

DATOS GENERALES DEL PROGRAMA

Nombre del Programa: Reducción de la mortalidad materna y calidad en la atención obstétrica

Modalidad: U007

1. Unidad Administrativa:

Titular

Nombre: Ricardo García Cavazos

Teléfono: 5263910059146

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

Responsable(s) Operativo(s) del Programa

Nombre: Ricardo García Cavazos

Teléfono: 52631005146

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

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 orientado a mujeres de poblaciones marginadas. Asimismo, se 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.

Resumen Narrativo de la MIR

Fin: Contribuir a cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país a través de mejorar el acceso, calidad y seguridad de los servicios de atención médica a las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio, con la finalidad de reducir la mortalidad materna

Propósito: La mortalidad materna disminuye a través de la mejora en la atención de las complicaciones y urgencias obstétricas

Componentes:

1. Capacitar al personal de salud de primer nivel de la Secretaría de Salud en la atención prenatal con enfoque de riesgo para la reducción de la mortalidad materna

2. La calidad en la atención obstétrica de los hospitales de la Secretaría de Salud ha mejorado.

Actividades:

1. Los médicos obstetras de los hospitales resolutivos de la Secretaría de Salud están capacitados en emergencias obstétricas en los nueve estados prioritarios para la reducción de la mortalidad materna.

2. Supervisar a los Servicios Estatales de Salud sobre el cumplimiento de la normatividad vigente en atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio

RESULTADOS Y HALLAZGOS

Resultados (Cumplimiento de sus Objetivos) Efectos atribuibles al programa

El programa no cuenta con evaluaciones de impacto debido a cuestiones relacionadas con:

- El diseño y las características del programa

Otros Efectos**Hallazgos de Fin 1**

1. **Año de la Fuente:** 2014
2. **Hallazgo de Fin y de Propósito:** No se identifican hallazgos del programa directamente relacionados con su Fin o Propósito, es decir con los resultados del programa
3. **Fuente:** Otros (OTR) -
4. **Elemento de Análisis:** Fin
5. **Valoración del Hallazgo:** Sin Información
6. **Comentarios y Observaciones:**

Otros Hallazgos**Hallazgo Relevante 1**

1. **Año de la Fuente:** 2013
2. **Hallazgo Relevante:** A pesar de los avances promedio a nivel nacional, la Razón de Mortalidad Materna (RMM) observa diferenciales sustantivos entre las distintas entidades federativas. Por ejemplo, mientras que Nuevo León tenía una RMM de 14.6 en 2003, Campeche reportó 65.4 en el mismo año. Lo anterior sugiere la necesidad de diseñar y ejecutar actividades adecuadas a retos locales como los vinculados a problemas de acceso efectivo a servicios de salud, así como aspectos de interculturalidad. Es importante considerar indicadores que capturen las brechas entre entidades federativas.
3. **Fuente:** Otros (OTR) MM 2012-2014 por entidad federativa
4. **Elemento de Análisis:** Actividades
5. **Valoración del Hallazgo:** Oportunidad de Mejora
6. **Comentarios y Observaciones:** A pesar de los avances promedio a nivel nacional, la disparidad en RMM entre estados debe medirse y considerarse para el diseño y ejecución de estrategias locales.

Hallazgo Relevante 2

1. **Año de la Fuente:** 2014
2. **Hallazgo Relevante:** La definición de la población atendida se basa en el número de nacimientos en unidades médicas registradas en el subsistema del SINAC, ello incorpora a todos los partos atendidos en IMSS Prospera, IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SEMAR, privados, Seguro Popular y otros. Por lo anterior, se dificulta capturar la población realmente atendida dada la definición del programa, su fin y propósito. Se considera necesario acotar la definición de la población atendida, puesto que la actual definición, el programa alcanza una

cobertura de 97% pero no captura el fenómeno de interés del programa.

3. Fuente: Otros (OTR) Notas

4. Elemento de Análisis: Cobertura

5. Valoración del Hallazgo: Oportunidad de Mejora

6. Comentarios y Observaciones:

Hallazgo Relevante 3

1. Año de la Fuente: 2014

2. Hallazgo Relevante: Actualmente, se cuenta con un indicador de componente que mide el inicio del cuidado prenatal durante el primer trimestre del embarazo, ello es relevante dada la ventana de oportunidad que presupone para reducir riesgos futuros en la salud de las mujeres embarazadas. Sobresale que la meta establecida es 34% ya que se cuenta con cobertura universal del embarazo. La meta podría ser mucho más alta y ello podría lograrse invirtiendo más en promoción y mejorando el acceso efectivo y la calidad de los servicios de salud.

3. Fuente: Matriz de Indicadores de Resultados (MIR)

4. Elemento de Análisis: Componentes

5. Valoración del Hallazgo: Moderada

6. Comentarios y Observaciones:

Hallazgo Relevante 4

1. Año de la Fuente: 2014

2. Hallazgo Relevante: Se han hecho esfuerzos considerables por mejorar la medición de la RMM. Por ejemplo, la búsqueda intencionada y reclasificación de muertes maternas en México cuenta con un reconocimiento internacional del Grupo Interagencial encargado de la estimación de la mortalidad materna en el mundo. Lo anterior apoya en la cuantificación del problema. Es necesario continuar con los esfuerzos de medición y asegurar que la veracidad de la cuantificación de mortalidad materna es similar en todas las entidades federativas.

3. Fuente: Otros (OTR) Logros en la medición de la RMM

4. Elemento de Análisis: Otros Medición

5. Valoración del Hallazgo: Destacada

6. Comentarios y Observaciones:

Hallazgo Relevante 5

1. Año de la Fuente: 2015

2. Hallazgo Relevante: Desde 2014 se cuenta con indicadores de componente en torno a las visitas de supervisión a los SESAS, éstas buscan vigilar el cumplimiento de normatividad en atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y pueden apoyar aspectos referentes a la calidad en atención obstétrica. Sin embargo, deberá darse seguimiento en el tiempo al efecto de éstas.

