

Evaluación Integral de la Estrategia que sigue el Gobierno del Estado de Zacatecas a Efecto de Disminuir la Mortalidad Materna en la Entidad

Elaborado por: Edith Olivares Ferreto

18 de enero, 2013



GOBIERNO FEDERAL

"Este material se realizó con recursos del Programa de Fortalecimiento a la Transversalidad de la Perspectiva de Género, empero el Instituto Nacional de las Mujeres no necesariamente comparte los puntos de vista expresados por las (los) autores del presente trabajo"

“Este material se realizó con recursos del *Programa de Fortalecimiento a la Transversalidad de la Perspectiva de Género*, empero el *Instituto Nacional de las Mujeres* no necesariamente comparte los puntos de vista expresados por las (los) autores del presente trabajo”

“El Programa de *Fortalecimiento a la Transversalidad de la Perspectiva de Género* es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa”

“Las opiniones, análisis y recomendaciones de política, no reflejan necesariamente el punto de vista del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, como tampoco de su Junta Ejecutiva ni de sus Estados Miembros.”



INDICE

| | |
|--|-----------|
| Presentación | 4 |
| I. Diseño | 7 |
| II. Planeación y orientación a resultados | 17 |
| III. Cobertura..... | 19 |
| IV. Operación | 23 |
| V. Medición de resultados | 26 |
| VI. Análisis FODA | 30 |
| Bibliografía..... | 34 |



Presentación

La mortalidad materna constituye un grave problema de salud pública, derechos humanos, desarrollo social, desigualdad de género y justicia social. En México no se han logrado disminuir de manera consistente las cifras de mortalidad materna desde 2002 (CONEVAL, 2012). Las muertes maternas pueden prevenirse, ya que la mayoría de las complicaciones que se presentan se pueden resolver con el desarrollo tecnológico existente, siempre y cuando se brinden servicios de atención de calidad y se atiendan oportunamente.

La mortalidad materna es un indicador altamente sensible para evaluar el desempeño de los sistemas de salud, pues pone a prueba el desarrollo de sus funciones y la posibilidad de alcanzar los objetivos de capacidad de respuesta, equidad y buena salud que plantean. Como una evidencia de ello, la mortalidad materna es 100 veces mayor en los países en vías de desarrollo que en países desarrollados.

Como parte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, México se ha comprometido a reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes entre 1990 y 2015, lo que significa que para 2015 la Razón de Mortalidad Materna (RMM) disminuya a 22 muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos estimados. Esta meta es difícil de cumplir, pues para 2010 la RMM a nivel nacional ascendió a 51.5 muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos estimados.

Con estas cifras, México alcanza una RMM 17 veces mayor a la de países como Suecia y tres veces mayor a la de países similares, como Chile (CONEVAL, 2012). Las desigualdades que caracterizan al país tienen una fuerte incidencia en la alta mortalidad materna. Por ejemplo, los municipios con población indígena (70 por ciento o más de hablantes de lengua indígena) tienen la RMM hasta



tres veces mayor que aquellos municipios sin población indígena, y entre las mujeres que carecen de seguridad social la RMM es siete veces mayor que entre las que tienen seguro social.

En razón de lo anterior, aunque México tiene una larga trayectoria en cuanto a programas de atención materno-infantil, que prácticamente surgieron con el nacimiento de la seguridad social en la década del cuarenta, en la última década se han promovido estrategias focalizadas a los estados y a los municipios.

En Zacatecas el número absoluto de defunciones maternas ha presentado importantes variaciones entre los años 2000 y 2011, pero en el balance del período la disminución absoluta es poco sustantiva, pues para el año 2000 se registraron 16 muertes maternas y para el año 2011, 14. Asimismo, la Razón de Mortalidad Materna, ha disminuido muy levemente en los últimos 20 años: en 1990 era de 51.5 y para 2010 alcanza 47.4 por cada 100 mil nacidos vivos estimados.

En este documento se presenta una evaluación integral de la estrategia que sigue el gobierno de Zacatecas a efecto de disminuir la mortalidad materna en la entidad. Como parte de los servicios de esta consultoría, se elaboró una herramienta de evaluación que orientó la recolección de información documental y en campo, con el propósito de identificar las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas de la estrategia. Cabe destacar que la elaboración de esta herramienta se realizó con base en los Términos de Referencia para la Evaluación de consistencia y resultados del Consejo Nacional para la Evaluación de la Política Social (CONEVAL), con miras a elaborar un instrumento que se apegue a los criterios nacionales de evaluación de políticas públicas.

La evaluación contempla los siguientes temas, que constituyen a su vez los primeros cinco apartados de este informe: Diseño, Planeación y orientación a resultados, Cobertura, Operación y



Medición de resultados. En el sexto y último apartado se realiza un análisis de las Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas de la estrategia.

Es preciso recordar que este documento se acompaña de una propuesta de programa de acción para la disminución de la muerte materna en el Estado de Zacatecas.



I. Diseño

En este apartado se evalúan los planteamientos conceptuales y metodológicos que orientaron el diseño de la estrategia que sigue el gobierno de Zacatecas a efecto de disminuir la mortalidad materna. En este tenor, se indagó respecto a los elementos que integran el diseño de una estrategia de política pública, a saber:

- Identificación del problema que se pretende atender,
- Objetivos y metas,
- Identificación y cuantificación de la incidencia de la mortalidad materna en la entidad,
- Identificación de la cobertura y focalización de la estrategia para reducir la mortalidad materna,
- Presupuesto asignado a la estrategia.

Es importante señalar que los Servicios de Salud de Zacatecas (SSZ) no han elaborado documentos oficiales en que se defina la estrategia para disminuir la mortalidad materna en la entidad. Por tanto, en sentido estricto el Estado de Zacatecas no ha diseñado una estrategia con este objetivo, aunque desarrolla acciones en apego a la estrategia y programas nacionales orientadas a reducir la mortalidad materna.

La estrategia nacional de reducción de mortalidad materna

El sistema de salud mexicano es una organización fragmentada, integrado por diferentes instituciones bajo la rectoría de la Secretaría de Salud. La fragmentación de los servicios de salud se denota en que cada institución (IMSS, ISSTE, SSZ) administra sus propios programas de salud, incluyendo los que se orientan a disminuir la mortalidad materna.



