del marco lógico que la determinación del éxito de un proyecto no dependerá únicamente de la educación y la información, pues existen factores internos y externos que también intervienen.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Frenk J, Bobadilla JL, Stern C, Freika T, Lozano R. ELEMENTOS PARA UNA TEORÍA DE LA TRANCISIÓN EN SALUD Salud Pública de México, septiembre-octubre, año/vol. 33, número 005 Instituto Nacional de Salud Pública Cuernavaca, México. Salud Pública Mex. 1991;33:448-62.
2. Garduño, EA; HAM, MO, Méndez, UJ; Niembro, ZA; De Pando CJ, Martínez, Br, et al. Decisiones médicas al final de la vida. Recomendaciones para la atención de pacientes en estado terminal. Acta Pediatr Méx. 2006; 27:307-316.
3. Grau, J; Chacón, M; Reyes, M.C. Los Cuidados Paliativos al paciente oncológico en Cuba. Periodos y etapas (Pasado y Presente.)MINSAP; 2008.
4. Doyle, D; Hanks, G; Cherny, N ; Calman, K. Textbook of Palliative Medicine Oxford University Press, New York, USA. Tercera Edición. 2004.
5. González, C., Méndez, J., Romero, J. I., Bustamante, J., Castro, R., Jiménez, M., ... & Martínez-Murillo, C. (2012). Cuidados paliativos en México. Rev Med Hosp Gen Mex, 75, 114-22.
6. Cuidados Paliativos: historia y desarrollo M. Ignacia del Rio, y col.
7. Doyle, D., Hanks, G., Cherny, N. & Calman, K.: Textbook of Palliative Medicine Oxford University Press. Tercera Edición. New York, USA [s.n] 2004.
8. Programa Nacional de Salud 2006- 2012
9. Montes de Oca Lomelí G. Historia de los cuidados paliativos. Rev. Digital Universitaria [en línea]. 2006; 10 de abril;7(4):<http://www.revista.unam.mx/vol.7/num4/art23/int23.htm>> ISSN: 1607-6079.
10. Guia MIR.pdf [Internet]. [citado 5 de mayo de 2013]. Recuperado a partir de: <http://www.shcp.gob.mx/EGRESOS/PEF/sed/Guia%20MIR.pdf>

11. Atención al Derechohabiente [Internet]. [citado 1 de enero de 2013]. Recuperado a partir de: <http://www.issste.gob.mx/atencion/derechoshumanos/gruposvulnerables.html>
12. Bistre S, Fernández Saracho. Legislación sobre cuidados paliativos y dolor en México. Rev. Iberoamericana del Dolor. 2009; 4(2):11-15
13. <http://www.redsistemica.com.ar/aresca.htm> - Buscar con Google [Internet]. [citado 22 de marzo de 2012]. Recuperado a partir de: <http://www.google>.
14. Córdova-Villalobos José Ángel, Barriguete-Meléndez Jorge Armando, Lara-Esqueda Agustín, Barquera Simón, Rosas-Peralta Martín, Hernández-Ávila Mauricio et al. Las enfermedades crónicas no transmisibles en México: sinopsis epidemiológica y prevención integral. Salud pública Méx [revista en la Internet]. 2008 Oct [citado 2012 Nov 15]; 50(5): 419-427. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342008000500015&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342008000500015&lng=es).
15. CORDOVA-VILLALOBOS, José Ángel et al. Las enfermedades crónicas no transmisibles en México: sinopsis epidemiológica y prevención integral. Salud pública Méx [online]. 2008, vol.50, n.5 [citado 2012-06-05], pp. 419-427. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342008000500015&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342008000500015&lng=es&nrm=iso). ISSN 0036-3634.
16. Castillo Gil EF, Vásquez Saavedra LS. Cuidado paliativo de enfermería en el Hospital Regional Docente Las Mercedes Chiclayo, Perú [Internet]. 2012 [citado 12 de mayo 2013]. Recuperado a partir de: <http://tesis.usat.edu.pe/jspui/handle/123456789/86>
17. De Cuidados Paliativos SE. Guía de cuidados paliativos. Línea Httpwww Secpal ComguiacpGuiacp Pdfconsultada 16052006 [Internet]. 2002 [citado 20 de julio de 2012]; Recuperado a partir de: <http://www.portalmayores.csic.es/documentos/documentos/secpal-guiacp-01.pdf>

