



EVALUACIÓN  
DE DISEÑO  
DEL PROGRAMA  
DE ACCIÓN  
ESPECÍFICO SOBRE



**SALUD  
MATERNA  
Y PERINATAL**

# EVALUACIÓN DE DISEÑO DEL PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO SOBRE SALUD MATERNA Y PERINATAL

Este libro fue sometido a un proceso de revisión y lecturas especializadas conforme a los criterios editoriales de FUNDAR. Centro de Análisis e Investigación, A.C.

## **Autoras:**

Eduardo Alcalá Gómez  
Daniela Díaz Echeverría  
Cécile Lachenal  
Matilde Pérez Romero  
Cecilia Toledo Escobar

## **Cuidado editorial y proofreading**

Ingrid Picasso Cerdá

## **Diseño editorial**

Mara Hernández Zepeda

## **Corrección de estilo**

Lucía Melgar

Este trabajo se realizó con el apoyo de la Fundación MacArthur.



© Fundar, Centro de Análisis e Investigación A. C.

Cerrada de Alberto Zamora 21, Col. Villa Coyoacán, Del. Coyoacán, C.P. 040000, Ciudad de México

Primera Edición: Noviembre de 2019

# RESUMEN EJECUTIVO

Este estudio se terminó a finales de 2018 y fue pensado para incidir en la elaboración del Programa de Acción Específica de Salud Materna y Perinatal 2019-2024. Los Programas de Acción Específica (PAE) son instrumentos de política pública que permiten a la administración pública acotar ciertos problemas públicos y delinear líneas de acción para atenderlos. Dentro de la estructura normativa-institucional mexicana, existen varios instrumentos de política pública, que idealmente se deben articular unos con otros, y estar alineados y articulados con el Plan Nacional de Desarrollo, así como con los Planes Sectoriales.

Este análisis busca aportar elementos de respuesta a la pregunta que desde Fundar nos hacíamos acerca de la idoneidad del PAE de Salud Materna y Perinatal (PAE- SMP) para atender los problemas principales que afectan a la salud materna de las mujeres y personas gestantes en el país. Así escogimos analizar el diseño del PAE en un primer momento, dejando para más adelante el tema de su implementación y de sus impactos.

En particular, quisimos tratar de entender si el diseño del PAE incluía una perspectiva de derechos humanos, de género y diversidad para atender las necesidades en salud materna de las personas gestantes. Para analizar el PAE de Salud Materna y Perinatal, escogimos apoyarnos en los términos de referencia (TdR) de evaluación de CONEVAL, bajo el supuesto de que éste es el instrumento de evaluación que conocen los servidores públicos y que así

podríamos hablar el mismo lenguaje. Ciertamente esta postura tiene sus limitaciones y estamos conscientes de ellas. Nos parece sin embargo que el estudio aporta elementos interesantes para el debate y la discusión pública sobre los instrumentos de política pública en el ámbito de la salud sexual y reproductiva.

Los principales hallazgos de este trabajo son:

## JUSTIFICACIÓN DE LA CREACIÓN Y DEL DISEÑO DEL PROGRAMA

En esta categoría se integraron las preguntas relativas a la identificación de los problemas que sustentan el diseño del programa; a la pertinencia del diagnóstico y de la evidencia que dimensiona la magnitud de las necesidades, y a la existencia e integración de evidencia teórica y empírica que justifica el tipo de estrategias y acciones que plantea el programa.

Sobre estos elementos, se identificó que el programa sí cuenta con un diagnóstico de la problemática, pero que, en el documento oficial del PAE, éste no es exhaustivo. Sin embargo, otro documento elaborado por la Subsecretaría de Promoción y Prevención de la Salud de la SSA, titulado Diagnóstico del Programa Presupuestario P020, de 2015 (un año después de la puesta en operación del PAE), y publicado en la página del CONEVAL, brinda un mayor desarrollo de la problematización de necesidades y de la conceptualización del programa, y ofrece mayor claridad acerca de las poblaciones a

atender. No obstante, este análisis tampoco es exhaustivo, en sus árboles de problemas y objetivos, en cuanto a los determinantes y efectos diferenciados en las brechas entre las entidades federativas de esta problemática. Tampoco se identificó una problematización de las necesidades desde las desigualdades de la población mexicana, aunque sí se indica de manera enunciativa.