3. Fuente: Matriz de Indicadores de Resultados (MIR)

4. Elemento de Análisis: Componentes**5. Valoración del Hallazgo:** Adecuada**6. Comentarios y Observaciones:****AVANCES Y ASPECTOS DE MEJORA****Acciones que el programa realiza para mejorar derivado de las evaluaciones****Avance 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

Avance de Indicadores y Análisis de Metas

Razón de mortalidad materna (RMM): relevante, pertinente y confiable. Usado a nivel internacional con tendencia a la baja. México ha hecho esfuerzos considerables para mejorar la medición. No obstante, el indicador está establecido a nivel nacional, lo que oculta disparidades entre estados. Meta establecida en 2014 se cumplió, pero todavía es lejana de la propuesta por los ODM's (22.2), por lo cual deberán hacerse revisiones continuas a las metas anuales que establezca la Secretaría de Salud. El indicador de RMM se establece también como indicador sectorial. Se considera que es pertinente dado que captura el fin último de lo que se quiere lograr y se alinea con las metas de los ODM's.

Tasa de letalidad hospitalaria por hemorragia obstétrica y/o trastornos hipertensivos del embarazo: Es relevante y pertinente dado que las hemorragias y los problemas hipertensivos son 2 de las 3 principales causas de muerte materna. La tasa de letalidad tiene una tendencia decreciente, lo que debería relacionarse con las estrategias implementadas del gobierno.

En el denominador figuran el total de partos atendidos por esta condición, lo cual levanta la duda de cuántas muertes maternas no se atienden por problemas de hipertensión o hemorragia no detectados. Dados estos problemas, surgen dudas de la confiabilidad del indicador.

% de mujeres embarazadas que inician el control prenatal desde el primer trimestre gestacional: Relevante dada la evidencia de los problemas prevenibles durante el 1er trimestre del embarazo. Se considera inapropiado el uso del denominador, ya que no es necesaria una estimación; es posible cuantificar cuántos partos se atendieron y de ellos cuántas mujeres iniciaron el control en el primer trimestre. Ello no permite etiquetar al indicador como confiable. Se alcanzó la meta establecida. No se disponen de datos para hacer una serie de tiempo. Queda como duda por qué, si México dispone de una cobertura universal en torno al embarazo, la meta se fijó en 34%. Los retos en torno al uso del control prenatal en el primer trimestre reflejan la necesidad de invertir en actividades de promoción.

% de personal de salud de la Secretaría de Salud de las 32 Entidades Federativas capacitados en atención prenatal con enfoque de riesgo: Relevante. Queda el debate de la pertinencia del indicador ya que en denominador: "personal programado a capacitarse", surge la duda de: a) quiénes son y cómo se calcula y b) si lo deseable no sería alcanzar una capacitación universal del personal de salud de primer nivel. Por lo anterior, es difícil afirmar que el indicador es confiable.

% de partos atendidos a nivel institucional sin Seguridad Social: Relevante y confiable. La meta, es adecuada ya que hay usuarios que optan por atenderse de formas alternativas como clínicas privadas o partos en casa. La meta se alcanzó en 2014, pero no hay datos para una serie de tiempo.

% de visitas de supervisión a los Servicios Estatales de Salud de las 32 Entidades Federativas

para ver el cumplimiento de la normatividad: Relevante. Sin embargo, calcular un porcentaje dividiendo lo logrado entre lo programado tiene potenciales incentivos a programar un número bajo de visitas de supervisión con el fin de alcanzar la meta. Se observa que lo programado se fija de acuerdo al personal disponible, pero ello no necesariamente captura si se cumple con las necesidades reales de supervisión; ello limita la confiabilidad del indicador.

% de Médicos de los hospitales resolutivos de la Secretaría de Salud de las 32 Entidades Federativas capacitados en emergencias obstétricas: Relevante, pertinente y confiable. Dado que los hospitales resolutivos son nodos de urgencias obstétricas, la capacitación es fundamental. La meta del 100% es adecuada y se observa que aún hay un rezago para alcanzarla. La serie de tiempo revela un esfuerzo sustantivo en el 2014 por alcanzar la meta.

Avances del Programa en el Ejercicio Fiscal 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".

POBLACIÓN Y COBERTURA

Población Potencial

a. ¿Se encuentra definida?: Si

b. **Unidad de Medida:** Mujeres en edad fértil (de 15 a 49 años)

c. **Cuantificación:** 33,076,164

d. **Definición:** Se toma en cuenta el total de mujeres en edad fértil del país (15 a 49 años) que son las mujeres que potencialmente pueden embarazarse y por lo tanto, sufrir una defunción materna.

e. **Valoración:** La definición de la población potencial se considera adecuada.

