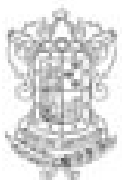


Evaluación de Diseño con Enfoque de Género



Inicio Saludable
Arranque Parejo en la Vida



**Secretaría
de la Mujer**

2008 - 2012

MICHOACÁN

2008

CRÉDITOS



L.C.P. ALBERTO CAÑAS GARCÍA
Responsable de la Evaluación

L.P.G.S. MARÍA DE LOS ÁNGELES DOMÍNGUEZ GARCÍA
Coordinadora de la Evaluación

L.P.G.S. LUIS DANIEL AGUILAR CERVANTES
Analista de la Evaluación

SÍNTESIS EJECUTIVA

En este documento se presentan los resultados finales de la evaluación en materia de diseño con enfoque de género del Programa Inicio Saludable Arranque Parejo en la Vida. El objetivo de esta evaluación es analizar, a la luz de criterios con enfoque de género, cuál es el grado de congruencia que guarda el programa con los objetivos y principios de la política social del Estado de Michoacán, y en qué medida es internamente consistente, eficaz y eficiente para alcanzar los fines que se propone.

Es preciso mencionar que para este proceso de evaluación se contó con la colaboración y apoyo de la Secretaría de la Mujer del Estado de Michoacán, encabezada por la Profa. Cristina Portillo Ayala, así como de la Responsable estatal del programa, la Dra. Rosa Elena Gamiño Ortiz. Se pudieron concretar las entrevistas a funcionarios encargados de este programa, pero, desafortunadamente, a pesar de la petición formal de información, por parte de la Secretaría de la Mujer a la coordinación del programa, no fue posible concretar la entrega y se recurrió a información publicada en los sitios oficiales de la Secretaría de Salud Federal y la Secretaría de Salud del Estado de Michoacán.

De esta evaluación se puede destacar que:

Se identifica la falta de un diagnóstico (profundo) sobre la problemática y situación particular del estado, sin embargo, se define de manera clara la necesidad de proveer un servicio de salud y atención especializada a mujeres que viven un embarazo, parto o puerperio, con el objetivo de disminuir la tasa de mortalidad materna e infantil que aqueja no sólo al país, sino particularmente al estado de Michoacán.

Se identificó que la problemática que justifica la existencia del programa está lo suficientemente analizada y los objetivos están bien definidos pues logran cubrir las necesidades observadas, también se aprecia congruencia entre estos, ya que los específicos se encuentran explícitamente e implícitamente en la terminología y esencia del objetivo general del programa. Las estrategias están diseñadas por cada objetivo específico, y estas a su vez tienen sus propias líneas de acción, por esta razón se considera que sí existe congruencia entre los objetivos que persigue el programa respecto a los servicios que presta (expresados en las líneas de acción planteadas).

No se expresa de manera clara y explícita la definición y tipo de cobertura en ninguno de los documentos oficiales estatales obtenidos. A consecuencia, no puede valorarse si las localidades beneficiadas responden al diseño de cobertura. En cuanto a la definición e identificación de la población potencial y la población objetivo, se puede mencionar que están contempladas campañas de empadronamiento para identificar a las posibles beneficiarias, sin embargo, no se obtuvo información para verificar las estrategias precisas de mapeo de estas poblaciones, como tampoco del registro de beneficiarias y su seguimiento.

Por la parte presupuestaria, más allá de que no se tuvo acceso a tal información, con los documentos revisados, es posible mencionar que, aunque el programa está diseñado para una población en específico, mujeres (salud materna) y nin@s (salud materno-infantil), con lo que se puede pensar que el presupuesto tiene una línea de género, no existe un capítulo o apartado, en la documentación revisada, donde se desglosen los indicadores mediante los cuales se gestionó y distribuyó el presupuesto.

Las principales indicaciones a las que se apega el programa son las realizadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y las Metas del Milenio con las que se comprometió México, así como las señaladas por la Comisión de Equidad de Género del Legislativo Federal y de l Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES). Se señala que el cuidado de la salud materna y salud materno-infantil no son sólo propias de las mujeres, sino que en ese contexto se ven relacionados(as) varios(as) actores(as), que son las instituciones médicas, el personal médico, la familia y la pareja sentimental –en caso de haberla–, entre otros. Se señala que se buscará abatir las barreras socioeconómicas y culturales que existen en la utilización y prestación de servicios de salud en regiones con un bajo índice de desarrollo, en relación a la situación concreta de los y las beneficiari@s. El programa es sumamente específico sobre la detección y sanción de cualquier tipo de violencia, pues señala en su objetivo 2, estrategia 2, indicador 6, que se promoverá el “establecimiento de mecanismos para la identificación de omisiones, errores o negligencias en la atención a la salud y el establecimiento de la responsabilidad profesional y las sanciones correspondientes”.

El programa no excluye del tema salud materno-infantil al hombre, más bien, dentro de la información que brinda, se le invita a formar parte de él, de los cuidados de la madre y del infante. Con el objetivo de redimensionar la responsabilidad de este proceso a ambas partes.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN -----	1
Bases de la evaluación	
Objetivo general de la evaluación	
Género y Salud Materna	
CARACTERÍSTICAS DEL PROGRAMA -----	5
CAPITULO 1: EVALUACIÓN DE DISEÑO CON ENFOQUE DE GÉNERO -----	7
1.1. <u>Pertinencia actual del programa</u> -----	7
1.1.1. ¿Cuál fue el diagnóstico en que se basó la elaboración del programa?	
1.1.2. ¿El problema o necesidad prioritaria al que va dirigido el programa está correctamente identificado y claramente definido?	
1.1.3. ¿El diagnóstico identifica el contexto sociocultural y las problemáticas específicas de los (as) beneficiarios (as)?	
1.1.4. ¿Existe un diagnóstico actualizado y adecuado sobre la problemática detectada que justifique la permanencia del programa?	
1.1.5. ¿Cuál es la relación que guarda el programa con los principios de la Ley de Desarrollo Social (LDS) y la Ley Orgánica de la Administración Pública (LOAP) del gobierno del estado de Michoacán de Ocampo?	
1.1.6. ¿El diseño del programa promueve la eliminación de todas las formas de discriminación, violencia o situación de desventaja a las que se enfrentan las(os) beneficiarios(as)?	
1.1.7. ¿Se tomó en cuenta la participación de la población objetivo para la creación del programa?	
1.2. <u>Coherencia objetivos- necesidades</u> -----	17
1.2.1. ¿Está claramente definido y justificado el objetivo del programa?	
1.2.2. ¿Existen objetivos específicos?	
1.2.3. ¿Son congruentes los objetivos específicos con el objetivo general?	
1.2.4. ¿Los objetivos responden a la problemática que justifica la existencia del programa?	
1.2.5. ¿Los objetivos contemplan las distintas necesidades que tienen las mujeres sobre salud-materna y los aspectos perinatales de las y los niños(as)?	
1.2.6. ¿Existen objetivos específicos que busquen integrar el enfoque de género?	
1.3. <u>Coherencia estrategias- objetivos</u> -----	21
1.3.1. ¿En qué consisten las acciones del programa?	
1.3.2. ¿Existe congruencia entre los objetivos y las estrategias para operar el programa?	
1.3.3. ¿Las estrategias del programa permiten cumplir los objetivos planteados?	
1.3.4. ¿Existen acciones afirmativas que busquen asegurar la equidad entre los géneros, y que estén basadas en la problemática que justifica al programa?	
1.3.5. ¿Existe congruencia entre los objetivos que persigue el programa respecto a los servicios que presta?	
1.3.6. ¿Se utilizan criterios de calidad para la obtención de los insumos que se entregan a los beneficiarios?	
1.4. <u>Diseño de cobertura-localidades beneficiadas</u> -----	26

1.4.1. ¿El programa establece claramente los criterios y mecanismos utilizados para definir la cobertura? ¿Cuáles?	
1.4.2. ¿Las localidades beneficiadas responden al diseño de cobertura establecido por el programa?	
1.5. <u>Diseño de Focalización de la población objetivo- número de beneficiarios reales</u>	27
1.5.1. ¿El programa establece claramente los criterios y mecanismos utilizados para definir la población potencial y objetivo? ¿Cuáles?	
1.5.2. ¿El programa cuenta con un control cuantitativo y cualitativo de ambas poblaciones? (PP y PO)	
1.5.3. ¿La población potencial y objetivo están claramente definidas?	
1.5.4. ¿Los(as) beneficiarios(as) son los que corresponden al diseño de focalización establecido por el programa?	
1.6. <u>Presupuesto Aprobado, Modificado y Ejercido</u>	28
1.6.1. ¿Está especificado y justificado el presupuesto otorgado al programa?	
1.6.2. ¿El diseño del presupuesto está pensado desde un enfoque de género?	
1.6.3. ¿Se justifican las modificaciones presupuestales del programa?	
1.7. <u>Enfoque de Género</u>	29
1.7.1. ¿El diseño del programa contempla los marcos normativos nacionales e internacionales firmados por México, en materia de equidad de género o para el adelanto de las mujeres, en lo referente a salud materna y materno-infantil?	
1.7.2. ¿El programa busca deconstruir los patrones socioculturales e institucionales (patriarcales) que existen sobre lo que implica el cuidado del maternaje y la atención perinatal?	
1.7.3. ¿El programa identifica el contexto sociocultural y las necesidades específicas de las mujeres, las niñas y los niños con relación a la información que se les otorga?	
1.7.4. ¿El programa utiliza criterios y procedimientos diferentes para atender a las mujeres en el proceso de maternidad, así como a las(os) infantes, en el momento de ofrecer los apoyos?	
1.7.5. ¿El diseño del programa contempla acciones encaminadas a prevenir, sancionar y canalizar actos de violencia en contra de las mujeres, las (os) niñas (os) en sus diferentes ámbitos y modalidades?	
1.7.6. ¿El lenguaje del programa está sustentado desde el enfoque de género? (Es decir, no utiliza términos sexistas, estereotipos tradicionales de la feminidad y la masculinidad, no discrimina, no sustenta las relaciones de poder entre los géneros)	
1.8. <u>Instancias responsables y participantes en la operación del programa</u>	33
1.8.1. ¿Cuáles son las dependencias involucradas en el programa?	
1.8.2. ¿Existe un organigrama de operación del programa? Presentarlo	
1.8.3. ¿Cuántas mujeres y hombres operan el programa?	
1.8.4. ¿Están claramente definidas las responsabilidades?	
1.8.5. ¿Existe un área o mecanismo de recepción de quejas, sugerencias y seguimiento, incluyendo las derivadas de la discriminación de género?	
1.8.6. ¿La instancia responsable cuenta con mecanismos adecuados para la difusión de la información completa del programa a la población potencial?	

1.9. Composición profesional y experiencia de los operadores-----	36
1.9.1. ¿Cuál es perfil académico y experiencia laboral de los que coordinan el programa y los operadores?	
1.9.2. ¿Los(as) coordinadores(as) y operadores(as) han recibido algún tipo de capacitación en materia de género?	
1.9.3. ¿La especialización y experiencia de los(as) coordinadores(as) y operadores(as) son las adecuadas para implementar el programa?	
1.9.4. ¿Los(as) coordinadores(as) y operadores(as) han recibido capacitación que les permita ejecutar correctamente el programa?	
CAPITULO 2: PRINCIPALES FORTALEZAS, RETOS Y RECOMENDACIONES-----	37
CAPITULO 3: CONCLUSIONES-----	39
Bibliografía-----	40
Anexos -----	44
Anexo 1 Informe: Inicio Saludable Arranque Parejo en la Vida	
Anexo 2 Guiones de entrevista a funcionarios(as) y operadores(as)	
Anexo 3 Cronograma de Entrevista	
Anexo 4 Información de Evaluadores(as)	

INTRODUCCIÓN

Este documento tiene por objeto presentar la evaluación en materia de diseño con enfoque de género realizada al Programa Inicio Saludable- Arranque Parejo en la Vida, del Estado de Michoacán.

Es indispensable entender que la evaluación es en sí misma una herramienta de gestión de aprendizaje colectivo, una herramienta de decisión estratégica y operativa, además de una herramienta de análisis de la verdadera utilidad de determinadas acciones. En el caso de la evaluación con enfoque de género ha sido fundamental entender que ésta supone tomar en cuenta las diferencias entre los sexos en la generación del desarrollo y analizar las causas y los mecanismos institucionales y culturales que estructuran la desigualdad entre mujeres y hombres, para integrarlo en el diseño de programas y proyectos de cada sector de la sociedad.

Esta evaluación se presenta en tres capítulos, el primero de estos “Evaluación de diseño con enfoque de género” está integrado por nueve indicadores, cada uno está compuesto por una serie de preguntas, a partir de las cuales se pretende develar el funcionamiento integral del programa, estos indicadores son: Pertinencia actual del programa, Coherencia objetivos- necesidades, Coherencia estrategias- objetivos, Diseño de cobertura-localidades beneficiadas, Diseño de focalización de la Población Objetivo-número de beneficiarios reales, Presupuesto aprobado, modificado y ejercido, Enfoque de género, Instancias responsables y Participantes en la operación del programa, Composición profesional y experiencia de los operadores. Es importante destacar que todos los indicadores contienen preguntas que inciden en el grado en que el programa toma en cuenta criterios de género y adelanto de las mujeres, para su implementación. En el capítulo 2 “Principales fortalezas, retos y recomendaciones” se muestra un análisis FODA, en donde se destacan las principales fortalezas, retos y recomendaciones. Por cada debilidad o amenaza se establecerá al menos una recomendación precisa que ayude a solventar el reto o problema identificado, estas recomendaciones serán cuidadosamente analizadas para garantizar su viabilidad y efectividad. Por último, el capítulo 3, presenta las conclusiones pertinentes para cada uno de los indicadores.

Esta evaluación dará la pauta y los elementos necesarios para realizar un rediseño, involucrando a los hombres y las mujeres para garantizar que el seguimiento sea una herramienta de autogestión antes que un instrumento político.

Bases de la evaluación

La presente evaluación de diseño se realizó con base en lo señalado en el Plan Estatal de Desarrollo 2008-2012 del Gobierno del Estado de Michoacán de Ocampo (PED), el cual propone incorporar a la sociedad civil en el diseño de las políticas públicas y programas, así como en su implementación, desarrollo y evaluación como parte de sus Líneas de Acción. Al respecto, el Eje 5 de este Plan, Política Social para el Bienestar de la Gente, dispone que “la política social de esta administración responde a una lógica transversal de participación ciudadana y de la organización social. Para ello fomentará su corresponsabilidad, integrándolas en la formulación, instrumentación, ejecución, control y evaluación de los programas sociales”. En este sentido, la Ley de Desarrollo Social del

Estado de Michoacán (LDS), en su capítulo IV: De la evaluación de la política de desarrollo social, artículo 29, expresa que “la evaluación de la política de desarrollo social tiene por objeto revisar periódicamente el cumplimiento de los objetivos y metas de los programas y acciones de la política de desarrollo social, para corregirlos, modificarlos, adicionarlos, reorientarlos o en su caso, suspenderlos total o parcialmente [...]”; así mismo, y para fundamentar el hecho de que la Secretaría de la Mujer está promoviendo la realización de esta evaluación de diseño con enfoque de género, la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Michoacán de Ocampo (LOAP), en su artículo 36 menciona las atribuciones de la Secretaría de la Mujer, entre las que se encuentran: “I. Formular, promover, instrumentar y evaluar las políticas públicas para la igualdad entre mujeres y hombres para fomentar el desarrollo social, cultural, político y económico de las mujeres, haciéndolas partícipes del desarrollo del Estado; II. Formular, promover, concertar y gestionar ante las instituciones competentes, programas, proyectos y acciones con perspectiva de género, así como su instrumentación, ejecución, seguimiento y evaluación, evitando toda forma de discriminación; III. Promover, instrumentar y evaluar de forma transversal los programas, proyectos y acciones que les faciliten a las mujeres el pleno desarrollo de sus potencialidades.” De ahí la pertinencia de realizar la presente evaluación de diseño.

Objetivo general de la evaluación

El fin que persigue esta evaluación es analizar cuál es el grado de congruencia que guarda el programa con los objetivos y principios de la política social del Estado de Michoacán de Ocampo, y en qué medida es internamente consistente, eficaz y eficiente para alcanzar los fines que se propone, así como identificar si está diseñado con criterios de enfoque de género.

El componente de operación (en el cual sólo se analizará focalización y cobertura) por su parte, busca analizar la congruencia entre lo establecido en las Reglas Operación y la realidad plasmada en las bases de datos de los beneficiarios del programa, usando como apoyo trabajo de gabinete y entrevistas realizadas a coordinadores y operadores del programa (anexo 2).

Género y Salud Materna

A nivel mundial, una de las principales causas de muerte entre las mujeres es la relacionada con la *salud materna*, la cual representa un problema para el desarrollo social, ya que cuando una mujer muere es una tragedia no sólo para ella, sino también para su familia y comunidad. Las repercusiones sociales y económicas son diversas: pues estas son los pilares de sus familias; las que educan a sus hijos; las que proveen el cuidado de los miembros varones sin importar la edad de estos; son campesinas, operarias, comerciantes, trabajadoras y, quizá ya con mayor frecuencia, las únicas que proveen el sustento familiar. Por lo tanto, una sociedad que pierde la contribución de una mujer es una sociedad cuya vida social y económica declina, su cultura empobrece y su potencial para el desarrollo se ve seriamente limitado. Asimismo, cuando una de estas fallece, quienes más sufren son los niños: sus hijos sobrevivientes tienen entre 3 a 10 veces más

probabilidades de morir en los dos años siguientes, que los niños que cuentan con uno o ambos padres.

Ante esta problemática en los años ochenta, dos iniciativas independientes llamaron la atención sobre los elevados niveles de mortalidad materna. La más conocida de ellas, la *Iniciativa por una Maternidad sin Riesgo*, fue lanzada durante una consulta internacional de las agencias de las Naciones Unidas, los gobiernos, los donantes y varias ONG en Nairobi, Kenia, en 1987. La segunda fue el *Día de Acción de la Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe* a partir de un llamado a la acción de las mujeres para prevenir la mortalidad materna, que fue suscrito por las participantes del *v Encuentro Internacional Mujer y Salud*, en 1987 en San José de Costa Rica. El propósito de estas iniciativas era reducir a la mitad la mortalidad materno-infantil, antes del año 2000 (Ramos, 2004, 122)

Desde el lanzamiento de esas dos iniciativas hasta el presente, la prevención de las muertes maternas se ha vertido en una prioridad intencional y muchos países en vías de desarrollo, han hecho un significativo progreso en la expansión y el mejoramiento de los servicios de salud materna y materno-infantil para prevenir esta problemática.

En el caso de México los estudios realizados señalan que,

Los decesos de mujeres por causas relacionadas con el embarazo, parto o puerperio, que constituyen lo que se conoce como muertes maternas, todavía constituye un importante problema de salud pública en el país, que se coloca como la tercera causa de muerte entre las jóvenes de 15 a 29 años, que implica la desaparición de una persona por causas que en la mayoría de los casos pueden prevenirse, y que muchas veces condenan a la orfandad a niños pequeños.¹

La mayoría de estas muertes, se pueden detectar oportunamente y tratarse con eficacia. La hemorragia y la hipertensión pueden tratarse en instalaciones de salud que cuenten con un banco de sangre y con personal capacitado para el tratamiento de estas complicaciones.

En el caso del aborto, el cual representa un riesgo de muerte para la mujer cuando se realiza en condiciones antihigiénicas y/o por personal que desconoce la técnica adecuada, dañando órganos y produciendo infección y hemorragia, se puede prevenir, reduciendo el número de embarazos no deseados y la letalidad de las complicaciones que se derivan de su práctica; asimismo, se reduce si lo atiende personal capacitado, para detectar y tratar oportuna y correctamente sus complicaciones.

Las causas de muerte durante el parto bajan sustancialmente cuando la mujer tiene acceso a un sistema de atención con capacidad para evaluarla, apresurar el nacimiento y realizar una operación cesárea. Las complicaciones propias del puerperio son, casi sin excepción, consecuencia de una atención inadecuada.

