

a rranque p arejo en la v ida

Evaluación del
Programa de Acción

2000 • 2005

RESUMEN EJECUTIVO



Instituto Nacional
de Salud Pública



Instituto Nacional
de Salud Pública

Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida

2000-2005

Evaluación Externa

R E S U M E N ● E J E C U T I V O

**Evaluación Externa del Programa de Acción
Arranque Parejo en la Vida 2001 • 2005
Resumen Ejecutivo**

Primera Edición, 2006

D.R. © Instituto Nacional de Salud Pública
Av. Universidad 655
Sta. Ma. Ahuacatitlán
62508 Cuernavaca, Morelos, México

Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico

ISBN 970-9874-08-X

La Evaluación Externa 2001-2005 del Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida se realizó a solicitud del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva y de la Dirección General de Evaluación del Desempeño de la Secretaría de Salud

Equipo de evaluación

Investigador principal: Miguel Ángel González Block

Coordinador ejecutivo: Emanuel Orozco

Investigadores: Bernardo Hernández, Luz María Kageyama, Vanessa Aldaz, Alma Lucila Saucedo, Víctor Becerril, Pierre Avis Duperval, Leticia Suárez, Carlos Carrillo y Emilio Gutiérrez

Contraportada

Mural pintado por Valdemar Castañeda

(Diseño de Laura Adviene y María Elena Morales)

Casa Materna de Comitán, Chiapas

Contenido

Principales hallazgos y recomendaciones	5
1. Antecedentes	9
2. Metodología	11
3. Resultados de la evaluación	15
3.1 Hallazgos de los componentes estratégicos	15
3.2 Grado de cumplimiento de acciones sustantivas	25
3.3 Conducción federal de APV	30

Principales hallazgos y recomendaciones

Desarrollo humano

- Las iniciativas del programa de acción Arranque Parejo en la Vida (APV) fueron más efectivas donde hubo mayor seguimiento estatal y permanencia del personal
- La focalización de acciones en jurisdicciones sanitarias con mayor incidencia de mortalidad materna mostró ser efectiva para su reducción
- El apoyo de las autoridades estatales fue un factor clave para el éxito de las iniciativas de capacitación
- Recomendaciones
 - ▶ El enfoque intercultural debe reforzarse en zonas de alta prioridad
 - ▶ La capacitación debe obedecer más a las necesidades locales y apoyarse en las autoridades estatales de salud
 - ▶ Se requiere fortalecer tanto la capacidad técnica como la humanística
 - ▶ La capacidad de enfermería debe ser fortalecida, sobre todo allí donde rotan los médicos pasantes

Participación comunitaria

- La referencia de las urgencias obstétricas fue facilitada por acuerdos formales de colaboración entre diferentes órdenes de gobierno
- Las autoridades estatales cumplieron un papel decisivo en la gestión de recursos y en el apoyo a organismos no gubernamentales, particularmente para el buen funcionamiento de las posadas maternas
- El apoyo para el transporte fue ampliamente reconocido por las mujeres embarazadas; el pago por este servicio fue visto como un obstáculo
- Los apoyos municipales para el transporte deben instituirse para evitar su cancelación ante los cambios de gobierno
- Las zonas de mayor mortalidad materna siguen siendo las que reportan menor acceso a servicios de salud
- Recomendaciones
 - ▶ Deben aprovecharse de manera más efectiva los apoyos que pueden brindar las redes sociales y familiares a las embarazadas
 - ▶ Es prioritario analizar localmente los entornos sociales, económicos y culturales para promover redes efectivas y el liderazgo de los proveedores

Fortalecimiento de la estructura

- Los módulos MATER (Módulos de Atención para Embarazadas de Riesgo) favorecen mejoras en la organización de la atención obstétrica

- No obstante, existen importantes limitaciones en el horario y ubicación de los módulos MATER
- Los SINDIS (Servicio Integral para la Prevención y Atención de la Discapacidad) para la prevención de la discapacidad y el “sello rojo” para priorizar la atención de embarazos de alto riesgo no mostraron una implantación exitosa
- Recomendaciones
 - ▶ Se requiere fortalecer la capacidad del primer nivel de atención para evitar la mortalidad materna y mejorar la salud infantil
 - ▶ Se requiere forjar una mayor sinergia entre APV y el programa Oportunidades, el Sistema de Protección Social en Salud y políticas estatales de protección social

Monitoreo y Evaluación

- Los comités de mortalidad materna (MM) favorecieron el abatimiento del subregistro en su materia
- El análisis de los casos de MM contribuyó a la identificación de oportunidades de mejora de la calidad de la atención médica
- El análisis de eslabones críticos mejoró la efectividad del proceso de atención
- El grupo AIDEM (Grupo para la Atención Inmediata de las Defunciones Maternas) fortaleció desde el ámbito federal la calidad de los comités de MM
- Recomendación
 - ▶ Hay que mejorar la calidad técnica del dictamen y del reporte de casos de MM

Embarazo saludable

- Las consultas prenatales de primera vez aumentaron significativamente
- Pero este aumento no está necesariamente relacionado con la calidad de la atención
- Recomendación
 - ▶ Se requiere de una mayor vigilancia y supervisión de la atención prenatal

Parto y puerperio seguros

- La capacidad de respuesta para la atención del parto sigue siendo limitada en zonas marginales
- El trabajo de las parteras sigue siendo muy importante en zonas rurales e indígenas
- Recomendaciones
 - ▶ Deben incrementarse los esfuerzos de capacitación de parteras
 - ▶ Se requiere de mayores incentivos para la asignación de médicos pasantes o médicos de base en zonas rurales
 - ▶ Las enfermeras obstetras podrían ser un recurso complementario en el medio rural

Recién nacido sano y niños y niñas bien desarrollados

- En función de los hallazgos de la evaluación, se recomienda:
 - ▶ Fortalecer el tamiz neonatal y dar seguimiento a los niños identificados con problemas de salud congénitos
 - ▶ Fortalecer la profilaxis oftálmica, la promoción del alojamiento conjunto y la lactancia materna
 - ▶ Fortalecer la asesoría en estimulación temprana y la incorporación de niños con desnutrición a programas nutricionales
 - ▶ Promover el liderazgo de APV ante los programas Oportunidades y de Protección Social en Salud

Cambios en indicadores nacionales de salud materna e infantil

- Se observan cambios favorables en los indicadores para el periodo 2001-2004
- Sin embargo, no se cuenta con elementos para atribuir estos cambios a la operación de APV
- Se observó un cumplimiento parcial de las Metas del Milenio para el indicador de mortalidad materna
- Recomendación
 - ▶ Es necesario fortalecer las políticas de salud relacionadas con los cuidados maternos y perinatales

Conducción federal de APV

- Los aciertos más significativos del nivel federal fueron el fortalecimiento del marco legal y la creación de instancias de coordinación para el seguimiento de acuerdos sectoriales
- El fortalecimiento de la capacidad de los sistemas de salud estatales favoreció los procesos de apropiación de APV
- Recomendación
 - ▶ Para movilizar recursos suficientes y el apoyo solidario de la sociedad hacia las metas de salud materna e infantil se requiere afinar la identificación de las poblaciones vulnerables y consolidar un enfoque de prioridades

I.