A pesar de ello, en años recientes se ha renovado el interés por enfrentar el problema de la mortalidad materna en México mediante, por un lado, una política de largo aliento en el Sistema Nacional de Salud, —que apunta a lograr para 2030 la integración funcional del Sistema—, y, por otro, la instauración del Sistema de Protección a la Salud a través del Seguro Popular para mejorar el acceso equitativo de las mujeres a los servicios. Estos esfuerzos se observan claramente en el estado de Zacatecas, pero forman parte de una estrategia nacional y no tanto de una iniciativa local.

En este tenor, la Secretaría de Salud Federal ha establecido diversos mecanismos de coordinación interinstitucional que permiten responder integralmente a problemas específicos y ha fomentado su práctica a nivel estatal. Ejemplos de ello son los programas de planificación familiar y de vacunación y, más recientemente, los Acuerdos para el Fortalecimiento de las Acciones de Salud Pública en los Estados (AFASPES), así como el Convenio Interinstitucional entre IMSS, ISSSTE y SSA para la Atención de Emergencias Obstétricas, mediante el cual se procura aprovechar la capacidad instalada y ampliar las oportunidades de acceso a los servicios de salud para las mujeres con complicaciones.

CONEVAL (2012) destaca como los esfuerzos más importantes para mejorar la salud materna en el país, los siguientes:

1. Programa de Acción Específico Arranque Parejo en la Vida (APV): es de carácter normativo para todo el país a través del Decreto del Consejo de Salubridad General de noviembre de 2004 y particularmente para los SESA, en el que se definen tres objetivos generales:
 - 1.1 Fortalecer la capacidad de las mujeres y sus parejas para planificar la familia y participar activamente en el cuidado de la salud materna y perinatal.
 - 1.2 Reducir las brechas en la salud materna e infantil en las entidades federativas y en los municipios de menor desarrollo.



- 1.3 Mejorar el acceso y calidad de la atención obstétrica por personal calificado e incrementar la capacidad resolutoria de los servicios de atención de emergencia obstétrica y neonatal (2007-2012).

Este programa cuenta con presupuesto proveniente del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) y del Ramo 12 (Salud), a través de los Acuerdos para el Fortalecimiento de las Acciones de Salud Pública en los Estados (AFASPES) desde 2007 o de nuevos proyectos que financia el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGySR) y, más recientemente, recibe fondos del Seguro Popular.

2. Acuerdo del H. Consejo Técnico del Instituto Mexicano del Seguro Social 126: puesto en marcha en 2006 y orientado a la atención de mujeres referidas por complicaciones obstétricas desde su programa de extensión IMSS-Oportunidades. No hay una partida particular para el pago de estos servicios. IMSS-Oportunidades (IMSS-O) realiza pagos cruzados al IMSS régimen ordinario.
3. Programa de Planificación Familiar y Anticoncepción (2007-2012): la planificación familiar y la anticoncepción son de las intervenciones más costo-efectivas para reducir la mortalidad materna e infantil; ante el rezago observado en este tema, se ha definido este programa como estratégico y prioritario (Plan Nacional de Desarrollo y Programa Sectorial de Salud -PROSESA- 2007-2012), por su contribución a prevenir embarazos no planeados y de alto riesgo, de abortos provocados en condiciones de riesgo, de la disminución del riesgo de mortalidad perinatal e infecciones de transmisión sexual.
4. Acuerdos para el Fortalecimiento de las Acciones de Salud Pública en los Estados (AFASPES) desde 2007: desde la SSA federal se establece este documento como un mecanismo presupuestario, que se firma anualmente entre la SSA federal y las estatales. Contiene asignación presupuestaria a los 31 programas bajo la rectoría de la Subsecretaría



de Prevención y Promoción de la Salud, de la SSA y, por ende, todos los relacionados con la atención en salud sexual y reproductiva. Incluye compromisos de financiamiento e insumos, indica sus fuentes, así como incorpora un calendario de administración de los recursos, indicadores, metas y obligaciones de rendición de cuentas. Los recursos se reciben del Ramo 12 (Salud), del FASSA, y del Anexo IV del Sistema de Protección Social en Salud.

5. Embarazo Saludable: a partir de 2008 este programa establece que toda mujer con diagnóstico de embarazo deberá ser afiliada al Seguro Popular disminuyendo así los costos de bolsillo. Es una ampliación del Seguro de Primera Generación; si bien no se amplió el presupuesto ni existen metas de seguimiento para este componente en particular; cuenta con 20 intervenciones médicas cubiertas por el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) en el Seguro Popular.

6. Estrategia Integral para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna en México: puesta en marcha en 2009, postula que la mortalidad materna puede ser reducida en 40 por ciento para 2012 (partiendo de cifras de 2006) si se superan los factores que condicionan las tres demoras en la atención de la emergencia obstétrica, de acuerdo con el modelo adoptado por la Organización Mundial de la Salud, a saber:
 - Primera demora: buscar atención médica por inequidades de género al interior de la comunidad.
 - Segunda demora: acceso a los servicios de salud.
 - Tercera demora: recibir un tratamiento adecuado en un establecimiento resolutivo.

En esta estrategia se subraya la necesidad de la atención de las emergencias obstétricas desde el primer y el segundo nivel de atención. Como parte de esta estrategia integral se



propone la inclusión de la partería profesional en los servicios de salud y fortalecer la disponibilidad de sangre y sus derivados.

Se establecen acciones prioritarias en las entidades federativas con mayor mortalidad materna, que son: Chiapas, Chihuahua, Distrito Federal, Guerrero, Estado de México, Jalisco, Oaxaca, Puebla y Veracruz, entre ellas destaca el reforzamiento de las habilidades en la atención de emergencia obstétrica del personal de salud. También se propone la promoción de acciones particulares en la población cautiva —beneficiaria del IMSS-Oportunidades y del Seguro Popular— a través de la puesta en marcha de un plan de seguridad.