La OMS define la defunción materna como la “muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los cuarenta y dos días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del mismo, debido a

¹ INEGI (2006). “Mortalidad”, en INEGI. Mujeres y hombres en México, México, INEGI/INMUJERES, p. 114.

cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales”. (Ramos, 2004, 25)

Es por ello que dentro de las políticas del estado mexicano, se contempla la salud materna y materno-infantil como prioridad, por lo tanto, se han diseñado programas federales y estatales, que van encaminados a disminuir la tasa de mortalidad materna y mejorar las condiciones psicopsicoafectivas de las madres e hij@s.

CARACTERÍSTICAS DEL PROGRAMA

El Programa Inicio Saludable-Arranque Parejo en la Vida inició a operar a nivel federal el 10 de mayo de 2001, bajo la coordinación de la Dirección General de Salud Reproductiva, y aunque su tipo de cobertura proponía como meta abarcar a todos los estados de la república, en su primer etapa de operación sólo se beneficiaron siete estados: Aguascalientes, Campeche, Hidalgo, Morelos, Nayarit, Tabasco y Veracruz; en la segunda etapa se sumaron los estados de Chiapas, Colima, Guerrero, Guanajuato, Oaxaca, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Tamaulipas, Yucatán y Michoacán; y finalmente ya en 2004 se destinó el servicio al resto de los estados.

Michoacán de Ocampo fue incorporado en la segunda etapa del programa como parte del padrón de beneficiarios. Es importante mencionar que el estado cuenta con su Sector Salud, conformado por la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, el Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia, los Servicios Médicos de la Secretaría de la Defensa Nacional, de la Secretaría de Marina y la Medicina Privada. A este grupo se incorporan la Secretaría de Educación, Secretaría de Desarrollo Social, Comisión Nacional del Desarrollo de los Pueblos Indígenas, el Consejo Estatal de Población, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, y cinco organismos no gubernamentales que realizan actividades relacionadas con el campo de la salud, y que integran el Comité Estatal del Programa de Acción “Inicio Saludable-Arranque Parejo en la Vida”, quedando como responsable la Dra. Ma. Rosa Elena Gamiño Ortiz.

El programa no cuenta con Reglas de Operación a nivel estatal, sin embargo, se utiliza la normatividad federal, estableciendo que el diseño contribuye a mejorar la salud materna y perinatal mediante la rectoría de intervenciones de prevención y atención costo efectivas, basadas en evidencia científica en un marco de participación social y de respeto a los derechos de las personas, por lo que se amplían las capacidades y oportunidades de las mujeres que cursan un embarazo, parto y puerperio de forma saludable. Ante la problemática que identifica el programa y aunque existen avances científicos y tecnológicos en el área de la salud, aún existen zonas con altos índices de mortalidad materna e infantil, sobre todo en las regiones con mayor pobreza y marginación, donde se observa que los servicios de salud tienen limitaciones tanto técnicas como humanas, dando como resultado una baja calidad de la atención de las mujeres embarazadas, de recién nacidos y de niñas y niños menores de dos años. Por lo que este programa se orienta a aumentar la información y el acceso a los servicios de salud de calidad, y así reducir los rezagos de salud que afectan a estos grupos de la población en Michoacán de Ocampo.

El objetivo general del programa es lograr cobertura universal y condiciones igualitarias de atención con calidad a las mujeres michoacanas en edad fértil, durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido, así como impulsar su capacidad de agencia en el auto cuidado de la salud familiar, ampliando el acceso a la información e integrando la participación de la pareja, para lograr un uso oportuno de los servicios de salud, con énfasis en la prevención. A su vez se establecen cinco objetivos particulares con acciones y estrategias específicas para su cumplimiento:

1. Fortalecer la capacidad de decisión de las mujeres y de sus parejas para planificar la familia y participar activamente en el cuidado de la salud materna y perinatal.
2. Mejorar el acceso y la calidad de la atención obstétrica por personal calificado así como reforzar la capacidad resolutive de las unidades médicas de los distintos niveles de atención ante emergencias obstétricas y neonatales.
3. Mejorar la calidad de atención del recién nacido así como impulsar la prevención de la discapacidad por defectos al nacimiento y patologías del periodo perinatal.
4. Reducir las brechas existentes en la salud materno-infantil entre entidades federativas y los municipios del país con el menor índice de desarrollo humano.
5. Mejorar la coordinación, monitoreo, evaluación y generación de información estratégica del programa Inicio Saludable Arranque Parejo en la Vida, con el objeto de movilizar recursos y apoyos y fortalecer la operación y el cumplimiento de metas.

CAPITULO 1: EVALUACIÓN DE DISEÑO CON ENFOQUE DE GÉNERO

La primera interrogante que debe plantearse es si ¿existen Reglas de Operación o alguna otra normatividad que regule la operación del programa?

Para el nivel estatal no se identifican reglas de operación, manuales o lineamientos. Se identificaron manuales y normas oficiales que dan consistencia normativa al programa desde el nivel federal y hacia los estados y municipios.

1.1. Pertinencia actual del programa

Se entiende por pertinencia algo oportuno o adecuado, en función de la coherencia y correspondencia de una acción o proceso con su área de conocimiento.

En la presente evaluación se contempla como un elemento esencial la identificación de estudios y diagnósticos sobre la situación a la que hará frente el programa, y de esta forma fundamentar su existencia y por ende su pertinencia.

Es importante señalar que una evaluación o diagnóstico de este tipo debe estar fundamentada por datos cuantitativos y cualitativos, para poder llegar a un conocimiento completo del panorama y así brindar de manera oportuna, eficaz y eficiente los bienes y servicios (apoyos) que contribuirán a resolver las necesidades identificadas.

1.1.1. ¿Cuál fue el diagnóstico en que se basó la elaboración del programa?

R.

Con base en el diagnóstico federal 2002, elaborado por la Secretaría de Salud Federal, titulado: "Programa de Acción: Arranque Parejo en la Vida", se identifica que el propósito es "lograr una cobertura universal y condiciones igualitarias de atención con calidad a las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio, así como a las niñas y niños desde antes de su nacimiento hasta los dos años de edad, contribuyendo así a una auténtica igualdad de oportunidades".(Secretaría de Salud, 2002, p. 13)

México enfrenta una situación de rezagos en materia de desarrollo social, que representan un abanico de oportunidades en la lucha por lograr mejores condiciones de salud; por lo que se busca apoyar de manera particular a las mujeres y a la población infantil, ya que la mortalidad materna e infantil son dos indicadores relevantes de injusticia social e inequidad de género, que afectan primordialmente a las entidades federativas con menor desarrollo socioeconómico, a las comunidades rurales y a las poblaciones indígenas. Por lo que el programa, no sólo busca disminuir la mortalidad materna, neonatal e infantil, si no que permite además prevenir defectos al nacimiento, dando prioridad a las regiones que presentan mayor incidencia y número de defunciones de esta población.

La importancia de mejorar la salud reproductiva de la población femenina del país y la salud de niñas y niños, plantea la necesidad de crear una red social activa en los niveles nacional, estatal, municipal y local, para fortalecer la organización comunitaria y de apoyo a las acciones, mejorar la capacidad técnica y humanística del personal prestador de servicios de salud, y de esta forma contribuir al logro de los objetivos y metas que define concretamente el programa. (Ver indicador 1.2).

El diagnóstico que justifica la creación del programa muestra de manera clara y con base en un estudio de análisis estadístico², la importancia del tema “mortalidad materna en México”, definido como un problema multifactorial de salud pública, relacionado con la cobertura y calidad de los servicios de salud y con factores socioeconómicos y culturales. En las dos últimas décadas la tasa de mortalidad materna muestra una tendencia ligeramente a la baja, pues en 1990 se registraron 5.4 defunciones maternas por 10 000 Nacidos Vivos Registrados (NVR); mientras que en el 2000 este indicador alcanzó un 4.68 (Secretaría de Salud, 2002, p. 21), sin embargo, al contrastar estos datos se observa una incongruencia en el valor de la tasa de mortalidad materna, pues según los datos de INEGI, el dato correcto para el año 2000 es de 6.1 y para 2001 la tasa de mortalidad materna es de 5.9. (Ver tabla 1)

TABLA 1: TASA DE MORTALIDAD MATERNA, COBERTURA NACIONAL.

TMM/ Cobertura: Nacional	
Periodo	Total
1990	5.4
1995	5.3
2000	6.1
2001	5.9

Unidad: Por 10 000 nacidos vivos

Fuente: Secretaría de Salud, Dirección General de Estadística - Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática
Mortalidad, 2000, Mortalidad, 2001

Una vez corroborada la tasa de mortalidad materna (nacional), se enlistan las principales causas de muerte materna: preeclampsia-eclampsia, hemorragia obstétrica, sepsis puerperal y complicaciones del aborto, las cuales representan el 68% del total de las defunciones maternas. Un importante subregistro de la mortalidad materna (nacional), es el perteneciente a las áreas rurales y comunidades indígenas, ya que de las 1 310 muertes maternas registradas en 2000, el 67.3% ocurrieron en 10 entidades del centro y sureste del país: Estado de México, Veracruz, Distrito Federal, Guerrero, Puebla, Oaxaca, Chiapas, Jalisco, Guanajuato y Michoacán, así mismo, se han identificado que al menos 391 municipios en donde se presentaron poco más del 70% de las muertes maternas registradas en los últimos tres años. Y para 2001 (año no considerado por el diagnóstico), el número de defunciones maternas disminuyó en 4.4%.³

TABLA 2: NÚMERO DE MUERTES MATERNAS.

Cobertura: Nacional	
Periodo	Total
2000	1 310
2001	1 253

Fuente: Secretaría de Salud, Dirección General de Estadística - Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática
Mortalidad, 2000, Mortalidad, 2001

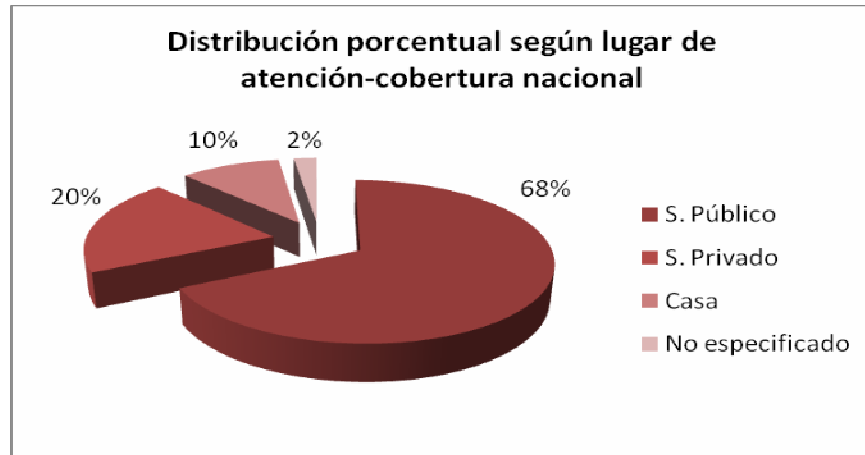
² Este estudio que sustenta el diagnóstico se apoya de datos duros obtenidos de fuentes fiables: INEGI, y CONAPO.

³ Estos datos son obtenidos y corroborados a través de los Censos de INEGI, específicamente de los indicadores de enfoque de género.

Un factor también importante que se recupera de manera correcta es la accesibilidad de los servicios de salud, ya que es una de las principales variables que influyen en la mortalidad materna. En el año 2000 el 17% de las muertes maternas ocurrió en el hogar y poco más del 65% se presentaron en hospitales públicos, de las cuales casi dos terceras partes eran de mujeres no aseguradas, el 26.3% eran aseguradas del IMSS y el 4.6% del ISSSTE, lo que refleja la necesidad de establecer coordinación entre las instituciones del Sistema Nacional de Salud, y diseñar estrategias específicas para dar respuesta a la problemática particular de la mortalidad materna en cada estado.⁴

La participación del sector público en la atención del parto es muy importante, pero aún insuficiente. Según datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) efectuada en el 2000, 67.7% de los partos los atienden el sector público, el 20% el sector privado, 10.3% se efectúan en casa y 2% no se especifica. Es importante subrayar que el 10% de los partos todavía se atienden en la casa de la mujer o de la partera, por lo que se valora que en México se embarazan un promedio de 2.5 millones de mujeres al año, de las cuales alrededor de 370 mil son atendidas por personal no calificado.

GRÁFICO 1: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN LUGAR DE ATENCIÓN.



Elaboración Propia. Fuente: "Programa de Acción: Arranque Parejo en la Vida" e INEGI.

Por otra parte, la tasa de mortalidad neonatal (muertes de menores de 28 días por 1 000 NVR), ha descendido del año 1990 al 2000, con tasas de 11.52 y 8.41, respectivamente. Las principales causas de mortalidad neonatal son: hipoxia y asfixia, prematuridad, bajo peso al nacer, membrana hialina, sepsis bacteriana del recién nacido y malformaciones congénitas o algunos defectos al nacimiento. Y nuevamente se reconoce que esto se debe en parte a la falta de coordinación interinstitucional.

La tasa de mortalidad a nivel nacional ha descendido consecutivamente (1996-2004), gracias a que se han erradicado enfermedades como la poliomielitis, eliminado la difteria y controlado el sarampión, rubéola, parotiditis y el tétanos neonatal.

⁴ Ver gráficos "Mortalidad materna según lugar de ocurrencia de la defunción, 2000, en "Programa de Acción: Arranque Parejo en la Vida".

TABLA 3: TASA DE MORTALIDAD INFANTIL-COBERTURA NACIONAL.

Cobertura: Nacional								
1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total
26.71	25.98	25.26	24.39	23.35	22.35	21.40	20.51	19.65

Unidad: Defunciones de menores de 1 año por 1 000 nacidos vivos

Fuente: Consejo Nacional de Población, México Demográfico. Breviario, 1988

Proyecciones de la Población de México, 1990-2050. <http://www.conapo.gob.mx/00cifras/00indicadores.htm>

De acuerdo con el documento “Inicio Saludable-Arranque Parejo e la Vida”, realizado por la Secretaría de Salud del Gobierno Estatal, se plantea brindar información y servicios de salud de calidad para garantizar un embarazo saludable, un parto seguro y un puerperio sin complicaciones a todas las mujeres mexicanas, así como igualdad de oportunidades de crecimiento y desarrollo a todas las niñas y niños, desde antes de su nacimiento hasta los dos primeros años de vida (Misión) y que las mujeres junto con su pareja tomen decisiones responsables y disfruten el derecho a tener una maternidad saludable; niñas y niños sanos y bien desarrollados con acceso equitativo a los servicios de salud (visión).

Sin embargo, y aunque el diagnóstico identifica de manera clara y adecuada la situación del sector salud y por ende la problemática antes mencionada, no se realiza trabajo de campo, el cual se considera importante como instrumento para justificar aún más la génesis del programa. El trabajo de campo dentro de un diagnóstico resulta de gran guía, pues es posible conocer las opiniones a través de encuestas y entrevistas dirigidas a los beneficiarios, con el objetivo de medir la conformidad que se ha tenido respecto al arranque del programa, y más adelante tener la oportunidad de replantearse sobre la vigencia del diagnóstico, si continúa siendo correcto y pertinente.

Resulta pertinente se realicen diagnósticos completos sobre la situación corriente a la que se pretende dar respuesta, auxiliándose no sólo de insumos estadísticos y datos duros, sino también con información cualitativa, como entrevistas y encuestas que midan el desempeño del programa continuamente su diseño y operación.

Considerando lo anterior, y como parte esencial de esta evaluación, aún sin tener acceso a un diagnóstico particular del estado de Michoacán, se presenta dos datos interesantes e importantes que deben ser considerados como parte de un diagnóstico local, pues con base en los indicadores de género presentados por INEGI, la tasa de mortalidad materna fue de 4.3 en el año 2000 y 4.5 en 2001, lo que refleja un incremento y no un decremento en cuanto a este problema, lo que justifica el apoyo particular del programa en el estado.

TABLA 4: MORTALIDAD MATERNA EN MICHOACÁN

Cobertura: Michoacán	
Periodo	Total
2000	4.3
2001	4.5

Unidad: Por 10 000 nacidos vivos

Fuente: Secretaría de Salud, Dirección General de Estadística –

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática

Mortalidad, 2000 Mortalidad, 2001

También se identificó que la variable educación “nivel de instrucción”, de la madre, debería considerarse en un diagnóstico local, ya que el mayor porcentaje de muertes infantiles en Michoacán se presentan en el grupo de mujeres que no han tenido una instrucción (42.8%), le sigue las mujeres que tienen una educación básica primaria pero incompleta (34.1) y las que concluyeron (21.7), y por ultimo las mujeres estudios de secundaria ó más, representan el menor porcentaje en fallecimientos de infantes (15%). Lo cual se asocia indudablemente a la falta de información y prevención del embarazo, parto o puerperio.

TABLA 5: TASA DE MORTALIDAD INFANTIL Y NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE

Cobertura: Michoacán	
Nivel de instrucción	Año 2000
	Total
Sin instrucción	42.8
Primaria incompleta	34.1
Primaria completa	21.7
Secundaria y más	15.6

Unidad: Defunciones de menores de 1 año por 1 000 nacidos vivos

Fuente: Consejo Nacional de Población

Estimaciones de CONAPO con base en datos del XII Censo General de Población y Vivienda 2000.

1.1.2. ¿El problema o necesidad prioritaria al que va dirigido el programa está correctamente identificado y claramente definido?

R. Si.

Se presenta de manera explícita y definida la problemática que sustenta la creación del programa, pues el sector salud del estado se comprometió a subsanar los problemas que existen en los servicio de salud y atención especial de las mujeres que viven un embarazo, parto o puerperio, con el objetivo de disminuir la tasa de mortalidad perinatal, materna e infantil que aqueja al estado.

Expuesta la problemática y justificada la importancia de atender a ciertos grupos vulnerables (Ver pregunta 1.1.1.), se contemplan algunas necesidades específicas que inciden en el reforzamiento de la vigilancia epidemiológica de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal que dan pauta para la focalización, organización, monitoreo y evaluación de las acciones anticipatorias y preventivas para estos problemas de salud pública, que afectan a la población materno infantil del Estado, se requiere de una especial atención (grupos identificados) a través de la Red de Servicios existente en el sector salud con el propósito de involucrar desde el primer eslabón en la cadena de servicios que son las parteras tradicionales certificadas y la totalidad de las unidades existentes tanto públicas como privadas en las zonas de mayor prevalencia de mortalidad materna y perinatal; además de enfocar procesos de capacitación continua para el desempeño de los profesionales de la salud, para mejorar la calidad de la atención en el sector. Es indispensable fortalecer el funcionamiento de los Módulos de Atención para Embarazadas de Riesgo (MATER) en unidades estratégicas, con el fin de garantizar atención prenatal por especialistas a todas las mujeres con factores de riesgo obstétrico, así como otorgar asesoría permanente a las unidades de primer nivel para elevar la calidad de la atención prenatal, mediante el cumplimiento del esquema básico de

atención para embarazos normales que recomienda la Organización Mundial de la Salud, e incluir medidas que reduzcan el riesgo de malformaciones en el recién nacido.

Un dato que justifica la importancia del programa es el de número de muertes infantiles que se presentaron en el año 2002 en Michoacán de Ocampo, pues en la zona rural fueron 28.19 defunciones por 1000 nacidos, mientras que en la zona urbana se registraron 20.08 muertes infantiles (Ver tabla siguiente).

TABLA 6: NÚMERO DE MUERTES INFANTILES-COBERTURA ESTATAL MICHOACÁN DE OCAMPO.

Cobertura: Michoacán	
	Rural
Periodo	Total
2000	28.19
	Urbana
Periodo	Total
2000	20.08
Unidad: Defunciones de menores de 1 año por 1 000 nacidos vivos	
Fuente: Consejo Nacional de Población	
Estimaciones de CONAPO con base en datos del XII Censo General de Población y Vivienda 2000	

Expresada la problemática e identificada la necesidad, se valora que el programa está correctamente dirigido a incidir y contribuir en la prestación de servicios de salud de calidad en todo el estado de Michoacán de Ocampo, focalizando de manera específica a dos grupos de la sociedad.

1.1.3. ¿El diagnóstico identifica el contexto sociocultural y las problemáticas específicas de los (as) beneficiarios (as)?

R. Si

A nivel federal, se identifica que sí se valora el contexto sociocultural sobre la problemática que afecta a los beneficiarios (madres, niños y niñas menores de dos años), esto se realiza a través de un análisis de dos indicadores: morbilidad y mortalidad de esta población, ya que son dos fenómenos devastadores, debido a que la madre juega un papel estratégico en la reproducción social, por lo que su ausencia temporal o permanente disminuye o elimina sus contribuciones económicas, sociales y afectivas al hogar y a la sociedad, al mismo tiempo que la supervivencia y la educación de sus hijos son seriamente amenazadas.