Población Objetivo

a. ¿Se encuentra definida?: Si

b. **Unidad de Medida:** Partos estimados para cada año

c. **Cuantificación:** 2,243,352

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

e. **Valoración:** La población objetivo se considera adecuada

Población Atendida

a. ¿Se encuentra definida?: Si

b. **Unidad de Medida:** Personas

c. **Cuantificación:** 2,177,319

d. ¿Se cuenta con información desagregada de la Población Atendida por entidad, municipio y/o localidad?:

Entidades Atendidas: 32

Municipios Atendidos: ND

Localidades Atendidas: ND

Hombres Atendidos: NA

Mujeres Atendidas: 2,177,319

Localización de la Población Atendida



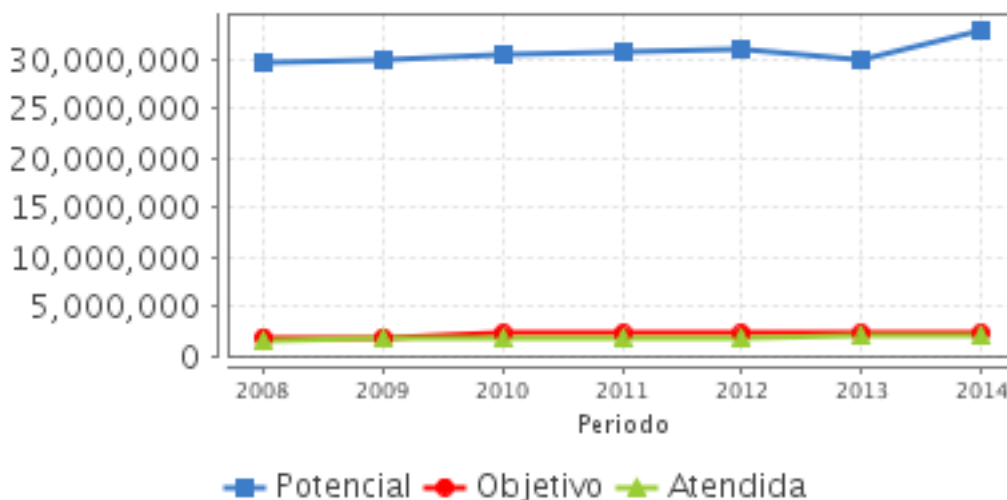
Evolución de la Cobertura

Año	Población Potencial	Población Objetivo	Población Atendida
2008	29,790,996	1,955,284	1,678,531
2009	30,118,509	1,940,107	1,820,453
2010	30,419,762	2,251,058	1,842,582
2011	30,696,697	2,246,999	1,906,402
2012	30,947,785	2,242,759	1,944,530
2013	29,959,686	2,245,228	1,983,421
2014	33,076,164	2,243,352	2,177,319

Reducción de la mortalidad materna

Reducción de la mortalidad materna y calidad en la atención obstétrica

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva



Análisis de la Cobertura

Se considera que la Población potencial (PP) y Población Objetivo (PO) se encuentran bien definidas. No obstante, la Población Atendida (PA) presenta problemas en su definición que sesgan el análisis de la cobertura. Esto se debe a que la PA se define como el número de nacimientos que se atienden en unidades de salud de todo el país registrados por el Subsistema de Nacimientos (SINAC). Ello incorpora a todos los nacimientos ocurridos en unidades médicas públicas (incluyendo IMSS, ISSSTE, etc) y en unidades médicas privadas, por lo que el indicador captura los nacimientos a nivel nacional que ocurren en servicios de salud. Si bien, el fin del programa es reducir la mortalidad materna a nivel nacional, la población a la que va dirigido el programa es aquella en marginación y sin seguridad social, por lo que la medición presentada de PA no permite medir la cobertura en esta población. Considerando las limitaciones de la definición de la PA, entre 2008 y 2014, el número de nacimientos ocurridos en unidades médicas ha ido aumentando paulatinamente. Los mayores aumentos se concentraron en los años 2009 y 2014 donde hubo un aumento con respecto al año anterior de 8.5% y 9.8% respectivamente.

ALINEACIÓN AL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2013-2018 Y PRESUPUESTO

Alineación con Planeación Nacional 2013-2018

Meta: México Incluyente

Objetivo: Asegurar el acceso a los servicios de salud

Estrategia: Asegurar un enfoque integral y la participación de todos los involucrados para reducir la mortalidad materna especialmente en comunidades marginadas.

Alineación con Programa Sectorial/ Institucional 2013-2018

Objetivo: Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país.

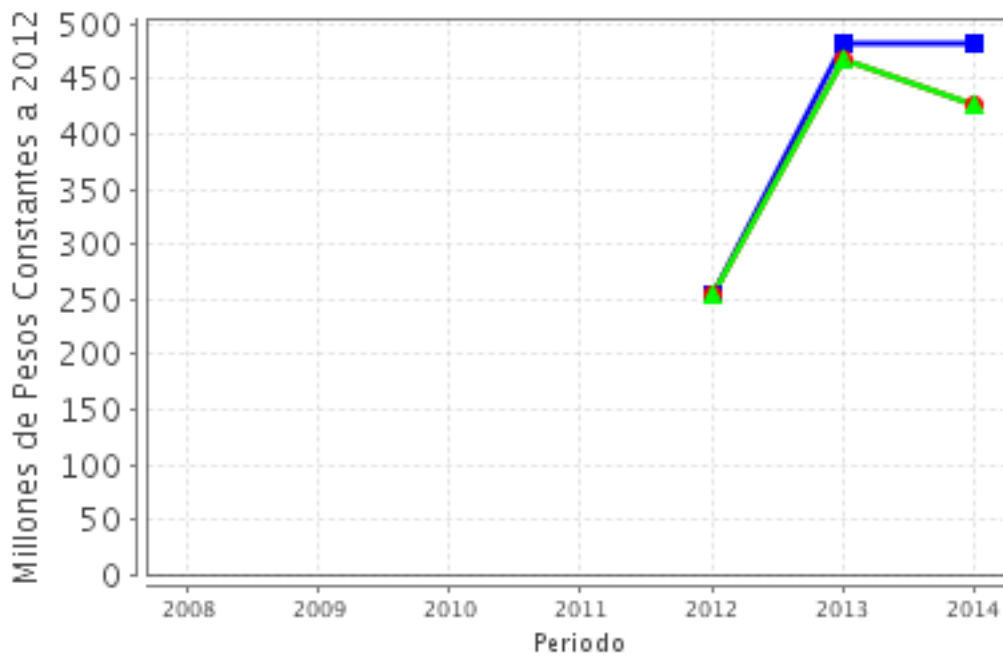
Año de Inicio del Programa 2012

Evolución del Presupuesto (Millones de Pesos Constantes a 2012)

Valores a precios constantes promedio de 2012, actualizados con el Índice Nacional de Precios al Consumidor (INPC).