18. Díaz ABE, Gómez ACP, Reyes YQ, Ramos M de los RG, Gil AG, Roca AE. ABC para los cuidados de enfermería a pacientes con enfermedad terminal en Atención Primaria de Salud. Medisur. 2013;11(2):95-108.
19. Palencia Ávila M. Calidad de la atención medica al final de la vida: manual para el médico y la enfermera. 1ª ed. México: Editorial Grama; 2006.
20. Cornejo MA. Infinitud Humana. La grandeza de los valores. 1ª ed. México: Grijalba S.A; 1997.
21. Navarro Sanz, Ramón, Manuel Valls Roig, and Enrique Castellano Vela. "Atención a pacientes crónicos avanzados no oncológicos con necesidad de cuidados al final de la vida en un hospital de media y larga estancia." Medicina Paliativa 18.2 (2011): 54-62
22. Pinto N. "Intersubjetividad, Comunicación y Cuidado". En: Dimensiones del Cuidado. Grupo de Cuidado. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. 2009.
23. De los Reyes, MC. Construyendo el concepto cuidador de ancianos. En: IV Reunión de antropología do Mercosur; Curitiba 2001 nov. Brasil
24. Zapata G, Alonso M. Síntomas de deterioro de la calidad vida de los cuidadores primarios de pacientes con cáncer en la IPS salud en casa. 2013
25. <http://www.uv.mx/cienciahombre/revistae/vol19num2/articulos/cuidar/index>. - Buscar con Google [Internet]. [citado 5 de septiembre de 2012]. Recuperado a partir de: <http://www.google.es/search?hl=es&q=http://www.uv.mx/cienciahombre/revistae/vol19num2/articulos/cuidar/index.htmlposas+o+hijas+del+paciente>).
26. Hanks G, Cherny NI, Christakis NA, Fallon M, Kassa S, Portenoy RK. Oxford textbook of palliative medicine. Fam. Med. 2011;43(2):131.
27. Organización mundial de la salud. www.who.

28. Espinosa Roca A, Romero Cabrera AJ, Misas Menéndez M, Fresneda Quintana O. Asistencia al enfermo terminal en la atención primaria de salud. Rev. Finlay. 2011;132-43.
29. Stephen J, McPhee, Maxine A, Papadakis. Atención paliativa y tratamiento del dolor. En: Diagnóstico Clínico y Tratamiento 50a ed. España: Mc Graw Hill Lange; 2011: vol.1 p 76-93
30. Hodelín Tablada R. El principio del doble efecto en la sedación a pacientes terminales. Medisan. 2012;16(6):949-59.
31. Gómez -Batiste X, Porta-Sales J, Paz S, Stjernsward J, Rocafort J. Program development: Palliative medicine and public health services. En: Walsh D, editor. Palliative Medicine. Philadelphia: Elsevier; 2008.p.198–202.
32. Chamorro RM, González SC, Moragues AT. Organización de los cuidados paliativos. Cuid. Paliativos En El Paciente Oncológico. 2011;19.
33. Pérez Lázaro JJ, Fernández Ruiz I, Tejedor Fernández M, Guerra de Hoyos JA, Jiménez Rodríguez M, de Pazzis Die de Ortega M, et al. Prevención de eventos adversos para la seguridad del paciente en las unidades de tratamiento del dolor crónico. Rev. Española Anestesiol. Reanim.
34. Corrales-Nevado D, Alonso-Babarro A, Rodríguez-Lozano MÁ. Continuidad de cuidados, innovación y redefinición de papeles profesionales en la atención a pacientes crónicos y terminales. Informe SESPAS 2012. Gac. Sanit. 2012;26:63-8.
35. Pérez Durillo FT, Gallego Montalbán JA, Jaén Castillo P. Análisis de la actividad de un equipo de soporte de cuidados paliativos. Med. Paliativa. 2011;18(4):129-34.
36. SECPAL / Guía CP/ La organización de los Cuidados Paliativos [Internet]. [citado 30 de diciembre de 2011. Recuperado a partir de: <http://www.secpal.com/guiacp/index.php?acc=diecisiete>
37. Paliativos C. Diseño, implementación y evaluación de programas públicos de cuidados paliativos. Med Clin Barc. 2010;135(4):179-85.



38. Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos

39. Gómez-Batiste X, Espinosa J, Porta-Sales J, Benito E. Modelos de atención, organización y mejora de calidad para la atención de enfermos avanzados terminales y sus familias: aportación de los cuidados paliativos. Med Clin (Barc). En la prensa 2010.

40. Estrategia Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio Sanidad y Consumo; 2007. [Consultado 17/11/2009]. Disponible en: [www.estrategiaencuidadospaliativos.es](http://www.estrategiaencuidadospaliativos.es).

41. Crespo MA. Guía de diseño de proyectos sociales comunitarios bajo el enfoque del marco lógico. Conceptos Esenciales Apl. [Internet]. 2010 [citado 15 de mayo de 2013]; Recuperado a partir de: [http://abacoenred.com/IMG/pdf/guia\\_de\\_diseno\\_de\\_proyectos\\_sociales\\_comunitarios\\_bajo\\_el\\_enfoque\\_del\\_marco\\_logico\\_\\_\\_compt.\\_y\\_revisado\\_nov.\\_2011.pdf](http://abacoenred.com/IMG/pdf/guia_de_diseno_de_proyectos_sociales_comunitarios_bajo_el_enfoque_del_marco_logico___compt._y_revisado_nov._2011.pdf)

42. Sánchez, Norma. "El marco lógico. Metodología para la planificación, seguimiento, y evaluación de proyectos." Revista Visión Gerencial 2.6 (2006): 328-343.

43. Ortegón E, Adriana EOJFP, Prieto A. Metodología del marco lógico para la planificación, el seguimiento y la evaluación de proyectos y programas [Internet]. United Nations Publications; 2005 [citado 1 de febrero de 2013]. Recuperado a partir de: [http://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=r\\_lrVhgf1akC&oi=fnd&pg=PA7&dq=An%C3%A1lisis+de+los+objetivos+\(medios+y+fines\)+marco+l%C3%B3gico&ots=smVsUO7hJo&sig=kjcs3fAcwja7uV54hSC8-98-R9o](http://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=r_lrVhgf1akC&oi=fnd&pg=PA7&dq=An%C3%A1lisis+de+los+objetivos+(medios+y+fines)+marco+l%C3%B3gico&ots=smVsUO7hJo&sig=kjcs3fAcwja7uV54hSC8-98-R9o)

44. BARRAGÁN MJPV, ÁLVAREZ LEEAA, COLÍN C. Guía para la elaboración de proyectos estratégicos con enfoque a Marco Lógico. [citado 28 de marzo de 2013]; Recuperado a partir de: [http://www.salud.gob.mx/unidades/pediatrica/taller\\_marcolog.pdf](http://www.salud.gob.mx/unidades/pediatrica/taller_marcolog.pdf)

45. Judy, L. Baker. Evaluación del impacto de los proyectos de desarrollo en la pobreza, Manual para profesionales. Bancó Mundial Washington, D.C.

46. Gómez, Javier González. "La experiencia mexicana en evaluación del desempeño gubernamental 2006 2012."

47. Durazo IAS, García FM. La evaluación de los programas públicos en México: una mirada crítica al CONEVAL. Inf. Comer. Española Ice Rev. Econ. 2010;(857):153-62.

# ANEXOS

## Anexo 1

### Guía de aprobación de la matriz de marco lógico (basada en lineamientos del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL))

#### Introducción

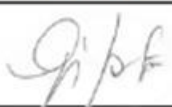
La elaboración de la matriz de marco lógico para el Programa Domiciliario de Cuidados Paliativos con Metodología del Marco lógico del ISSSTE utilizo una metodología basado en los lineamientos de CONEVAL, así como un proceso de aprobación que destaca tres aspectos:

- I. Aprobación de congruencia (desde el punto de vista metodológico)
- II. Aprobación de validez del contenido técnico
- III. Aprobación de la máxima autoridad institucional

- I. Aprobación de congruencia (desde el punto de vista metodológico)

La verificación de congruencia considera dos aspectos, el primero una revisión global de la secuencia lógica a nivel horizontal y vertical de la matriz, y la segunda una validación de la calidad de los indicadores formulados.