Por otro lado, también en relación con el diagnóstico, sobresale que la problematización de las necesidades no explicita el enfoque del derecho a la salud desde una perspectiva de derechos humanos. En este sentido, de los cuatro elementos (accesibilidad, aceptabilidad, calidad y disponibilidad) que establece la Observación General No. 14 (2000) del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU<sup>1</sup> en materia del *derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*, al único elemento al que se le dota de contenido dentro de la narrativa del PAE es el de calidad, en tanto que los otros tres componentes quedan invisibilizados. Esto es relevante porque dicha laguna en la conceptualización del diseño del programa puede haberlo dejado desprovisto de estrategias y acciones para lograr un alcance más amplio e integral en sus resultados y efectos sobre las poblaciones a beneficiar.

Además, en términos de la pertinencia que guardan las opciones elegidas para atender las necesidades en materia de salud materna y perinatal en México, no se identificó un análisis que, basado en evidencia (nacional y/o internacional) teórica y empírica, diera cuenta de que las estrategias y acciones indicadas en el diseño del programa fueran el mejor tipo de intervenciones que implementar.

## CONTRIBUCIÓN A LAS METAS Y ESTRATEGIAS NACIONALES

Este apartado contempló las interrogantes asociadas a la alineación del programa con los objetivos sectoriales y las apuestas sexe-

nales a nivel nacional. Exploró además la vinculación del programa con los objetivos internacionales que México ha ratificado como los Objetivos del Milenio (ODM) que concluyeron en 2015 y la Agenda 2030 de los Objetivos de Desarrollo Sustentable (ODS).

Al respecto, se identificó que los objetivos generales del programa sí están alineados con las metas sectoriales, transversales y nacionales, y con los objetivos signados a nivel mundial. Sin embargo, dado que la conceptualización de las estrategias no da cuenta de una perspectiva de derechos humanos desde los elementos del derecho a la salud establecidos por la ONU, la contribución del programa a las metas internacionales y a la efectividad de los derechos humanos no es del todo clara más allá de su narrativa general.

## POBLACIÓN POTENCIAL, OBJETIVO Y MECANISMOS DE ELEGIBILIDAD

Este apartado integró las cuestiones relacionadas con la cuantificación y caracterización de las poblaciones (potencial y objetivo) que busca atender el programa, y de sus mecanismos de elegibilidad. Las preguntas también indagan sobre la demanda de servicios, las características de las solicitantes y las estrategias de cobertura con las que cuenta el programa.

En el documento oficial del PAE no se logró identificar la cuantificación y caracterización ni de la población potencial ni de la población objetivo. No obstante, como se ha indicado, en un estudio complementario, elaborado por la SSA un año después de la puesta en marcha del programa, sí se estableció una aproximación a estos dos tipos de poblaciones, traduciéndolas como: *MEF: Mujeres en edad fértil; es decir, mujeres que tienen entre 15 y 49 años de edad, y MEFU: Mujeres en edad fértil unidas; es decir, mujeres que tienen entre 15 y 49 años de edad y que, además, están casadas o unidas.*

Sobre este punto, en términos del derecho a la salud, al enunciar de esta forma a las poblaciones, se invisibilizan las diversidades de

<sup>1</sup> Disponible en: <http://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf?view>

las personas gestantes y sus particularidades, inclusive, más allá del género. En este sentido, no se identificaron datos por grupos de interés: personas indígenas, afrodescendientes, adolescentes, migrantes, con discapacidad, con VIH, transexuales, entre otras.

Por otro lado, tampoco se identificó una estrategia de cobertura del programa, ni sus mecanismos de elegibilidad. Esto cobra relevancia porque, tal y como lo señala su diagnóstico, “la fragmentación del sistema de salud [...] sumado a la descentralización de los servicios de salud, da lugar a niveles muy heterogéneos de calidad y cobertura, lo cual afecta, en especial, a la población marginada y de alta vulnerabilidad, indígena y adolescente”. Al respecto, el diseño del programa no da cuenta de ninguna estrategia que promueva la estandarización de mecanismos de información que, dada la fragmentación institucional indicada, consoliden datos para lograr conocer un panorama sectorial más robusto, a partir de las especificidades que guardan las personas gestantes en todas sus diversidades.

### **PADRÓN DE BENEFICIARIOS Y MECANISMOS DE ATENCIÓN**

Esta sección consideró las preguntas relacionadas con la existencia de información sistematizada acerca de quienes reciben las intervenciones del programa, de preferencia a través de un padrón de beneficiarios. Además, en este apartado se exploraron los mecanismos de atención y prestación de servicios de salud.