Año	Presupuesto Original	Presupuesto Modificado	Presupuesto Ejercido
2008	NA	NA	NA
2009	NA	NA	NA
2010	NA	NA	NA
2011	NA	NA	NA
2012	255.34	255.13	254.94
2013	481.67	467.33	467.33
2014	481.58	426.85	426.85

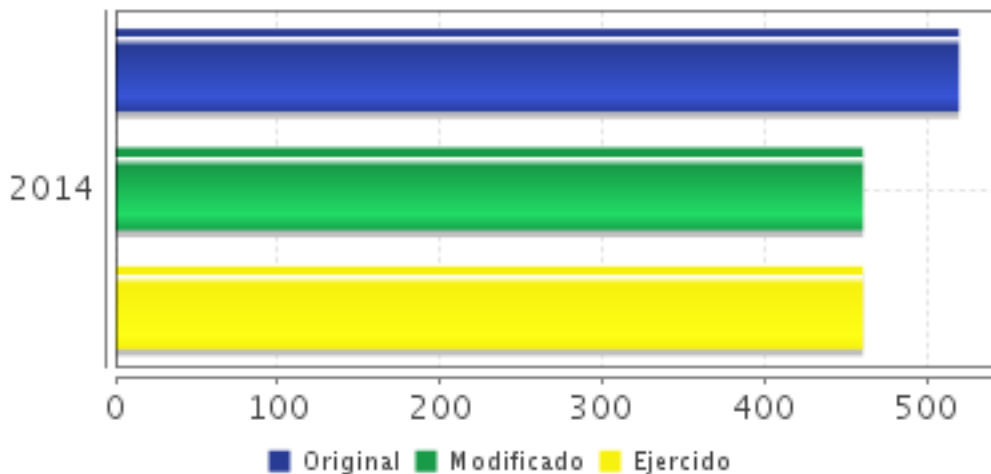
Fuente: Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP)



■ Presupuesto Original
 ● Presupuesto Modificado
▲ Presupuesto Ejercido

Fuente: Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP)

Presupuesto 2014 (Millones de Pesos)



Fuente: Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP)

Consideraciones sobre la Evolución del Presupuesto

Entre 2012 y 2013, el presupuesto aumentó en un 80 por ciento, este aumento podría revelar la prioridad del tema. Sin embargo, el presupuesto se mantuvo casi igual durante el 2014. Los incrementos en el presupuesto de las entidades federativas se dieron de forma desigual. Se observa que 14 estados concentran el 50% del presupuesto destinado al programa.

Sobresale el hecho que los estados que tienen las tasas de mortalidad materna más altas, no tienen los presupuestos por mujer atendidos más altos. Por ejemplo, Colima es el quinto estado que más presupuesto destina por mujer (\$1314 en 2014), a pesar de tener una razón de mortalidad materna relativamente baja de 23.9 en el mismo año. Por el contrario, estados como Tlaxcala, Chihuahua y Michoacán que tienen altas tasas de mortalidad materna (57.6, 53.7 y 48.4 respectivamente) destinan mucho menos presupuesto por mujer (\$245, \$171 y \$157 respectivamente), los presupuestos de estas últimas entidades están por debajo del costo promedio de la atención de una emergencia obstétrica.

Es importante señalar dos aspectos adicionales: 1) Estos cálculos se basan en el número de nacimientos registrados en unidades de salud lo cual limita el cálculo del presupuesto destinado a atender a mujeres en alta marginación y 2) se vinculan con aspectos de diseño institucional, por ejemplo, como la existencia de estados con problemas de comprobación de presupuesto.

CONCLUSIONES

Conclusiones del Evaluador Externo

El programa busca reducir la morbi-mortalidad materna y perinatal a través del fortalecimiento de los servicios médicos de las Secretarías de Salud en las etapas de embarazo, parto y puerperio. Se enfoca fundamentalmente en mujeres de poblaciones marginadas. En el periodo en el que ha operado el programa, se observa una disminución en el promedio nacional en la RMM; asimismo, se documentan mejoras en la medición del fenómeno. No obstante, hay dos elementos que deben considerarse en el futuro: (i) la disparidad de la RMM entre entidades federativas y la carencia de indicadores que permitan documentar periódicamente si la brecha entre entidades se está cerrando, y (ii) la meta establecida para muerte materna, la cual, a pesar de mejorar, todavía está lejana a la establecida en los Objetivos de Desarrollo del Milenio; lo anterior implica que deba seguirse buscando alcanzar reducciones en RMM cada vez mayores.

Reducción de la mortalidad materna*Reducción de la mortalidad materna y calidad en la atención obstétrica*

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

Debe seguirse trabajando en torno a la medición de indicadores de gestión, que permitan identificar mejoras en los componentes y actividades del programa. Dos aspectos relevantes son: (i) la posibilidad de mejorar la definición de indicadores evitando utilizar como denominadores aspectos programados, y (ii) revisar las metas del indicador sobre inicio del control prenatal desde el primer trimestre. Respecto al primer punto, la programación es susceptible a que se establezcan cifras bajas para lograr su cumplimiento, y respecto al segundo punto, es importante considerar que en la actualidad hay una cobertura universal para la atención de embarazo, por lo cual se deben enfatizar estrategias de promoción que motiven a las mujeres a hacer uso temprano de los servicios.