#### GUÍA DE VERIFICACIÓN DEL MARCO LÓGICO


Numero de identificación: 001
Institución: <u>ISSSTE</u>
Nombre del Programa o Linea Estratégica: <u>PROGRAMA DOMICILIARIO DE CUIDADOS PALIATIVOS CON METODOLOGÍA DE MARCO LÓGICO</u>
Fecha de revisión: 03/02/2016
Nombre, cargo y firma del Revisor: <u>DRA. MARÍA GUADALUPE RODRIGUEZ PORCAYO</u> SUBDIRECTORA MEDICA DEL HRAEBI.


<b>Aspectos básicos de verificación de la Matriz del Marco Lógico</b>		
<b>Temas</b>	<b>Aspectos</b>	<b>Cumplimiento (Si/ No)</b>
Generales	Redacción correcta en la conjugación.	<b>Si</b>
	Redacción clara y precisa.	<b>Si</b>
	Uso adecuado de numeración entre actividades en relación a componentes.	<b>Si</b>
	Formatos homogéneos en la elaboración del marco lógico (tipo de archivos, estructura de la matriz, etc.) <sup>1</sup> .	<b>Si</b>
Lógica vertical	Consistencia entre fin y propósito.	<b>Si</b>
	Existencia de un solo propósito para cada matriz	<b>Si</b>
	Definición precisa de la población objetivo del programa.	<b>Si</b>
	Consistencia entre el propósito y los componentes.	<b>Si</b>
	Componentes de alcance muy amplio que requieren dividirse	<b>Si</b>
	Consistencia entre actividades y componentes.	<b>Si</b>
	Claridad en la distinción entre actividades y componentes.	<b>Si</b>
<b>Temas</b>	<b>Aspectos</b>	
Indicadores	Se especifica: tiempo, calidad, cantidad, ubicación.	<b>Si</b>
	Se precisa la fórmula.	<b>Si</b>

---

	Se define claramente la meta.	<b>Si</b>
	Se define la línea de base.	<b>Si</b>
	Se agrupan indicadores en relación a los criterios tales como eficacia, eficiencia, calidad y economía	<b>Si</b>
Medios de verificación	Se identifican de manera precisa.	<b>Si</b>
	Se distingue el tipo de fuente de información con claridad (censos, registros administrativos, encuestas, etc.)	<b>Si</b>
	Se precisan aspectos tales como la periodicidad, oportunidad o confiabilidad de las fuentes de información	<b>Si</b>
Supuestos	Se identifican como condiciones externas.	<b>Si</b>
	Se identifican como condiciones importantes.	<b>Si</b>
	Se identifican como condiciones con mediana probabilidad de ocurrir.	<b>Si</b>

## GUÍA DE VERIFICACIÓN DE INDICADORES

Número de Identificación: 001	
Institución: <u>ISSSTE</u>	
Nombre del Programa o Línea Estratégica: <u>PROGRAMA DOMICILIARIO DE CUIDADOS PALIATIVOS CON METODOLOGÍA DE MARCO LÓGICO</u>	
Fecha de revisión: 03/02/2016	
Nombre, cargo y firma del Revisor: <u>DRA. MARIA GUADALUPE RODRIGUEZ PORCAYO</u> SUBDIRECTORA MEDICA DEL HRAEBI.	
	
