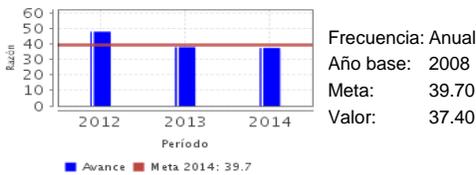


Descripción del Programa:

El programa tiene como objetivo propiciar la atención médica de alta calidad durante el periodo obstétrico que permita reducir la morbi-mortalidad materna. Ello se logra ofreciendo servicios médicos en las etapas de embarazo, parto y puerperio, fundamentalmente dirigido a mujeres de poblaciones marginadas. Asimismo, también promueve la capacitación de personal médico de los Servicios Estatales de Salud de las 32 entidades federativas en temas de emergencias obstétricas y se llevan a cabo visitas de supervisión para el cumplimiento de la normatividad de atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio. El programa surge en 2012 pero previo a ello se vinculó a la P018.

Resultados

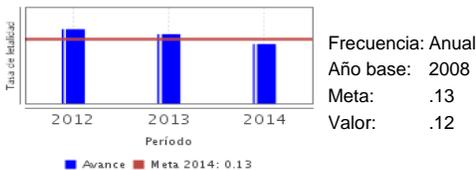
Razón de mortalidad materna



¿Cuáles son los resultados del programa y cómo los mide?

El programa no cuenta con evaluaciones de resultados o impacto. A pesar de que por su naturaleza sería muy difícil lograr una evaluación basada en diseños experimentales, sería factible evaluar los impactos y/o resultados del programa a través de técnicas cuasi-experimentales (por ejemplo, regresión discontinua o Propensity Score Matching). La Razón de Mortalidad Materna (RMM) es un indicador confiable y se ha avanzado en los últimos años. Cumplió la meta del 2014, aunque deben promoverse metas futuras que orienten a reducciones mayores. Disminuyó la letalidad hospitalaria por hemorragia e hipertensión, pero el indicador está sesgado a casos detectados. El monitoreo del control prenatal iniciado en el primer trimestre es importante, aunque debe mejorar su definición y establecer metas más altas. Es relevante el monitoreo de capacitación al personal médico de primer nivel y hospitales resolutivos de los Servicios Estatales de Salud (SESAS), será necesario verificar su calidad y efectos. Se cumplió la meta de partos atendidos institucionalmente, indicador relevante pero sin series de tiempo. El monitoreo de visitas de supervisión a los SESAS fomenta el apego a la normatividad, aunque hay oportunidad de mejorar el indicador.

Tasa de letalidad hospitalaria por hemorragia obstétrica y/o por trastornos hipertensivos del embarazo



Cobertura

Definición de Población Objetivo:

Se toma el total de partos (nacimientos) estimados para cada año reportado por CONAPO, según el Censo 2010.

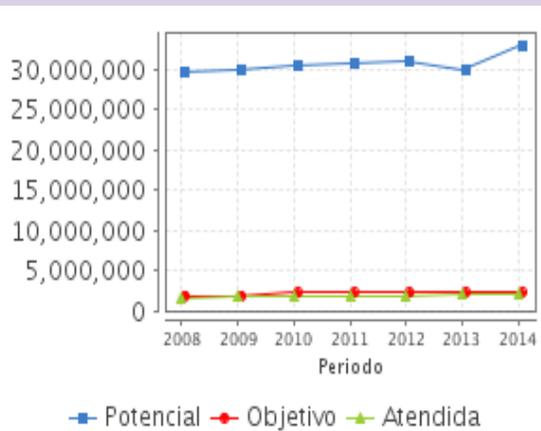
Cobertura

Entidades atendidas	32
Municipios atendidos	ND
Localidades atendidas	ND
Hombres atendidos	NA
Mujeres atendidas	2,177,319

Cuantificación de Poblaciones

Unidad de Medida PA	Valor 2014
Personas	
Población Potencial (PP)	33,076,164
Población Objetivo (PO)	2,243,352
Población Atendida (PA)	2,177,319
Población Atendida/ Población Objetivo	97.06 %

Evolución de la Cobertura

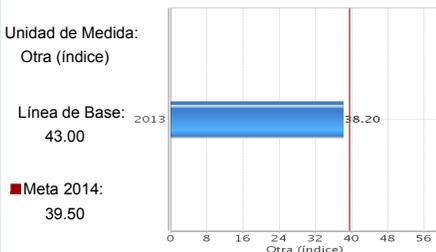


Análisis de la Cobertura

La población potencial y objetivo se encuentran bien definidas, pero la población atendida presenta problemas que sesgan el análisis de la cobertura. Ésta se define como el número de nacimientos atendidos en unidades de salud registrados por el Subsistema de Nacimientos, es decir, todos los nacimientos ocurridos en unidades médicas públicas y privadas. Ello captura los nacimientos a nivel nacional que ocurren en servicios de salud y no permite medir la cobertura en población marginada o sin seguridad social. Así, entre 2008 y 2014, el número de nacimientos ocurridos en unidades médicas aumentó paulatinamente. Los mayores aumentos, respecto al año previo, se concentraron en 2009 y 2014.