Asimismo, se destaca el esfuerzo en la capacitación en médicos obstetras de hospitales resolutivos de la Secretaría de Salud, ya que éstos son nodos de urgencias obstétricas. Asimismo, es relevante el esfuerzo de incorporar la supervisión como una actividad del programa. No obstante, queda pendiente la medición de indicadores para identificar si esta capacitación y supervisión se traducen en mejoras en la calidad del servicio otorgado.

Un área relevante de atención se vincula con la definición de la población atendida, ya que ésta incorpora todos los nacimientos del país en unidades de salud, incluyendo los sucedidos en instituciones de seguridad social, privadas, Protección Social en Salud, etc. Lo anterior conduce a una tasa de cobertura del 97%, pero ello no refleja únicamente el esfuerzo del programa, sino el porcentaje nacional en partos atendidos en instituciones de salud. Esto hace difícil la evaluación del efecto o contribución específica del programa para evaluaciones futuras. También, se observa un problema en los montos asignados a las entidades en proporción con las RMM que enfrentan (entidades con pocos recursos y alta RMM versus entidades con muchos recursos y baja RMM). Esta desproporción conduce a que el promedio del recurso del programa en algunos estados sea mucho menor a lo que se sabe que cuesta una emergencia obstétrica. Se identifica que, en parte, este problema resulta de los retos en el diseño institucional que presupone la descentralización en salud.

Fortalezas

1. 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. 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. 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. 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.

Retos y 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.

OBSERVACIONES

Observaciones del CONEVAL

Dada la relevancia de la mortalidad materna en un país, se estableció en los Objetivos del Desarrollo del Milenio como indicador la reducción de la Razón de Mortalidad Materna (RNM). Para atender esta problemática resulta pertinente el programa de Reducción de la mortalidad materna que tiene como objetivo propiciar la atención médica de alta calidad durante el periodo obstétrico que permita reducir la morbi-mortalidad materna, ofreciendo servicios médicos en las etapas de embarazo, parto y puerperio, orientado a mujeres de poblaciones marginadas. En este contexto, es necesario seguir dirigiendo acciones para que la cobertura de estos servicios sea realmente universal, al hacer explícita la atención que requieren y reciben las mujeres en edad reproductiva independientemente de su lugar de residencia y/o condición socioeconómica, y promover los beneficios de recibir atención temprana durante el embarazo. "El programa en 2014 y 2015 identifica claramente el problema que busca atender". El programa refleja un enfoque de resultados en su objetivo principal.

En la reestructuración programática para 2016, planteada en el documento "Estructura programática a emplear en el proyecto de presupuesto de egresos 2016", se propone la fusión del programa evaluado. En este sentido, el nuevo programa debe contar con un diagnóstico completo que defina claramente la problemática que busca atender y el tipo de intervención que se va a instrumentar. El nuevo diseño debe contemplar las buenas prácticas y las lecciones aprendidas en el sector.

Opinión de la Dependencia (Resumen)

El Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR), reconoce la importancia de las evaluaciones como un instrumento que permite comprobar el grado de cumplimiento de los objetivos propuestos, así como la identificación de fortalezas y áreas de oportunidad, traducidas en recomendaciones, por lo que el programa ha sido sometido a diferentes evaluaciones de diseño y resultados a lo largo de su operación. Por lo anterior y derivado del contenido del Informe en comentario, la Dependencia considera necesario emitir una Opinión Institucional que de manera general dé cuenta de las acciones que se han realizado con la finalidad de contribuir a la mejora de la calidad en la atención, a través del Programa Presupuestal U007.

En lo relativo a los indicadores contenidos en la Matriz de Indicadores de Resultados (MIR) del Programa, en el informe se hace mención que partir de 2013 se realizaron acciones de mejora en la Matriz, no obstante aún se conservaban algunos indicadores que no tenía relación directa con el Programa Presupuestal. Para 2016 se redefinió el programa presupuestal, incorporándose todos los programas del Centro Nacional, quedó vinculados en un solo Programa Presupuestal P020, eliminando aquellos que no guardaban relación directa con el mismo.

Para el 2016, se pretende que los financiamientos que otorga el programa se destinen para los componentes en los temas de salud señalados como prioritarios:

- Recursos Humanos:
- Equipamiento: Capacitación y supervisión.

INDICADORES

Principales Indicadores Sectoriales 2013-2018

-Indicador 1

1. Nombre del Indicador: Razón de mortalidad materna (RMM)

2. Definición: El indicador mide indirectamente la efectividad de las acciones de prevención y atención oportuna de complicaciones en mujeres embarazadas, parturientas y puérperas de acuerdo con la normatividad aplicable. Asimismo es un indicador de los Objetivos de Desarrollo del Milenio que permite la comparación entre países.

3. Método de Cálculo: (Número de defunciones maternas en un año específico / Total de nacidos vivos ocurridos en ese mismo año)*100,000