Variables generales de calificación	Puntaje Alcanzado
<p>A. ¿Hasta qué grado cuenta la formulación de los indicadores con un proceso dinámico de consenso y validación de actores relevantes en su utilización? (Participación, coordinación, etc.) ?</p> <p><i>Muy bien (1), Medianamente bien (0.5), Poco (0.25), Nada o no ajusta (0).</i></p>	1
<p>B. ¿Hasta qué medida se ajusta la capacidad informática disponible a las necesidades de asegurar la calidad de la producción de los indicadores (hay bases de datos, hay aplicaciones Informáticas)?</p> <p><i>Muy bien (1), Medianamente bien (0.5), Poco (0,25), Nada o no ajusta (0).</i></p>	0.5
<p>C.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Existen protocolos sobre la difusión de la información de los indicadores?</li> <li>2. ¿Son apropiados los protocolos de difusión de la información de los indicadores, en correspondencia con la política de difusión del programa?</li> <li>3. ¿Existen protocolos sobre el acceso a la información de los indicadores?</li> </ol>	1

<p>4. ¿Son apropiados los protocolos de acceso a la información de los indicadores, en correspondencia con la política de acceso del programa</p> <p>5. ¿Hasta qué grado se cumple con los protocolos de acceso a la información de los indicadores?</p> <p><i>Si las respuestas a 4 a 5 preguntas anteriores son afirmativas otorgar (1), si tres respuestas son afirmativas asignar (0.5), si hay dos o una respuesta afirmativa asignar (0.25). Si todas las preguntas tienen respuestas negativas calificar cero.</i></p>			1
Valor total variables generales de calificación: 7 p1:1, p2:1 y p3:5			6.5 P:1
<b>Variables de calificación a nivel de cada indicador</b>			
<b>Dimensión de evaluación</b>	<b>Criterios</b>	<b>Variables de calificación</b>	
<i>Calidad</i>	<i>Claridad</i>	1. ¿El indicador expresa de modo directo lo que se quiere medir? Cumple (1) No cumple (0)	1
		2. ¿La unidad de medida del indicador corresponde a lo que se quiere medir? Cumple (1) No cumple (0)	1
		3. ¿Qué tan claro es el método de cálculo del indicador? Cumple (1) No cumple (0)	1
	<i>Relevancia</i>	4. ¿El indicador refleja una dimensión importante del objetivo (fin, propósito, componente)? Cumple (1) No cumple (0)	1
		5. ¿Qué tan preciso es el indicador para reflejar la población objetivo? Cumple (1) No cumple (0)	1

	<i>Economía</i>	6. ¿Es costo-eficiente la producción del indicador? Cumple (1) No cumple (0)	1
	<i>Monitoreable</i>	7. ¿Qué tan precisa es la información contenida en la ficha técnica disponible del indicador? Cumple (1) No cumple (0)	1
		8a. ¿Tiene el indicador una línea de base para su seguimiento?  Cumple (1) No cumple (0)	1
		8b. ¿Qué tan adecuada es la línea de base para el seguimiento del indicador?  Cumple (1) No cumple (0)	1
		9. ¿Qué tan oportuna es la información básica requerida para el monitoreo? Cumple (1) No cumple (0)	1
		10. ¿Qué tan buena es la calidad de los datos de las fuentes de información básica disponibles para estimar el indicador? Cumple (1) No cumple (0)	1
		11a. ¿Existe un conjunto de metadatos sobre la información básica disponible?  Cumple (1) No cumple (0)	1
		11b. ¿Qué tan adecuada es la calidad de los metadatos disponibles?	1




		Cumple (1) No cumple (0)	
		12. ¿Están las responsabilidades definidas en el proceso de producción del indicador?  Cumple (1) No cumple (0)	1
	<i>Adecuado</i>	13a. ¿Está el indicador asociado a una meta específica para ser medido su resultado?  Cumple (1) No cumple (0)	1
		13b. ¿Qué tanta capacidad tiene el indicador para medir el grado de consecución de las metas?  Cumple (1) No cumple (0)	1
		14. ¿Está desagregado el indicador en la medida de lo necesario para explicar el resultado?  Cumple (1) No cumple (0)	1
	<i>Aporte marginal</i>	15. ¿Es el indicador único?  Cumple (1) No cumple (0)	1
<i>Total Variables de calificación a nivel de cada indicador:15</i>			
<i>Utilidad</i>	<i>Uso de la información</i>	16. En el proceso de planeación del indicador, ¿se considera el ciclo regular de toma de decisiones del programa?  <i>Muy bien (1), Medianamente bien (0.5), Poco (0,25), Nada o no ajusta (0).</i>	11