Antecedentes

El programa de acción Arranque Parejo en la Vida (APV) fue creado por el gobierno federal en 2001 para atender desafíos de salud materna. La cobertura de sus acciones se amplió a otras entidades federativas, hasta alcanzar el rango de obligatoriedad para instituciones públicas y privadas mediante un acuerdo del Consejo de Salubridad General publicado a finales de 2004.

Después de cinco años de operación, se solicitó una evaluación externa del Programa al Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) con el propósito de contribuir a la toma de decisiones y la rendición de cuentas mediante la generación de información útil y objetiva sobre el desempeño general de APV, sobre el cumplimiento de las acciones del programa de acción y sobre los factores que facilitan u obstaculizan los ajustes necesarios para su implantación.

La evaluación se propuso los siguientes objetivos:

- 1) Documentar la implementación de los componentes estratégicos de APV: desarrollo humano, participación comunitaria, fortalecimiento de la estructura y sistemas de información.
- 2) Establecer el cumplimiento de intervenciones sustantivas: embarazo saludable, parto y puerperio seguros, recién nacido sano y niños y niñas bien desarrollados.
- 3) Analizar las tendencias de indicadores nacionales relacionados con acciones de APV para el periodo 2001-2005: consultas de control prenatal, atención de partos en unidades de salud, consultas en el puerperio y consultas a niños menores de un año.
- 4) Analizar los procesos de formulación e implementación de políticas de salud.

La evaluación de APV enfrentó retos importantes, como la falta de una línea basal para realizar comparaciones retrospectivas. El INSP diseñó una evaluación multimétodo llevada a cabo en cuatro entidades federativas. Se aplicaron técnicas cualitativas y cuantitativas y se efectuó una exhaustiva revisión documental. Adicionalmente, se construyó a posteriori una línea basal que consistió en un análisis de tendencias para indicadores de atención materna y neonatal registrados por el Sistema de Información en Salud para el periodo 2000-2004.

2. Metodología

El diseño metodológico buscó identificar una amplia gama de experiencias y lecciones del programa APV, seleccionando para ello un reducido número de estados y jurisdicciones que mostraran condiciones contrastantes de mortalidad materna y de servicios de salud (Figuras 1 y 2). Las entidades fueron seleccionadas conjuntamente entre el INSP y la autoridades federales encargadas del programa.

Se diseñaron e implementaron herramientas de medición acordes con las necesidades de cada objetivo, según se muestra en la Figura 3. Las entrevistas semiestructuradas de procesos con usuarias y proveedores fueron aplicadas en dos jurisdicciones sanitarias en cada estado, una urbana y otra rural y se incluyeron entrevistas con personal clave lo mismo que observaciones en oficinas estatales, jurisdiccionales y

Figura 1
Entidades según el reto y el desempeño esperado en la estrategia APV

		Desempeño del sistema de salud	
		Alto	Bajo
Mortalidad materna	Alta	Chiapas, Hidalgo	Guerrero
	Baja	Sonora	

Figura 2
Mortalidad materna e infantil para los estados APV

Estado	Mortalidad Materna (*)	Lugar nacional en MM	Mortalidad Infantil (**)		Lugar nacional en MI	
			Niños	Niñas	Niños	Niñas
Nacional	65.20	NA	23.85	18.83	NA	NA
Chiapas	112.10	2	31.41	25.45	1	1
Guerrero	119.20	1	30.41	24.59	3	3
Hidalgo	69.80	13	26.91	21.55	5	5
Sonora	38.80	30	20.62	16.09	27	28

Fuente: SSA. México Salud 2003, Información para la rendición de cuentas, 2004

(*) Probabilidad de morir por 1,000 habitantes

(**) Tasa por 10,000 nacidos vivos

ayuntamientos. (Figura 4). También se realizaron entrevistas con usuarias y con parteras en sus hogares y en unidades de atención. En cada jurisdicción sanitaria, se realizó una encuesta de resultados del programa en un hospital y dos centros de salud vinculados por el sistema de referencia local. La encuesta tuvo como población blanco a embarazadas que demandaron servicios de salud, niños y niñas menores de 2 años, mujeres de parto y puerperio atendidas en los hospitales, recién nacidos y médicos y enfermeras (Figura 5).

■ Figura 3
Componentes y objetivos de evaluación

Objetivos	Abordaje
1) Documentar procesos relacionados con los componentes estratégicos	Entrevistas semiestructuradas de procesos en la implementación de los componentes estratégicos de APV
2) Establecer el cumplimiento de acciones de los componentes sustantivos	Encuesta con usuarias y proveedores para evaluar resultados de las acciones de APV en unidades médicas
3) Analizar tendencias de indicadores nacionales relacionados con acciones de APV para el periodo 2001-2005	Análisis de indicadores nacionales basado en el sistema de información de la SSA denominado "cubos dinámicos"
4) Analizar la formulación y transferencia de políticas de salud	Análisis de la conducción federal y de la coordinación del Comité Nacional APV y del Subcomité de Evaluación y Seguimiento

■ Figura 4
Universo de estudio en los cuatro estados estudiados

Unidad de observación	Cantidad
Redes de servicios (centros de salud y hospitales de referencia)	8
Redes comunitarias	8
Jurisdicciones sanitarias	8
Hospitales Integrales / Hospitales Sí Mujer / Hospitales Ancla / Hospitales para población no asegurada	8
Unidades Sí Mujer / Centros de Salud	16
Ayuntamientos	8

El análisis de indicadores nacionales consistió en la reconstrucción de tendencias para los estados seleccionados de consultas prenatales, partos atendidos en hospitales, consultas durante el puerperio y consultas a menores de un año para el periodo 2000-2004. El estudio de la conducción federal del programa APV se desarrolló en las oficinas del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, en donde se realizaron entrevistas con personal clave y se recopiló información secundaria.

Figura 5

Tamaños muestrales por unidades de observación

Población fuente	Tamaño muestra en cada red seleccionada
Embarazadas	150
Niños(as) menores de 2 años	150
Mujeres de parto y puerperio	100
Recién Nacidos	100
Médicos	Todos los que dan servicio en las unidades elegidas
Enfermeras	Todos los que dan servicio en las unidades elegidas

3. Resultados de la evaluación

3.1 Hallazgos de los componentes estratégicos

3.1.1 Desarrollo humano

Se evaluaron las acciones de capacitación en salud materna y neonatal dirigidas al personal de los servicios de salud, particularmente la capacitación de señales de alarma del embarazo. También se evaluó el reconocimiento al buen desempeño de las intervenciones de APV por parte del personal de salud así como la capacitación de parteras.