7. Convenio Interinstitucional entre la SSA, el ISSSTE y el IMSS: a partir de mayo de 2009, toda mujer que presente una emergencia obstétrica debe ser atendida en cualquier unidad médica de las instituciones mencionadas sin discriminación por razón del estado de afiliación. Lo anterior implica pagos cruzados entre instituciones con fondos institucionales. Cabe destacar que no hay una partida presupuestaria específica para su ejecución.

8. Estrategia Prioritaria 2011-2012: en el marco del Consejo Nacional de Salud (CONASA) el 9 de diciembre de 2010 se dieron a conocer nuevamente los puntos que se habían considerado en la estrategia de 2008, a saber:
 - Difusión en campañas masivas de comunicación (informando factores de riesgo y dando a conocer el Convenio General de Colaboración para la Atención de Emergencias Obstétricas).
 - Poner en marcha medidas permanentes y obligatorias en todas las unidades médicas del país.



- Uso obligatorio en el posparto inmediato de la hidralazina y uso de sulfato de magnesio como medicamento de primera elección en todos los casos de preeclampsia y eclampsia.
- Enfrentar la emergencia obstétrica en todas las unidades médicas. Desalentar al máximo la referencia de casos. Cero rechazo.
- Disminución de cesáreas. Evitar la primera cesárea.
- Desalentar y sancionar el maltrato e indiferencia en los hospitales.
- Capacitar en emergencias obstétricas.
- Fortalecer la normatividad: crear un comité externo de auditoría académica permanente de muertes maternas (Comisión Nacional de Arbitraje Médico-Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios).
- Promover la formación y empoderamiento de parteras profesionales en lugares de difícil acceso médico y en todo ámbito social receptivo.
- Reforzar en todas las unidades médicas y en escuelas de medicina del país el conocimiento y apego a los lineamientos técnicos de “prevención, diagnóstico y manejo de la hemorragia obstétrica y de la preeclampsia/eclampsia”.
- Fortalecer y replicar las buenas prácticas.
- Institucionalizar y fortalecer acciones relevantes en las reglas de operación de los programas: Seguro Médico para una Nueva Generación, Atención de Emergencias Obstétricas (AEO), Caravanas de la Salud, Comunidades Saludables, IMSS-O, Programa Oportunidades.
- Reconocer e impulsar acciones estatales y municipales.
- Ampliar la estrategia de Madrinas Obstétricas.
- Ampliar la Red de Posadas de Apoyo a la Mujer Embarazada “AME”.
- Supervisión y acciones de mejora inmediata.
- Integración de un grupo interinstitucional para análisis y evaluación de la problemática hospitalaria de Mortalidad Materna (MM).
- Disposición oportuna de sangre y hemoderivados.
- Asegurar la transparencia y rendición de cuentas.
- Sistema de Vigilancia Epidemiológica.



- Módulo de Mortalidad Materna. Notificación obligatoria.
- Sinergia con las organizaciones de la sociedad civil: difusión de derechos, capacitación, seguimiento, transparencia y rendición de cuentas.
- Respaldo al “Observatorio Ciudadano de Mortalidad Materna” avalado por la Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS), agencias de Naciones Unidas y representantes de la academia y de la sociedad civil.

Identificación del problema que se pretende atender

Los Servicios de Salud de Zacatecas ejecutan los programas y acciones que ha establecido la Secretaría de Salud Federal para disminuir la mortalidad materna, pero aún no han desarrollado una estrategia específica para la problemática zacatecana.

En tal sentido, los SSZ no han elaborado documentos que identifiquen el problema que se pretende atender, y para el personal que fue entrevistado para esta evaluación la pregunta en torno a cuál es el problema que pretende atenderse parece resultar obvia, pues se asume que el problema que pretende atenderse es la mortalidad materna, pero no se establecen las características, especificidades y matices que presenta este problema en Zacatecas.

Objetivos y metas

Los documentos de planeación con que cuentan los Servicios de Salud de Zacatecas responden a la estructura de planeación que establece la Secretaría de Planeación, y que se plasman en



Programas Operativos Anuales¹ que si bien detallan actividades y metas, al tiempo que están vinculadas a un recurso económico, no se elaboran explícitamente como parte de una estrategia de mediano corto, mediano y largo plazo que se oriente a reducir la mortalidad materna en la entidad. Es por lo anterior que las metas se plantean en términos del número de consultas que se pretende otorgar o el número de personal médico a capacitar, por ejemplo: otorgar 96,981 consultas de control prenatal en unidades médicas de 1^{er} y 2^o nivel de atención, otorgar 18,586 asistencias por parte de personal calificado durante el parto, realizar 18,586 Tamiz Neonatales, realizar 12 curso-taller a parteras tradicionales, realizar 1 curso-taller a personal médico y paramédico. Como se puede observar, no se han elaborado objetivos y metas para la reducción de la mortalidad materna.

Identificación y cuantificación de la incidencia de la mortalidad materna en la entidad

Los SSZ tienen información respecto a la incidencia de mortalidad materna en la entidad, pero esta información no se encuentra sistematizada, organizada ni analizada a manera de integrar una suerte de diagnóstico que permita diseñar y monitorear acciones orientadas a reducir esta problemática.

Identificación de la cobertura y focalización de la estrategia para reducir la mortalidad materna

Como se ha planteado, en términos generales se puede señalar que los Servicios de Salud de Zacatecas aplican las estrategias nacionales para la disminución de la mortalidad materna pero no han diseñado una estrategia propia. Así lo refirió el personal médico al señalar que en la entidad ha faltado el “tinte” estatal.

¹ En el anexo se ubica el Programa Operativo Anual 2011 que fue entregado por los Servicios de Salud de Zacatecas.



Una de las expresiones de ello es que ni en los documentos ni en el discurso del personal de los SSZ se identifica con claridad un perfil que permita focalizar la estrategia para reducir la mortalidad materna en la entidad. En otras palabras, el personal en las entrevistas y reuniones de trabajo insistió en señalar que en Zacatecas han muerto mujeres de todas las edades, niveles educativos, lugares de residencia. Esta percepción generalizada de que no se puede construir un “perfil” constituye un obstáculo para focalizar la estrategia.