		<p>17. ¿Qué tan oportuna es la producción del indicador para su uso en la toma de decisiones?</p> <p><i>Muy bien (1), Medianamente bien (0.5), Poco (0,25), Nada o no ajusta (0).</i></p>	1
		<p>18. ¿Qué tan comprensibles son los resultados del indicador?</p> <p><i>Muy bien (1), Medianamente bien (0.5), Poco (0,25), Nada o no ajusta (0).</i></p>	1
		<p>19. ¿En qué medida están siendo utilizados los resultados del indicador para la toma de decisiones en el marco del programa?</p> <p><i>Muy bien (1), Medianamente bien (0.5), Poco (0,25), Nada o no ajusta (0).</i></p>	1
		<p>20. ¿En qué medida están siendo utilizados los resultados del indicador para la toma de decisiones por otras autoridades pertinentes?</p> <p><i>Muy bien (1), Medianamente bien (0.5), Poco (0,25), Nada o no ajusta (0).</i></p>	1
Total de variables Utilidad: 5			
Total global : 20			

### III. Aprobación de validez del contenido técnico.

La validez del contenido temático se realizó por la persona responsable de la institución representada en el marco lógico.

Número de identificación: 001	
Institución: <u>ISSSTE</u>	
Nombre del Programa o Línea Estratégica: <u>PROGRAMA DOMICILIARIO DE CUIDADOS PALIATIVOS CON METODOLOGÍA DE MARCO LÓGICO</u>	
Fecha de revisión: 03/02/2016	
Nombre cargo y firma del Revisor: <b>DRA. MARIA GUADALUPE RODRIGUEZ PORCAYO</b> <b>SUBDIRECTORA MEDICA DEL HRAEBI.</b> 	
Número de identificación: 001	
Preguntas	Puntaje Alcanzado
1. ¿La matriz de marco lógico representa con claridad y precisión parcial o totalmente la misión y el quehacer institucional del programa, dirección o institución que representa? Sí (1) No (0)	1
2. ¿Son los fines y propósito del marco lógico congruentes con los planes sectoriales y lineamientos de la federación? Sí (1) No (0)	1
3. ¿Hay aspectos relevantes del quehacer institucional que no han sido contemplados en el marco lógico y que deberían ser incorporados? Especifique Sí (0) No (1)	1
4. ¿Es la matriz del marco lógico por los aspectos contenidos e indicadores un insumo clave para llevar adelante acciones de monitoreo y evaluación del programa que representa? Sí (1) No (0)	1

5. ¿Existen fuentes de información que usted conoce que no han sido incluidas en el marco lógico y que deberían ser consideradas? Especifique Si (0) No (1)	1
6. ¿Existen riesgos que usted conoce que no han sido contemplados en la matriz de marco lógico? Especifique Si (0) No (1)	1
Total Global: 5	5

### III. Aprobación de la máxima autoridad institucional

**DRA. MARIA GUADALUPE RODRIGUEZ PORCAYO**

**SUBDIRECTORA MEDICA DEL HRAEBI**

Por este conducto, certifico que la matriz de marco lógico correspondiente al programa de cuidados paliativos Domiciliario a cargo del equipo Multidisciplinario e Investigador Juvencio Bautista Antonio, representa con precisión los objetivos, Indicadores, fuentes de Información y riesgo que caracterizan la gestión del programa. Los Indicadores serán la base para el monitoreo de los programas operativos anuales del sector y se articulan a las líneas estratégicas tanto del Plan Sectorial de Desarrollo como del Plan Estatal de Desarrollo para el periodo 2016. Sobre la base de la matriz del marco lógico que se presenta se seleccionarán los Indicadores estratégicos que acompañen los Informes financieros.

Se expresa que las metas de los Indicadores quedan aún sujetas a aprobación una vez que los grupos de trabajo correspondientes finalicen sus tareas.