Análisis del Sector

Razón de mortalidad materna (RMM)



Presupuesto Ejercido *

Año	Presupuesto del Programa (MDP) (1)	Presupuesto del Ramo (MDP) (2)	% = (1)/(2)
2009	NA	90,034.11	ND
2010	NA	93,410.93	ND
2011	NA	103,051.00	ND
2012	254.94	109,769.12	0.23 %
2013	467.33	114,534.29	0.41 %
2014	426.85	111,900.42	0.38 %

Análisis del Sector

El objetivo sectorial establece la necesidad de cerrar brechas en salud de diferentes grupos sociales y regiones del país. El Programa contribuye a ello, ya que la mortalidad materna (MM) es un indicador de desigualdad social que evidencia problemas socioeconómicos y de acceso efectivo y gestión de los servicios de salud. Dado que la MM se puede prevenir, trabajar en su reducción aporta al cumplimiento del objetivo sectorial, lo cual requiere una revisión de las disparidades entre entidades, tanto en la RMM como en los presupuestos, para que de facto se cierren las brechas.

Año de inicio del Programa: 2012

* Valores a precios constantes promedio de 2012, actualizados con el Índice Nacional de Precios al Consumidor (INPC)
MDP: Millones de Pesos. Fuente: Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP)

Fortalezas y/o Oportunidades

1. Fortaleza. La medición de la RMM ha mejorado considerablemente. Ello permite identificar el problema y dar seguimiento a los cambios de una forma más precisa y confiable, lo cual apoya el propósito del programa. 2. Fortaleza. Invertir en la capacitación del personal médico en hospitales resolutivos SESAS y de primer nivel se considera un elemento fundamental para alcanzar el fin y el propósito del programa, ya que promueve el conocimiento del cuidado prenatal con enfoque de riesgo y la atención de emergencias obstétricas. 3. Fortaleza. Incluir la supervisión a los SESAS para verificar que se siga la normatividad vigente en torno al embarazo, parto y puerperio, es un instrumento de política adecuado para incentivar un servicio basado en buenas prácticas. 4. Oportunidad. El primer trimestre de embarazo, presupone una ventana de oportunidad para identificar y reducir riesgos prenatales. La inclusión de este componente en los indicadores del programa es una oportunidad para fomentar el uso de servicios en etapas tempranas.

Debilidades y/o Amenazas

1. Debilidad. A pesar de que se considera muy importante la inclusión del indicador en la MIR enfocado a medir el inicio del cuidado prenatal en el primer trimestre, se considera que la meta fijada (34%) presupone una debilidad dado que en la actualidad se cuenta con una cobertura universal del embarazo que permitiría metas más ambiciosas. 2. Amenaza. La inequidad en la distribución del gasto y su vinculación con problemas de diseño institucional (i.e. estados que reciben menos recursos y tienen RMM altas, pero en periodos fiscales previos no comprobaron gasto) se considera una amenaza. Si no se encuentran mecanismos para romper estos ciclos e invertir en las regiones con mayor RMM, las brechas entre entidades perdurarán.

Recomendaciones

1. Revisar de forma continua la meta establecida para la RMM, con el fin de poder acercarnos a la establecida en los ODM. 2. Establecer un indicador que mida las disparidades de la RMM entre entidades federativas, ello para evitar que el promedio nacional enmascare los retos de equidad en acceso a servicios de salud. 3. Fomentar una reflexión con expertos de si además del indicador de RMM deben medirse la distribución y ocurrencia de las muertes maternas independientemente al número de nacimientos. 4. Invertir en la promoción comunitaria y educación para que las mujeres embarazadas inicien su cuidado prenatal durante el primer trimestre del embarazo. 5. Focalizar el destino del presupuesto en estados y municipios con RMM más alta. Diferenciar el lugar de ocurrencia de defunción materna al lugar de residencia, ya que ello informa sobre el acceso efectivo a servicios de salud. 6. Mejorar la definición de la población atendida para que puedan diferenciarse los nacimientos vinculados al esfuerzo del programa del total de nacimientos ocurridos en unidades médicas a nivel nacional. 7. Llevar a cabo una evaluación de impacto. Es viable desarrollarla utilizando técnicas cuasi experimentales como la regresión discontinua.

Acciones que el programa realiza para mejorar derivado de las evaluaciones

Avances en las acciones de mejora comprometidas en años anteriores

El programa no comprometió Aspectos de Mejora en años anteriores al 2015

Aspectos comprometidos en 2015

El programa no comprometió Aspectos de Mejora en el 2015

Avances del programa en el ejercicio fiscal actual (2015)

1. En junio de 2015 se anunció que para 2016 la U007 se fusionará con la P017 "Atención de la salud reproductiva y la igualdad de género en salud" en un nuevo P020 "Salud materna, sexual y reproductiva". Esta fusión es un avance ya que evitará la duplicidad de actividades así como la coordinación de programas.

Datos de Contacto

Datos de Unidad Administrativa

(Responsable del programa o acción)

Nombre: Ricardo García Cavazos

Teléfono: 52631005146

Correo electrónico: ricardo.garcia@salud.gob.mx

Coordinador de la Evaluación

(Responsable de la elaboración de la Ficha)

Nombre: Mireya Vilar Compte

Teléfono: 59-50-40-00

Correo electrónico: mireya.vilar@uia.mx

Datos de Contacto CONEVAL

(Coordinación de las Fichas de Monitoreo y Evaluación)

Thania de la Garza Navarrete tgarza@coneval.gob.mx 54817245

Liv Lafontaine Navarro llafontaine@coneval.gob.mx 54817239

Erika Ávila Mérida eavila@coneval.gob.mx 54817289

ND - No Disponible

NA - No Aplica

Clave presupuestaria U007