4. Unidad de Medida: Otra (índice)

5. Frecuencia de Medición del Indicador: Anual

6. Año Base: 2011

7. Meta del Indicador 2014: 39.50

8. Línea Base (Valor): 43.00

9. Último Avance (Valor): ND

10. Último Avance (Año): 2014



Principales Indicadores de Resultados

-Indicador 1

1. Nombre del Indicador: Razón de mortalidad materna

2. Definición: Es la razón entre defunciones maternas por 100,000 nacimientos estimados

3. Método de Cálculo: (Número de defunciones maternas / Nacimientos estimados) X 100,000

4. Unidad de Medida: Otra

5. Otra Unidad de Medida: Razón

6. Frecuencia de Medición del Indicador: Anual

7. Año Base: 2008

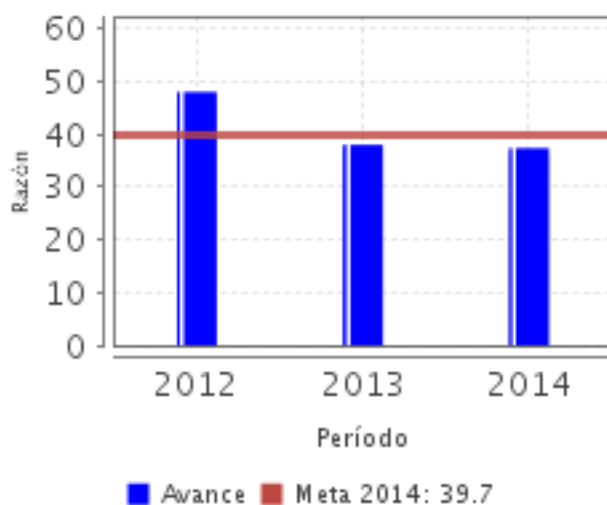
8. Meta del Indicador 2014: 39.70

9. Valor del Indicador 2014: 37.40

10. Año del Valor Inmediato Anterior: 2013

11. Valor Inmediato Anterior: 38.00

12. Avances Anteriores:



13. Ejecutivo: SI

-Indicador 2

1. Nombre del Indicador: Tasa de letalidad hospitalaria por hemorragia obstétrica y/o por trastornos hipertensivos del embarazo

2. Definición: Porcentaje de defunciones por hemorragia obstétrica y/o trastornos hipertensivos del embarazo entre el total de eventos obstétricos atendidos por estas causas en el periodo.

3. Método de Cálculo: (Número de defunciones por hemorragia obstétrica y/o trastornos hipertensivos del embarazo / total de eventos obstétricos atendidos por esas causas) X 100.

4. Unidad de Medida: Otra

5. Otra Unidad de Medida: Tasa de letalidad

6. Frecuencia de Medición del Indicador: Anual

7. Año Base: 2008

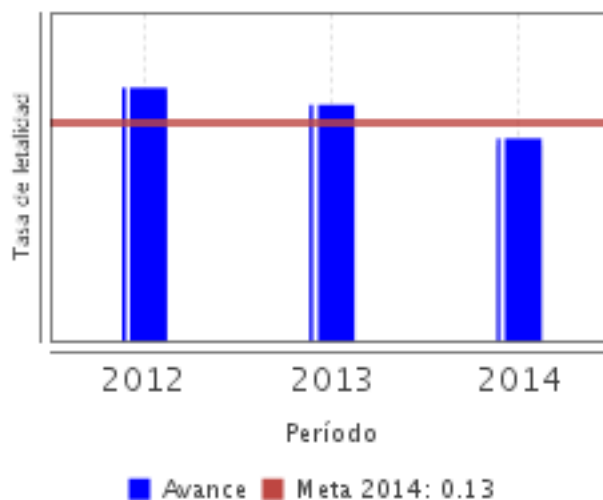
8. Meta del Indicador 2014: .13

9. Valor del Indicador 2014: .12

10. Año del Valor Inmediato Anterior: 2013

11. Valor Inmediato Anterior: .14

12. Avances Anteriores:



13. Ejecutivo: SI

Principales Indicadores de Servicios y Gestión

-Indicador 1

1. Nombre del Indicador: Porcentaje de mujeres embarazadas que inician el control prenatal desde el primer trimestre gestacional en los servicios estatales de salud en las 32 Entidades Federativas de la República

2. Definición: Porcentaje de embarazadas que acuden a su control prenatal desde su primer trimestre gestacional entre el total de embarazadas estimadas a atender en el periodo en los servicios estatales de salud de las 32 Entidades Federativas

3. Método de Cálculo: (Número de embarazadas que acuden a su control prenatal desde su primer trimestre gestacional / el total de embarazadas estimadas a atender en el periodo en los servicios estatales de salud de las 32 Entidades Federativas)*100

4. Unidad de Medida: Porcentaje

5. Frecuencia de Medición del Indicador: Trimestral

6. Año Base: 2014

7. Meta del Indicador 2014: 34.00

8. Valor del Indicador 2014: 34.20

9. Año del Valor Inmediato Anterior: 2013

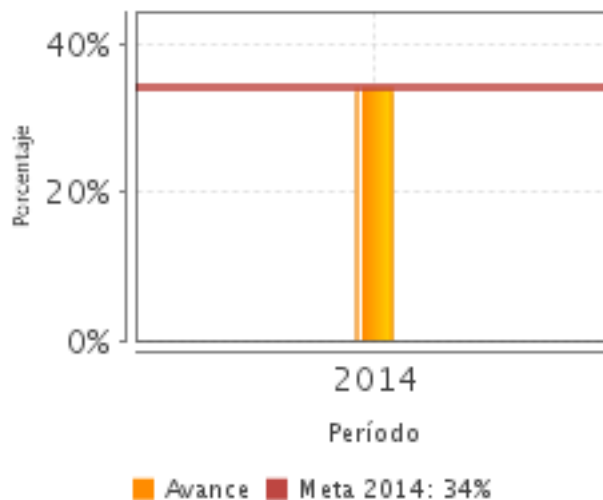
10. Valor Inmediato Anterior: ND

11. Avances Anteriores:

Reducción de la mortalidad materna

Reducción de la mortalidad materna y calidad en la atención obstétrica

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva



12. Ejecutivo: SI

-Indicador 2

1. Nombre del Indicador: Porcentaje de personal de salud de la Secretaría de Salud de las 32 Entidades Federativas capacitados en atención prenatal con enfoque de riesgo.