Capacitación técnica al personal de los servicios de salud

En los cuatro estados observados se reportó la realización de actividades de capacitación en salud materna y neonatal durante el último año. No obstante, la capacitación fue esporádica, enfocada al segundo nivel de atención y limitada a los aspectos técnicos. Se identificaron diversos factores coadyuvantes de la capacitación: la disponibilidad de materiales *ad hoc*, el impulso estatal a iniciativas locales de capacitación y la focalización (Figura 6). Los factores que limitaron la capacitación fueron la rotación del personal en servicio social del primer nivel, la vinculación limitada entre las áreas de salud reproductiva y enseñanza y la falta de materiales para la capacitación.

En Chiapas y Sonora, se contó con respaldo de los servicios estatales de salud para el impulso de iniciativas locales de capacitación, las cuales se acompañaron de estrategias de focalización en las jurisdicciones sanitarias y municipios con mayor incidencia de mortalidad materna. En Hidalgo y Sonora se emprendieron iniciativas de alineación de las estrategias federales y estatales.

Sonora fue el estado en el que la evaluación permitió determinar el desempeño más alto en capacitación en salud materna. Esto se vincula con la existencia de un programa estatal denominado “ABC de obstetricia”, impartido en 2005 a personal clave de las jurisdicciones sanitarias con mayor incidencia de mortalidad materna. También fue el estado donde el personal médico vinculó con más claridad las señales de alarma con la referencia al segundo nivel. En cambio, en Guerrero se reportaron los mayores retos en capacitación, siendo la única entidad que refirió falta de materiales, una alta rotación de personal clave y la mayor desvinculación en las áreas operativas.

Estrategias de capacitación de APV

Algunas de las iniciativas de capacitación en salud materna de APV se organizaron en torno a las jornadas intensivas y los talleres de desarrollo humano. Se encontró

■ Figura 6
Factores coadyuvantes y limitantes de la capacitación

Estado	Factores coadyuvantes	Factores limitantes
Chiapas	■ Disponibilidad de materiales ■ Impulso a iniciativas locales ■ Focalización	■ Rotación de médicos en el primer nivel ■ Vinculación limitada con el área de enseñanza
Guerrero	■ Focalización	■ Rotación de médicos en el primer nivel ■ Rotación de personal clave en jurisdicciones y hospitales ■ Falta de materiales ■ Vinculación limitada con el área de enseñanza
Hidalgo	■ Disponibilidad de materiales ■ Alineación de contenidos con estrategias locales	■ Rotación de médicos en el primer nivel ■ Vinculación limitada con el área de enseñanza
Sonora	■ Disponibilidad de materiales ■ Impulso a iniciativas locales ■ Focalización ■ Alineación de contenidos con estrategias locales	■ Rotación de médicos en el primer nivel

que las jornadas y los talleres sólo se realizaron en localidades de jurisdicciones selectas de Chiapas y Guerrero, estando ausentes en las otras dos entidades. Únicamente en Chiapas se habló de cierta continuidad de las jornadas desde 2002, cuando se realizó la primera, mientras que en Guerrero no se refirieron efectos duraderos atribuibles a esta actividad. A pesar de que el marco conceptual de las jornadas plantea desarrollar tanto capacidades técnicas como humanísticas, se observó mayor referencia a los contenidos técnicos.

Reconocimiento al desempeño del personal en salud materna

El programa de acción se propuso fomentar que los estados reconocieran el esfuerzo y los éxitos del personal en salud materna. No obstante, la evaluación no constató la realización de iniciativas estatales en esta dirección. En cambio, se observó que el programa nacional promovió los Foros de Excelencia APV en mayo de 2005 y 2006 como una medida alternativa para reconocer el desempeño así como para promover el intercambio de experiencias exitosas. Las cuatro entidades observadas participaron activamente en los foros nacionales. Dos ganaron reconocimientos: Chiapas en 2005 y 2006 y Sonora en 2006. En el caso de Chiapas las distinciones fueron otorgadas por los logros del personal en participación comunitaria y mejoras de la aten-

ción obstétrica, mientras que la iniciativa sonorense del “ABC de obstetricia” fue reconocida por sus contenidos e implantación.

Capacitación y certificación de parteras

En los cuatro estados se documentó la existencia de censos de parteras, a partir de los cuales se programaron metas para capacitarlas y vincularlas a la vigilancia de los embarazos, a la atención de partos y a la referencia de casos complicados. Este ejercicio mostró que la demanda de sus servicios fue alta en las zonas rurales e indígenas.

Los esfuerzos de certificación de parteras recibieron apoyo del programa CONOCER (Consejo de Normalización y Certificación de Competencia Laboral), para asegurar que sólo las parteras que cumplen con todos los requisitos, instrumentos y verificación fueran certificadas. Se encontró que de 17 parteras entrevistadas, 10 conocieron APV, 12 habían sido capacitadas y tres acreditadas. Sin embargo, su labor sigue enfrentando obstáculos derivados de prejuicios entre el personal de los servicios de salud. Las parteras capacitadas también recibieron maletines con equipo básico (incluyendo navajas, sábana, báscula, delantal, ‘saca flemas’ y gasas), los cuales fueron considerados como un incentivo. No obstante, algunas de ellas señalaron que el contenido del maletín era insuficiente para realizar su trabajo con la calidad deseada.

3.1.2 Apoyo social y comunitario a las mujeres embarazadas

Como parte de la evaluación se analizaron los mecanismos de vinculación entre los servicios de salud, los ayuntamientos y las comunidades para favorecer la referencia oportuna y el acceso a servicios de salud de urgencias obstétricas y neonatales.

Organización de la participación comunitaria

El programa de acción establece que la participación comunitaria debe organizarse formalmente mediante la conformación de Comités Estatales APV, que, a imagen del Comité Nacional, deben coordinar y monitorear las acciones del programa de acción en los estados. La evaluación indagó acerca de la conformación de estos comités, del tipo de apoyos que reportaron los informantes entrevistados y del grado de formalización de los apoyos (Figura 7).

Únicamente en Sonora se reportó la integración de un comité encabezado desde el gobierno estatal, el cual contaba con el apoyo directo de la capacidad de convocatoria del secretario de salud. En el resto de los estados no se reportó la integración de dicho comité, si bien en los tres se comentó que las metas estatales de salud materna se revisan en los Consejos Estatales de Salud.

El personal entrevistado en los niveles estatal y jurisdiccional de los cuatro estados señaló al transporte como uno de los principales apoyos para la referencia comunitaria de las urgencias obstétricas. Su mantenimiento y la gestión de recursos para fortalecer su disponibilidad varió, siendo más altos en Chiapas y Sonora. Este patrón coincide con la existencia de acuerdos y convenios para formalizar estos apoyos.