La salud infantil, por su parte, representa un activo fundamental porque incide en buena medida en las capacidades y recursos iniciales de las nuevas generaciones, con implicaciones tanto en las trayectorias de vida de los individuos, como en el potencial de desarrollo de la sociedad, pues es particularmente en las 40 semanas del embarazo y en el período neonatal donde se fundamenta buena parte de la salud futura de toda persona.

El contexto está planteado en términos económicos, es decir, contempla la situación de marginación o de escasos recursos a los que se enfrentan las mujeres en el proceso de salud materna y salud materno-infantil en cuanto a las necesidades que presentan los y las niñas durante sus primeros años de vida.

Es importante resaltar que no existe un análisis concreto por municipios y mucho menos del tipo de población y las características determinadas de cada uno de ellos, por lo que no se podría considerar si en el momento de la implementación del programa éste pueda responder o no a la realidad concreta.

Se recomienda que se tome en cuenta, para la elaboración de un diagnóstico actual de la situación del estado de Michoacán de Ocampo, la identificación de la problemática que afecta a las diferentes sectores de mujeres, esto es, según su edad, nivel de instrucción y tipo de zona en la que viven, pues al cruzar estas variables se llegarían a conclusiones que servirían para la creación de un mayor número de estrategias que logren el alcance del objetivo.

1.1.4. ¿Existe un diagnóstico actualizado y adecuado sobre la problemática detectada que justifique la permanencia del programa?

R.

No se pudo acceder a un diagnóstico estatal que justifique la permanencia del programa. Sin embargo, a nivel federal se cuenta con diversos estudios, análisis y estadísticas que justifican la continuación, avances y logros del programa, pues ha contribuido a la mejora de la salud de madres y niños (menores de dos años) a través de la prestación de servicios de calidad y especializados. Por lo que se corroboró a través de las base de datos del INEGI (indicadores de género), que ha disminuido gradualmente el número de defunciones de menores de un año por cada 1000 nacidos (anualmente), sin embargo, y como se menciona en el diagnóstico federal, aún con los avances tecnológicos no se ha podido eliminar el riesgo de muerte que afecta a las mujeres que viven un embarazo, parto o puerperio en el estado de Michoacán de Ocampo. (Ver tabla siguiente, y considerar que el programa inició a operar en 2001).

TABLA 7: DEFUNCIONES INFANTILES 1990-2004

Cobertura: Michoacán														
1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total
38.67	34.17	32.77	31.45	30.23	29.31	28.40	27.63	26.89	26.00	24.59	23.57	22.60	21.68	20.80
Unidad: Defunciones de menores de 1 año por 1 000 nacidos vivos														
Fuente: Consejo Nacional de Población														
Proyecciones de la Población de México, 1990-2050. http://www.conapo.gob.mx/00cifras/00indicadores.htm														

Aunque sólo se obtuvieron dos datos del número de defunciones maternas registradas en el estado (INEGI), se consideran datos relevantes que podían utilizarse como sustento para justificar la ejecución del programa y su continuación en el estado, ya que de 2000 a 2001 se ve un aumento en la mortalidad.

TABLA 8: MUERTES MATERNAS REGISTRADAS

Cobertura: Michoacán	
Periodo	Total
2000	44
2001	45
Fuente: Secretaría de Salud, Dirección General de Estadística - Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática- Mortalidad, 2000- Mortalidad, 2001	

Dicho lo anterior y con base en la documentación proporcionada, no se identificó ningún informe de evaluación formal realizado por la dependencia, ni mucho menos un diagnóstico actualizado del programa, a nivel estatal, que justifique la problemática actual

que se atiende, por lo que se valoro se deben utilizar los indicadores de género publicados en el portal de INEGI, para la realización de un estudio de la situación actual.

1.1.5. ¿Cuál es la relación que guarda el programa con los principios de la Ley de Desarrollo Social (LDS) y la Ley Orgánica de la Administración Pública (LOAP) del gobierno del estado de Michoacán de Ocampo?

R.

El Plan Estatal de Desarrollo de Michoacán de Ocampo marca las rutas fundamentales que deberán orientar la acción del gobierno para el periodo 2008-2012, contemplando que año con año deberán hacerse modificaciones y ajustes que den cara a factores imponderables y a las dinámicas sociales, económicas y políticas que varían según el tiempo. Este plan establece ocho ejes rectores que representan la base para las directrices de política pública.

El eje rector 5 titulado: “Política social para el bienestar de la gente”, se propone una serie de acciones que ponen por delante el bienestar de la población dentro de un marco de políticas que, lejos del paternalismo, asistencialismo y populismo, se basan en la más amplia y profunda participación social. Para cumplir lo anterior, se establecen temas centrales:

- a) Participación ciudadana y popular corresponsable en la política social.
- b) Sujetos prioritarios de atención y de promoción del desarrollo: indígenas, mujeres, jóvenes y migrantes
- c) Política social para los pueblos indígenas
- d) Política social para la equidad de género
- e) Política social para los jóvenes
- f) Política social para los migrantes michoacanos
- g) Política social para la infancia
- h) Ampliación y fortalecimiento del sistema de salud pública
- i) Seguro Popular
- j) Salud Comunitaria
- k) Fortalecer el primer nivel de atención
- l) Programa de gratuidad en la atención a niños con cáncer
- m) Programa de gratuidad en la atención al niño quemado
- n) Programa de apoyo a la nutrición infantil
- o) Combate a enfermedades y problemas de salud de atención prioritaria
- p) Atención y desarrollo social incluyente para las personas con discapacidad
- q) Alimentación para todos
- r) Vivienda digna en un entorno saludable

La Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Michoacán establece, en su artículo 1 “[...] orden público e interés social regular la organización de la administración pública estatal, centralizada y paraestatal[...]”, derivado de su artículo 2 se da prioridad a la certeza, legalidad, objetividad, imparcialidad, equidad y profesionalismo, principios rectores en el ejercicio de la administración pública. Se establece también que el gobernador, a través de las dependencias y entidades de la administración pública estatal, centralizada y paraestatal, promoverá y cuidará que se cumplan los principios de equidad

social mediante la promoción de igualdad de oportunidades, equidad de género, respeto a la cultura, usos y costumbres de los grupos indígenas del Estado, entre otros criterios de interés ambiental. Se valora que esta normatividad considera la organización y administración de programas sociales, tomando en cuenta el enfoque de género.

La Ley de Desarrollo Social, publicada en marzo de 2007, establece en sus disposiciones generales, artículo 1, promover un desarrollo social y humano equitativo y sustentable, en el ejercicio de los derechos sociales; los principios y lineamientos generales a los que deberá sujetarse la política social, definir la competencia del Poder Ejecutivo del Estado y de los ayuntamientos en materia de desarrollo social; definir las bases y mecanismos para la instauración del Sistema Estatal de Desarrollo Social; regular la prestación de los programas sociales, así como de sus bienes y servicios; promover entre las autoridades estatales y municipales y la sociedad civil, la coordinación de acciones y la coinversión de recursos federales, estatales y municipales para el desarrollo social en el Estado y, definir los mecanismos de promoción, planeación, ejecución, seguimiento y evaluación de las políticas públicas, programas y acciones en materia de desarrollo social.

La LDS se orienta a (objetivos):

- I. Dirigir programas, obras y acciones para dar cumplimiento a los derechos sociales dispuestos por la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y por la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Michoacán de Ocampo;
- II. Promover un desarrollo económico con sentido social que propicie y conserve el empleo, eleve el nivel de ingreso y mejore su distribución;
- III. Propiciar el acceso a los programas de desarrollo social, y la eliminación de la discriminación y la exclusión social;
- IV. Promover la participación ciudadana y la organización social en la formulación, instrumentación, ejecución, control y evaluación de los programas sociales;
- V. Impulsar la participación de pueblos y comunidades indígenas, en los términos de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos;
- VI. Coordinar los programas y acciones del Ejecutivo con los de los ayuntamientos y la Federación, para alcanzar la eficiencia en el uso de los recursos públicos. (Ley de Desarrollo Social del Estado de Michoacán de Ocampo, marzo de 2007, vigente).

Se valora que el programa, a nivel estatal, es congruente con los objetivos de la LDS, la LOAP, y el PED. Se considera que también su relación está estrechamente vinculada a la normatividad federal.

1.1.6. ¿El diseño del programa promueve la eliminación de todas las formas de discriminación, violencia o situación de desventaja a las que se enfrentan las (os) beneficiarias (os)?

R. Si

En el diagnóstico federal se menciona que en el campo de la salud, desde hace tiempo, se han instrumentado programas orientados o focalizados hacia los asuntos relacionados con las mujeres, como sucede en el caso particular del programa, que atiende el embarazo, parto y puerperio.

En general, uno de los fundamentos es hacer que las mujeres que pasan por el periodo de maternidad, cuenten con la información necesaria que les permita tomar las mejores decisiones sobre su sexualidad, planificación familiar, así como los cuidados del embarazo, parto y puerperio. La finalidad de esto es que las mujeres junto con sus familias logren

conjuntar el cuidado de la salud materna y materno-infantil como un proceso social y no una responsabilidad netamente de la mujer.

1.1.7. ¿Se tomó en cuenta la participación de la población objetivo para la creación del programa?

R. No.

No se identificó la realización de trabajo de campo previo al diseño de cobertura, esto es, no se recopiló información a través de opiniones o encuestas dirigidas a los posibles beneficiarios. Se recomienda valorar estudio que utilice la opinión de los posibles beneficiarios, a través de una muestra, esto con el objetivo de que sea aún más sustentado el diseño del programa, su diseño de cobertura, objetivos y justificación. Este tipo de información cualitativa es enriquecedora, ya que ayuda a planear la articulación de los programas sociales. Sin embargo, se enjuicia correcto, el estudio y antecedentes federales que sirvieron para la creación de este programa (diagnostico).

1.2. Coherencia objetivos- necesidades

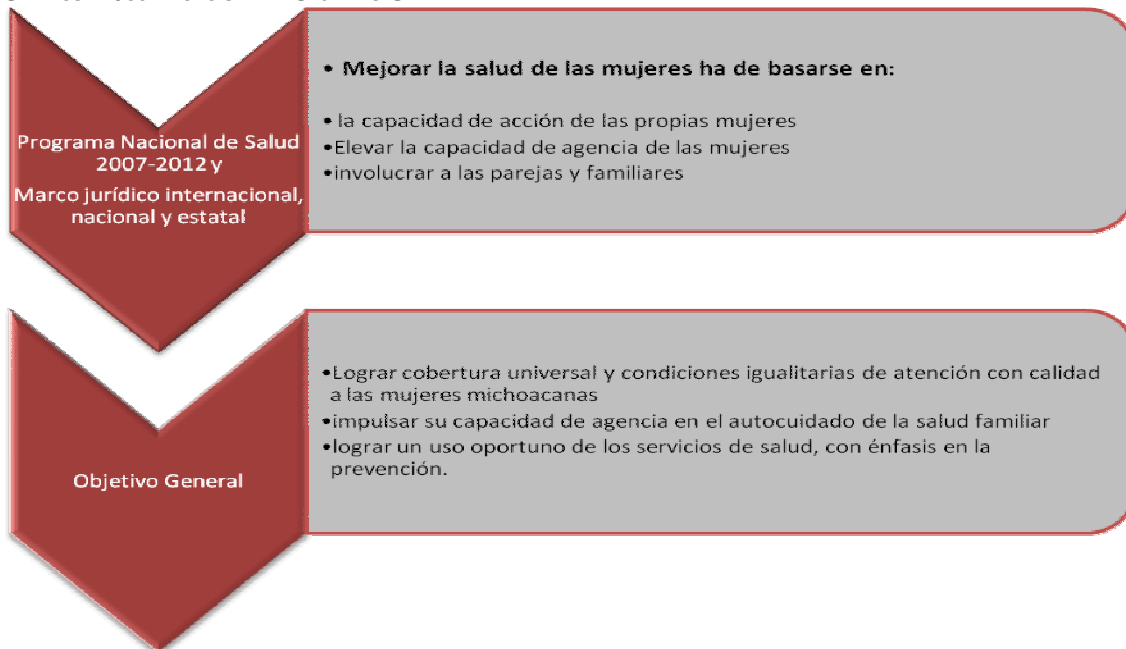
Este indicador pretende identificar la viabilidad de los objetivos con base en la necesidad que los hace ser, esto es, al analizar la relación lógica y consistente entre los objetivos y la problemática identificada. Para esto se debe entender por coherencia a la conexión de origen de los acontecimientos (necesidades-objetivos) que se constituye mediante una serie de principios que van incluidos en la interpretación del hecho (problemática). Cuando esta interpretación se construye sin contradicción respecto a los principios en cuestión, existe coherencia, cuando se verifica contradicción, incoherencia.

1.2.1. ¿Está claramente definido el objetivo del programa?

R. Si

Se valora que la problemática que busca cubrir el programa⁵ está lo suficientemente estudiada y el objetivo está formulado de manera que logra abarcar las necesidades identificadas, por lo que se identifica una clara y adecuada definición del objetivo general y específicos del programa. Con lo que respecta a la justificación del mismo, el informe del programa Inicio Saludable Arranque Parejo en la Vida 2008, menciona que está apegado al Programa Nacional de Salud 2007-2012 y al marco jurídico internacional, nacional y estatal que protege la salud reproductiva (Pág. 10), lo anterior se refleja en el siguiente grafico.

GRÁFICO 2: JUSTIFICACIÓN DEL OBJETIVO GENERAL



Elaboración Propia

⁵ La Problemática está establecida en el “Libro Blanco del Programa de Acción: Arranque Parejo en la Vida en donde dice: “el Programa Nacional de Salud 2001-2006 (PNS), reconoció que en México una parte considerable del rezago se concentra en los menores de cinco años y en las mujeres de edad reproductiva de las zonas con mayor marginación del país. Lo anterior se ratifica y especifica en el estado de Michoacán de Ocampo, en el Informe del Programa 2008 pág. 5, “ es importante reconocer los rezagos existentes entre los que se ubican las enfermedades de la reproducción[...] la salud infantil, por su parte, representa un activo fundamental por que incide en buena medida en las capacidades y recursos iniciales de las nuevas generaciones[...] es particularmente en las 40 semanas del embarazo y en el periodo neonatal donde se fundamenta buena parte de la salud futura de toda persona.”

1.2.2. ¿Existen objetivos específicos?

R. Si

El programa establece cinco objetivos específicos para operar adecuadamente y cumplir con su objetivo general, como se observa en la siguiente tabla:

TABLA 9: OBJETIVOS ESPECÍFICOS

<p>Objetivo General</p> <p>Lograr cobertura universal y condiciones igualitarias de atención con calidad a las mujeres michoacanas en edad fértil, durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido, así como impulsar su capacidad de agencia en el autocuidado de la salud familiar, ampliando el acceso a la información e integrando la participación de la pareja, para lograr un uso oportuno de los servicios de salud, con énfasis en la prevención.</p>				
<p>Objetivo 1. Fortalecer la capacidad de decisión de las mujeres y de sus parejas para planificar la familia y participar activamente en el cuidado de la salud materna y perinatal.</p>	<p>Objetivo 2. Mejorar el acceso y la calidad de la atención obstétrica por personal calificado así como reforzar la capacidad resolutive de las unidades médicas de los distintos niveles de atención ante emergencias obstétricas y neonatales.</p>	<p>Objetivo 3. Mejorar la calidad de atención del recién nacido así como impulsar la prevención de la discapacidad por defectos al nacimiento y patologías del periodo perinatal</p>	<p>Objetivo 4 Reducir las brechas existentes en la salud materno-infantil entre entidades federativas y los municipios del país con el menor índice de desarrollo humano.</p>	<p>Objetivo 5. Mejorar la coordinación, monitoreo, evaluación y generación de información estratégica del programa Inicio Saludable Arranque Parejo en la Vida, con el objeto de movilizar recursos y apoyos y fortalecer la operación y el cumplimiento de metas.</p>

Elaboración Propia

1.2.3. ¿Son congruentes los objetivos específicos con el objetivo general?

R. Si

Se realizó un análisis de los objetivos específicos con base en lo que está establecido como objetivo general y se encontró que existe congruencia entre estos, ya que los específicos se encuentran explícitamente e implícitamente en la terminología y esencia del objetivo general del programa. Para mayor entendimiento se presenta el siguiente cuadro:

TABLA 10: CONGRUENCIA ENTRE OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS

Objetivo General	Objetivos Específicos	Variables claves
<p>Lograr <u>cobertura universal y condiciones igualitarias de atención con calidad</u> a las mujeres michoacanas en edad fértil, durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido, así como <u>impulsar su capacidad de agencia</u> en el autocuidado de la salud familiar, <u>ampliando el acceso a la información</u> e <u>integrando la participación de la pareja</u>, para lograr un uso oportuno de los servicios de salud, con énfasis en la prevención.</p>	<p>Fortalecer la <u>capacidad de decisión</u> de las mujeres y <u>de sus parejas</u> para planificar la familia y participar activamente en el cuidado de la salud materna y perinatal.</p>	<p>impulsar su capacidad de agencia e integrando la participación de la pareja</p>
	<p><u>Mejorar el acceso y la calidad</u> de la atención obstétrica por personal calificado así como reforzar la capacidad resolutive de las unidades médicas de los distintos niveles de atención ante emergencias obstétricas y neonatales.</p>	<p>condiciones igualitarias de atención con calidad</p>
	<p><u>Mejorar la calidad de atención del recién nacido</u> así como impulsar la prevención de la discapacidad por defectos al nacimiento y patologías del periodo perinatal.</p>	<p>Condiciones igualitarias de atención con calidad</p>
	<p><u>Reducir las brechas</u> existentes en la salud materno-infantil entre entidades federativas y los municipios del país con el menor índice de desarrollo humano.</p>	<p>cobertura universal</p>
	<p>Mejorar la <u>coordinación, monitoreo, evaluación y generación de información estratégica</u> del programa Inicio Saludable Arranque Parejo en la Vida, con el objeto de movilizar recursos y apoyos y fortalecer la operación y el cumplimiento de metas.</p>	<p>acceso a la información</p>

Elaboración Propia

1.2.4. ¿Los objetivos responden a la problemática que justifica la existencia del programa?

R. Si

Se debe considerar que la problemática está basada y fundamentada en el Programa Nacional de Salud 2001-2006, y reafirmada en el del 2007-2012⁶ y los objetivos (Ver

⁶ Se toma del informe del Programa en el estado de Michoacán de Ocampo para el periodo 2008-2012, y se constata en el Programa Nacional de Salud 2007-2012, Pág. 27, “Hoy más de 60% de las muertes en menores de 1 año se concentran en los primeros 28 días de vida y se deben a problemas respiratorios del recién nacido (síndrome de dificultad respiratoria, hipoxia intrauterina, aspiración neonatal) (más de 40%), sepsis bacteriana del recién nacido (15%), anencefalia y anomalías congénitas del corazón y las grandes arterias (20%), y prematuridad (7%). Podríamos afirmar que el éxito en el combate a las infecciones comunes en la infancia nos generó el reto de atender problemas neonatales que requieren de una atención del embarazo y el parto con mayor tecnología.” Y Pág. 70, “En las sociedades modernas la actividad sexual tiende a iniciarse en etapas cada vez más tempranas de la vida. Lo mismo está sucediendo con la edad promedio de la menarquía. Estos dos fenómenos están produciendo un número cada vez mayor de embarazos en adolescentes. Se calcula que anualmente se producen en el mundo 13 millones de embarazos en mujeres menores de 20 años, 90% de los cuales ocurren en los países en vías de desarrollo[...].El indicador que a la fecha mejor refleja la magnitud de este problema en México es el porcentaje de partos en menores de 20 años en las instituciones públicas. En 2005 se registraron 1,174,209 partos en estas instituciones, 21% de los cuales correspondieron a mujeres menores de 20 años[...].Los porcentajes más altos de embarazos en adolescentes se presentan en los Servicios Estatales de Salud (SESA) (26.5%) y el IMSS-Oportunidades (24.5%), y los más bajos en el IMSS (10.1%) e ISSSTE (5.3%). Estas cifras son consistentes con

cuadros de las respuestas 1.2.2. y 1.2.3.) son los pertinentes y suficientes para disminuir el rezago de salud, y garantizar un embarazo estable y un nacimiento con un mínimo de riesgos.