Al respecto, el diseño del programa explicita que, dada su naturaleza, “es imposible la creación, seguimiento y monitoreo de un padrón de beneficiarios ya que no existe un listado en el cual se



pueda saber nominalmente quiénes dentro de la población potencial experimentarán la necesidad de recibir alguna de las intervenciones [...]”. Si bien esto puede ser cierto, dicha condición no exime al programa de enfatizar en su diseño la necesidad (y exigencia) de contar con registros administrativos y datos estadísticos que permitan conocer, con claridad y oportunidad, el estatus de las y los usuarios de los servicios de salud materna y perinatal, aun con las complejidades que impone la fragmentación del sistema de salud. Esto último tampoco se identificó.

Por su parte, en términos de mecanismos de atención, el diseño del programa contempla, como unidad mínima de planeación, sus líneas de acción sin llegar a una desagregación más operativa de la prestación de servicios. Al respecto, es importante enfatizar que, dada la diversidad de instancias prestadoras de servicios en

nuestro sistema de salud y la heterogeneidad con la que atienden en las entidades federativas, preocupa que el diseño del programa no se complemente con algún tipo de lineamientos generales que permitan aterrizar la abstracción de las acciones en procedimientos más operativos. Éstos permitirían delinear, de cierta forma, pautas para brindar una mejor atención a las personas y a las y los recién nacidos. Tampoco se identificaron las precondiciones del derecho a la salud.

### **MATRIZ DE INDICADORES PARA RESULTADOS (MIR)**

En esta parte del estudio se examinó la consistencia que guardan los diversos elementos en el diseño del programa y su contribución entre los distintos niveles de su estructura. Por otro lado, se revisó la existencia e integración de instrumentos para la medición, el seguimiento y la evaluación del programa.

Sobre estos puntos se identificó que, aun cuando el programa está alineado con los objetivos sectoriales, al interior de su diseño no es tan clara la relación entre todos sus elementos (Fin, Propósito, Componentes y Actividades). Esto podría explicarse, en principio, porque el diseño general del programa no atiende a un árbol de problemas y objetivos que, precisamente, es donde se hace visible la causalidad contributiva de las distintas piezas que conforman un diseño programático. En segundo lugar, esto se debe a que la narrativa de las estrategias y de las líneas de acción (traducidas como Componentes y Actividades) es ambigua en muchos de sus términos<sup>2</sup>. Por lo tanto, tampoco se identificó cómo medir el cumplimiento del programa, dada la falta de parámetros claros sobre dichos conceptos.

Por otro lado, el documento oficial del programa no estable-

ce una MIR que integre todos los elementos técnicos deseables (resumen narrativo, indicadores, método de cálculo, medios de verificación y supuestos). Aun cuando esto no fuera relevante en términos de forma y contenido, el programa sólo da cuenta de siete indicadores para medir sus resultados. Aquí, es necesario enfatizar que, dada la estructura y amplitud del diseño del programa, y pensando que cada objetivo, estrategia y línea de acción debería poder medirse, se requeriría de, por lo menos, 33 indicadores básicos, sin contar aquéllos que permitieran evaluar el programa desde una perspectiva de derechos humanos.

### **PRESUPUESTO Y RENDICIÓN DE CUENTAS**

En este apartado se exploraron las consideraciones que se hicieron en el diseño del programa respecto de su marco presupuestal y de sus mecanismos de transparencia y rendición de cuentas.

En el documento oficial del programa no se identificaron las estimaciones del costo operativo de éste. Además, al momento de diseñar el programa, se consideraron como fuentes principales de recursos para el financiamiento de la salud materna, dos programas presupuestarios, el U007 “Reducción de la mortalidad materna y calidad en la atención obstétrica” y P017 “Atención de la salud reproductiva y la igualdad de género en salud”, que en 2016 se fusionaron en un solo programa presupuestario *P020 Salud materna, sexual y reproductiva* en el Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF). Si bien esta fusión puede abonar a una mayor claridad de la fuente de financiamiento, la fragmentación del sistema de salud y la diversidad administrativa de sus prestadores de servicios en las entidades federativas, vuelve más compleja la posibilidad de verificar y monitorear la correspondencia entre presupuestación, asignación y ejecución del gasto para las distintas estrategias y líneas de acción.