■ Figura 7
Organización de la participación comunitaria

Estado	Comité Estatal APV	Apoyos otorgados	Formalización de la colaboración
Chiapas	■ No hay Comité Estatal APV ■ El secretario de salud revisa metas en el Consejo Estatal de Salud	■ Transporte ■ Mantenimiento ■ Donativos ■ Vigilancia del embarazo ■ Referencia de casos	+++
Guerrero	■ No hay Comité Estatal APV ■ El secretario de salud revisa metas en el Consejo Estatal de Salud	■ Transporte	++
Hidalgo	■ No hay Comité Estatal APV ■ El secretario de salud revisa metas en el Consejo Estatal de Salud	■ Transporte ■ Mantenimiento	+
Sonora	■ Hay un Comité Estatal para "Bienvenidos todos los nuevos sonorenses" ■ El secretario de salud revisa metas en el Consejo Estatal de Salud	■ Transporte ■ Mantenimiento ■ Donativos ■ Vigilancia del embarazo ■ Referencia de casos	++

Grado de la formalización: +++ = alto ++ = medio + = bajo

En las oficinas municipales observadas en los cuatro estados se documentaron experiencias de apoyo a los servicios de salud y a la población usuaria. En Sonora y Chiapas estos apoyos se vincularon adicionalmente con la vigilancia del embarazo y la referencia oportuna de casos complicados. Personal de centros de salud de esos estados informó también sobre su coordinación con las autoridades municipales por medio de comités para facilitar el transporte y la referencia de pacientes. En Guerrero se documentó un caso de conflicto entre las autoridades municipales entrantes y salientes que llevó a la cancelación de estos apoyos.

Factores que favorecieron y limitaron la participación comunitaria

Los factores coadyuvantes de la participación comunitaria en acciones de salud materna identificados por la evaluación fueron la movilización de recursos y la existencia de redes vecinales y familiares (Figura 8). Entre los recursos más referidos se encuentran los vehículos, los conductores y fondos para mantenimiento de las unidades y para la cobertura de los gastos de traslado. Respecto a las redes comunitarias,

las usuarias y las parteras señalaron como especialmente valiosos los mecanismos de apoyo provenientes de parientes y vecinos, tales como el cuidado de los hijos, el acompañamiento en las unidades y, en su caso, el pago de gastos.

En Chiapas, Hidalgo y Sonora se destacó la importancia del voluntariado y de la coordinación entre las autoridades municipales y los servicios de salud. En Chiapas y Sonora, entidades donde se observó la presencia de un mayor número de factores favorables a la participación, se enfatizó que la colaboración de las autoridades estatales fue un factor clave en la gestión de recursos para la referencia de las urgencias

Figura 8
Factores coadyuvantes y limitantes de la participación

Estado	Factores coadyuvantes	Factores limitantes
Chiapas	- Involucramiento de autoridades estatales - Disponibilidad de recursos - Voluntariado - Redes de apoyo vecinales y familiares - Gratuidad - Coordinación entre autoridades y servicios de salud	- Barreras geográficas - Barreras culturales
Guerrero	- Disponibilidad de recursos - Redes de apoyo vecinales y familiares	- Cobro de cuotas - Barreras geográficas - Barreras culturales - Cambio de autoridades - Conflictos con autoridades
Hidalgo	- Disponibilidad de recursos - Voluntariado - Redes de apoyo vecinales y familiares - Coordinación entre autoridades y servicios de salud	- Cobro de cuotas - Barreras geográficas - Barreras culturales - Cambio de autoridades
Sonora	- Involucramiento de autoridades estatales - Disponibilidad de recursos - Voluntariado - Redes de apoyo vecinales y familiares - Coordinación entre autoridades y servicios de salud	- Cobro de cuotas - Barreras geográficas - Barreras culturales

obstétricas y neonatales. Únicamente en Chiapas se hizo referencia a la gratuidad de los apoyos a población usuaria.

Los principales factores limitantes de la participación en los cuatro estados fueron las barreras geográficas y culturales (Figura 8). Las barreras geográficas identificadas fueron zonas montañosas, la distancia a las unidades y efectos adversos de las lluvias. Las barreras culturales fueron las lingüísticas y las creencias sobre las determinantes y soluciones de los problemas de salud, particularmente en jurisdicciones sanitarias que atienden a poblaciones indígenas. Las situaciones más dramáticas de accesibilidad geográfica se observaron en Tlapa y en Comitán, donde debido a la falta de caminos transitables, el transporte pedestre de las mujeres embarazadas es común, ya sea que ellas mismas vayan a pie, en hamacas o en camillas de varas.

Como factor limitante de la participación diversos actores refirieron el cobro de cuotas en Guerrero, Hidalgo y Sonora, mientras que en Guerrero e Hidalgo a lo anterior se agregó el cambio de autoridades locales. En Guerrero se refirió que los procesos electorales en la entidad pueden limitar tanto la asignación de recursos como los mecanismos de acceso a los apoyos otorgados por los gobiernos locales.

Efectos de la participación en la disponibilidad de posadas maternas

En Chiapas, Guerrero y Sonora las mujeres embarazadas cuentan con el apoyo de posadas vecinas a los hospitales para albergarse en el periodo inmediato anterior al parto. Destacó la ausencia de dicho apoyo en Hidalgo. En los tres estados las posadas —designadas bajo diversas denominaciones— están estrechamente vinculadas con instancias gubernamentales federales y estatales. A esta participación se suman donativos y apoyos de voluntarios. Sin embargo, en ninguna de las jurisdicciones sanitarias visitadas se identificaron las denominadas “Casitas AME” (Atención a la Mujer Embarazada), las cuales habrían de servir como punto intermedio para el apoyo y la referencia de mujeres embarazadas.

En Chiapas y Guerrero las posadas estuvieron disponibles en municipios con altos índices de marginación, mientras que en Sonora se encontró una en la capital estatal. En los tres estados las posadas estuvieron funcionando y dando servicios a las usuarias mediante donativos y apoyo de un cuerpo de voluntarios.

3.1.3 Fortalecimiento de la estructura

La evaluación documentó los esfuerzos por fortalecer la oferta de servicios y la disponibilidad de recursos humanos, equipamiento y medicamentos. Se evaluó también la implantación de los módulos MATER para facilitar el acceso a la atención del embarazo de alto riesgo y del parto, así como del Servicio Integral para la Prevención y Atención de la Discapacidad (SINDIS) y el uso del “sello rojo” para priorizar los embarazos de alto riesgo en los expedientes clínicos.

Oferta de servicios, recursos humanos, equipamiento y medicamentos

El horario de atención en los centros de salud observados fue matutino y vespertino, sin existir oferta siquiera para urgencias en las noches. En los hospitales la atención

nocturna y en fines de semana se ofrece sólo en el servicio de urgencias, por lo cual los esfuerzos por priorizar el acceso de las mujeres embarazadas por medio del módulo MATER queda sin efecto en este horario. En ningún caso se observó la existencia de atención obstétrica las 24 horas en los 365 días del año.