1.2.5. ¿Los objetivos contemplan las distintas necesidades que tienen las mujeres sobre salud-materna y los aspectos perinatales de las y los niños(as)?

R. Si

En términos generales si, pues dentro de lo que implica el cuidado de la salud materna e infantil se analiza desde un enfoque epidemiológico los cuidados y los procesos de maternidad, las consecuencias que pueden surgir de un mal servicio prenatal y del cuidado del embarazo, contempla disposiciones sobre la calidad de las clínicas en cuanto a l@s medic@s, enfermer@s, trabajador@s sociales, y el demás personal administrativo. Aunque aquí tampoco se habla de una focalización concreta por municipios.

1.2.6. ¿Existen objetivos específicos que busquen integrar el enfoque de género?

R.

En el documento de presentación del programa para el estado de Michoacán, se indica que l@s beneficiari@s no deberán ser discriminados por ninguna cuestión étnica, de clase, religión, etc., asimismo, se debe promover una cultura de la igualdad y el respeto entre mujeres y hombres, con el fin de evitar todos aquellos actos que violenten o priven de un goce total de la libertad individual y la prestación de servicios de salud con calidad. También señala que los hombres independientemente del lazo parental que tengan con la mujer o con l@s niñ@s deberán participar en el cuidado de ellas y de l@s infantes, a fin de deconstruir los mitos que se hacen de la maternidad como algo nato de la mujer.

los resultados de estudios que han demostrado una relación inversa entre la frecuencia de estos embarazos y el nivel de ingreso y educación.”

1.3. Coherencia estrategias- objetivos

El objetivo de este indicador es identificar el conjunto de acciones que se llevan a cabo para lograr el fin del programa. Para lograr esta identificación y poder responder las preguntas que conforman el indicador se debe entender que las estrategias son un curso de acción conscientemente deseado y determinado de forma anticipada, con la finalidad de asegurar el logro de los objetivos. Las estrategias se integran de forma explícita en documentos oficiales, convirtiéndose en la normatividad para operar los programas, específicamente, la estrategia debe ser coherente con los objetivos y por ende con el comportamiento, ya que consiste en arraigar compromisos en las formas de actuar o responder, no sólo en elegir una posición.

1.3.1. ¿En qué consisten las acciones del programa?

R.

En el diseño se observan cinco objetivos específicos, los cuales tienen estrategias específicas, y éstas a su vez tienen las líneas de acción delimitadas a cada estrategia que se plantea el programa para operar y alcanzar el objetivo general “Lograr cobertura universal y condiciones igualitarias de atención con calidad a las mujeres michoacanas en edad fértil, durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido, así como impulsar su capacidad de agencia en el autocuidado de la salud familiar, ampliando el acceso a la información e integrando la participación de la pareja, para lograr un uso oportuno de los servicios de salud, con énfasis en la prevención.” Por lo que es permisible y adecuado mencionar que el diseño muestra una relación directa entre objetivos específicos, estrategias y líneas de acción, lo cual se considera correcto ya que el hecho de ser más específicos en el diseño asegura una buena operación, por ende, mejores resultados e impactos, para mejor claridad ver la siguiente jerarquía:

GRÁFICO 3: ESTRUCTURA PARA OPERAR EL PROGRAMA



Elaboración Propia

Con base en la aseveración anterior y en la jerarquía que muestra la estructura para operar el programa, se observa que las acciones consisten en hacer cumplir cada estrategia del programa, es decir, son los servicios específicos que brinda el programa a las mujeres embarazadas, su pareja, su familia, en sus diferentes etapas, así como a los(as) recién nacidos (as) hasta los dos años de edad. Este tipo de diseño permite que al momento de operar el programa no existan confusiones en los tipos de servicios y

productos que se establecen dar en primer momento, ya que en las líneas de acción están tomados en cuenta hasta el mínimo detalle que el programa busca cubrir, desde fortalecer la información, educación y comunicación en planificación familiar, promover la utilización oportuna de los servicios y el traslados de las embarazadas y de recién nacidos con complicaciones, impulsar la presencia de la pareja en todo el proceso y mantener informada a la familia, servicios de calidad con personal especializado y calificado, hasta promover y participar en iniciativas institucionales e interinstitucionales para el levantamiento de encuestas y la realización de estudios cuali-cuantitativos que contribuyan a la evaluación del programa y a un mayor conocimiento de la situación de la salud materna y perinatal.⁷

1.3.2. ¿Existe congruencia entre los objetivos y las estrategias para operar el programa?

R. Si

Como se muestra en el siguiente cuadro, las estrategias están delimitadas por objetivo específico, asegurando que al implementar el programa no existan lagunas en el diseño y por ende fallas en el servicio, por lo que el equipo evaluador valora que sí existe congruencia entre los objetivos y las estrategias que se muestran en el diseño.

⁷ Las líneas de acción presentadas son tan solo algunas que se tomaron de ejemplo de todas las que el programa se plantea. Para ver todas las líneas de acción ir a anexos 1.

TABLA 11: CONGRUENCIA OBJETIVOS-ESTRATEGIAS

Objetivo 1: Fortalecer la capacidad de decisión de las mujeres y de sus parejas para planificar la familia y participar activamente en el cuidado de la salud materna y perinatal.

- Estrategia 1. Promover actitudes y prácticas de previsión y planeación de los nacimientos.
- Estrategia 2. Crear y fortalecer redes sociales de apoyo a las mujeres embarazadas orientadas a facilitar su acceso oportuno a los servicios de salud y la oportunidad de su utilización.
- Estrategia 3. Promover la utilización oportuna de servicios médicos durante el embarazo, el parto, el puerperio y para la atención del recién nacido entre las mujeres y sus parejas.
- Estrategia 4. Establecer sinergias con otros programas públicos orientados a mejorar la condición social de las mujeres y abatir la marginación y la pobreza, sobre todo en las comunidades rurales aisladas y pequeñas del Estado.

Objetivo 2: Mejorar el acceso y la calidad de la atención obstétrica por personal calificado así como reforzar la capacidad resolutive de las unidades médicas de los distintos niveles de atención ante emergencias obstétricas y neonatales.

- Estrategia 1. Ampliar el acceso a servicios de calidad en la atención prenatal.
- Estrategia 2. Elevar la competencia técnica y humanística del personal de salud.
- Estrategia 3. Mejorar la calidad de la atención prenatal y garantizar la realización, seguimiento y análisis del tamiz prenatal.
- Estrategia 4. Reorganizar los servicios en redes funcionales de atención.
- Estrategia 5. Fortalecer la capacidad de clínicas, unidades médicas rurales y centros de salud para la atención de partos eutócicos y la atención prehospitalaria de la emergencia obstétrica y neonatal.
- Estrategia 6. Fortalecer la capacidad resolutive de los hospitales para la atención de emergencias obstétricas y neonatales
- Estrategia 7. Instalar o fortalecer posadas de Asistencia a la Mujer Embarazada en los lugares que lo requieran.

Objetivo 3: Mejorar la calidad de atención del recién nacido así como impulsar la prevención de la discapacidad por defectos al nacimiento y patologías del periodo perinatal.

- Estrategia 1. Continuar con la atención integral del recién nacido.
- Estrategia 2 Prevenir los defectos de tubo neural con ministración y fortificación de ácido fólico.
- Estrategia 3. Asegurar el tamiz neonatal para hipotiroidismo congénito e implementar tamizaje de nuevos errores innatos del metabolismo.
- Estrategia 4. Fortalecer y desarrollar clínicas multidisciplinarias en los Servicios Integrales para la Prevención y atención de la Discapacidad.
- Estrategia 5. Favorecer la existencia de la vigilancia epidemiológica de muertes perinatales.
- Estrategia 6. Garantizar el traslado de recién nacidos de riesgo o complicados a unidades con capacidad resolutive 365 días del año.

Objetivo 4: Reducir las brechas existentes en la salud materno-infantil entre entidades federativas y los municipios del país con el menor índice de desarrollo humano.

- Estrategia 1. Abatir las barreras socio económico y cultural existentes para la utilización de los servicios de salud, en las regiones con bajo y muy bajo índice de desarrollo humano. (IDH)
- Estrategia 2. Ampliar el acceso de las mujeres a servicios de salud materno-infantil de calidad en lo municipios con menor IDH.
- Estrategia 3. Mejorar la calidad de la atención en las redes de servicios que atienden a población de los municipios de bajo IDH.

Objetivo 5: Mejorar la coordinación, monitoreo, evaluación y generación de información estratégica del programa Inicio Saludable Arranque Parejo en la Vida, con el objeto de movilizar recursos y apoyos y fortalecer la operación y el cumplimiento de metas.

- Estrategia 1. Fortalecer la coordinación Inter e intra-institucional.
- Estrategia 2. Mejorar la calidad de los sistemas de registro así como el análisis y utilización de la información en la operación de los servicios.
- Estrategia 3. Desarrollar proyectos de Investigación y evaluación que contribuyan al diseño y adecuación de las estrategias del Programa Inicio Saludable-Arranque Parejo en la Vida con el objeto de incrementar su eficiencia y efectividad.

Elaboración Propia

1.3.3. ¿Las estrategias del programa permiten cumplir los objetivos planteados?

R. Si

Se valora que las estrategias del programa están construidas para cumplir cada uno de los objetivos específicos, y estos a su vez, están muy bien delimitados para cumplir el objetivo general. (Ver pregunta 1.3.2.)

1.3.4. ¿Existen acciones afirmativas que busquen asegurar la equidad entre los géneros, y que estén basadas en la problemática que justifica al programa?

R. No

Dentro del Programa de Desarrollo Social que se hace a nivel federal, la maternidad y las consecuencias que devienen de ella, han sido temas sumamente importantes, desde las conferencias de las mujeres y las reuniones con la OMS, pues para el desarrollo de los países controlar la tasa de morbilidad y mortalidad tanto de los niños y las mujeres en el proceso de maternidad es una meta que se ha fijado a nivel mundial. El programa señala que, de entrada, se busca que la población a beneficiar cuente con todos y cada uno de los servicios de salud, para desarrollar lo mejor posible su camino por este proceso. Sin embargo, esto no quiere decir que en su totalidad los programas que se diseñan respecto a salud materna y materno-infantil van encaminados a asegurar la equidad entre los géneros, pues aún se sigue enfocando este proceso no sólo biológico sino social, explícitamente en las mujeres, y poco se aborda como se vive la paternidad y el acompañamiento por parte de los varones (en dado caso que estos participen) con sus compañeras.

1.3.5. ¿Existe congruencia entre los objetivos que persigue el programa respecto a los servicios que presta?

R. Si

Se evalúa que sí existe congruencia entre los objetivos que persigue el programa respecto a los servicios que presta (Ver pregunta 1.3.1). Los servicios que presta el programa están expresados en las líneas de acción planteadas por cada estrategia a seguir (Ver anexo 1.), por lo que se considera que el diseño está lo suficientemente acotado.

1.3.6. ¿Se utilizan criterios de calidad para la obtención de los insumos que se entregan a los beneficiarios?

R. Si

Sin duda alguna se puede aseverar que en todo el diseño del programa se vigila la calidad de los servicios que se entregan a los beneficiarios y además de ello, norma que el personal esté calificado y reciba capacitación. No obstante, a partir de las entrevistas realizadas, se identifica que existe insuficiencia ocasional de los medicamentos más recetados y empleados.

Como ejemplos puntuales de calidad son los siguientes objetivos:

“Objetivo 2.

Mejorar el acceso y la calidad de la atención obstétrica por personal calificado así como reforzar la capacidad resolutoria de las unidades médicas de los distintos niveles de atención ante emergencias obstétricas y neonatales.

Estrategia 1. Ampliar el acceso a servicios de calidad en la atención prenatal.

Líneas de Acción

- Garantizar la existencia y disponibilidad del personal calificado y el entorno habilitante necesarios para la atención obstétrica oportuna y de calidad las 24 horas del día, los 365 días del año.

- Instalar módulos de atención de las mujeres con riesgo obstétrico (Modulo MATER) atendidos por ginecoobstetras, en los establecimientos seleccionados por su ubicación estratégica.
- Impulsar estrategias de atención pre-hospitalaria en las unidades de primer nivel de atención para la estabilización de complicaciones (cajas comunitarias)
- Dar cumplimiento al tamiz prenatal conforme se establece en los lineamientos técnicos correspondientes.
- Instrumentar estrategias que permitan ampliar el acceso y la utilización oportuna de los servicios de detección y diagnóstico, promoviendo pruebas rápidas donde no se cuente con laboratorio.
- Necesidad de garantizar la continuidad e integralidad de la atención del embarazo, parto puerperio y del recién nacido
- Garantizar que las mujeres con factores de riesgo sean valoradas por un ginecólogo a fin de determinar si el control prenatal debe continuarse con el especialista o bien, en caso contrario, contrareferir al primer nivel de atención con indicaciones precisas para su atención y seguimiento. Toda mujer referida por el primer nivel de atención para valoración de riesgo debe ser atendida de forma inmediata, sin necesidad de previa cita, en el consultorio denominado módulo MATER. [...]

Objetivo 3.

Mejorar la calidad de atención del recién nacido así como impulsar la prevención de la discapacidad por defectos al nacimiento y patologías del periodo perinatal.

Estrategia 1. Continuar con la atención integral del recién nacido.

Líneas de Acción

- Garantizar la existencia de los insumos necesarios para la atención integral del recién nacido (Insumos para reanimación neonatal, vitamina K, cloranfenicol oftálmico, material para tamiz neonatal, insumos de vacunación).
- Asegurar la atención del recién nacido por personal calificado, mediante la capacitación en reanimación neonatal a estudiantes de medicina, enfermería, parteras, residentes, pediatras y neonatólogos.
- Reforzar el entorno habilitante para el recién nacido de riesgo en hospitales clave para su atención
- Reorganizar las redes de atención neonatales de acuerdo a su capacidad resolutive
- Capacitación al personal de las unidades con menor capacidad resolutive en el uso de CPAP nasal, estabilización y transporte del recién nacido así como uso de esteroides pulmonares.
- Confirmar la existencia de insumos para el uso de CPAP nasal
- Capacitación en uso de surfactante en hospitales de mayor capacidad resolutive y asegurar el insumo.
- Capacitación en la prevención diagnóstico y manejo de retinopatía del prematuro en hospitales con atención de recién nacidos prematuros
- Favorecer la lactancia materna exclusiva los primeros 6 meses, mediante la capacitación al personal de salud de su importancia y evitar el consumo de fórmulas lácteas. [...]⁸

⁸ Datos tomados del informe que el Programa “Inicio Saludable- Arranque Parejo en la Vida” presenta sobre su Diseño en el 2008.

1.4 Diseño de cobertura-localidades beneficiadas

El término cobertura se refiere al alcance o dispersión de cierto beneficio o servicio que se entrega de manera limitada a un área geográfica. Este indicador valora el número de municipio que pueden recibir el beneficio en el estado de Michoacán. La importancia de este indicador radica en la posibilidad de identificar las estrategias, pertinencia y justificación del diseño de cobertura, con lo cual se reconocerá el grado de viabilidad del alcance.

1.4.1 ¿El programa establece claramente los criterios y mecanismos utilizados para definir la cobertura? ¿Cuáles?

R.

A nivel federal se estable una cobertura universal-focalizada y se considera a todos los estados como parte de esta cobertura. Sin embargo, en el documento de presentación del programa para el estado, no se define el tipo de cobertura, ni mucho menos se los mecanismos utilizados para decidirla.

1.4.2 ¿Las localidades beneficiadas responden al diseño de cobertura establecido por el programa?

R.

Esta cuestión no pudo ser valorada, ya que no se obtuvo el padrón de beneficiarios a nivel estado. Se sugiere presentar datos respecto a: número de localidades y municipios cubiertos por el programa.

1.5. Diseño de Focalización de la Población Objetivo (PO)-número de beneficiarios reales

Este indicador pretende revelar la forma en que se ha pretendido identificar y clasificar a la PO, así como la manera en que esta información ha sido útil para el funcionamiento del programa. Un buen diseño de focalización permite plantear metas más realistas, realizar una mejor proyección presupuestaria, y por tanto hacer que la implementación y ejecución del programa sea más eficiente.

1.5.1. ¿El programa establece claramente los criterios y mecanismos utilizados para definir la población potencial y objetivo? ¿Cuáles?

R. Si

Queda muy claro quienes son susceptibles de ser atendidas por el programa. La manera de definir ambas poblaciones obedece a estimaciones generadas del censo poblacional, sin embargo, la definición es estrictamente cuantitativa, no cualitativa.

1.5.2. ¿El programa cuenta con un control cuantitativo y cualitativo de ambas poblaciones? (PP y PO)

R. No

A partir de las entrevistas se rescata que, si bien se conoce el aproximado de mujeres que son susceptibles de ser atendidas, y se considera un aproximado de atenciones por año, no existe una identificación y menos control de estas poblaciones. Es decir, no se conoce dónde se encuentran las mujeres y en qué situación se encuentran, para de esta forma priorizar, al menos geográficamente, y encausar de mejor manera los esfuerzos del programa.

1.5.3. ¿La población potencial y objetivo están claramente definidas?

R. No

En el documento “Redes Sociales en Salud Materna y Perinatal, Guía de Operación”, realizado por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, se establece la realización de jornadas de empadronamiento que permite actualizar la población susceptible de ser atendida, sin embargo, no se presentó información sobre la existencia de un referente porcentual o aproximado de la meta anual que se propone el programa (población objetivo) en el nivel estatal.

1.5.4. ¿Los(as) beneficiarios(as) son los que corresponden al diseño de focalización establecido por el programa?

R. No

No se proporcionó información al respecto

1.6. Presupuesto aprobado, modificado y ejercido

El interés de este indicador es reconocer la justificación y criterios alrededor de la aprobación de montos presupuestarios dedicados al programa, así como las posibles modificaciones a través del tiempo y dentro de un mismo ejercicio presupuestal.

1.6.1. ¿Está especificado y justificado el presupuesto otorgado al programa?

R.

No se proporcionó información a este respecto

1.6.2. ¿El diseño del presupuesto está pensado desde un enfoque de género?

R. No

No se especifica que el presupuesto tenga indicadores de género. Podría pensarse que, ya que este programa está diseñado para una población en específico, mujeres (salud materna) y nin@s (salud materno-infantil), el presupuesto tiene una línea de género, sin embargo, no existe un capítulo o apartado, en la documentación revisada donde se desglosen los indicadores mediante los cuales se gestionó y distribuyó el presupuesto.

1.6.3. ¿Se justifican las modificaciones presupuestarias del programa?

R.

No se proporcionó información al respecto

1.7. Enfoque de Género

Este indicador tiene por objetivo identificar si en el diseño del programa están integrados criterios de género. Resulta conveniente, previo a dar respuesta a las interrogantes del indicador, resolver otras de gran importancia.

¿Qué es el género?: Los géneros son grupos biosocioculturales, contruidos históricamente a partir de la identificación de características sexuales que clasifican a los seres humanos corporalmente. Ya clasificados se les asigna de manera diferencial un conjunto de funciones, actividades, relaciones sociales, formas de comportamiento y normas que se rigen por relaciones de poder y se consolidan y legitiman por las instituciones que norman a una determinada sociedad. Se trata de un complejo de valores y características, económicas, sociales, jurídicas, políticas y psicológicas, es decir, culturales, que crean lo que en cada época, sociedad y cultura son los contenidos específicos de ser hombre y ser mujer.⁹

¿Qué es el enfoque de género en política pública?: Es el proceso teórico-práctico que permite analizar diferencialmente los roles entre hombres y mujeres, así como las responsabilidades, el acceso, uso y control sobre los recurso, los problemas o las necesidades, propiedades y oportunidades, con el propósito de planificar el desarrollo con eficiencia y equidad de que la mujer exprese sus necesidades y preferencias. Es decir, este enfoque permite analizar en cada sociedad, las causas y los mecanismos institucionales y culturales que estructuran la desigualdad entre los sexos, así como elaborar políticas con estrategias para corregir los desequilibrios existentes.¹⁰

¿Qué es la transversalidad del género?: La transversalidad de género (conocido en inglés como mainstreaming) significa que se debe prestar atención constante a la igualdad entre las mujeres y hombres en las políticas, las estrategias y las intervenciones de desarrollo. L transversalidad de género no significa únicamente el asegurar que las mujeres participen en un programa de desarrollo previamente establecido. También pretende asegurar que tanto las mujeres como los hombres participen en la definición de objetivos y en la planificación de manera que el desarrollo cumpla con las prioridades y las necesidades de ambos sujetos.¹¹

¿Qué son las acciones afirmativas?: “[...] es una estrategia destinada a la igualdad de oportunidades por medio de unas medidas que permiten contrastar o corregir aquellas discriminaciones que son el resultado de prácticas o sistemas sociales. Su finalidad es poner en marcha programas concretos para proporcionar a las mujeres ventajas concretas”.(Line, 1996)

¿Cuáles son los acuerdos en materia de género que México ha firmado?