<sup>2</sup> Algunos de los términos identificados y que no se dotan de contenido para abonar a la claridad del diseño del programa son: búsqueda intencionada, enfoque integral, enfoque de interculturalidad, atención segura, competente y respetuosa de los derechos humanos, pertinencia cultural, intervenciones comunitarias y participativas, necesidades y preferencias interculturales, tratamiento oportuno, enfoque de riesgo, poblaciones vulnerables, y servicios de calidad y respetuosos, entre otros.

Además, se identificó que el diseño del PAE, aun cuando no es explícito en este sentido, persigue una visión del seguimiento o monitoreo desde una lógica de eficiencia y cumplimiento de metas presupuestarias, sin integrar un enfoque evaluativo que priorice el aprendizaje para fortalecer una perspectiva de derechos humanos.

Respecto de la transparencia y rendición de cuentas, el documento oficial del programa remite a la página de la SSA o, en su defecto, a los portales de Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud y del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR). Por lo tanto, no es exhaustivo en establecer mecanismos y lineamientos públicos que permitan a la ciudadanía conocer el avance para el cumplimiento de sus objetivos.

### **COMPLEMENTARIEDADES Y COINCIDENCIAS CON OTROS PROGRAMAS FEDERALES**

En esta sección se revisaron las posibles coincidencias y/o complementariedades del programa con otras estrategias a nivel federal. En su documento oficial, ni el diagnóstico ni el diseño del programa establecieron sus complementariedades, sinergias y coincidencias con otros programas y estrategias a nivel federal. No obstante, entre los diversos instrumentos de política que se identificaron para ese periodo, puede mencionarse el Convenio General de Colaboración Interinstitucional de Emergencias Obstétricas (CAEO), las acciones de la Estrategia Embarazo Saludable, y las estrategias de IMSS-Prospera en la materia, entre otros.

En resumen, la valoración general identifica diversos desafíos en todos los elementos analizados. Además, si se enfatiza este análisis desde una perspectiva de derechos humanos, los retos para el buen diseño del programa aumentan. En este sentido, el diseño actual no permite responder interrogantes relacionadas con ¿qué tan accesibles se prevé que sean los servicios de salud materna y perinatal? o ¿qué tan aceptables pueden ser dichos servicios para las personas gestantes y para las y los recién nacidos? Tampoco se logra contestar inquietudes sobre la calidad y la disponibilidad prevista para la atención de estas poblaciones.



**AUN CUANDO EL PROGRAMA ESTÁ  
ALINEADO CON LOS OBJETIVOS  
SECTORIALES, AL INTERIOR DE SU DISEÑO  
NO ES TAN CLARA LA RELACIÓN ENTRE  
TODOS SUS ELEMENTOS (FIN, PROPÓSITO,  
COMPONENTES Y ACTIVIDADES).**

# GLOSARIO

**Convenio Específico en materia de administración de subsidios para el fortalecimiento de acciones de salud pública en las entidades federativas (AFASPE):** mecanismo para transferir recursos financieros e insumos, desde la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud (SPPS) de la Secretaría de Salud (SSA) a los Servicios Estatales de Salud (SESA), a través de la firma de un acuerdo marco.

**Convenio General de Colaboración Interinstitucional de Emergencias Obstétricas (CAEO):** establece que todas las mujeres que presenten complicaciones obstétricas deberán ser atendidas en cualquier unidad de salud del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) o SSA, sin importar su condición de afiliación.

**Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES):** documento de referencia del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) para la atención a la salud dirigida a la persona; ahí se describen las intervenciones médicas a las que tiene derecho la persona beneficiaria del Seguro Popular.

**Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE):** utilizada por la Organización Mundial de la Salud para dar seguimiento a las tendencias sanitarias, planificar la prestación de servicios y adoptar decisiones sobre la financiación de los sistemas de salud.

**Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva**

**(CNEGySR):** *unidad de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud*, responsable de las políticas nacionales de los programas de planificación familiar y anticoncepción, salud sexual y reproductiva para adolescentes, prevención y control de cáncer de la mujer, salud materna y perinatal, igualdad de género en salud, y prevención y atención de la violencia familiar y de género.

**Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSP):** institución federal que administra y vigila el empleo de los recursos destinados al financiamiento de la provisión de servicios de salud, de la población afiliada al Seguro Popular.