De las 15 unidades de primer nivel visitadas, en ocho los responsables fueron médicos en servicio social y en siete médicos graduados. Sólo se encontró un especialista ginecólogo en una de las unidades del estado de Guerrero. El personal de enfermería en el primer nivel reportó encargarse del control y actualización del censo de embarazadas, además de tomarles signos vitales. Estas responsabilidades se enfatizaron más en zonas rurales. En el segundo nivel se observó que las enfermeras realizan funciones de administración y suministro de medicamentos, estudios ultrasonográficos fetales, llenado de documentos y hojas clínicas, así como la organización de jornadas educativas para usuarias y personal en contacto con las pacientes.

Todas las unidades visitadas cuentan con equipamiento básico. Sin embargo, en todos los casos los esfigmomanómetros y estetoscopios eran propiedad personal. La mayor ausencia de equipo no básico fue el glucómetro y las tiras reactivas para el diagnóstico de proteinuria. No se encontraron inventarios de equipo en ninguna unidad, por lo que no fue posible determinar su fecha de instalación.

El equipo donado por la Fundación Telmex para fortalecer el programa APV en los estados se destinó en su totalidad para la atención obstétrica y neonatal en unidades del segundo nivel (Figura 9). Sobresale Guerrero como la entidad con el mayor número de equipos donados, seguido por Chiapas. En terreno se realizó una verificación visual y fotográfica del equipo, mientras que el inventario fue proporcionado por el programa APV a nivel nacional.

Los encargados de farmacia en todas las unidades visitadas desconocen el proceso de abasto de medicamentos desde los almacenes centrales. Se encontró que la disponi-

Figura 9
Equipo donado por Fundación Telmex hasta el mes de abril del 2005

Estados	Equipo donado									Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Chiapas	19	19	20	17	13	1	4	4	3	100
Guerrero	32	32	28	31	19	1	4	4	3	154
Hidalgo	12	12	8	8	8	1	4	4	3	60
Sonora	18	18	18	7	5	1	8	8	3	86
Total	81	81	74	63	45	4	20	20	12	400

Fuente: Programa de Acción APV. Reporte de unidades donadas por fundación Telmex, Abril 2005. México.

1) Ultra sonido; 2) Toco cardiógrafo; 3) Cuna térmica; 4) Incubadora fija; 5) Incubadora de traslado; 6) Ultra sonido con TT; 7) Ventiladores neonatales; 8) Monitor Pediátrico; 9) Lámpara Fototerapia

bilidad de medicamentos y de ácido fólico en primer nivel fue alta, considerando un cuadro mínimo para atención de urgencias obstétricas (Figura 10). Ello exceptuando el caso de Hidalgo, donde se registró la más baja de las unidades visitadas.

En el segundo nivel, la disposición de medicamentos para urgencias obstétricas fue media en promedio, observándose la más baja en Guerrero (Figura 10). En promedio para ambos niveles de atención, la baja disponibilidad de medicamentos se observó en jurisdicciones que atienden población rural e indígena, con altos retos en salud materna y neonatal.

El suministro de ácido fólico para la prevención de malformaciones congénitas mostró deficiencias significativas. En Guerrero su oferta fue inexistente, mientras que en Hidalgo fue limitada. Si bien en Chiapas se registró la mayor disponibilidad, su fecha de caducidad era diciembre de 2005, mientras que en Sonora e Hidalgo la caducidad promedio registrada fue diciembre de 2006. A pesar de su bajo costo, la situación de la escasa disposición en los estados y jurisdicciones fue importante no obstante el apoyo federal para su compra.

Estrategias de APV para el fortalecimiento de la estructura

Los módulos MATER destinados a mejorar la calidad y facilitar el acceso oportuno a la atención del parto fueron implementados bajo esta denominación únicamente en Guerrero e Hidalgo, esto en los últimos dos años. Los módulos se instalaron ya fuera en el área de urgencias o en consulta externa. Cabe destacar que funcionaban únicamente en el turno matutino. El personal adscrito a los módulos generó folletos, carteles, hojas informativas y rotafolios, los cuales eran usados para educar a las embarazadas sobre las señales de alarma durante el embarazo.

En Chiapas y Sonora se observaron espacios para la atención de urgencias obstétricas en los hospitales visitados, aunque sin la denominación módulo MATER. En ambos estados cuentan con un área de atención de urgencias obstétricas en servicio las 24 horas del día con personal médico y paramédico capacitado. En Sonora las áreas especiales fueron instaladas como parte del programa “Bienvenidos Todos los Nuevos Sonorenses” en el

Figura 10

Disponibilidad de medicamentos para urgencias obstétricas y ácido fólico

Estado	Medicamentos para urgencias obstétricas (1er. nivel)	Medicamentos para urgencias obstétricas (2do. nivel)	Acido fólico
Chiapas	++	++	+++
Guerrero	++	+	-
Hidalgo	+	++	+
Sonora	+++	++	++

Grado de disponibilidad: +++ = alta; ++ = media; + baja; - inexistente

último año y no contaban con lugar suficiente para la atención de partos. No obstante, estaban cercanas a las áreas de toco cirugía, labor y expulsión.

APV se propuso la impresión con tinta roja del lema “Alto Riesgo” en los expedientes y/o carnés prenatales de las usuarias que así lo requirieran por medio de un sello denominado “sello rojo”. El uso de este sello fue muy limitado en tres de los estados, mientras que en Chiapas si bien no se utilizó, se verificó el reconocimiento por escrito del embarazo de alto riesgo en la hoja de referencia del primer nivel.

3.1.4 Registro y análisis de la mortalidad materna y neonatal

El componente de monitoreo y evaluación de la mortalidad materna fue el que más cambios sufrió desde la publicación del programa de acción APV. La evaluación se focalizó en las estrategias para mejorar el registro de la mortalidad materna, en la documentación del análisis de las causas de estas muertes para la toma de decisiones en los servicios estatales de salud y en el sistema de indicadores de proceso que se estableció para el seguimiento mensual de cada componente sustantivo.

Registro de la mortalidad materna

Uno de los objetivos de APV fue contribuir a mejorar el registro de la mortalidad materna, obligación que recae en última instancia en la Dirección General de Información en Salud. El registro de casos de mortalidad materna se ajustó en los estados seleccionados a procedimientos normados por el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, buscando limitar así la utilización de nuevos formatos. La Figura 12 describe la disponibilidad de la papelería oficial en cada estado.

En el nivel estatal, la mayor disponibilidad de formatos fue reportada en Hidalgo, Sonora y Chiapas, mientras que Guerrero reportó la menor. En Hidalgo y Sonora se refirió adicionalmente el Formato de Red Negativa Mensual. El registro de casos de mortalidad materna fue más diverso y complejo conforme se pasa de los niveles jurisdiccional y hospitalario a los niveles estatal y federal.