Como se verá más adelante, las estadísticas sí permiten identificar los factores asociados a la mortalidad materna en el Estado de Zacatecas.

Presupuesto asignado a la estrategia

La información brindada por los SSZ detalla los siguientes rubros de presupuesto asignado a la estrategia para reducir la mortalidad materna en 2011:

| Partidas | Totales |
|--|--------------|
| Medicinas y productos farmacéuticos | 726,629.90 |
| Otros productos químicos | 724,023.20 |
| Materiales, accesorios y suministros de laboratorio | 81,203.22 |
| Equipo médico y de laboratorio | 1,885,000.00 |
| Materias, accesorios y suministros médicos | 115,000.00 |
| Ramo 33 | 6,325,013.00 |

Fuente: Servicios de Salud de Zacatecas

Nota: Al Ramo 33 lo conforman las siguientes partidas: Medicinas y productos farmacéuticos, Sueldos base al personal eventual, Viáticos nacionales para labores en campo y de supervisión,



Impresión y elaboración de material informativo derivado de operación y administración de las dependencias y entidades, Servicios para capacitación a servidores públicos, Cámaras fotográficas y de video, Mantenimiento y conservación de bienes informáticos y Materiales y útiles de oficina.



II. Planeación y orientación a resultados

Este apartado de la evaluación se orienta a identificar los procesos de construcción de la estrategia que sigue el gobierno de Zacatecas a efecto de disminuir la mortalidad materna. Para ello, es preciso indagar si la elaboración de esta estrategia se da en un marco formal de planeación y orientación a resultados, es decir, si es resultado de ejercicios de planeación institucionalizados, contempla plazos (corto, mediano y largo plazo), establece los resultados que se quieren alcanzar y cuenta con indicadores que le permitan monitorear los procesos y medir los avances en el logro de resultados.

Como se señaló en el primer apartado, los SSZ aplican los programas y estrategias que se desarrollan a nivel nacional, pero no han desarrollado una estrategia para el Estado de Zacatecas. La elaboración de una estrategia implicaría desarrollar procesos formales de planeación orientados a reducir la incidencia de la mortalidad materna en el estado y ello supone profundizar en el análisis de los factores que lo han impedido. Asimismo, se precisaría definir los resultados que se quiere alcanzar en términos del Objetivo de Desarrollo del Milenio, esto es, en qué proporción se pretende reducir la mortalidad materna en el corto, mediano y largo plazo.

A pesar de lo anterior, la Dirección de Salud Materna vigila la generación de información que exigen las estrategias nacionales de reducción de mortalidad materna, esto es:

- Censo de mujeres embarazadas
- Número de consultas prenatales
- Cifras de mortalidad materna y sus causas



- Características demográficas de las mujeres fallecidas por mortalidad materna (edad, nivel educativo, lugar de residencia, estado conyugal)

Esta información se utiliza con fines de seguimiento y monitoreo, pero no se encuentra articulada con miras a desarrollar acciones específicas para incorporar mejoras en la estrategia de reducción de la mortalidad materna.

En ese sentido, los SSZ carecen de un documento formal de planeación en que se establezcan los resultados que se quieren alcanzar y se detallen los indicadores que le permitan monitorear los procesos y medir los avances en el logro de resultados.



III. Cobertura

Este apartado se orienta a identificar la estrategia de cobertura de la estrategia que sigue el gobierno de Zacatecas a efecto de disminuir la mortalidad materna para cubrir su población objetivo.

Como bien se señala en la Estrategia integral para acelerar la reducción de la mortalidad materna, elaborada por la Secretaría de Salud en 2009, el diseño de la estrategia debe realizarse a partir del enfoque de riesgo, basándose en el conocimiento que existe sobre la propensión a la muerte bajo ciertos comportamientos, características o patologías. Por ello, primero es preciso conocer si los servicios de salud tienen claramente identificada a su población objetivo y sus características (edad, ubicación geográfica, condición socioeconómica, etc.).

En este sentido se debe señalar que el personal de los SSZ conoce las características de las mujeres que han fallecido por mortalidad materna pero no identifican un “tipo”, esto es, en su discurso se reitera el señalamiento que por esta causa pueden morir mujeres de diferentes edades, niveles educativos y condición socioeconómica.

Sin embargo, los datos oficiales muestran los siguientes rasgos:

- La mayor parte de las muertes maternas en Zacatecas se produce en mujeres entre 20 y 39 años, esto es, en las edades de menor riesgo.
- La gran mayoría de las mujeres fallecidas por muerte materna están casadas. Es importante que el personal médico también tenga conocimiento sobre las implicaciones de este estado conyugal para las mujeres en términos de la convivencia conyugal y las opciones de internamiento.



- Aunque la mayor parte de las mujeres fallecidas por muerte materna tiene bajos niveles de escolaridad, en algunos años se registra un alto número de mujeres profesionales o con preparatoria.
- La gran mayoría de las mujeres que ha fallecido por muerte materna en la entidad no se encontraba trabajando fuera del hogar. Este es un factor fundamental en términos de la autonomía de las mujeres para la toma de decisiones en un momento crítico como puede ser el traslado o internamiento para el parto. Asimismo, el personal médico en campo relató que un factor crítico para el internamiento es que muchas mujeres en riesgo no tienen apoyo para el cuidado de otros hijos o bien, consideran que tienen el deber de “atender al marido”.
- La derechohabiencia constituye un factor crítico: la mayor parte de las mujeres fallecidas por muerte materna no era derechohabiente o lo era del Seguro Popular (esto a partir del momento de su creación).
- Es sumamente relevante que casi todas las muertes maternas se produjeron con atención médica. A partir de 2007 todas las muertes maternas en Zacatecas tuvieron atención médica. Este factor revela insuficiencias propiamente en los servicios de salud y/o se vincula a demoras en la atención. En campo el personal de los SSZ señaló que los hospitales resolutivos en la entidad son pocos y las emergencias con complicaciones generalmente se atienden al Hospital de la Mujer. Así, el tiempo de traslado hacia este centro es fundamental para evitar la muerte.