Atentamente

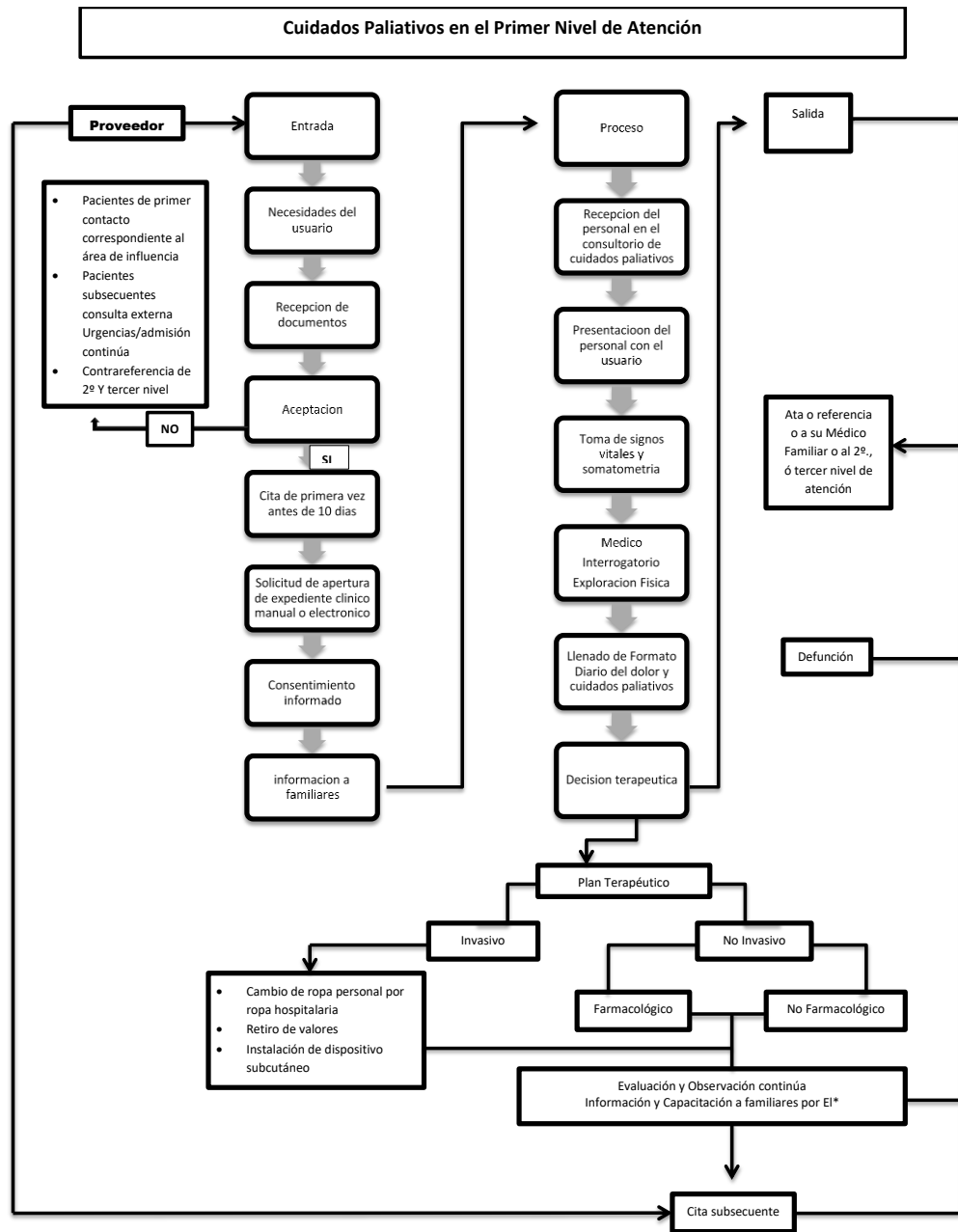


**DRA. MARIA GUADALUPE RODRIGUEZ PORCAYO**

**SUBDIRECTORA MEDICA DEL HRAEBI**

Validación de Congruencia    Validación de Contenido Técnico

## Anexo 2 Protocolo de Cuidados paliativos en Primer Nivel de Atención



## Anexo 3 Protocolo de Cuidados paliativos en Tercer Nivel de Atención