Figura 11
Disponibilidad de módulos MATER, SINDIS y sello rojo

Entidad	Unidades 2° nivel	Módulo MATER	SINDIS	Uso de sello rojo
Chiapas	3	-	-	Nulo
Guerrero	3	2	1	Escaso
Hidalgo	2	2	-	Escaso
Sonora	2	-	-	Escaso
Total	10	4	1	NA

Figura 12

Disponibilidad de papelería relacionada con el registro y dictamen de casos

Estados	Notificación inmediata	Autopsia verbal	Cuestionario confidencial	Dictamen
Chiapas	+++	+++	+++	+
Guerrero	+	++	+	+
Hidalgo	+++	++	+++	+++
Sonora	+++	+++	+++	+++

Disponibilidad: +++ = Alta; ++ = Media; + =Baja

El registro de la mortalidad materna en los estados se fortaleció con la introducción del método RAMOS (*Reproductive Age Mortality Study*) para corregir la mortalidad materna, lo cual se vinculó con otras estrategias de mejora de procesos a partir del análisis de casos.

Vigilancia epidemiológica activa de la mortalidad materna

La evaluación se enfocó en el cumplimiento de los comités de mortalidad materna de acuerdo con lo asentado en el Acuerdo del Consejo de Salubridad General de 2004, el cual norma los procedimientos de la vigilancia epidemiológica activa de la mortalidad materna. Para ello se observó la implementación de acciones por parte de los comités para analizar los dictámenes de defunciones maternas y para aplicar medidas que contribuyan a disminuir sus principales causas.

Se observó la existencia y en general la buena organización de los comités de mortalidad materna estatales, jurisdiccionales y hospitalarios. Los comités designan a los encargados de supervisar las acciones propuestas, pero no especifican del todo quién debe implementarlas y por qué medio. Sonora fue el único estado donde se establecía un plazo de tres meses como máximo para integrar toda la información de los casos, incluyendo resúmenes y propuestas de acción de los comités jurisdiccionales y hospitalarios.

Se constató asimismo la programación de sesiones estatales y jurisdiccionales para analizar la información reportada (Figura 13). Se observó la realización de cortes semanales de información reportada por las unidades. Cuando acaece una defunción los comités sesionan antes de una semana. En todos los casos se observó la notificación inmediata, habiéndose encontrado únicamente un caso con retraso de un día. El nivel jurisdiccional fue clave en la coordinación de los comités y la supervisión de la vigilancia epidemiológica. En Chiapas se elaboraron y monitorearon planes municipales en municipios que reportaron muertes maternas, mientras que en Sonora el propio secretario de salud supervisaba la evolución de casos reportados por los hospitales como complicados.

Todas las jurisdicciones sanitarias reportaron haber sistematizado actividades de vigilancia de la mortalidad materna y contar con medios para analizar patrones y proponer soluciones a los problemas detectados. Para ello fue destacado el uso de la

Figura 13
Análisis de información en los comités estatales

Proceso	Chiapas	Guerrero	Hidalgo	Sonora
Sesión conjunta de comités estatales y jurisdiccionales	++	+	+	++
Consolidación de la información por comités jurisdiccionales	+++	++	++	+
Análisis de patrones de mortalidad	+	+	+	++
Implantación de eslabones críticos	+++	++	++	+++

Periodicidad de los análisis: +++ = regulares; ++ = con cierta irregularidad; + = esporádicas

metodología de eslabones orícticos, la cual fue utilizada como insumo en todos los casos para la mejora de procesos.

La evaluación verificó el apoyo técnico y la supervisión de estas actividades en los estados por parte del denominado Grupo para la Atención Inmediata de las Defunciones Maternas (AIDEM) establecido por el programa nacional APV en junio de 2004. Se constató asimismo que para mejorar el registro y el análisis de estos eventos las actividades del AIDEM se coordinan con el Sistema de Vigilancia Activa de Muertes Maternas.

3.2 Grado de cumplimiento de acciones sustantivas

El programa nacional APV inició sus acciones en una amplia gama de entidades y sin haber establecido una línea basal contra la cual evaluar su desempeño. Ello impidió comparar los resultados obtenidos entre entidades que no hubieran implementado el programa, así como contra el inicio del mismo. Para subsanar parcialmente esta limitación se revisaron las estadísticas continuas de servicios brindados en unidades de la SSA del 2000 al 2004, considerando los datos del 2000 como línea basal. Se realizó asimismo una encuesta a proveedores y usuarias para identificar si el desempeño de los servicios se ajusta a las expectativas del programa respecto de los resultados que hubiera obtenido a más de dos años de su implementación.

3.2.1 Embarazo saludable

El análisis de la información continua muestra que las consultas prenatales de primera vez en el primer trimestre del embarazo aumentaron (Figura 14). Chiapas tuvo el incremento más pronunciado, seguido por Guerrero, mientras que Hidalgo mostró un grado de cambio similar al promedio nacional. Cabe remarcar que los estados de mayor reto tuvieron incrementos superiores al promedio nacional.

En correspondencia con la información continua, la encuesta realizada a proveedores reportó que —a juicio de los propios médicos— el indicador de consultas prenatales tuvo cumplimientos altos en los cuatro estados (Figura 15).

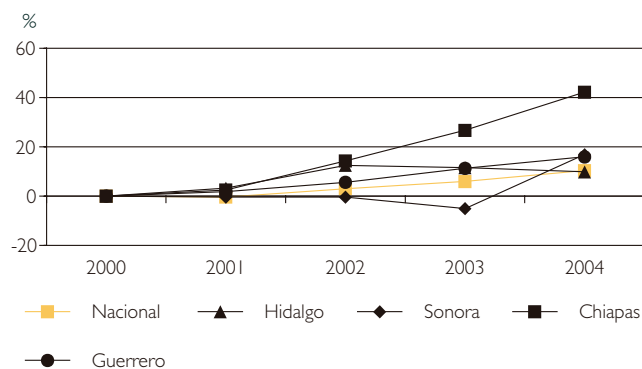


Figura 14
Consultas de primera vez a embarazadas en el primer trimestre

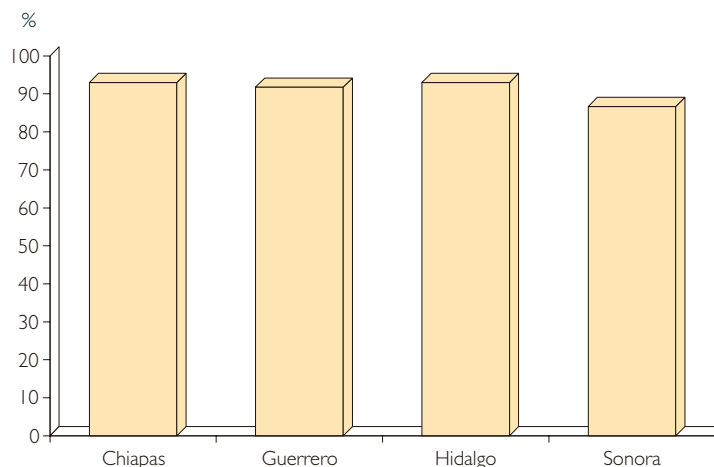


Figura 15
Médicos que otorgaron cinco o más consultas

Más del 85% del personal médico en Sonora e Hidalgo reportó medir la estatura, el peso y la presión arterial de las pacientes en cada consulta prenatal. En Guerrero y Chiapas se encontró un porcentaje similar de médicos que reportaron medir la presión arterial, pero el reporte de la medición de estatura y peso fue menor a 80%.