Características de las mujeres fallecidas por muerte materna en Zacatecas, 2000-2011

| | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|-----------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| EDAD | | | | | | | | | | | | |
| 15-19 años | 1 | | 1 | 2 | 2 | | | | 1 | 3 | 1 | 1 |
| 20-24 años | 2 | 1 | 2 | 4 | 2 | 1 | 6 | 3 | 5 | 2 | 5 | 1 |
| 25-29 años | 1 | 6 | 5 | 4 | 1 | 6 | 1 | 2 | 1 | 5 | 2 | 5 |
| 30-34 años | 7 | 4 | 3 | 5 | 3 | 1 | 2 | 3 | 2 | 2 | 4 | 7 |
| 35-39 años | 1 | 3 | 1 | 6 | 2 | | 5 | 3 | 4 | 3 | 1 | |
| 40-44 años | 3 | 3 | 2 | 1 | 1 | | 2 | | 1 | 2 | | |
| 45-49 años | 1 | | | | 1 | | | | | 1 | | |
| ESTADO CONYUGAL | | | | | | | | | | | | |
| Solteras | 2 | 2 | | 1 | 1 | | 2 | | 1 | | 2 | |
| Casadas | 12 | 15 | 11 | 19 | 8 | 6 | 9 | 11 | 8 | 14 | 7 | 8 |
| Unión Libre | 1 | | 2 | 2 | 1 | 1 | 4 | | 4 | 3 | 3 | 6 |
| Separada | 1 | | | | | | | | | | | |
| Divorciada | | | 1 | | 2 | | | | | | | |
| Viuda | | | | | | | 1 | | | 1 | | |
| No especificado | | | | | | 1 | | | 1 | | 1 | |
| NIVEL DE ESCOLARIDAD | | | | | | | | | | | | |
| Sin escolaridad | | 1 | | 3 | | | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | |
| Primaria Incompleta | 6 | 7 | 3 | 7 | 1 | 1 | 4 | 1 | 4 | 1 | 3 | 4 |
| Primaria Completa | 5 | 6 | 4 | 6 | 6 | 2 | 2 | 3 | 4 | 6 | 2 | 1 |
| Secundaria Incompleta | | | | | 1 | | | | | | 1 | 1 |
| Secundaria Completa | 2 | 1 | 5 | 4 | 2 | 3 | 3 | 2 | 1 | 4 | 4 | 4 |
| Preparatoria o equivalente | | 1 | | | 2 | 1 | 1 | | 3 | 5 | 1 | 2 |
| Profesional | 2 | | 1 | 2 | | | 1 | 4 | 1 | 1 | | 1 |
| No especificado | 1 | 1 | 1 | | | 1 | 2 | | | | 1 | 1 |
| OCUPACIÓN | | | | | | | | | | | | |
| Trabaja | 3 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 4 | 5 | 4 | 1 | 2 | 3 |
| No trabaja | 13 | 15 | 11 | 18 | 11 | 7 | 9 | 6 | 10 | 17 | 10 | 10 |
| No especificado | | | 1 | 2 | | | | | | | 1 | 1 |
| INSTITUCIÓN DERECHOABIENTE | | | | | | | | | | | | |
| Ninguna | 12 | 14 | 11 | 18 | 7 | 4 | 6 | 3 | 4 | 6 | 3 | 2 |
| IMSS | 2 | 2 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 2 | 2 | 1 | 2 |



Características de las mujeres fallecidas por muerte materna en Zacatecas, 2000-2011

| | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|----------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| ISSSTE | | | 1 | | | 1 | | 1 | 1 | | | |
| Seguro Popular | | | | | | 2 | 4 | 3 | 7 | 6 | 7 | 8 |
| Otra | 1 | | | 1 | 1 | | | | | | | 1 |
| No especificado | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | 4 | 1 | | 4 | 2 | 1 |
| CON ATENCIÓN MEDICA | | | | | | | | | | | | |
| Con atención médica | 10 | 15 | 13 | 21 | 12 | 7 | 12 | 11 | 14 | 18 | 12 | 13 |
| Sin atención médica | 6 | 1 | | 1 | | 1 | 1 | | | | | |
| No especificado | | 1 | 1 | | | | 3 | | | | 1 | 1 |

Fuente: Elaboración propia con base en las estadísticas de mortalidad materna del INEGI



IV. Operación

En este apartado se revisan los procedimientos y mecanismos con que opera la estrategia que sigue el gobierno de Zacatecas a efecto de disminuir la mortalidad materna. Esto es: la existencia o no de procedimientos estandarizados para identificar y atender a las mujeres en riesgo.

Los SSZ trabajan con apego a los lineamientos para preeclampsia/eclampsia, hemorragia obstétrica, así como a las Normas Oficiales Mexicanas en la materia (NOM 007, NOM 168, NOM 030).

Asimismo, como se señaló en el primer apartado (Diseño) los SSZ aplican la mayor parte de las estrategias diseñadas por la Secretaría de Salud a nivel Federal para combatir la mortalidad materna:

- Uso obligatorio en el posparto inmediato de la hidralazina y uso de sulfato de magnesio como medicamento de primera elección en todos los casos de preeclampsia y eclampsia.
- Capacitación en emergencias obstétricas. Esta acción se viene realizando de manera permanente pero en campo el personal de los SSZ señaló que es preciso redoblar los esfuerzos en esta materia, pues en los últimos años se observan resistencias del personal médico no ginecológico para atender partos, sobre todo si tienen complicaciones.
- Integración del Comité interinstitucional para análisis y evaluación de la problemática hospitalaria de Mortalidad Materna.
- Disposición oportuna de sangre y hemoderivados.
- Sistema de Vigilancia Epidemiológica.
- Módulo de Mortalidad Materna. Notificación obligatoria.



Sin embargo, las acciones que implican interacción y coordinación con otros actores institucionales y sociales no se han aplicado en el estado o apenas se van a empezar a aplicar. En particular nos referimos a las madrinan y padrinos obstétricos que apenas van a iniciar a ensayarse en el marco del proyecto intermunicipal “Promoviendo entornos saludables para embarazadas”, mismo que inició su operación en este año en los municipios de Luis Moya, Ojocaliente y Loreto. El proyecto se inscribe en el Programa de acción: Entornos y comunidades saludables de la Dirección General de Promoción de la Salud de la Secretaría de Salud Pública Federal.