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS.

- I. Convención Internacional para la Represión de la Trata de Mujeres y Menores.
- II. Convención Internacional Relativa a la Represión de la Trata de Mujeres Mayores de Edad.
- III. Convención sobre los Derechos Políticos de la Mujer.

⁹ Definición construida a partir de las propuestas teóricas de (Scout, 1999), (Lamas, 2006), (Lagarde, 1992).

¹⁰ Definición construida a partir de las propuestas teóricas de (Incháustegui, 1999), INMUJERES (2002).

¹¹ Definición construida a partir de la propuesta teórica de (Incháustegui, 1999).

- IV. Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres (CEDAW).

CONVENIOS

- I. Convenio para la Represión de la Trata de Personas y de la Explotación de la Prostitución Ajena.

Protocolos

- I. Protocolo Facultativo de la Convención la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres (CEDAW).
- II. Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.
- III. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC).

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO (OIT)

Convenios

- I. Convenio (núm. 111) de la OIT relativo a Igualdad de Remuneración éntrela Mano de Obra Masculina y la Mano de Obra Femenina por un Trabajo de Igual Valor.
- II. Convenio (núm. 111) de la OIT relativo a la Discriminación en Materia de Empleo y Ocupación.

ORGANIZACIÓN DE ESTADOS AMERICANOS (OEA)

Convenciones

- I. Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer. Convención de Belém do Pará

DECLARACIONES

- I. Declaración de Beijing
- II. Declaración sobre la Eliminación de la Discriminación de la Mujer.
- III. Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer.
- IV. Declaración del Milenio¹²

1.7.1. ¿El diseño del programa contempla los marcos normativos nacionales e internacionales firmados por México, en materia de equidad de género o para el adelanto de las mujeres, en lo referente a salud materna y materno-infantil?

R. Si

De acuerdo a lo que se estipula con *los derechos a la salud, la salud reproductiva y la planificación familiar*, los cuales están garantizados por varios tratados internacionales, como la *Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH)*, el *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DES)*, la *Convención de la Mujer*, La *Convención Internacional contra la Discriminación Racial* y el *Protocolo de San Salvador*, los cuales adoptan la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que estipula: que toda

¹² Respecto a los pactos, convenios, declaraciones y protocolos firmados y ratificados por México, véase a Olamendi (2006).

persona tiene el derecho a la salud, entendida como el disfrute más alto a nivel de bienestar físico, mental y social. Todos(as) los(as) sujeto tienen derecho a:

- I. Salud reproductiva.
- II. Derecho a la vida.
- III. Derecho a la autodeterminación en materia reproductiva
- IV. El derecho a decidir de manera libre y responsable el número e intervalo de los hijos y los medios para hacerlos.
- V. El derecho a recibir servicios médicos de calidad.
- VI. El derecho de los niños y niñas a contar con un servicio de salud de calidad durante su crecimiento.¹³

En el caso del programa de *Arranque parejo en la vida*, las principales indicaciones a las que se apega son las realizadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y las Metas del Milenio con las que se comprometió México, así como las señaladas por la Comisión de Equidad de Género del Legislativo Federal y de I Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES). La cuales señalan que toda mujer, niña o niño tienen derecho a recibir servicios de salud con calidad y sin discriminación por cuestiones de género, clase, etnia, religión, etc. Todos estos parámetros se encuentran en los cinco objetivos generales y en sus respectivas estrategias de éste en el estado de Michoacán.

1.7.2. ¿El programa busca deconstruir los patrones socioculturales e institucionales (patriarcales) que existen sobre lo que implica el cuidado del maternaje y la atención perinatal?

R. Si

Se señala que el cuidado de la salud materna y salud materno-infantil no son sólo propias de las mujeres, sino que en ese contexto se ven relacionados(as) varios(as) actores(as), que son las instituciones médicas, el personal médico, la familia y la pareja sentimental – en caso de haberla–, entre otros.

Asimismo, y de acuerdo con el objetivo 1 y 4 de este programa, se busca fortalecer la capacidad de decisión de las mujeres en lo que respecta a su sexualidad reproductiva.

Y también, asegurar a los niños y niñas un desarrollo más equitativo entre ellos.

1.7.3. ¿El programa identifica el contexto sociocultural y las necesidades específicas de las mujeres, las niñas y los niños con relación a la información que se les otorga?

R. Si

En este aspecto el contexto al que hace referencia este programa es a la situación de desventaja socioeconómica de las mujeres y de sus poblaciones que están bien enmarcadas en el objetivo 4, estrategia 1 del programa, en el cual se señala que se buscará abatir las barreras socioeconómicas y culturales que existen en la utilización y prestación de servicios de salud en regiones con un bajo índice de desarrollo, en relación a la situación concreta de los y las beneficiari@s.

¹³ Para una mayor información del tema véanse las páginas electrónicas de cada uno de estos organismos

1.7.4. ¿El programa utiliza criterios y procedimientos diferentes para atender a las mujeres en el proceso de maternidad, así como a las(os) infantes, en el momento de ofrecer los apoyos?

R. Si

Por supuesto que los utiliza, pero no de manera discriminatoria, es decir, el programa está bien definido en cuanto a la población a la que va dirigido, que son mujeres en proceso de maternaje y los niños y niñas en sus dos primeros años de vida. Señala el tipo de información que será brindada a los y las beneficiari@s.

En el caso de las mujeres, se les ofrecerá información y servicios relacionados a su etapa del embarazo, parto y puerperio. En cuanto a los niños y niñas son servicios de perinatología durante los dos primeros años de vida.

1.7.5. ¿El diseño del programa contempla acciones encaminadas a prevenir, sancionar y canalizar actos de violencia en contra de las mujeres, las (os) niñas (os) en sus diferentes ámbitos y modalidades?

R. Si

El programa es sumamente específico sobre este tema, pues señala en su objetivo 2, estrategia 2, indicador 6, que se promoverá el “establecimiento de mecanismos para la identificación de omisiones, errores o negligencias en la atención a la salud y el establecimiento de la responsabilidad profesional y las sanciones correspondientes”.¹⁴ Todo esto en relación a la prestación de los servicios de salud a los(as) beneficiari@s. Cuestión que es requerida por la CEDAW, la OMS y los CNDH tanto a nivel nacional como internacional.

1.7.6. ¿ El lenguaje del programa está sustentado desde el enfoque de género? (Es decir, no utiliza términos sexistas, estereotipos tradicionales de la feminidad y la masculinidad, no discrimina, no sustenta las relaciones de poder entre los géneros)

R. Si

Dentro de su diseño, el programa no excluye del tema salud materno-infantil al hombre, más bien, dentro de la información que brinda, se le invita a formar parte de él, de los cuidados de la madre y del infante. Con el objetivo de redimensionar la responsabilidad de este proceso a ambas partes.

¹⁴ Véase el Programa de Arranque Parejo en la Vida del Estado de Michoacán, objetivo 2, estrategia 2, indicador 6.

1.8. Instancias responsables y participantes en la operación del programa

A través de este indicador se podrán identificar los niveles de responsabilidad y corresponsabilidad en la operación del programa. Conviene una clara identificación de responsabilidades para, por un lado, evitar duplicidad de funciones que podría derivar en inactividad, por el otro evitar lagunas de responsabilidad, que de igual forma podría provocar inactividad.

1.8.1. ¿Cuáles son las dependencias involucradas en el programa?

R.

Para operar el programa en el estado de Michoacán participan todas las instituciones del sistema estatal de salud e instituciones del sector privado y las organizaciones no gubernamentales.

Conformación del Sector Salud:

- La Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social,
- El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado,
- El Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia,
- Los Servicios Médicos de la Secretaría de la Defensa Nacional,
- La Secretaría de Marina y la Medicina Privada.

A este grupo se incorporan:

- La Secretaría de Educación,
- La Secretaría de Desarrollo Social,
- Comisión Nacional del Desarrollo de los Pueblos Indígenas,
- El Consejo Estatal de Población,
- La Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo,
- Y cinco organismos no gubernamentales que realizan actividades relacionadas con el campo de la salud, y que integran el Comité Estatal del Programa de Acción “Inicio Saludable-Arranque Parejo en la Vida”.

Aparte de las instituciones antes mencionadas, el programa impulsa la participación de autoridades municipales, las cuales diseñan proyectos específicos para reducir la mortalidad materna. El programa también busca una participación integral entre el gobierno y la sociedad civil para contrarrestar la problemática que identifica el programa.

1.8.2. ¿Existe un organigrama de operación del programa? Presentarlo

R. No

No se proporcionó información al respecto.

1.8.3. ¿Cuántas mujeres y hombres operan el programa?

R.

No se obtuvo la información sobre el personal que participa en la implementación del programa. Pero en el informe del programa 2008, aparecen los siguientes funcionarios que participaron en la elaboración del informe:

1. Dr. Román Armando Luna Escalante, **Secretario de Salud**
2. Dr. J. Guadalupe Hernández Alcalá, **Director de Servicios de Salud**
3. Dr. Rafael García Tinajero Pérez, **Director de la Unidad Estatal De Protección Social en Salud**
4. Dr. Vicente Tovar Tovar, **Director del Centro Estatal De Transfusión Sanguínea**
5. Dra. Marina Elena Cervantes Arroyo, **Subdirectora de Servicios de Salud**
6. Dr. Luis Jaime Bernés Barreda, **Subdirector de Planeación**
7. Dra. Ma. Teresa Silvia Tinoco Zamudio, **Jefa del Departamento de Salud Reproductiva**
8. Dra. Ma. Rosa Elena Gamiño Ortíz, Responsable Estatal del Programa “Inicio Saludable-Arranque Parejo en la Vida”
9. Dra. Airel Guillermina López Melgoza, Jefa del Departamento de Epidemiología y Medicina Preventiva
10. Dr. José Amador Carbajal Cárdenas, **Jefe del Departamento De Enseñanza e Investigación**
11. Dra. Juana del Carmen Chacón Sánchez, **Jefa del Departamento de Prevención y Control De Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA**
12. Dr. Fernando Vallejo Rodríguez, **Jefe del Departamento De Estadística**
13. Dr. Luis Homero Sotomayor Huerta, **Jefe del Departamento De Segundo Nivel**
14. Dra. Domitila Caudillo Guzmán, **Jefa del Departamento Calidad en Salud**
15. Mtra. Juana Imelda Herrera Pérez, **Jefa del Departamento De Promoción de la Salud**

1.8.4. **¿Están claramente definidas las responsabilidades?**

R. No

No fue proporcionada información al respecto.

1.8.5. **¿Existe un área o mecanismo de recepción de quejas, sugerencias y seguimiento, incluyendo las derivadas de la discriminación de género?**

R. No

En la información que se tiene del programa no se encontró algún apartado que hable sobre módulo de recepción de quejas y sugerencias.

1.8.6. **¿La instancia responsable cuenta con mecanismos adecuados para la difusión de la información completa del programa a la población potencial?**

R. Si

El objetivo 5 del programa (informe, 2008) busca “Mejorar la coordinación, monitoreo, evaluación y generación de información estratégica del programa Inicio Saludable Arranque Parejo en la Vida, con el objeto de movilizar recursos y apoyos y fortalecer la operación y el cumplimiento de metas.” Y para dar cumplimiento a este objetivo, existen varios manuales de operación que el programa a nivel federal hace llegar a los estados.

Entre estos está el manual llamado “Redes Sociales”, el cual menciona la información que se le da a la población para sensibilizarlos sobre la problemática y sobre la difusión de las diferentes acciones que el programa lleva a cabo, así como las actividades que se hacen para hacer llegar esta información (carteles, folletos, campañas, conferencias, entre otras).

1.9. Composición profesional y experiencia de los operadores

El presente indicador tiene como objetivo identificar si el equipo de trabajo que está implementando el programa tiene el perfil académico adecuado, de acuerdo con el sector al que va dirigido, al igual que tomar en consideración que la experiencia y capacitación de las cuestiones específicas son prioridades para poder atacar las debilidades que suelen presentarse en la implementación.

1.9.1. ¿Cuál es perfil académico y experiencia laboral de quien coordina el programa y los operadores?

R.

No se recibió el historial profesional y académico de los participantes en la implementación del programa.

1.9.2. ¿Los(as) coordinadores(as) y operadores(as) han recibido algún tipo de capacitación en materia de género?

R.

No se proporcionó información al respecto.

1.9.3. ¿La especialización y experiencia de los(as) coordinadores(as) y operadores(as) son las adecuadas para implementar el programa?

R. Si

Para operar el programa se necesita la participación del Sector Salud del estado de Michoacán de Ocampo y por ende de personal especializado en la problemática a cubrir, ya que es parte de asegurar la calidad del servicio¹⁵. Sin embargo, esta información no se pudo confirmar ya que los responsables del programa no entregaron esta información.

1.9.4. ¿Los(as) coordinadores(as) y operadores(as) han recibido capacitación que les permita ejecutar correctamente el programa?

R. Si

De la entrevista realizada a la Dra. Emelia Vallejo Díaz se extrae que existen procesos de capacitación a los operadores del programa (médicos), sin embargo no fue proporcionada información que de cuenta de tales procesos.

¹⁵ Se ratifica información en el informe 2008 del programa en el estado de Michoacán de Ocampo, con el objetivo 2, estrategia 2, en su segunda línea de acción "Vincular la certificación de médicos especialistas con los lineamientos técnicos vigentes en la atención del embarazo, parto, puerperio, recién nacidos y emergencias obstétricas y neonatales."

CAPITULO 2: PRINCIPALES FORTALEZAS, RETOS Y RECOMENDACIONES

Indicador de Evaluación	Referencia	<u>Fortaleza y Oportunidad</u>	Recomendación
1.1.Pertinencia actual del programa	Pregunta 1.1.1	La Secretaría de Salud del estado de Michoacán de Ocampo tiene acceso a fuentes de información e indicadores fiables (INEGI, normas y manuales) de estudios nacionales, que permiten valorar la situación que antecede la creación del programa.	Utilizar estas fuentes de información y datos fiables para el desarrollo de un diagnóstico claro y sustentable que valore la pertinencia del programa en la actualidad para el caso particular de Michoacán.
1.1 Pertinencia actual del programa	Pregunta 1.1.5	El programa se alinea de manera clara con la LDS, LOAP y el PED 2008-20012 del estado de Michoacán. También existe una fuerte vinculación con el PND 2007-2012 y la LDS federal.	
1.2. Coherencia objetivos-necesidades	Preguntas 1.2.1, 1.2.2, 1.2.3, 1.2.4, 1.2.5, 1.2.6	Los objetivos general y específicos que se plantean permiten cubrir de forma integral las necesidades identificadas.	Se considera que el programa en este indicador no requiere ninguna recomendación de modificación, ya que a nivel de diseño resulta viable y coherente lo que está establecido.
1.3. Coherencia estrategias-objetivos	Preguntas 1.3.1, 1.3.2, 1.3.3, 1.3.4, 1.3.5, 1.3.6	Existe una correlación directa entre cada estrategia y los objetivos. El diseño del programa está estructurado de forma que cada objetivo específico tiene sus propias estrategias, lo que se considera que permite mayor claridad al momento de operar.	No se necesitan modificaciones en esta parte del diseño.
1.7. Enfoque de género	Preguntas 1.7.1, 1.7.2, 1.7.3, 1.7.4, 1.7.5, 1.7.6, 1.7.7.	El diseño del programa está bien fundamentado de acuerdo a los indicadores de género que han sido estipulados y ratificados a nivel internacional por México. El argumento teórico-metodológico es pertinente, la población potencial está bien definida, así como el tipo de servicios que serán prestados en cuanto a este tema sobre salud materna y materno-infantil.	Ir actualizándose conforme a los marcos internacionales sobre el tema de sexualidad y derechos sexuales. Valdría la pena integrar dentro de este proyecto a instituciones de investigación u organismo no gubernamentales, que conozcan el tema, para replantear y percibir todas aquellas aristas que quedan fuera de este proyecto.

Indicador de Evaluación	Referencia	<u>Fortaleza y Oportunidad</u>	Recomendación
1.8 Instancias responsables y participantes en la operación del programa	Pregunta 1.8.1	El programa opera con la participación de todas las instituciones del sistema estatal de salud e instituciones del sector privado y las organizaciones no gubernamentales.	Seguir impulsando la participación de la sociedad civil y de las autoridades municipales, para mantener y mejorar integralmente la operación del programa.

Indicador de Evaluación	Referencia	<u>Debilidad o Amenaza</u>	Recomendación
1.1 Pertinencia actual del programa	Preguntas. 1.1.1, 1.1.2 y 1.1.3	El programa no cuenta con un diagnóstico propio (estatal) que identifique de manera clara (mediante un estudio) la importancia que justifica la operación del programa.	Realizar un diagnóstico actual del programa, claro y actualizado que de cuenta de la problemática que atiende el programa. Por lo anterior se recomienda que el estudio se apoye de datos cuantitativos y cualitativos.
1.4 Diseño de cobertura-localidades beneficiadas	Preguntas 1.4.1 y 1.4.2	No se obtuvo un padrón de beneficiarias que permitiera la identificación y análisis del alcance geográfico que ha tenido el programa desde su inició hasta la fecha. Tampoco se justifica de manera clara cómo es que se elige a qué municipios y localidades se beneficiaran por año.	Mencionar cuáles fueron los mecanismos para definir la cobertura del programa, por lo que se deben hacer explícitos los instrumentos utilizados para la elección de cierto número de municipios y localidades apoyadas.
1.5 Diseño de focalización de la población objetivo	Preguntas 1.5.2. y 1.5.3.	No se identificó algún diseño de focalización que permita identificar y dar seguimiento a las posibles beneficiarias.	A nivel estatal se debe realizar, como parte del diagnóstico, un mapeo actualizado de la población potencial.
1.8 Instancias responsables y participantes en la operación del programa y 1.9 Composición profesional y experiencia de los operadores	Preguntas 1.8.2, 1.8.3, 1.8.4 y 1.9.1, 1.9.2, 1.9.3, 1.9.4	La instancia responsable no proporcionó información para desarrollar el indicador 8 y el indicador 9, específicamente de las preguntas que están en el cuadro de referencia.	Se considera debilidad el hecho que no se tenga concentrada la información en un área específica, de estos dos indicadores, por lo que se recomienda tener y mantener accesible y actualizada la información sobre el perfil de los(as) que participan en la operación del programa.

CAPITULO 3: CONCLUSIONES

La presente evaluación debe considerarse como un mecanismo que permita eliminar la brecha entre propósitos y mecanismos para lograrlos, así como una herramienta que ha permitido develar, con base en criterios de enfoque de género, la estructura de diseño del Programa Inicio Saludable Arranque Parejo en la Vida.

Si bien se contó con el apoyo por parte de la Secretaría de Salud del Estado de Michoacán, en cuanto a la aplicación de entrevistas a funcionarios involucrados en la coordinación y operación del programa, no fue posible acceder a todos los requerimientos informativos necesarios para realizar una evaluación de diseño completa.

De este ejercicio de evaluación se concluye que:

El programa está claramente alineado con la normatividad que da dirección al funcionamiento del gobierno, es decir, LDS, LOAP estatales y al PED 2008-2012, y evidentemente, por tratarse de un programa de origen federal, existe un apego también claro al PND 2007-2012 y a la LDS federal.

Se identificó que el programa goza de coherencia, tanto entre los objetivos y las necesidades que pretende cubrir, como entre las estrategias utilizadas y los objetivos planteados, por lo cual es indiscutible la consistencia metodológica en este sentido.