El micronutriente más recetado por el personal médico a las mujeres embarazadas fue el ácido fólico, alcanzando el 91% en Guerrero y hasta el 100% en Sonora (Figura 16). El hierro fue menos prescrito, mientras que el reporte para vitamina C, zinc y suplementos alimenticios estuvo por debajo del 40% en todos los estados.

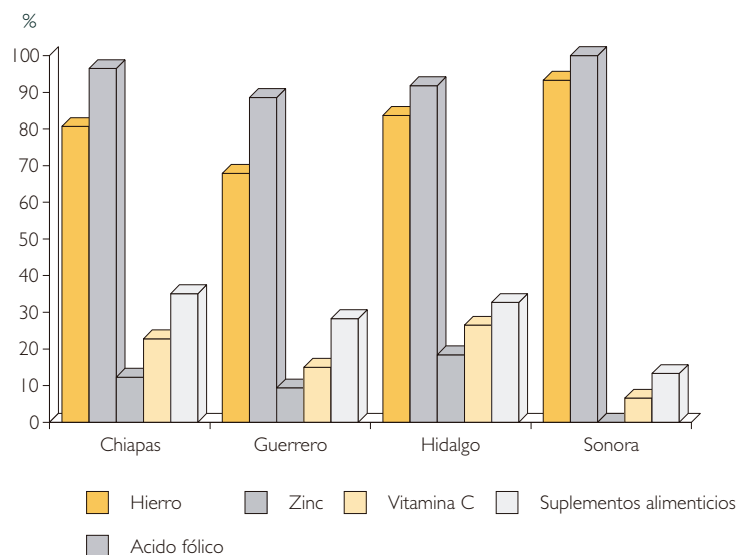


Figura 16
Porcentaje de médicos que recetan micronutrientes

3.2.2 Parto y puerperio seguros

El mayor incremento de nacimientos atendidos se observa en Chiapas e Hidalgo, alcanzando incluso niveles superiores al promedio nacional (Figura 17). Guerrero muestra una tendencia sin cambios y muy por debajo del promedio nacional, al igual que Sonora. Estos contrastes sugieren que todavía existe una baja capacidad de respuesta de los servicios de salud en entidades de alto reto y bajo desempeño como Guerrero.

La consulta en el puerperio (Figura 18) y la atención a menores de un año fueron los mejores con mayores incrementos durante el periodo. Los estados de mayor reto tuvieron los incrementos más significativos, particularmente Chiapas y Guerrero, si bien seguidos muy de cerca por Sonora.

Todos los médicos entrevistados reportaron dar cita de vigilancia del posparto al momento de concluir la atención del parto, a excepción de los médicos de Hidalgo, quienes asignaron citas en un porcentaje ligeramente menor (93%). El personal de enfermería reportó dar citas de consulta puerperal por arriba del 80% en todos los estados, observándose de igual manera que la frecuencia fue más baja en Hidalgo.

3.2.3 Atención al recién nacido

Las consultas a menores de un año tuvieron cambios favorables en tres entidades (Figura 20). El mayor porcentaje de cambio se reportó para el caso de Chiapas, ob-

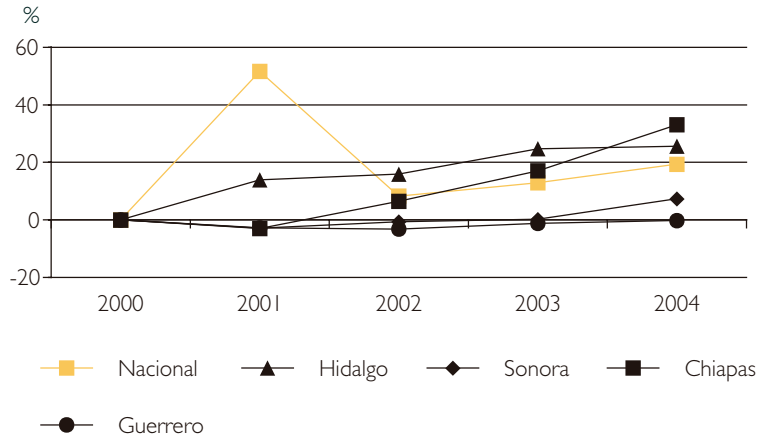


Figura 17
Nacimientos atendidos en unidades médicas

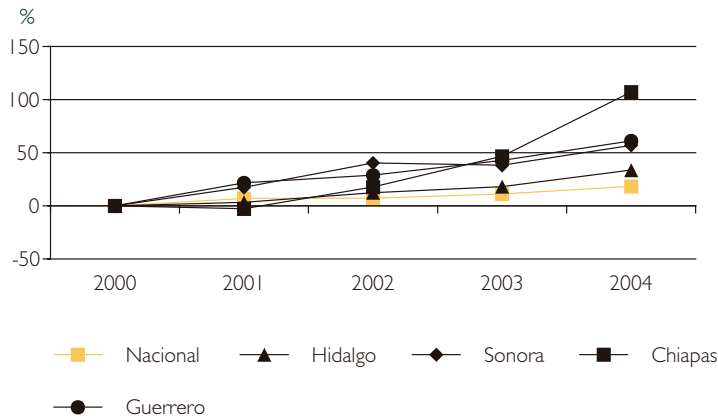


Figura 18
Consultas a puérperas

servándose que, con excepción de Sonora, el incremento en el porcentaje de consultas a menores de un año en los estados estudiados fue superior al promedio nacional.

Se encontraron importantes variaciones respecto de los reportes del personal médico sobre profilaxis oftálmica, lactancia materna y alojamiento conjunto, tamiz neonatal y estimulación temprana (Figura 21). Las acciones mayormente realizadas fueron la lactancia materna y el alojamiento madre hijo; no obstante, para el alojamiento conjunto, el personal médico de Guerrero e Hidalgo reportó porcentajes de cumpli-