De igual forma, hasta 2012 se establecieron convenios con las Presidencias municipales para facilitar el traslado de las mujeres embarazadas en riesgo. Este convenio consiste en que se dotó a los municipios de una ambulancia para que se utilice para el traslado. La Presidencia municipal se compromete a destinar el recurso necesario para la gasolina del vehículo y el chofer.

Asimismo, en el Estado de Zacatecas se carece de albergues que permitan que las embarazadas puedan instalarse cerca del hospital resolutivo unos días antes del parto (Red de albergues AME) . Esta acción es fundamental para garantizar la atención oportuna y disminuir los tiempos de traslado.

Por otra parte, las acciones de promoción de la salud hacia la población “abierta” parecen ser un poco más discontinuas y dependen en gran medida de las voluntades e iniciativa de las áreas de promoción de la salud en cada jurisdicción sanitaria.

También se encontraron debilidades en las campañas masivas de comunicación (informando factores de riesgo y dando a conocer el Convenio General de Colaboración para la Atención de



Emergencias Obstétricas), que a criterio del personal de los SSZ ha carecido de recursos que permitan que realmente sea masiva.

Finalmente, es preciso señalar que se observaron contradicciones entre el personal respecto a la referencia de casos. La indicación de la Secretaría de Salud federal señala “Enfrentar la emergencia obstétrica en todas las unidades médicas. Desalentar al máximo la referencia de casos. Cero rechazo.” Aunque no se señaló en ningún caso el rechazo de referencia de casos al momento del parto, personal de los hospitales comunitarios zacatecanos señaló dificultades para que las mujeres en riesgo reciban seguimiento y consulta prenatal en los hospitales generales y en el Hospital de la Mujer, mismos que argumentan saturación del servicio.



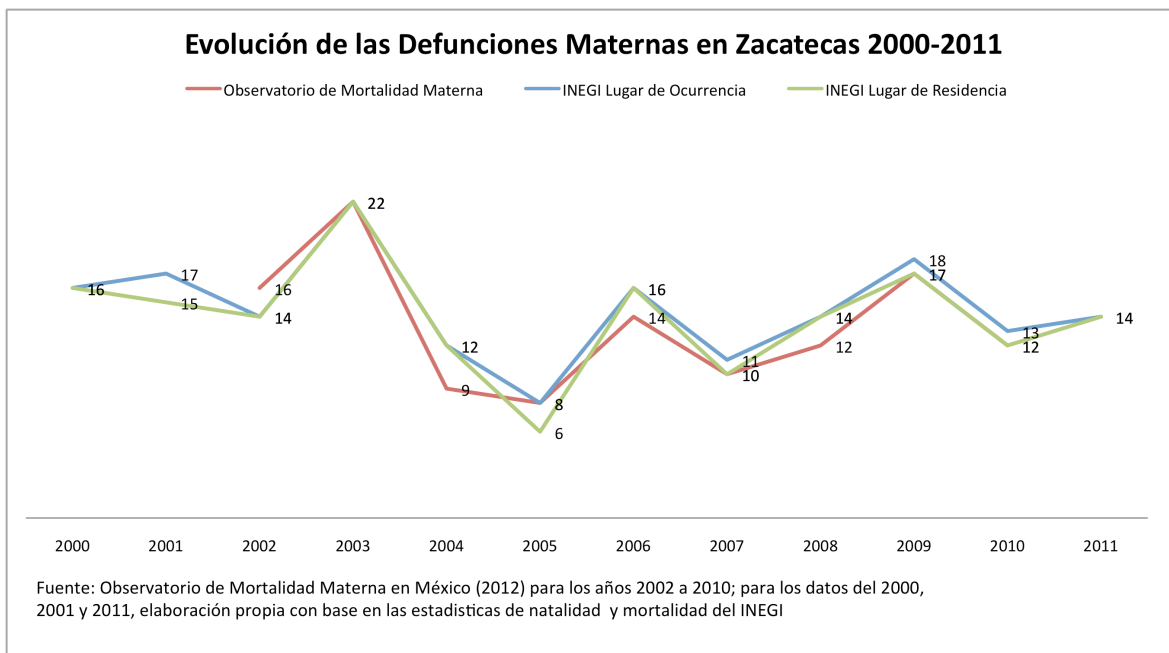
V. Medición de resultados

Este último apartado se orienta a contrastar los resultados que ha obtenido la estrategia que sigue el gobierno de Zacatecas a efecto de disminuir la mortalidad materna con la problemática que presenta la entidad.

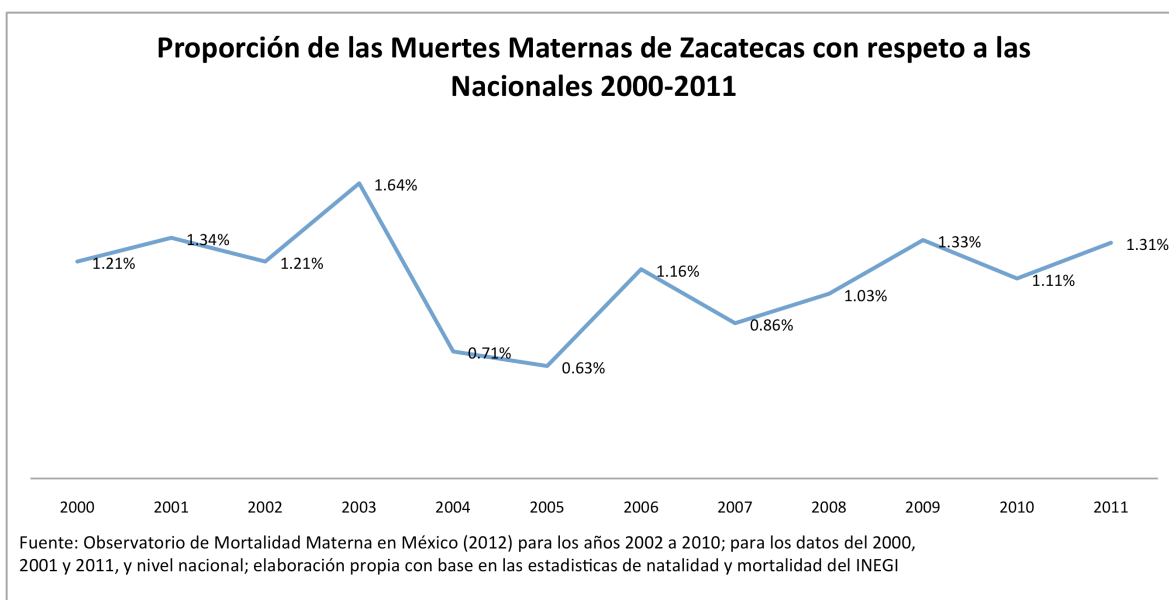
A continuación se presenta una síntesis de la información estadística disponible respecto a la incidencia de mortalidad materna en el estado de Zacatecas, organizada por esta consultoría:

En Zacatecas el número absoluto de defunciones maternas ha mostrado importantes variaciones entre los años 2000 y 2011, pero en el balance del período la disminución absoluta es poco sustantiva, pues para 2000 se presentaron 16 muertes maternas y para 2011, 14. Obsérvese que durante este período se registran pequeños lapsos (de dos o tres años) con descensos continuos en este indicador, seguidos de incrementos notables. 2003 constituye el año con la cifra más alta de defunciones maternas y 2005 el que tiene la más baja. Es de destacar que en 2003 el número de muertes maternas triplica a las de 2005.





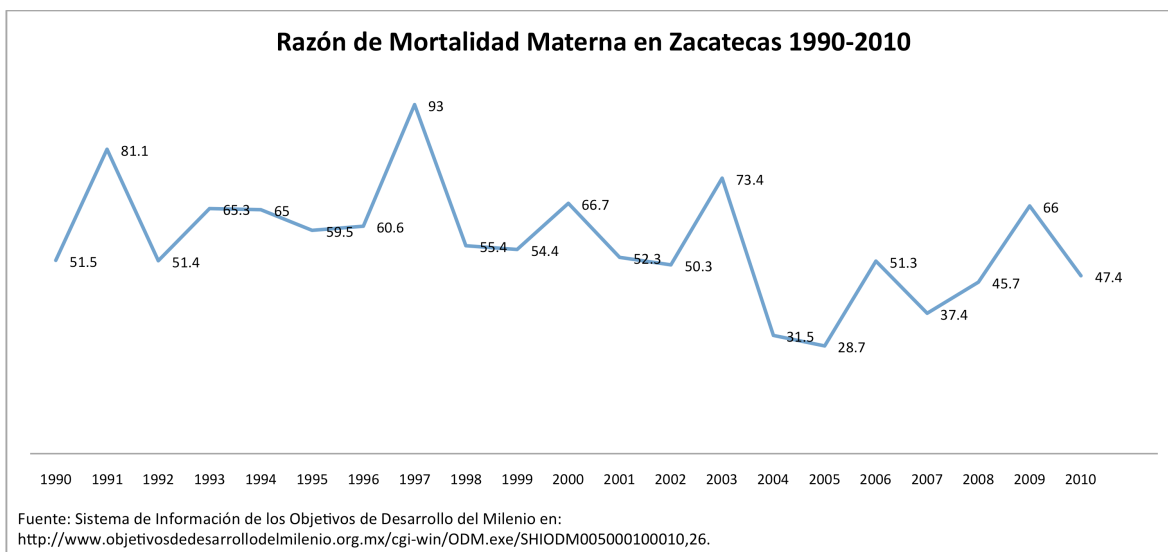
La proporción de defunciones maternas en Zacatecas respecto a las que se presentan a nivel nacional se incrementó en una décima porcentual entre 2000 y 2011. En este caso también se observan importantes variaciones que denotan las dificultades para mantener un comportamiento de disminución sostenida del indicador.



Por otra parte, la Razón de Mortalidad Materna (RMM) que indica el número de muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos estimados, presenta también un comportamiento discontinuo entre 1990 y 2010, pero en esos 20 años la RMM ha disminuido muy levemente: en 1990 la RMM de Zacatecas era de 51.5 y para 2010 alcanza 47.4.

Asimismo, debe relevarse que a lo largo de esos 20 años el comportamiento del indicador tiene períodos muy cortos de reducción y, en cambio, se observan incrementos abruptos en algunos años, como 1991, 1997, 2003 y 2009.

Al igual que sucede con el número absoluto de defunciones, 2005 es el año con menor cantidad de muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos.



La información con la que actualmente cuentan los SSZ no permite medir los resultados de la estrategia para reducir la mortalidad materna, pues las metas e indicadores elaborados se



orientan a dar cumplimiento a acciones puntuales como capacitación, número de consultas o asistencia, mas no existen metas e indicadores más abarcadores que se orienten a medir el propósito de reducir la mortalidad materna.

En este sentido, se debe aclarar que todas las acciones que contemplan los SSZ sin duda alguna contribuirán a reducir la mortalidad materna en la entidad, pero hace falta plantearse este propósito de manera explícita para medir y monitorear los resultados e impacto de la estrategia.

Lo anterior permitiría explorar hipótesis que expliquen los motivos por los que en el Estado no se ha logrado mantener una tendencia decreciente del indicador.



VI. Análisis FODA

En este apartado se enumeran las Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas identificadas en las acciones que han implementado los Servicios de Salud de Zacatecas para reducir la mortalidad materna. A partir de este análisis FODA se establecen una serie de recomendaciones que se articulan en el Programa de acción que acompaña esta Evaluación.