Existe un diagnóstico de la problemática, elaborado desde el ámbito federal, sin embargo, por la naturaleza tan específica y delicada de la tarea que aborda este programa, resulta conveniente la existencia de un diagnóstico estatal, que permita una identificación y control adecuado de la población potencial. Esto implica que, tomando en cuenta la estructura de salud con que cuenta el estado, sea posible planear desde lo local una estrategia proactiva de cobertura y focalización, priorizando siempre las zonas y beneficiarias que más lo necesiten. Esto debe ser así, porque si bien el diseño de las estrategias y objetivos que cubren las necesidades, es el adecuado, la restricción presupuestal obliga a priorizar.

Debe reconocerse que en el diseño del programa existe una clara fundamentación en los indicadores de género que han sido ratificados por el estado mexicano, y para seguir en esta línea, vale mencionar que es obligación una constante actualización conforme a los marcos internacionales sobre el tema de la sexualidad y derechos sexuales.

Finalmente, debe reconocerse, que si bien es un programa dirigido a beneficiar la salud de las mujeres en periodo de embarazo, parto y puerperio, así como la de los niños y niñas hasta los dos años, también, y al menos en el diseño, procura la participación activa del varón en las tareas de prevención y cuidado de la madre y su hij@, generando con esto una tarea importantísima en la eliminación de roles y estereotipos que han impedido, durante mucho tiempo, que el proceso de embarazo, parto y puerperio sea una actividad en la que colaboren hombre y mujer.

BIBLIOGRAFÍA

Leyes, Tratados y Documentos Oficiales

- Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra La Mujer (CEDAW).
- Convención Interamericana para Prevenir, sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer "Convención de Belém do Pará".
- Declaración y Plataforma de Acción de Beijín.
- Declaración y objetivos del Milenio.
- Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación en Diario Oficial de la federación, 11 de junio de 2003
- Ley General para la Igualdad entre Mujeres y hombres, en Diario Oficial de la Federación, 2 de agosto de 2006
- Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.
- Plan de Desarrollo Estatal de Michoacán de Ocampo 2008-2012.
- Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Michoacán de Ocampo, publicada en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado en abril de 2002, y reformada en noviembre de 2007
- Ley de Desarrollo Social del Estado de Michoacán de Ocampo, publicada en el Periódico Oficial del Estado en marzo de 2007

Información Operativa del Programa.

- Secretaría de Salud de Michoacán, 2008, Inicio Saludable Arranque Parejo en la Vida, Dirección de Servicios de Salud, Subdirección de Servicios de Salud, Departamento de Salud Reproductiva, Págs. 28.
- Secretaría de Salud, 2002, Programa de Acción: "Arranque Parejo en la Vida", México DF, Págs. 74.
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Libro Blanco del Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida, Págs. 58.
- Acuerdo por el que crea el Comité Nacional del Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida , 2002.
- SSA, Reglamento Interno del Comité Nacional del Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida.
- Evaluación del Programa Arranque Parejo en la Vida 2000-2005, Resumen ejecutivo.
- Manuales utilizados para la operación del programa a nivel Federal, SSA, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.
 - 2001, Lineamiento técnico para la Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Infección Puerperal, México DF, Págs. 42.
 - 2001, Manual de Atención Embarazo Saludable Parto y Puerperio Seguros Recién Nacido Sano, México DF, Págs. 61.
 - 2001, Manual de Atención Urgencias Obstétricas en Unidades de Primer Nivel, México DF, Págs. 53.
 - 2002, Lineamiento técnico Estimulación Temprana, México DF, Págs. 66.
 - 2002, Lineamiento Técnico Prevención, Detección, Manejo y Seguimiento de los Defectos al Nacimiento y Otras Patologías del Período Perinatal, México DF, Págs. 50.
 - 2002, Manual de Atención A Niñas y Niños Bien Desarrollados, México DF, Págs. 74.
 - 2002, Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Hemorragia Obstétrica, México DF, Págs. 78.

- 2006, Clínicas de Lactancia en Hospitales Infantiles y Generales SinDis, México, Págs. 84.
- 2006, Folleto de El Ácido Fólico y la prevención de defectos al nacimiento.
- 2006, Lineamiento Técnico Prevención, Tratamiento, Manejo y Rehabilitación de Niños con Labio y Paladar Hendido, México DF, Págs. 36.
- 2007, Lineamiento Técnico Atención integral de la persona con síndrome de Down, México, DF, Págs. 80.
- 2007, Lineamiento Técnico Manejo de la Retinopatía del Recién Nacido Prematuro, México, DF, Págs. 60.
- 2007, Lineamiento Técnico prevención, diagnóstico y manejo de la preeclampsia/eclampsia, México DF, Págs. 62.
- 2007, Lineamiento Técnico Tamiz Neonatal Detección y Tratamiento Oportuno e Integral del Hipotiroidismo Congénito, México DF, Págs. 96.
- 2007, Prevención, Diagnóstico y manejo de la Preeclampsia/Eclampsia, México, Págs. 62.

Normas Oficiales de la SSA.

- NOM-017-SSA2-1994, Para la vigilancia epidemiológica.
- NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico.
- NOM-173-SSA1-1998, PARA LA ATENCION INTEGRAL A PERSONAS CON DISCAPACIDAD.
- NOM-197-SSA1-2000, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.
- NOM-005-SSA2-1993, De los servicios de planificación familiar.
- NOM-026-SSA2-1998, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.
- NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño.
- PROYECTO de Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.
- Convocatoria, 2008, Premio de Excelencia por un Arranque Parejo en la Vida 2008, Acciones Para la Mejora de la Calidad en Salud Materna y Perinatal.

Libros

- Alas de mariposa 2008, Un año avanzando hacia la equidad de género, en revista Alas de mariposa, México, Gobierno del Estado de Yucatán/ inmujeres/ sedesol/ indesol/ pimef / iegy, mayo-julio
- Batthyany, K., 1999, El análisis de las relaciones sociales de género en los proyectos de investigación, Taller Género y Desarrollo. Montevideo, 6 y 7 de setiembre, Oficina Regional para América Latina y el Caribe, ciid/idrc.
- Barreiro, Line (1996). “Las cuotas mínimas de participación de las mujeres: un mecanismo de acción afirmativa”. Citado en Camacho Rosalía y otras. Centro Mujer y Familia, San José, Costa Rica.
- Castillo, O, 2006, Desarrollo local con equidad de género: Reflexiones: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, el Salvador.
- Enred, Consultores, 2003, Manual de Evaluación con Enfoque de Género
- Incháustegui, T. y Yamileth U., 2006, La transversalidad del género en el aparato público mexicano: reflexiones desde la experiencia, en Avances de la perspectiva del género en las acciones Legislativas. Compendio, México, Cámara de Diputados/Comisión de Equidad y Género/Aula xxi,
- Lagarde, M., 1992, Identidad de género. Curso ofrecido en el Olof Palme Managua, Nicaragua.

- Lamas, M., 2006, Feminismo. Transmisiones y retransmisiones, México, Taurus.
- Ramos, Silvana (coord.), 2004, Para que cada muerte materna importe, Buenos Aires, Centro de Estudios de estado y Sociedad/Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación
- Schmuckler S, Coord., 2004, Políticas sociales para la democratización de las familias: experiencias internacionales.
- Secretaría de la Mujer, 2008, Compendio de Instrumentos Jurídicos para el Adelanto de las Mujeres, Gobierno del Estado de Michoacán
- Urba, A. Coord., 2002, Enfoque de género en programas y proyectos de desarrollo, Banco Interamericano de Desarrollo, Washington, D. C.

Revistas

- Calva, J. L, Políticas Económicas para un desarrollo sostenido con equidad. Edit. Casa Juan Pablos centro cultural, México.
- Cardozo, M, Evaluación de Políticas de Desarrollo Social en Polít. Cult., 2003, no. 20.
- Ceameg, 2007, Foro Nacional de presupuestos para la igualdad entre Mujeres y Hombres, México.
- Ceameg, 2007, Marco jurídico Básico Nacional e Internacional. Derechos Humanos de las Mujeres, México, Ceameg/Legislatura lx, Cámara de Diputados.
- Conmujer, 2000, Mecanismos institucionales para el adelanto de la Mujer, en México informe de ejecución. Plataforma de acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Pekín +5, México, Conmujer/Secretaría de Gobernación
- Dávila D., M., 2004, Taller 2: indicadores de género, en Jornadas de la Unidad de Igualdad y Género, Mainstreaming de género: conceptos y estrategias políticas y técnicas, España, Universidad de Oviedo, Departamento de Economía Aplicada, 26 y 27 de octubre.
- De la Cruz, C., Guía metodológica para integrar la perspectiva de género en proyectos y programas de desarrollo, Emakunde-Instituto Vasco de la Mujer, Vitoria-Gasteiz, 1999.
- El Colegio de la Frontera Norte- Conacyt, Antecedentes y contexto: la evaluación de los programas sociales y las políticas públicas en México; Tijuana, Baja California, México.
- Emakunde, Instituto Vasco De La Mujer y Secretaría General de Acción Exterior Dirección al Desarrollo, 1998, Guía metodológica, para integrar la perspectiva de género en programas y proyectos de desarrollo social
- García H., M. y Huerta G., M., 2007, La experiencia. Legislatura lx de la Cámara de Diputados en materia de Presupuesto Proequidad de Género, México, ceameg/Legislatura lx, Cámara de Diputados.
- Guzmán, V., 2001, La institucionalización de género en el estado: nuevas perspectivas de análisis, en CEPAL, serie Mujer y Desarrollo, Chile, marzo, p. 17-21.
- Heyzer, N, 2001, Directora Ejecutiva de UNIFEM. Discurso en Santiago de Chile, 9–12 de abril.
- Incháustegui R. T., 1999, La institucionalización del enfoque de género en las políticas públicas. Apuntes en torno a sus alcances y restricciones, en La Ventana, México, U de G, núm. 10, pág. 84-123.
- INEGI, 2006, Mortalidad, en INEGI. Mujeres y hombres en México, México, INEGI/INMUJERES.
- Instituto Nacional de las Mujeres, 2004, El A, B, C de género en la Administración Pública, México, Pág. 25.
- Lagarde, M., 1992, Identidad de género. Curso ofrecido en el Olof Palme Managua, Nicaragua.
- Lamas, M., Usos, dificultades y posibilidades de la categoría de género, en: La Ventana, revista de estudios de género, Nº 1, julio de 1995. Editada por el Centro de Estudios de Género de la Universidad de Guadalajara.
- Ochoa L., S. M, Perspectiva sobre evaluación y gestión pública, en Evaluación y Gestión

Pública, reporte CESOP, N. 7, Noviembre 2007.

- Olamendi T. P., 2006, Las mujeres en la legislación mexicana, México, Porrúa/Cámara de Diputados (Colección Conocer para decidir), tomos I y II.
- Picado X, Criterios para realizar evaluaciones de calidad. (De programas y proyectos sociales), en Revista de Ciencias Sociales, Universidad de Costa Rica, 2002.
- Scott, J, 1999, El género: una categoría útil para el análisis histórico, en Navarro Marysa, Catherine R. Stimpson (comp.), Sexualidad, género y roles sexuales, FCE, Buenos Aires.

Páginas Web

<http://dgcnesyp.inegi.org.mx/sisesim/sisesim.html?c=1413>

<http://publicador.michoacan.gob.mx/8/SEDECO.pdf>

<http://www.camaradediputados.gob.mx>

<http://www.cidh.org/Basicos/Basicos4.htm>, Protocolo de San Salvador.

<http://www.cinu.org.mx/onu/documentos/pidesc.htm>

<http://www.cinu.org.mx/prensa/especiales/2007/discriminacion.htm>, La Convención Internacional contra la Discriminación Racial

<http://www.conapo.gob.mx/>

<http://www.coneval.gob.mx/coneval2/>

http://www.consortio.org.mx/instrumentos/OEA/nacionalidad_mujer.pdf, Convención de la Mujer

<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGIMH.pdf>

<http://www.inegi.gob.mx/inegi/default.aspx>

http://www.inmujer.df.gob.mx/tus_derechos/beijing/mexico_beijing5.pdf

<http://www.isis.cl/temas/conf/beijing.htm>

<http://www.michoacan.gob.mx/>

http://www.michoacan.gob.mx/Legislacion_Estatal

<http://www.michoacan.gob.mx/smujer/>

<http://www.ordenjuridico.gob.mx/Federal/Combo/L-134.pdf>

<http://www.salud.gob.mx/>

http://www.sernam.cl/pmg/archivos_2007/pdf/Indicadores%20de%20Genero%20Main.pdf

<http://www.un.org/spanish/aboutun/hrights.htm>, Declaración Universal de los Derechos Humanos (dudh).

<http://www.unifem.org.mx>

<http://www.unifem/undp.org>

ANEXOS

Anexo 1. Informe: Inicio Saludable Arranque Parejo en la Vida
(Características del Programa)



SECRETARIA DE SALUD DE MICHOACAN

**DIRECCION DE SERVICIOS DE SALUD
SUBDIRECCION DE SERVICIOS DE SALUD
DEPARTAMENTO DE SALUD REPRODUCTIVA**

Inicio Saludable

Arranque
Barejo
en la **V**ida

2008

Dr. Román Armando Luna Escalante
Secretario de Salud

Dr. J. Guadalupe Hernández Alcalá
Director de Servicios de Salud

Dr. Rafael García Tinajero Pérez
**Director de la Unidad Estatal
De Protección Social en Salud**

Dr. Vicente Tovar Tovar
**Director del Centro Estatal
De Transfusión Sanguínea**

Dra. Marina Elena Cervantes Arroyo
Subdirectora de Servicios de Salud

Dr. Luis Jaime Bernés Barreda
Subdirector de Planeación

Dra. Ma. Teresa Silvia Tinoco Zamudio
**Jefa del Departamento de
Salud Reproductiva**

Dra. Ma. Rosa Elena Gamiño Ortíz.
**Responsable Estatal del Programa
“Inicio Saludable-Arranque Parejo en la Vida”**

Dra. Airel Guillermina López Melgoza
**Jefa del Departamento
de Epidemiología y Medicina Preventiva**

Dr. José Amador Carbajal Cárdenas.
**Jefe del Departamento
De Enseñanza e Investigación**

Dra. Juana del Carmen Chacón Sánchez
**Jefa del Departamento de Prevención y Control
De Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA**

Dr. Fernando Vallejo Rodríguez
**Jefe del Departamento
De Estadística**

Dr. Luis Homero Sotomayor Huerta
**Jefe del Departamento
De Segundo Nivel**

Dra. Domitila Caudillo Guzmán
**Jefa del Departamento
Calidad en Salud**

Mtra. Juana Imelda Herrera Pérez
**Jefa del Departamento
De Promoción de la Salud**

Índice	Página
Presentación	5
Introducción	7
Misión	10
Visión	10
Objetivos, estrategias y líneas de acción	10

1.-PRESENTACIÓN

La salud de una persona es un proceso complejo y en evolución continua, depende de su legado genético, de la época en que le tocó nacer, edad, posición social, lugar donde

vive, clima y de los sucesos inesperados que marcan su biografía. Mantener la salud es, en consecuencia, un esfuerzo permanente que requiere la participación activa tanto del individuo como de la sociedad. Gracias al esfuerzo de esta última se han logrado avances trascendentes en materia de salud, sin embargo, es importante reconocer los rezagos existentes entre los que se ubican las enfermedades de la reproducción, lo cual representa una carga inaceptable por su elevado margen de prevención.

Asimismo, en el campo de la salud desde hace tiempo se han instrumentado una serie de programas orientados o focalizados hacia los asuntos relacionados con las mujeres, como el embarazo, el parto y el puerperio, entre otros. Estas acciones, si bien se enfocan a las determinantes biológicas femeninas, no están orientadas a la disminución de la posición de desigualdad que enfrentan las mujeres, simplemente atienden a necesidades biológicas distintas.

Es necesario que la perspectiva de género, que busca entender las diferencias y desigualdades socialmente construidas entre hombres y mujeres, se integre a las políticas, programas y proyectos gubernamentales en la búsqueda de equidad entre ambos. No podemos evadir la atención de problemas tan apremiantes como la mortalidad materna y perinatal, que aqueja nuestro país y nuestro Estado requiriendo una respuesta con acciones anticipatorias, duraderas y definitivas a este problema.

Los efectos de la morbilidad y mortalidad materna son devastadores si consideramos que la madre juega un papel estratégico en la reproducción social, por lo que su ausencia temporal o permanente disminuye o elimina sus contribuciones económicas, sociales y afectivas al hogar y a la sociedad, al mismo tiempo que la supervivencia y la educación de sus hijos son seriamente amenazadas. La salud infantil, por su parte, representa un activo fundamental porque incide en buena medida en las capacidades y recursos iniciales de las nuevas generaciones, con implicaciones tanto en las trayectorias de vida de los individuos, como en el potencial de desarrollo de la sociedad. Es particularmente en las 40 semanas del embarazo y en el período Neonatal donde se fundamenta buena parte de la salud futura de toda persona.

El programa de Acción Arranque Parejo en la vida (APV) 2007-2012, ha sido diseñado para contribuir a ampliar las capacidades y oportunidades de las mujeres para que ellas cursen con un embarazo, parto y puerperio de forma saludable y segura así como para que sus hijos nazcan y se desarrollen con salud.

INTRODUCCIÓN

El Programa Nacional de Salud retoma las experiencias positivas, de los últimos seis años en el país y establece objetivos, estrategias y líneas de acción definidas en el **Programa Arranque Parejo en la Vida 2007-2012**, con el propósito de mejorar la salud materna y perinatal. Michoacán sustenta su programa de trabajo en un diagnóstico situacional producto de la investigación operativa que se ha realizado de

forma continua desde el año 2003 hasta el momento actual, con aplicación de la Metodología de Detección de Eslabones Críticos en los procesos de atención para la prevención de muertes maternas, como herramienta gerencial para la mejora continua de los servicios del sector salud en el Estado, que nos orienta a:

Reforzar la vigilancia epidemiológica de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal que de pauta para la focalización, organización, monitoreo y evaluación de las acciones anticipatorias y preventivas para estos problemas de salud pública, que afectan a la población materno infantil del Estado.

Especial atención requiere la **Red de Servicios** existente en el sector salud con el propósito de involucrar desde el primer eslabón en la cadena de servicios que son las parteras tradicionales certificadas y la totalidad de las unidades existentes tanto públicas como privadas en las zonas de mayor prevalencia de mortalidad materna y perinatal; además de enfocar **procesos de capacitación continua para el desempeño de los profesionales de la salud** que favorezcan; el conocimiento, habilidades, destrezas y actitudes que den respuesta a la problemática local para mejorar la calidad de la atención en el sector. Es indispensable **fortalecer el funcionamiento de los Módulos de Atención para Embarazadas de Riesgo (MATER)** en unidades estratégicas, con el fin de garantizar atención prenatal por especialistas a toda mujer con factores de riesgo obstétrico, así como otorgar asesoría permanente a la unidades de primer nivel para elevar la calidad de la atención prenatal, mediante el cumplimiento del esquema básico de atención para embarazos normales que recomienda la Organización Mundial de la Salud, incluyendo la realización de las medidas que reducen el riesgo de malformaciones en el recién nacido.

La suma de esfuerzos de todas las instituciones del Sistema Estatal de Salud e instituciones del sector privado y de manera particular de las organizaciones no gubernamentales, es fundamental para alcanzar los objetivos y metas de este Programa de Acción en beneficio de la población Michoacana.

El Sector Salud en la Entidad, esta conformado por la **Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, el Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia, los Servicios Médicos de la Secretaría de la Defensa Nacional, de la Secretaría de Marina y la Medicina Privada.** A este

grupo se incorporan la Secretaría de Educación, Secretaría de Desarrollo Social, Comisión Nacional del Desarrollo de los Pueblos Indígenas, el Consejo Estatal de Población, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, y cinco organismos no gubernamentales que realizan actividades relacionadas con el campo de la salud, y que integran el **Comité Estatal del Programa de Acción “Inicio Saludable-Arranque Parejo en la Vida”**.