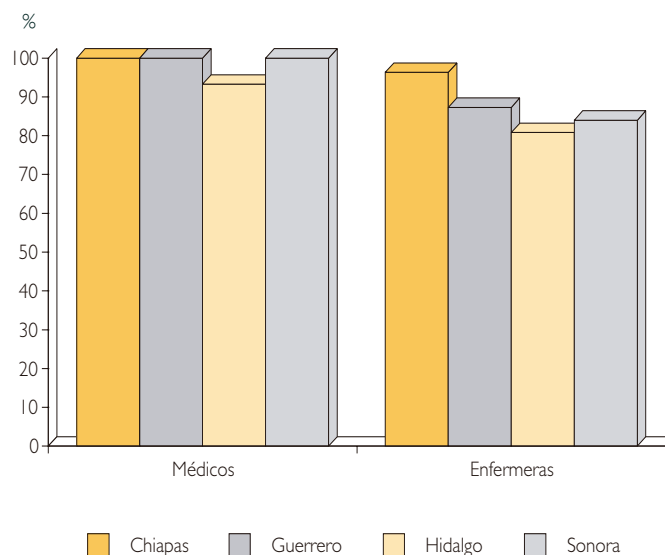


Figura 19
Cita para vigilancia del puerperio por médicos y enfermeras

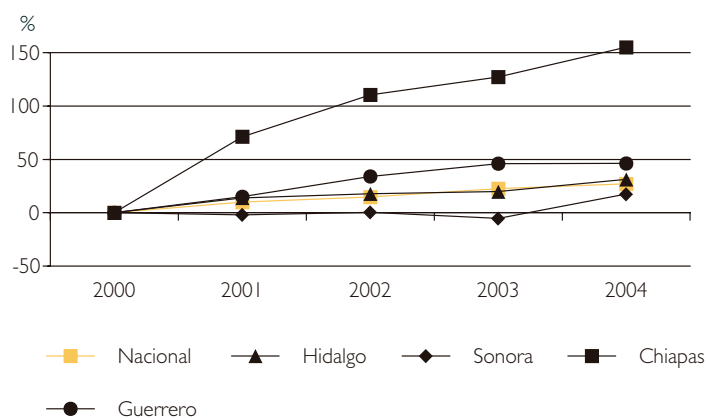


Figura 20
Consultas a niños menores de un año

miento menores al 80%. Para tamiz neonatal se reportaron porcentajes cercanos al 90%, exceptuando Sonora, donde el reporte de cumplimiento fue menor al 60%. Para profilaxis oftálmica, únicamente el personal médico de Chiapas reportó grados de cumplimiento superiores al 70%.

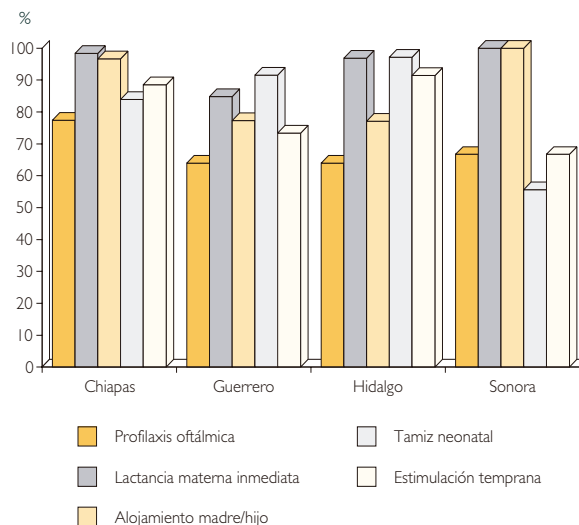


Figura 21
Acciones realizadas por personal médico a recién nacidos

3.2.4 Niños y niñas bien desarrollados

El personal médico encuestado muestra una situación favorable en su conocimiento de las intervenciones de atención integrada y de atención sobre crecimiento y desarrollo, con porcentajes superiores al 80% en los cuatro estados (Figura 22).

La asesoría en estimulación temprana reporta alrededor del 80% para Chiapas e Hidalgo, observándose los reportes más bajos en Guerrero y Sonora. La intervención con la tendencia más baja fue la incorporación al programa nutricional, en donde Chiapas, Guerrero e Hidalgo reportaron menos del 80%, siendo Sonora la única entidad con un desempeño de 100%.

3.3 Conducción federal de APV

La evaluación pudo constatar que el personal del programa de acción APV a nivel nacional está ampliamente versado en el carácter multicausal de la salud materna y perinatal. En virtud de ello, busca la coordinación de esfuerzos dentro del sistema de salud así como la apropiación de las estrategias impulsadas por el programa por parte de los actores sociales y de los servicios de salud.

Las medidas de política implementadas durante el periodo de estudio fueron también muy favorables para APV. En 2003 se reestructuró la administración del programa al

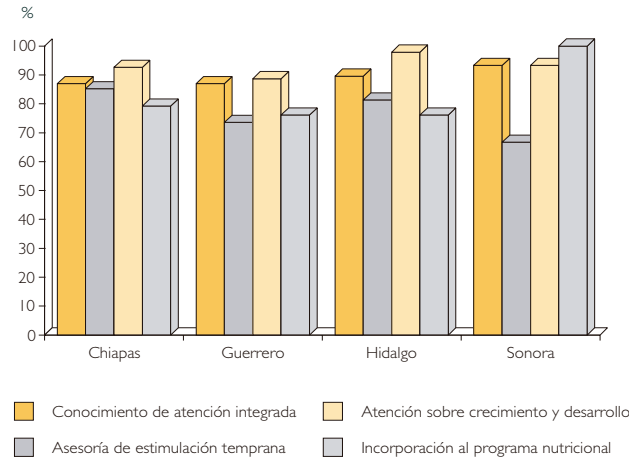


Figura 22
Acciones del componente niños y niñas bien desarrollados

crearse el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGySR), lo cual marcó la obligatoriedad de las acciones del programa y, por lo tanto, un soporte institucional más robusto. De igual manera, se estableció un marco jurídico del más alto nivel y se consiguió una amplia participación de la sociedad civil por medio del Comité Nacional de APV. Dicho Comité logró la coordinación y seguimiento de las metas del sector salud en la materia por medio de la asidua labor del Subcomité Técnico de Evaluación y Seguimiento. De 29 acuerdos tomados al interior de dicho subcomité, 24 fueron reportados como cumplidos, cuatro en proceso y sólo uno con cumplimiento escasamente sustentado. Una limitante reconocida por el personal encargado del programa a nivel nacional fue la carencia de un sistema de información adecuado para el monitoreo de niños detectados por medio del tamiz neonatal.

Las intervenciones sustantivas promovidas por el programa nacional contaron con un amplio sustento en las pruebas científicas internacionales, según se constató en la evaluación por medio de las consultas realizadas en la Biblioteca Cochrane. No obstante, también se observó que el programa no consideró la factibilidad de agregar intervenciones de comprobada eficacia, o bien de discontinuar la promoción de ciertas acciones, en función de estudios de costo efectividad que permitieran optimizar la asignación de los recursos federales y estatales.

La implementación de APV enfrentó dos obstáculos desde sus inicios: la tendencia a privilegiar las responsabilidades federales sobre las estatales y el énfasis en la reducción de la mortalidad materna a expensas de restar importancia a otros componentes de la salud materna y neonatal.

Programa de Acción
Arranque Parejo en la Vida
2000-2005
Evaluación Externa

R E S U M E N ● E J E C U T I V O

Se terminó de imprimir en septiembre de 2006.
La edición consta de 1 000 ejemplares