Fortalezas:

- Apego y seguimiento de las estrategias nacionales para reducir la mortalidad materna. Los SSZ implementan la mayor parte de las estrategias nacionales de reducción de la mortalidad materna y dan estricto seguimiento a la normatividad mexicana, al tiempo que se apegan a los procedimientos y recomendaciones con tal objetivo.
- Constitución y funcionamiento continuo de los Comités para el análisis de cada muerte materna en Zacatecas. El Comité analiza cada una de las muertes maternas que se registran en la entidad con miras a identificar las causas y condiciones en que se dio el fallecimiento, las características de la mujer y las posibles fallas en la atención. Para cada muerte materna, el Comité emite recomendaciones orientadas a evitar que se repitan las condiciones en que sucedió el fallecimiento.
- Identificación de las causas y condiciones de cada muerte materna registrada en la entidad. A través del Comité se ha podido dar seguimiento a cada una de las muertes maternas, por lo que los SSZ cuentan con un registro actualizado de cada fallecimiento, las causas y condiciones en que se produjo.
- Desarrollo de Convenios con presidencias municipales para facilitar el traslado de las mujeres embarazadas en condición de riesgo en el momento del parto. Estos convenios han permitido que cada municipio cuente con una ambulancia que debe estar a disposición de las mujeres embarazadas en condición de riesgo para su traslado a un



hospital. Las presidencias municipales se comprometen a correr con el costo de la gasolina y a disponer de un chofer para el traslado.

- Surgimiento de algunas iniciativas locales para reducir la mortalidad materna. Se hace referencia particular al caso del proyecto intermunicipal que expresa un renovado interés en algunas localidades del Estado por fortalecer los esfuerzos para reducir la mortalidad materna.
- Alta disposición del personal de los SSZ para dar cumplimiento a las acciones de reducción de la mortalidad materna.
- Desarrollo de acciones preventivas en el marco de la promoción de la salud, sobre todo se hace referencia a las iniciativas orientadas a prevenir el embarazo adolescente, la promoción de la anticoncepción y la atención prenatal. Es de destacar que en estas acciones participa activamente el personal de promoción de la salud en las jurisdicciones sanitarias.

Oportunidades:

- Desarrollo creciente de estrategias y acciones para el combate de la mortalidad materna en el país.
- Incremento de los recursos nacionales para el combate a la mortalidad materna en el contexto del cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.
- Surgimiento del Observatorio de mortalidad materna que sistematiza la información nacional.



Debilidades:

- Dificultades para desarrollar acciones específicas en Zacatecas para acelerar la reducción de la mortalidad materna. Los SSZ se apegan a las estrategias y programas nacionales pero hace falta desarrollar una estrategia local.
- No se utiliza la información para reorientar y/o fortalecer acciones de los SSZ para acelerar la reducción de la mortalidad materna y/o focalizar las acciones. Las acciones desarrolladas se enmarcan en la estrategia nacional, pero no se enfatizan, focalizan o se incluyen innovaciones en respuesta a la información que deriva del análisis de las muertes maternas en el Estado. Las recomendaciones que emite el Comité generalmente se orientan a fortalecer acciones que ya se realizan en el Estado.
- Se observa una cierta dosis de “impotencia” del personal médico frente a la problemática. Hay una suerte de “conformidad” porque no ha incrementado el número de muertes maternas y se argumenta que “en los mejores hospitales del mundo eso sucede”.
- Infraestructura hospitalaria insuficiente. El Estado sólo cuenta con cuatro hospitales resolutivos para la emergencia obstétrica. Los centros de salud y hospitales comunitarios carecen de condiciones para poder atender urgencias obstétricas y embarazos de alto riesgo.
- Notables retardos en el traslado desde los hospitales comunitarios hasta los hospitales resolutivos. Las mujeres llegan a los hospitales resolutivos en condiciones de alta complicación que dificultan impedir la muerte.
- Escasa articulación con la sociedad civil y otros sectores. Las acciones para el combate de la mortalidad materna están concentradas en los SSZ, se observa poca interacción con el sector educativo y otros actores sociales con miras a fortalecer las acciones preventivas. En la percepción del personal de los SSZ la problemática de la mortalidad materna compete al sector salud y, en particular, a los servicios médicos.



Amenazas:

- Los problemas de inseguridad derivan en que una creciente cantidad de médicos/as no quieren trabajar en municipios y comunidades alejadas.
- Los SSZ ofrecen bajos salarios y precarias condiciones de trabajo al personal médico (trabajan por contrato y sin seguridad social).
- Decreciente número de ginecólogos en el Estado de Zacatecas.
- Débil formación profesional del personal médico, sobre todo poco capacitado en la atención de la emergencia obstétrica.
- Patrones socioculturales de género limitan la autonomía de las mujeres en la toma de decisiones. Este factor es crucial para la atención oportuna.



Bibliografía

CANALES, Raymundo (2009): Estrategia para Disminuir la Mortalidad Materna en México. México. Secretaría de Salud (Documento electrónico)

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva: Estrategia Integral para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna en México. México. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2012): Evaluación Estratégica sobre Mortalidad Materna en México 2010: características sociodemográficas de las mujeres embarazadas que obstaculizan su acceso afectivo a instituciones de salud. México. CONEVAL.

DÍAZ, Daniela (2006): Mortalidad Materna; *“Una tarea inconclusa”*. México. Fundar, Centro de Análisis e Investigación, A.C.

Ministerio de Salud (2009): Plan estratégico nacional para la reducción de la mortalidad materna y perinatal 2009-2015. Perú. Ministerio de Salud.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2010): Plan de Acción para la Reducción de la Mortalidad Materna Neonatal y Mejoramiento de la Salud Reproductiva 2010-2015. *“Cero tolerancia a la muerte materna y neonatal”*. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Observatorio de Mortalidad Materna en México (2012): Muertes Maternas: Indicadores 2010. México. Observatorio de Mortalidad Materna en México.

Organización Panamericana de la Salud: Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave. Bolivia. OPS.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2010): Las Mujeres y el Presupuesto Público en México. México. PNUD.

Secretaría de Salud (2011): Programa Nacional de Rendición de Cuentas, Transparencia y Combate a la Corrupción 2008-2012. *“Minuta del Ejercicio de Rendición de Cuentas a la Sociedad 2011 (ERCS)”*. México. Secretaría de Salud (Documento electrónico)