Este programa ha propiciado la participación de autoridades municipales, estableciendo proyectos específicos para reducir la mortalidad materna, haciendo funcionales redes sociales que faciliten el traslado de la mujer embarazada, sin embargo esta es un área de oportunidad para continuar abriendo brecha en la participación comunitaria con redes sociales permeables sensibles a este problema de salud pública, para en forma conjunta gobierno y sociedad civil se hagan corresponsables en la salud materna y perinatal

Uno de los grandes retos de la salud pública es la reducción de la mortalidad perinatal y prevención de discapacidad en el recién nacido por hipoxia/asfixia como primera causa de morbilidad y mortalidad perinatal, en este rubro la **participación del Subcomité de Reanimación Neonatal** es trascendental en la formación de Instructores y Reanimadores neonatales en todo el sector salud, asimismo se fortalece la detección sistemática de Hipotiroidismo Congénito y su atención oportuna, consolidar la prevención de la discapacidad por (afecciones perinatales, defectos del tubo neural, labio y paladar hendido entre otras). Se impulsa la estrategia SINDIS (Servicios Integrales para la Prevención de la Discapacidad).

El incremento que se observa en la mortalidad materna indirecta y relacionada con el embarazo obliga a establecer un vínculo estrecho con los Programas de Acción de Salud Reproductiva, Prevención y Control de Cáncer Cérvico Uterino y Mamario, enfermedades crónicas degenerativas, salud mental, Mujer y Salud con violencia familiar, Infecciones de Transmisión Sexual VIH/SIDA, Infancia y Adolescencia, entre otros.

El modelo operativo del presente programa enmarca las acciones y procedimientos que habrán de impulsarse para el logro de los objetivos. Se incluye un apartado sobre la línea basal diagnóstica donde se mencionan metas, se incluye el esquema de

evaluación y los principales indicadores que se considerarán para retroalimentar y dirigir acciones para lograr el impacto del programa.

En los anexos se consideran las metas operativas de cada uno de los municipios seleccionados e información complementaria sobre aspectos de cobertura, de diagnóstico y de micro regionalización.

MISION

Contribuir a la mejora de la salud materna y perinatal mediante la rectoría de intervenciones de prevención y atención costo efectivas, basadas en evidencia científica en un marco de participación social y de respeto a los derechos de las personas.

VISION

Mujeres michoacanas que ejerzan su derecho a la protección de su salud, durante el embarazo, parto y puerperio, con el apoyo corresponsable de su familia y la comunidad, teniendo acceso a servicios de salud oportunos y de calidad para reducir el riesgo de morbilidad y mortalidad materna y perinatal y prevenir la discapacidad al nacimiento.

OBJETIVOS

En concordancia con el Programa Nacional de Salud 2007-2012 y el marco jurídico internacional, nacional y estatal que protege la salud reproductiva de la población michoacana, reconoce que cualquier intento por mejorar la salud de las mujeres ha de basarse en la capacidad de acción de las propias mujeres para planear el tamaño y espaciamiento de su familia, comprender y cuidar su salud reproductiva y la del recién nacido, así como solicitar servicios médicos cuando lo requiera y seguir las indicaciones médicas. Elevar la capacidad de agencia de las mujeres implica ampliar su acceso a la información y conocimiento sobre sus derechos humanos, sexuales y reproductivos y su derecho a servicios médicos, comprensibles y de calidad; involucrar a las parejas y familiares en el cuidado y promover la participación de las mujeres en las decisiones relativas a su salud y la del recién nacido.

Objetivo General

Lograr cobertura universal y condiciones igualitarias de atención con calidad a las mujeres michoacanas en edad fértil, durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido, así como impulsar su capacidad de agencia en el autocuidado de la salud familiar, ampliando el acceso a la información e integrando la participación de la pareja, para lograr un uso oportuno de los servicios de salud, con énfasis en la prevención.

Objetivos específicos, estrategias y líneas de acción:

Para alcanzar el objetivo general será necesario dar cumplimiento a los siguientes cinco objetivos específicos:

Objetivo 1.

Fortalecer la capacidad de decisión de las mujeres y de sus parejas para planificar la familia y participar activamente en el cuidado de la salud materna y perinatal.

Estrategia 1. Promover actitudes y prácticas de previsión y planeación de los nacimientos.

Líneas de Acción

- Difundir entre la población las ventajas para la salud que se derivan del espaciamiento entre los nacimientos, con énfasis en las mujeres con riesgo obstétrico y a sus parejas.
- Fortalecer las estrategias de información, educación y comunicación en planificación familiar, con énfasis en las mujeres con riesgo obstétrico y a sus parejas
- Fortalecer las estrategias de orientación y consejería en métodos anticonceptivos

Estrategia 2. Crear y fortalecer redes sociales de apoyo a las mujeres embarazadas orientadas a facilitar su acceso oportuno a los servicios de salud y la oportunidad de su utilización.

Líneas de Acción

- Impulsar el compromiso y participación de organizaciones civiles, autoridades, actores y agentes comunitarios y municipales con la salud materna y perinatal, a fin de promover la utilización oportuna de los servicios y apoyar el traslado de embarazadas y de recién nacidos con complicaciones a las unidades de salud, así como para la instalación y operación de posadas AME.
- Promover la utilización oportuna de servicios de salud materna y perinatal, mediante campañas de información, educación y comunicación.
- Fomentar la participación del varón en el cuidado de la salud materno–infantil, mediante el diseño e instrumentación de estrategias de información, educación y comunicación dirigidas a los hombres.

Estrategia 3. Promover la utilización oportuna de servicios médicos durante el embarazo, el parto, el puerperio y para la atención del recién nacido entre las mujeres y sus parejas.

Líneas de Acción

Diseñar, producir y difundir campañas masivas de comunicación orientadas a sensibilizar a la población sobre la importancia del cuidado médico para la salud materna y perinatal.

- Otorgar a todas las mujeres embarazadas información sobre signos y síntomas de alarma durante el embarazo, parto y puerperio y en el recién nacido, así como sobre las medidas a realizar ante su presencia, incluida la utilización oportuna de servicios de salud.
- Informar a las mujeres sobre las acciones involucradas en una atención prenatal de calidad, así como sobre la importancia de cumplir con las indicaciones médicas, con los estudios de laboratorio y con las referencias a otro nivel de atención.
- Promover la visita de la pareja a cuando menos un control prenatal para informar de los cuidados que requiere la embarazada, de su estado de salud y riesgo obstétrico y lugares posibles para la atención del parto. Asimismo, sensibilizar a la pareja sobre los signos y síntomas de alarma de los recién nacidos y la importancia de su cuidado médico.
- Garantizar que toda embarazada cuente con un plan para la atención del parto, en el que se identifique el lugar de atención, el vehículo a utilizar en el traslado y la persona que pueda acompañar a la mujer embarazada al lugar donde se atenderá el parto, así como elaborar planes alternativos en caso de emergencia.
- Informar a las mujeres embarazadas, su pareja, familia y líderes comunitarios de la ubicación, horario y personal responsable de las unidades de salud resolutivas más cercanas para la atención del embarazo, parto y puerperio; así como de las establecidas para la atención de emergencias obstétricas y neonatales por los servicios estatales de salud.

Estrategia 4. Establecer sinergias con otros programas públicos orientados a mejorar la condición social de las mujeres y abatir la marginación y la pobreza, sobre todo en las comunidades rurales aisladas y pequeñas del Estado.

Líneas de Acción

- Promover la permanencia de las mujeres en la escuela y la elevación de sus niveles educativos
- Facilitar el acceso geográfico de la población a los servicios de salud, mediante los programas públicos de comunicaciones y transportes.

Objetivo 2.

Mejorar el acceso y la calidad de la atención obstétrica por personal calificado así como reforzar la capacidad resolutive de las unidades médicas de los distintos niveles de atención ante emergencias obstétricas y neonatales.

Estrategia 1. Ampliar el acceso a servicios de calidad en la atención prenatal.

Líneas de Acción

- Garantizar la existencia y disponibilidad del personal calificado y el entorno habilitante necesarios para la atención obstétrica oportuna y de calidad las 24 horas del día, los 365 días del año.
- Instalar módulos de atención de las mujeres con riesgo obstétrico (Modulo MATER) atendidos por ginecoobstetras, en los establecimientos seleccionados por su ubicación estratégica.
- Impulsar estrategias de atención pre-hospitalaria en las unidades de primer nivel de atención para la estabilización de complicaciones (***cajas comunitarias***)

- Dar cumplimiento al tamiz prenatal conforme se establece en los lineamientos técnicos correspondientes.
- Instrumentar estrategias que permitan ampliar el acceso y la utilización oportuna de los servicios de detección y diagnóstico, promoviendo pruebas rápidas donde no se cuente con laboratorio.
- Necesidad de garantizar la continuidad e integralidad de la atención del embarazo, parto puerperio y del recién nacido
- Garantizar que las mujeres con factores de riesgo sean valoradas por un ginecólogo a fin de determinar si el control prenatal debe continuarse con el especialista o bien, en caso contrario, contrareferir al primer nivel de atención con indicaciones precisas para su atención y seguimiento. Toda mujer referida por el primer nivel de atención para valoración de riesgo debe ser atendida de forma inmediata, sin necesidad de previa cita, en el consultorio denominado módulo MATER.

Estrategia 2. Elevar la competencia técnica y humanística del personal de salud.

Líneas de Acción

- Continuar con los programas de capacitación para los distintos agentes de salud en maternidad sin riesgo, con énfasis en la atención del embarazo, parto, puerperio y en el manejo de emergencias obstétricas, particularmente hemorragia obstétrica y preeclampsia-eclampsia, así como en la atención integral del recién nacido y la urgencia neonatal.
- Vincular la certificación de médicos especialistas con los lineamientos técnicos vigentes en la atención del embarazo, parto, puerperio, recién nacidos y emergencias obstétricas y neonatales.
- Promover la adopción de estrategias de información, sensibilización y capacitación en **SEGURIDAD DEL PACIENTE** como una dimensión fundamental de la calidad de la atención durante el embarazo, el parto y el puerperio y del recién nacido.

- Promover el diseño y la realización de estrategias innovadoras en la atención materna y perinatal, y su intercambio y reconocimiento a través de concursos y premios de excelencia y calidad, tales como el Foro de Excelencia, Premio de Calidad, Premio Innova de la Administración Pública, entre otros.
- Promover que la atención de la salud materna y perinatal con calidad sea un criterio para la acreditación y certificación de las unidades de salud, públicas o privadas.
- Promover el establecimiento de mecanismos efectivos para la identificación de omisiones, errores o negligencia en la atención a la salud y el establecimiento de la responsabilidad profesional y las sanciones correspondientes.

Estrategia 3. Mejorar la calidad de la atención prenatal y garantizar la realización, seguimiento y análisis del tamiz prenatal.

Líneas de Acción

- Promover la atención prenatal con personal calificado
- Favorecer que toda mujer embarazada inicie el control prenatal antes de la semana 12 de gestación, de acuerdo al lineamiento técnico vigente.
- Realizar al menos cinco consultas prenatales si no presenta complicaciones relacionadas con el embarazo y/o patologías médicas y/o factores de riesgo relacionados con la salud.
- Garantizar el cumplimiento del tamizaje prenatal, el cual debe contener como mínimo irreductible la detección y atención de hipertensión arterial, hiperglucemia, Proteinuria, infección de vías urinarias, anemia, cervicovaginitis, VIH y sífilis.
- Durante el control prenatal se debe dotar de micronutrientes y realizar acciones preventivas como la aplicación de toxoide tetánico/diftérico, así como brindar orientación y consejería sobre anticoncepción post-evento obstétrico, signos y síntomas de alarma obstétrica y neonatal.

- Promover la adopción de medidas que garanticen la seguridad del paciente como una dimensión de la calidad de la atención

Estrategia 4. Reorganizar los servicios en redes funcionales de atención.

Líneas de Acción

- Integrar a las unidades médicas de primer y segundo nivel en redes de servicios, de manera que se garantice en cada una de ellas la existencia de un hospital con capacidad para resolver emergencias obstétricas y neonatales, vinculado a centros de salud/clínicas con hospitalización y centros de salud/clínicas con capacidad para estabilizar emergencias obstétricas y referirlas a las unidades de salud con capacidad resolutoria. En dichas redes todos los responsables de unidades y de atender mujeres embarazadas deben conocer la oferta de servicios, horarios de atención, ubicación geográfica y teléfonos de todas las unidades que integran la red; además de existir en ellas mecanismos eficientes de referencia y contrarreferencia de las pacientes, así como un sistema efectivo de comunicación entre las unidades de salud.
- Favorecer la vinculación entre las redes sociales formales de apoyo a la mujer durante el embarazo, el parto, el puerperio, y al recién nacido con las redes funcionales de atención médica.

Estrategia 5. Fortalecer la capacidad de clínicas, unidades médicas rurales y centros de salud para la atención de partos eutócicos y la atención prehospitalaria de la emergencia obstétrica y neonatal.

Líneas de Acción

- Capacitar al personal médico del primer nivel en la atención de eventos obstétricos eutócicos, con énfasis en los que atienden población de localidades aisladas, incluyendo el manejo activo del tercer periodo del trabajo de parto, así

como la estabilización de complicaciones obstétricas y reanimación, estabilización y traslado seguro del neonato.

- Asegurar que todas las unidades médicas del primer nivel de atención cuenten con los recursos necesarios para atender partos, estabilizar emergencias obstétricas y neonatales, incorporando el uso de la Caja Rosa para la atención prehospitalaria de la hemorragia obstétrica y de la Caja Guinda para enfermedad hipertensiva del embarazo. Los insumos que deben contener las cajas rosa y guinda (Anexo A).
- Garantizar que las unidades médicas del primer nivel de atención cuenten con el equipo básico de reanimación neonatal.
- Garantizar la disponibilidad de vehículos institucionales o comunitarios para el traslado de emergencias obstétricas y neonatales a la unidad con capacidad resolutive.
- En los lugares donde no se cuente con los servicios de personal calificado para la atención obstétrica promover la incorporación de enfermeras obstetras y parteras profesionales.

Estrategia 6. Fortalecer la capacidad resolutive de los hospitales para la atención de emergencias obstétricas y neonatales

Líneas de Acción

- Garantizar la existencia de un hospital con capacidad resolutive para la atención de emergencias obstétricas--, por cada 500,000 habitantes. Estas unidades médicas deberán contar con anestesiólogo, Gineco-obstetra y pediatra, con terapia intensiva o intermedia, terapia neonatal, laboratorio y banco de sangre y dar servicio las 24 horas del día, los 365 días del año.
- Instrumentar protocolos de atención hospitalaria y triage obstétrico que reduzcan los tiempos de demora en el ingreso, que garantice su valoración, diagnóstico y manejo inmediato y la atención hospitalaria de las embarazadas, que garanticen su valoración inmediata y agilicen el ingreso hospitalario de las emergencias obstétricas (ejemplo Modulo Mater)

- Reducir la demora en la ínter consulta hospitalaria.
- Asegurar la disposición permanente de sangre y de sus derivados en los hospitales Si Mujer.
- Incluir en el sistema de registro hospitalario el registro de mujeres hospitalizadas con emergencia obstétrica, así como el resultado de la atención.

Estrategia 7. Instalar o fortalecer posadas de Asistencia a la Mujer Embarazada en los lugares que lo requieran.

Líneas de Acción

Valorar la necesidad de establecer Posadas de Asistencia a la Mujer Embarazada (AME) en las redes de servicio que las justifiquen, así como hacer la promoción de estos servicios dentro de la población usuaria de la misma.

Objetivo 3.

Mejorar la calidad de atención del recién nacido así como impulsar la prevención de la discapacidad por defectos al nacimiento y patologías del periodo perinatal

Estrategia 1. Continuar con la atención integral del recién nacido

Líneas de Acción

- Garantizar la existencia de los insumos necesarios para la atención integral del recién nacido (Insumos para reanimación neonatal, vitamina K, cloranfenicol oftálmico, material para tamiz neonatal, insumos de vacunación).
- Asegurar la atención del recién nacido por personal calificado, mediante la capacitación en reanimación neonatal a estudiantes de medicina, enfermería, parteras, residentes, pediatras y neonatólogos.
- Reforzar el entorno habilitante para el recién nacido de riesgo en hospitales clave para su atención
- Reorganizar las redes de atención neonatales de acuerdo a su capacidad resolutive

- Capacitación al personal de las unidades con menor capacidad resolutive en el uso de CPAP nasal, estabilización y transporte del recién nacido así como uso de esteroides pulmonares.
- Confirmar la existencia de insumos para el uso de CPAP nasal
- Capacitación en uso de surfactante en hospitales de mayor capacidad resolutive y asegurar el insumo.
- Capacitación en la prevención diagnóstico y manejo de retinopatía del prematuro en hospitales con atención de recién nacidos prematuros
- Favorecer la lactancia materna exclusiva los primeros 6 meses, mediante la capacitación al personal de salud de su importancia y evitar el consumo de fórmulas lácteas.

Estrategia 2 Prevenir los defectos de tubo neural con ministración y fortificación de ácido fólico

Líneas de Acción

- Asegurar la suplementación y fortificación con ácido fólico para mujeres en edad fértil y embarazadas, asegurando el insumo
- Capacitaciones continuas al personal de salud sobre la importancia del ácido fólico
- Fortalecer la vigilancia epidemiológica de los defectos de tubo neural
- Generar, propiciar y en su caso fortalecer alianzas estratégicas con la sociedad civil con el fin de fortalecer y potenciar acciones específicas tendientes a la prevención de discapacidades por defectos al nacimiento.

Estrategia 3. Asegurar el tamiz neonatal para hipotiroidismo congénito e implementar tamizaje de nuevos errores innatos del metabolismo

Líneas de Acción

- Garantizar los insumos para el tamiz neonatal

- Continuar con la mejora de control de calidad en los laboratorios estatales y central
- Favorecer la capacitación de pediatras en el manejo y seguimiento de niños con hipotiroidismo congénito
- Iniciar con la vigilancia epidemiológica mediante el software de tamiz neonatal , así como evaluación de todos los procesos
- Convocar a todo el sector para redefinir los errores innatos del metabolismo por panorama epidemiológico y por posibilidad de tratamiento y seguimiento de estos pacientes

Estrategia 4. Fortalecer y desarrollar clínicas multidisciplinarias en los Servicios Integrales para la Prevención y atención de la Discapacidad

Líneas de Acción

- Respalda la existencia de la clínica perinatal, defectos de tubo neural así como de hipotiroidismo congénito como mínimo en los SinDis
- Asegurar la articulación de los Servicios Integrales para la Prevención y atención de la Discapacidad, a la Red de atención neonatal
- Reorganizar y fortalecer los Servicios Integrales para la Prevención de la Discapacidad

Estrategia 5. Favorecer la existencia de la vigilancia epidemiológica de muertes perinatales

Líneas de Acción

- Continuar con el análisis de la mortalidad perinatal y neonatal , y realizar mejoras en el mismo
- Favorecer el análisis de la mortalidad perinatal y neonatal hospitalaria
- Presentar propuesta de notificación semanal de muertes neonatales
- Favorecer el inicio de la vigilancia epidemiológica de muerte perinatal.

Estrategia 6. Garantizar el traslado de recién nacidos de riesgo o complicados a unidades con capacidad resolutive 365 días del año.

Líneas de Acción

- Fortalecer la infraestructura que facilite el traslado
- Capacitación continua del personal responsable de los traslados

Objetivo. 4

Reducir las brechas existentes en la salud materno-infantil entre entidades federativas y los municipios del país con el menor índice de desarrollo humano.

Estrategia 1. Abatir las barreras socio económico y cultural existentes para la utilización de los servicios de salud, en las regiones con bajo y muy bajo índice de desarrollo humano. (IDH)

Líneas de Acción

- Impulsar mecanismos de colaboración y apoyo en redes sociales formales con las autoridades estatales y municipales, así como con organismos de la sociedad civil para promover el cuidado activo de la salud reproductiva y movilizar recursos que apoyen a las mujeres en el cuidado de la salud materno-infantil de los municipios con menor IDH.
- Diseñar, producir y difundir municipios campañas de comunicación en medios masivos, en los de menor IDH, que promuevan la utilización oportuna de lo servicios de salud durante el embarazo, parto, puerperio y para el cuidado del recién nacido, y que contrarresten las barreras socioculturales que inhiben o dilatan la búsqueda de atención.
- Realizar estrategias comunitarias de información, educación y consejería en salud reproductiva, con énfasis en aquellas dirigidas a mujeres adolescentes y sus parejas, así como a los hombres jóvenes y adultos.
- Instrumentar estrategias en las clínicas y centros de salud para la identificación de mujeres embarazadas, para el seguimiento domiciliario de aquellas que no

asisten a consulta prenatal, no regresan a sus citas y/o no acuden a las unidades a las que son referidas, con mayor énfasis en las mujeres con riesgo obstétrico, las que se encuentran próximas al alumbramiento y en el puerperio y las que no llevan a control médico al recién nacido, con prioridad en los recién nacidos con riesgo.