**Matriz de Indicadores para Resultados (MIR):** herramienta que permite vincular los distintos instrumentos para el diseño, organización, ejecución, seguimiento, evaluación y mejora de los Programas presupuestarios, resultado de un proceso de planeación realizado con base en la Metodología del Marco Lógico.

**Muerte materna:** Fallecimiento de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, debido a cualquier causa relacionada con o agravada por éste o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.

**ODM:** Objetivos de Desarrollo del Milenio.

**ODS:** Objetivos de Desarrollo Sustentable

**Programa de Acción Específica (PAE):** instrumento rector que plantea estrategias y acciones para la solución de los problemas de salud.

**PAE SMP:** Programa de Acción Específica de Salud Materna y Perinatal.

**Personas gestantes o en posibilidad de gestar:** concepto más amplio que el de mujeres, de tal forma que no se discrimine a las personas con cuerpo femenino que se identifican con la identidad masculina, y poder así identificar las necesidades básicas de las personas gestantes, así como las de los grupos con identidades sexuales diversas.

**PEF:** Presupuesto de Egresos de la Federación.

**PND:** Programa Nacional de Desarrollo.

**Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida:** creado por el gobierno federal en 2001 para atender desafíos de salud materna. Su cobertura se amplió a otras entidades federativas, hasta alcanzar la obligatoriedad para instituciones públicas y privadas a finales de 2004.

**PROSEA:** Programa Sectorial de Salud.

**Posadas de Atención a la Mujer Embarazada (Posadas AME):** Espacios donde la embarazada con alguna complicación recibe asistencia, alimentación, hospedaje y vigilancia médica, en tanto se controla y se atiende el parto.

**Puerperio:** Al periodo que inicia al terminar tercer periodo del parto y concluye con la involución de los órganos genitales maternos. Su duración de 6 o 42 días.

**Ramo 12:** Ramo Salud en el Presupuesto de Egresos de la Federación.

**Razón de Muerte Materna (RMM):** Número anual de mujeres fallecidas por causas relacionadas con el embarazo y el parto por cada 100 000 nacidos vivos.

**Redes Seguras de Atención Materna:** conjunto funcional de unidades de salud de primer contacto que coordinan el trabajo del personal comunitario y los profesionales de salud, la operación de unidades móviles, centros de salud y hospitales, así como

la referencia oportuna para la atención del parto.

**SIAFFASPE:** Sistema de Información para la Administración del Fondo de Aportaciones para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas.

**Sistema de Protección Social en Salud (SPSS):** Se define como Seguro Popular, un modelo de aseguramiento público en salud que tiene por objeto brindar protección financiera a la población que carece de seguridad social, asegurando su acceso a servicios de salud.

**Tamiz metabólico neonatal:** Examen de laboratorio practicado al recién nacido/a, para detectar padecimientos de tipo metabólico.

# INTRODUCCIÓN

El Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR) es la unidad de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, y el órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, que coordinó el diseño de seis de los PAEs elaborados para el sector, que cubren los temas de equidad de género y salud reproductiva<sup>3</sup>. Es también la unidad que analiza los resultados de estas estrategias, a la luz de los diagnósticos que elaboró para sustentar la integración conceptual de los PAEs como instrumentos de política pública. Asimismo, el CNEGSR es la unidad responsable del ejercicio de los recursos públicos monetarios asignados al programa presupuestario (Pp) P020 Salud Materna, Sexual y Reproductiva, que funciona como una bolsa para el conjunto de los 6 Programas de Acción Específica, bajo la responsabilidad del CNEGSR, y etiquetado casi en su totalidad desde el anexo para la Igualdad entre mujeres y hombres.

El Programa de Acción Específico Salud Materna y Perinatal (PAE SMP), formulado en 2013, plasma la política pública en materia de salud materna del gobierno de Peña Nieto, ya que instrumentaliza, a través de estrategias y líneas de acción, las apuestas institucionales, y la coordinación de las distintas dependencias públicas regidas por el Programa Sectorial de Salud (PROSESA)

<sup>3</sup> Los 6 PAEs elaborados y coordinados por el CNEGSR son: Igualdad de género en salud; Prevención y atención de la violencia familiar y de género; Prevención y control del cáncer de la mujer; Planificación familiar y anticoncepción; Salud sexual y reproductiva para adolescentes; Salud materna y perinatal.

en el tema particular de salud materna y perinatal. Por ello es el instrumento clave para entender cómo el gobierno y sus instituciones se acercan a la salud materna y perinatal, cuáles son las estrategias que se diseñaron para mejorar el acceso a la salud y a la salud materna y perinatal en particular; así como las metas propuestas para alcanzar los objetivos planteados.