2. Definición: Personal de la Secretaría de Salud de primer nivel de atención de la Secretaría de Salud de las 32 Entidades Federativas capacitados, entre el número de personal de salud de primer nivel de atención de la Secretaría de Salud de las 32 Entidades Federativas

3. Método de Cálculo: (Número de personal de salud de primer nivel de atención de la Secretaría de Salud de las 32 Entidades Federativas capacitados / número de personal de salud de primer nivel de atención de la Secretaría de Salud de las 32 Entidades Federativas programado a capacitación) X 100

4. Unidad de Medida: Porcentaje

5. Frecuencia de Medición del Indicador: Semestral

6. Año Base: 2013

7. Meta del Indicador 2014: 100.00

8. Valor del Indicador 2014: 76.33

9. Año del Valor Inmediato Anterior: NA

10. Valor Inmediato Anterior: NA

11. Avances Anteriores:

12. Ejecutivo: NO

-Indicador 3

1. Nombre del Indicador: Porcentaje de partos atendidos a nivel institucional sin Seguridad Social

2. Definición: Número de partos atendidos a nivel institucional sin seguridad social entre el total de los partos de mujeres sin seguridad social

3. Método de Cálculo: (Número de partos atendidos a nivel institucional sin seguridad social / el total de los partos de mujeres sin seguridad social)*100

4. Unidad de Medida: Porcentaje

5. Frecuencia de Medición del Indicador: Trimestral

6. Año Base: 2014

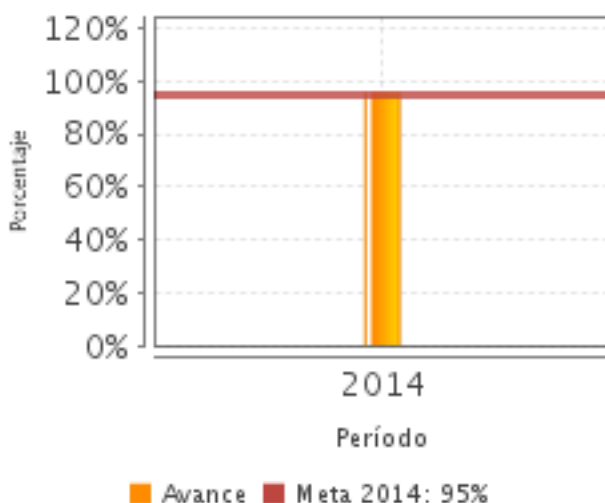
7. Meta del Indicador 2014: 95.00

8. Valor del Indicador 2014: 95.80

9. Año del Valor Inmediato Anterior: 2013

10. Valor Inmediato Anterior: NA

11. Avances Anteriores:



12. Ejecutivo: NO

-Indicador 4

1. Nombre del Indicador: Porcentaje de visitas de supervisión a los Servicios Estatales de Salud de las 32 Entidades Federativas para ver el cumplimiento de la normatividad vigente

2. Definición: Porcentaje de visitas de supervisión realizadas a los Servicios Estatales de Salud de las 32 Entidades Federativas entre el número de visitas de supervisión programadas a los Servicios Estatales de Salud de las 32 Entidades Federativas

3. Método de Cálculo: (Número de visitas de supervisión realizadas a los Servicios Estatales de Salud de las 32 Entidades Federativas / número de visitas de supervisión programadas a los Servicios Estatales de Salud de las 32 Entidades Federativas)*100

4. Unidad de Medida: Porcentaje

5. Frecuencia de Medición del Indicador: Trimestral

6. Año Base: 2009

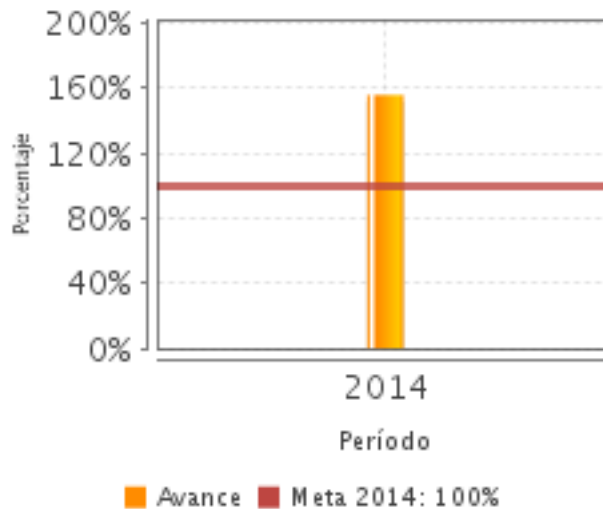
7. Meta del Indicador 2014: 100.00

8. Valor del Indicador 2014: 155.80

9. Año del Valor Inmediato Anterior: 2013

10. Valor Inmediato Anterior: ND

11. Avances Anteriores:



12. Ejecutivo: SI

-Indicador 5

1. Nombre del Indicador: Porcentaje de Médicos de los hospitales resolutivos de la Secretaría de Salud de las 32 Entidades Federativas capacitados en emergencias obstétricas.

2. Definición: Porcentaje de médicos obstetras de los hospitales resolutivos de la Secretaría de Salud de las treinta y dos Entidades Federativas capacitados entre el número total de médicos obstetrás en los hospitales resolutivos de la Secretaría de Salud de las 32 Entidades Federativas.