- Incorporar actores comunitarios como un mecanismo de vinculación con las instituciones y la comunidad (Proyecto Oportunidades- Salud, madrinas obstétricas, monitores comunitarios).

Estrategia 2. Ampliar el acceso de las mujeres a servicios de salud materno-infantil de calidad en los municipios con menor IDH.

Líneas de Acción

- Asegurar que las clínicas, centros de salud y Unidades Médicas Rurales de los municipios con menor IDH cuenten con los recursos humanos, insumos y equipo necesarios para brindar servicios básicos de salud materno-infantil.
- Instrumentar estrategias que permitan ampliar el horario de atención de las clínicas y centros de salud hasta cubrir las 24 horas del día los 365 días del año, en al menos una unidad médica, por cada cinco mil habitantes.
- Establecer mecanismos con los gobiernos municipales para disponer de un vehículo para el traslado de emergencias obstétricas y de recién nacidos de riesgo o complicados a las unidades de salud en todos los municipios con IDH bajo.
- Establecer Posadas de Asistencia a la Mujer Embarazada (AME) en los hospitales de mayor complejidad y que atiendan población que provenga de distancias mayores a tres horas; difundir y promover la utilización de este servicio entre la población de los municipios de menor IDH; y, referir al hospital y a la Posada AME a todas las mujeres parturientas de localidades aisladas.
- Brindar atención hospitalaria (o, en su caso, asistencia en la posada AME), sin retorno o rechazos, a toda mujer en trabajo de parto o con emergencia obstétrica que provenga de los municipios de menor IDH.

Estrategia 3. Mejorar la calidad de la atención en las redes de servicios que atienden a población de los municipios de bajo IDH.

Líneas de Acción

- Vincular a los agentes comunitarios de salud a las redes de servicios institucionales, mediante procesos de capacitación en embarazo saludable y mecanismos que les permitan la referencia y el acompañamiento de las mujeres embarazadas a las unidades médicas. (Proyecto Oportunidades- Salud) Capacitar y certificar a parteras en la atención del parto, e identificación de signos y síntomas de riesgo, así como en la identificación de recién nacidos de riesgo para su referencia.
- Impulsar la cobertura con personal capacitado alternativo, como son las enfermeras obstetras o parteras profesionales, en los municipios con bajo IDH e instrumentar proyectos para apoyar servicios comunitarios en los municipios con menor índice de desarrollo humano.
- Establecer programas de capacitación continua del personal de salud de las redes de servicios que atienden población de bajo IDH, que incluya el intercambio de estancias o jornadas médicas en los distintos niveles de atención.
- Mejorar la efectividad de los sistemas de referencia y contrarreferencia con el objeto de garantizar calidad y continuidad en la atención obstétrica de las mujeres durante su tránsito por la red, incluyendo la instrumentación de medidas pro-activas por parte del personal de las clínicas y centros de salud para conocer el diagnóstico, el tratamiento y el resultado de la atención médica otorgada a las mujeres y/o recién nacido referidos a otras unidades de salud.
- Reducir los tiempos de espera en la consulta externa, en el ingreso hospitalario y en el otorgamiento de inter consultas durante la estancia hospitalaria.
- Instrumentar un mecanismo de certificación y/o acreditación del personal capacitado y del funcionamiento de las redes de servicios.

Objetivo 5.

Mejorar la coordinación, monitoreo, evaluación y generación de información estratégica del programa Inicio Saludable Arranque Parejo en la Vida, con el objeto de movilizar recursos y apoyos y fortalecer la operación y el cumplimiento de metas.

Estrategia 1. Fortalecer la coordinación Inter e intra-institucional.

Líneas de Acción

- Continuar las acciones del Comité Nacional del Programa APV, como instancia de coordinación de las instituciones públicas que integran el Sector Salud.
- Establecer comités de coordinación estatales entre instituciones de salud para la conducción y el seguimiento del Programa “Inicio Saludable Arranque Parejo en la Vida”, bajo la dirección del Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud y la Titular de los Servicios Estatales de Salud, con el objeto de establecer los compromisos y las responsabilidades para cada institución, y nivel de gobierno.
- Elaborar programas de acción de salud materna y perinatal estatales 2007-2012 por todos los servicios estatales de salud, alineados a los lineamientos establecidos en el programa de acción nacional, priorizando las estrategias recomendadas para combatir las principales fallas que se han identificado y que responden a la realidad de cada municipio o estado.
- Establecer un espacio de coordinación a nivel jurisdiccional o delegacional para instrumentar, dar seguimiento y evaluar el Programa estatal “Inicio Saludable Arranque Parejo en la Vida”, a través de la instalación de los equipos 4X4, integrados por los responsables de los programas de salud que están vinculados a la salud materna y perinatal, bajo la conducción del jefe jurisdiccional o delegacional.
- Fortalecer el liderazgo de los equipos 4X4 para supervisar el funcionamiento de las redes de servicios, incluidos hospitales generales y clínicas o centros de salud, que le permita establecer acciones para la plena articulación de los servicios de los

distintos niveles de atención y mejorar la operación de los sistemas de referencia y contrarreferencia.

- Promover la participación de actores sociales y de la iniciativa privada en acciones estratégicas de salud materna y perinatal, particularmente presidentes municipales, líderes sociales, autoridades indígenas, organizaciones civiles con trabajo en salud materna, perinatal o planificación familiar, Comité por una Maternidad sin riesgos, Red Nacional para la Prevención de la discapacidad, Fundación Telmex, entre otras

Estrategia 2. Mejorar la calidad de los sistemas de registro así como el análisis y utilización de la información en la operación de los servicios.

Líneas de Acción

- Continuar la vigilancia activa de la morbilidad y la mortalidad materna y neonatal, lo que implica notificar de manera inmediata a las jurisdicciones, los servicios estatales y al nivel federal de las defunciones maternas ocurridas en el área de influencia correspondiente, así como identificar los factores psico-sociales asociados a la muerte materna y las posibles fallas ocurridas en el proceso de atención y proceder a su corrección. La vigilancia activa también incluye la visita del Grupo de Análisis Inmediato de las Defunciones Maternas (AIDEM), procedente del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, a las redes y municipios repetidores de muerte materna.
- Dar seguimiento puntual y sistemático a las recomendaciones emitidas por los grupos AIDEM.
- Aplicar la metodología de RAMOS Modificado para mejorar el registro de la muerte materna y sus causas.
- Instalar, operar y fortalecer los Comités de Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal a nivel estatal, jurisdiccional y de hospitales. Dichos comités tienen la tarea de analizar cada muerte materna y perinatal, así como los casos de morbilidad grave, que ocurran en su ámbito de acción, mediante la metodología de eslabones críticos, así como identificar, instrumentar y dar seguimiento a acciones de mejora.

- Capacitar a los equipos jurisdiccionales en el manejo de la información estadística para la toma de decisiones.

Estrategia 3. Desarrollar proyectos de investigación y evaluación que contribuyan al diseño y adecuación de las estrategias del Programa Inicio Saludable-Arranque Parejo en la Vida con el objeto de incrementar su eficiencia y efectividad.

Líneas de Acción

- Participar en la convocatoria anual para identificar y enviar los estudios, trabajos y proyectos de intervención realizados por los prestadores de servicios del sector salud para mejorar la operación del Programa Inicio Saludable-Arranque Parejo en la Vida.
- Instrumentar el programa de certificación de Inicio Saludable Arranque Parejo en la Vida en redes de servicios.
- Realizar encuestas rápidas de cobertura y otras metodologías para evaluar los procesos de atención del Programa.
- Promover y participar en iniciativas institucionales e interinstitucionales para el levantamiento de encuestas y la realización de estudios cuali-cuantitativos que contribuyan a la evaluación del Programa y a un mayor conocimiento de la situación de la salud materna y perinatal.

Estrategia 4: Propiciar y en su caso fortalecer las alianzas estratégicas con organizaciones de la Sociedad Civil que permitan potenciar la eficiencia y la eficacia del Programa de Acción "Inicio Saludable-Arranque Parejo en la Vida" en beneficio de la población.

Para concretar los objetivos planteados, el Programa de Inicio Saludable-Arranque Parejo en la Vida establece una estrecha coordinación de las áreas de Salud Reproductiva, Epidemiología y Medicina Preventiva, Promoción a la Salud, Estadística, PROSALUD, Oportunidades, Salud Comunitaria, Seguro Popular, Enseñanza, Calidad, Prevención y Control de VIH/SIDA y otras I.T.S., Centro Estatal de Transfusión Sanguínea, Planeación y otras áreas afines.

Por ello, la integración de equipos de trabajo en los niveles estatal y jurisdiccional con la participación de los responsables de estas áreas permite avances significativos. En el nivel operativo, se destaca la formación de brigadas o **equipos 4x4**, cuyos integrantes son el personal de salud existente en la unidad y las y los promotores voluntarios, que se integran a las acciones y que fungen como enlace entre el componente comunitario y el institucional de la red de servicios

La definición de funciones y competencias correspondientes a cada área en los niveles estatal, jurisdiccional y local se especifican en el Manual de Organización y Procedimientos de la Red de Servicios de Salud del Programa **“Inicio Saludable-Arranque Parejo en la Vida”**.

BIBLIOGRAFIA:

1. Ley General de Salud. 8a ed. México, Porrúa. 1992.
2. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar. NOM-005-SSA-2-1993. México D.F. Mayo de 1994.
3. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto, Puerperio y del Recién Nacido. NOM-007-SSA-; 1993.
4. Secretaría de Salud. Dirección General de Salud Reproductiva. Lineamiento Técnico Para la Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Preeclampsia-Eclampsia. 3ª edición. México. 2006.

5. Secretaría de Salud. Dirección General de Salud Reproductiva. Lineamiento Técnico Para la Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Hemorragia Obstétrica. 1ª edición. México. 1999.
6. Secretaría de Salud. Dirección General de Salud Reproductiva. Lineamiento Técnico Para la Indicación y Práctica de la cesárea. 2ª edición. México. 2000.
7. Secretaría de Salud. Dirección General de Salud Reproductiva. Lineamiento Técnico Para la Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Sepsis Puerperal. 1ª edición. México.
8. Secretaría de Salud; Dirección General de Salud Reproductiva Manual de atención: Embarazo Saludable Parto y Puerperio Seguros Recién Nacido Sano, 1ª edición. México. 2001
9. Secretaría de Salud; Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva; Lineamiento Técnico Clínicas de Lactancia en Hospitales Infantiles y Generales SinDis, 1ª edición. México. 2007
10. Secretaría de Salud; Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva; Lineamiento Técnico Tamiz Neonatal, Detección y tratamiento oportuno e integral del hipotiroidismo congénito, 1ª edición. México. 2007
11. Secretaría de Salud; Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva; Lineamiento Técnico Atención integral de la persona con síndrome de Down, 1ª edición. México. 2007
12. Secretaría de Salud; Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva; Lineamiento técnico de Clínicas de Lactancia para Hospitales Generales e Infantiles. México, 1ª edición. México. 2006.
13. Secretaría de Salud; Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva; Lineamiento Técnico Prevención, Tratamiento, Manejo y Rehabilitación de Niños con Labio y Paladar Hendido, 1ª edición. México. 2007
14. Secretaría de Salud; Dirección General de Salud Reproductiva Manual de atención: Urgencias Obstétricas en Unidades de Primer Nivel, 1ª edición. México. 2001
15. Secretaría de Salud; Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva; Manual de atención: Manejo Madre Canguro, 1ª edición. México. 2006
16. Secretaría de Salud; Dirección General de Salud Reproductiva; Lineamiento Técnico: Prevención, Detección, Manejo y Seguimiento de los Defectos al Nacimiento y Otras Patologías del Período Perinatal, 1ª edición. México. 2002
17. Secretaría de Salud; Dirección General de Salud Reproductiva Manual: Organización y procedimientos de la Red de Servicios de Salud, 1ª edición. México. 2002
18. Secretaría de Salud. Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. 70 p. 2002
19. Programa de Acción: Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. Subsecretaría de Innovación y Calidad. Primera Edición 2002.

Anexo 2. Guiones de Entrevistas

GUIÓN DE ENTREVISTA PARA FUNCIONARIOS(AS)

La siguiente entrevista forma parte del trabajo de campo para la Evaluación en Materia de Diseño con Enfoque de Género.

Datos generales

Nombre:

Cargo:

Antigüedad:

1. ¿Con base en las líneas de acción del Plan Estatal 2008-2012, ¿a qué objetivo u objetivos estratégicos está vinculado o contribuye el programa?
2. En términos de diseño, ¿existen indicadores para medir el desempeño del programa?
3. ¿Existe información sistematizada y actualizada que permita conocer quiénes reciben los apoyos del programa (padrón de beneficiarios)?
4. ¿Cuáles son las características socio-económicas de la población incluida en el padrón de beneficiarios y con qué frecuencia se levanta la información?
5. ¿según su percepción, existe complementariedad o duplicidad entre los programas sociales del estado de Michoacán de Ocampo? ¿Cuáles?
6. ¿Cuánto tiempo tiene participando en el programa?
7. ¿Cuáles son las actividades y responsabilidades que tiene en el programa?
8. Según su percepción, ¿la necesidad que justifica el programa está bien definida? ¿cuál es?
9. ¿Se realizan diagnósticos de las condiciones en que opera el programa?
10. ¿Si la respuesta es sí ¿Cada cuándo y cómo se hacen?
11. ¿Usted conoce las reglas de operación del programa?
12. ¿Con base en la ROP considera que haga falta alguna otra línea de acción para fortalecer el programa?
13. ¿Me podría dar su opinión sobre la congruencia que tienen los objetivos particulares con el general y estas con las ROP o normatividad que aplique?
14. ¿Considera que la población potencial identificada es la adecuada y justifica a la población objetivo?
15. ¿Cuál es la proporción que guarda la población objetivo respecto a la población potencial? ¿Se ha modificado?
16. ¿que formula utilizaron para identificar estas poblaciones?
17. ¿Qué criterios se utilizaron para definir la cobertura?
18. ¿Existe algún método de monitoreo para la entrega y recepción del servicio? ¿cuál?
19. ¿cómo se coordina el programa para su operación a nivel municipal?
20. ¿existe un mecanismo de coordinación con otra instancia u otra secretaria para el cumplimiento del objetivo del programa?

21. ¿cree usted que el presupuesto destinado al programa es el adecuado? ¿por qué?
22. ¿Ha recibido capacitación sobre temas del enfoque de género?
23. ¿Cuál es la diferencia entre sexo y género?
24. ¿Por qué es importante que los programas se diseñen e implementen con enfoque de género?
25. usted considera que existen profesiones o actividades exclusivas de hombres y mujeres?
26. ¿el programa detecta o ha detectado alguna situación inequitativa entre hombre y mujeres?
27. Si la respuesta es afirmativa ¿Cuáles son los mecanismos que contempla el programa para hacer frente a tal situación?

GUIÓN DE ENTREVISTA PARA OPERADORES(AS)

La siguiente entrevista forma parte del trabajo de campo para la Evaluación en Materia de Diseño con Enfoque de Género.

Datos generales

Nombre:

Cargo:

Antigüedad:

1. ¿Cuánto tiempo tiene participando en el programa?
2. ¿Cuáles son las actividades y responsabilidades que tiene en el programa?
3. Según su percepción, ¿la necesidad que justifica el programa está bien definida?
¿cuál es?
4. ¿Se realizan diagnósticos de las condiciones en que opera el programa?
5. ¿Si la respuesta es sí ¿Cada cuándo y cómo se hacen?
6. ¿Usted conoce las reglas de operación del programa?
7. ¿Con base en la ROP considera que haga falta alguna otra línea de acción para fortalecer el programa?
8. ¿Me podría dar su opinión sobre la congruencia que tienen los objetivos particulares con el general y estas con las ROP o normatividad que aplique?
9. ¿Considera que la población potencial identificada es la adecuada y justifica a la población objetivo?
10. ¿Existe algún método de monitoreo para la entrega y recepción del servicio? ¿cuál?
11. ¿cómo se coordina el programa para su operación a nivel municipal?
12. ¿existe un mecanismo de coordinación con otra instancia u otra secretaria para el cumplimiento del objetivo del programa?
13. ¿cree usted que el presupuesto destinado al programa es el adecuado? ¿por qué?
14. ¿Ha recibido capacitación sobre temas del enfoque de género?
15. ¿Cuál es la diferencia entre sexo y género?
16. ¿Por qué es importante que los programas se diseñen e implementen con enfoque de género?
17. ¿usted considera que existen profesiones o actividades exclusivas de hombres y mujeres?
18. ¿el programa detecta o ha detectado alguna situación inequitativa entre hombres y mujeres?
19. Si la respuesta es afirmativa ¿Cuáles son los mecanismos que contempla el programa para hacer frente a tal situación?

Anexo 3. Cronograma de entrevistas

Titular de la Secretaría de Salud: Dr. Román Armando Luna Escalante

Nombre del Programa: Inicio Saludable-Arranque Parejo en la Vida

Responsable Estatal del Programa: Rosa Elena Gamiño Ortiz

Correo electrónico:

Teléfono: 313-50-98 313-92-62

Domicilio: Benito Juárez # 223, Centro, C.P. 58000. Morelia, Mich.

CRONOGRAMA DE ENTREVISTAS			
FECHA	ENTREVISTA (GUIÓN)	NOMBRE DE LA FUNCIONARIA	CARGO
23 de Octubre de 2008	Funcionaria	Marivel Barajas Bedolla	Responsable de programas
27 de Octubre de 2008	Funcionaria	Rosa Elena Gamiño Ortiz	Responsable estatal del programa
28 de Octubre de 2008	Funcionaria	Herminia León Rubio	Coordinadora Jurisdiccional de Morelia
29 de Octubre de 2008	Operadora	Emelia Vallejo Díaz	Médico Gral. Prenatal

Anexo 3. Información de Evaluadores(as)

L.C.P. ALBERTO CAÑAS GARCÍA

- LICENCIADO EN CIENCIA POLÍTICA POR EL INSTITUTO TECNOLÓGICO AUTÓNOMO DE MÉXICO (ITAM)
- DOCTORADO EN POLÍTICAS PÚBLICAS (CURSANDO ACTUALMENTE), CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA ECONÓMICAS, (CIDE)

CURSOS

- Género y Política, Impartido por la Mtra. Marta Lamas, ITAM, 2004
- Diseño de Políticas Públicas, ITAM, 2005

EXPERIENCIA LABORAL

- Funcionario del Instituto Nacional de Antropología e Historia (INHA)
 - Funcionario de la SSP del Gobierno del Distrito Federal
 - Funcionario de la Secretaría de Finanzas del Gobierno del Distrito Federal
-

L.P.G.S. MARÍA DE LOS ÁNGELES DOMÍNGUEZ GARCÍA

- LICENCIADA EN POLÍTICA Y GESTIÓN SOCIAL POR LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA, (UAM-X)

CURSOS

- Políticas Públicas en México; UAM-Xochimilco 2005
- Toma de Decisiones en el Marco de las Políticas Públicas; UAM-Xochimilco 2005

EXPERIENCIA LABORAL

- Funcionaria de la Procuraduría Federal de la Defensa del Trabajo (PROFEDET)
 - Asistente de Investigación en el Proyecto Metaevaluación de Programas de Desarrollo Social 2008 UAM – apoyo de CONACYT, a cargo de la Dra. Myriam Cardozo Brum.
-

L.P.G.S. LUIS DANIEL AGUILAR CERVANTES

- LICENCIADO EN POLÍTICA Y GESTIÓN SOCIAL POR LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA, (UAM-X)

CURSOS

- Políticas Públicas en México; UAM-Xochimilco 2005
- Toma de Decisiones en el Marco de las Políticas Públicas; UAM-Xochimilco 2005

EXPERIENCIA LABORAL

- Funcionario de la Secretaría de la Función Pública
 - Asistente de Investigación en el Proyecto Metaevaluación de Programas de Desarrollo Social 2008 UAM – apoyo de CONACYT, a cargo de la Dra. Myriam Cardozo Brum.
-

CONTACTO

contacto@metodica.com.mx