3. Método de Cálculo: (Número de médicos obstetras de los hospitales resolutivos de la Secretaría de Salud de las 32 Entidades Federativas capacitados / número total de médicos obstetras en los hospitales resolutivos de la Secretaría de Salud de las 32 Entidades Federativas) X 100

4. Unidad de Medida: Porcentaje

5. Frecuencia de Medición del Indicador: Trimestral

6. Año Base: 2010

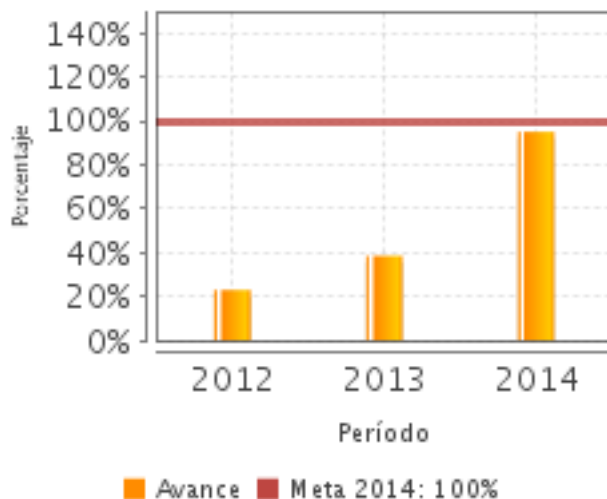
7. Meta del Indicador 2014: 100.00

8. Valor del Indicador 2014: 95.00

9. Año del Valor Inmediato Anterior: 2013

10. Valor Inmediato Anterior: 38.43

11. Avances Anteriores:



12. Ejecutivo: SI

Observaciones Generales sobre los Indicadores Seleccionados

A pesar de que en la mayoría de los indicadores se cumplió la meta establecida, surgen dudas sobre la medición de los mismos, la calidad de la información y lo adecuado de las metas planteadas. En dos indicadores, se utilizan eventos programados para hacer el cálculo del indicador. Sin embargo, no se conoce cómo se programa y calcular un porcentaje dividiendo lo logrado entre lo programado tiene potenciales incentivos a programar un número bajo de eventos con el fin de alcanzar la meta. De igual forma, preocupa la falta de series de tiempo en 4 indicadores, lo que imposibilita el seguimiento de los mismos a lo largo del tiempo y no permite identificar mejoras o áreas de oportunidad. Asimismo, aunque la MIR establece que el programa se enfocará en comunidades marginadas y vulnerables, no es posible determinar si hubo avances en todos los indicadores de dichas comunidades, ya que no se cuenta con información desagregada a nivel estatal de los mismos. Únicamente se cuenta con información desagregada a nivel estatal de la RMM.

Sería conveniente incluir el indicador de nacimientos asistidos por personal de salud capacitado que se incluye en los ODM's. Tampoco hay algún indicador que mida calidad de la atención materna.

INFORMACIÓN ADICIONAL

Calidad y Suficiencia de la Información disponible para la Evaluación

La información proporcionada fue de utilidad para la realización de la evaluación. Sin embargo, quedan dudas sobre las fuentes de información de los indicadores. Asimismo, se considera que sería de utilidad contar con información desagregada a nivel estatal de todos los indicadores y sobre las causas de mortalidad materna a diferentes niveles.

Fuentes de Información

Inf. EED 2014-15. Convenio gral. de colaboración (SSA, IMSS, ISSSTE). Convenio AFASPE Tamps. PAE 2013-2018, MIR 1ero a 4to trimestre. EDS Estrategia integral para acelerar la reducción de MM. Formato PPA. Cuantificación de las poblaciones (PP, PO y PA). Avance en los Indicadores de los Programas presupuestarios de la APF. Avance del indicador sectorial, EDS 2010. Seguimiento a ASM clasificados como específicos, derivados de informes y EXT. Ficha de monitoreo 2012 y 2013. Recomendaciones de ASM. Nota sobre modalidad presupuestal. Información transparencia. Certificado de nacimiento por estado. Logros en la medición de la RMM. Revisión de indicadores minuta, MM por entidad federativa, RMM.

INFORMACIÓN DE LA COORDINACIÓN Y CONTRATACIÓN

Datos generales del evaluador

- 1. Instancia Evaluadora:** Universidad Iberoamericana, A.C.
- 2. Nombre del (a) Coordinador (a) de la Evaluación:** Mireya Vilar Compte
- 3. Correo Electrónico:** mireya.vilar@uia.mx
- 4. Teléfono:** 59-50-40-00 ext. 4170

Contratación

Forma de contratación del evaluador externo: Adjudicación directa

Costo de la Evaluación: \$ 117,867.44

Fuente de Financiamiento: Recursos fiscales

Datos de Contacto CONEVAL

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

GLOSARIO

AVP	Avances del Programa
DT	Documento de Trabajo
DIN	Documento Institucional
ECO	Evaluación Complementaria
ECR	Evaluación de Consistencia y Resultados
EDS	Evaluación de Diseño
EIM	Evaluación de Impacto
EIN	Evaluación de Indicadores
EPR	Evaluación de Procesos
EP	Evaluación de Programas
ER	Evaluación de Resultados
EED	Evaluación Específica de Desempeño
EST	Evaluación Estratégica
EXT	Evaluación Externa

FT	Fichas Técnicas
ICP	Informe de Cuenta Pública
IT	Informe Trimestral
MIR	Matriz de Indicadores para Resultados
MML	Matriz de Marco Lógico
AAM	Avances en las Acciones de Mejora
Mecanismo 08	Mecanismo de Seguimiento a Aspectos Susceptibles de Mejora Derivado de Evaluaciones Externas 2008
Mecanismo 10	Mecanismo de Seguimiento a los Aspectos Susceptibles de Mejora Derivado de Evaluaciones Externas 2010
Mecanismo 11	Mecanismo de Seguimiento a los Aspectos Susceptibles de Mejora Derivado de Evaluaciones Externas 2011
MTE	Metaevaluación
NA	No Aplica
ND	No Disponible
OTR	Otros
PA	Población Atendida: población beneficiada por el programa en un ejercicio fiscal.
PO	Población Objetivo: población que el programa tiene planeado o programado atender para cubrir la población potencial, y que cumple con los criterios de elegibilidad establecidos en su normatividad.
PP	Población Potencial: población total que presenta la necesidad y/o problema que justifica la existencia del programa y que por lo tanto pudiera ser elegible para su atención.
PPA	Plantilla de Población Atendida
OD	Opinión de la Dependencia
ROP	Reglas de Operación