El PAE se inscribe en la continuidad de instrumentos de política pública anteriores, como el Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida que se diseñó e implementó durante los sexenios de Fox y Calderón, de 2001 a 2012, con el objetivo de reducir la mortalidad materna en el país. Desde 1993, México se unió a la Iniciativa por una Maternidad sin Riesgos y a partir de esta fecha se creó el Comité Nacional por una Maternidad Sin Riesgos (así como comités estatales), que ha sido un actor fundamental para que la muerte materna se reconozca como un problema grave de salud pública en el país (Argüello Avendaño, 2018: 34). Gracias al trabajo del Comité, y a la iniciativa internacional de los Objetivos del Milenio, lanzada en 2000, que retoma la salud materna como uno de los objetivos que deben alcanzar los países, a partir de esta fecha los gobiernos federal y estatales no pudieron dejar de considerar el diseño y aplicación de estrategias en materia de salud materna como parte de los planes de salud bajo su responsabilidad.

Se ha identificado que medir la muerte materna permite conocer

“múltiples aspectos de las condiciones de vida de los conjuntos sociales, incluyendo el acceso a bienes y servicios básicos, las relaciones de género, el disfrute de los derechos humanos y el acceso a los servicios de atención médica” (Pisanty-Alatorre, 2017). En este sentido, la política pública en materia de salud para las mujeres, de salud reproductiva y de salud materna en específico, es particularmente relevante no sólo para resolver un problema prioritario de salud pública, sino también como un acto de justicia social y de género que tiene profunda relevancia para México. En otras palabras, la muerte materna puesta en el centro de varias iniciativas, estrategias, políticas y programas, tanto nacionales como internacionales también es un tema que tiene que ver con violaciones a los derechos humanos de las mujeres y de las personas gestantes o en posibilidad de gestar.

Varias aportaciones se han hecho en este sentido desde los organismos internacionales, como el Informe del Relator Especial de Naciones Unidas, Paul Hunt, sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (2006), la Iniciativa Internacional sobre Mortalidad Materna y Derechos Humanos (2007), el Consejo de Derechos Humanos de la ONU y su resolución sobre *Preventable maternal mortality and morbidity and human rights* (2009), y el Informe del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, en julio de 2012, Orientaciones

técnicas sobre la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos a la ejecución de las políticas y programas destinados a reducir la mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad. La muerte materna también ha sido sentenciada como una violación a los derechos de las mujeres por parte del Comité CEDAW en 2011 en el caso Da Silva Pimentel contra Brasil.

En el caso de México, el PAE 2013-2018 busca la disminución de la mortalidad materna como uno de sus principales objetivos, junto con mejorar la sobrevivencia de las personas recién nacidas, reconociendo que los resultados logrados hasta la fecha han sido insuficientes. De esta manera, su objetivo principal es “que las mujeres puedan ejercer sus derechos reproductivos en el curso de la vida, particularmente los relacionados a la salud materna y perinatal, y promover el derecho a la salud de toda persona desde antes del nacimiento, con énfasis en el desarrollo del recién nacido sano y la prevención de defectos al nacimiento, ya sean congénitos y/o genéticos”<sup>4</sup>. Su estrategia principal para lograr este objetivo consiste en “poner mayor énfasis en mejorar la calidad de la atención prenatal, elevar la capacidad resolutoria de las unidades médicas para la atención de las emergencias obstétricas, mediante la capacitación, el equipamiento adecuado, el fortalecimiento de las redes de servicios y los sistemas de referencia y contra referencia, así como a través de facilitar el traslado oportuno de las pacientes con complicaciones, mediante el apoyo de la comunidad y de agentes institucionales relevantes”<sup>5</sup>. Así, el PAE establece dos objetivos principales: 1) Propiciar el acceso universal de mujeres en etapas pregestacional, embarazo, parto, puerperio y neonatal, a servicios de calidad y respetuosos; 2) Contribuir a reducir la morbi-mortalidad materna y perinatal, con enfoque de interculturalidad, dando prioridad a grupos de alta marginación y de riesgo.

Para dar vida a esta política pública, el PAE de Salud Materna

<sup>4</sup> PAE Salud Materna y Perinatal 2013-2018, p. 16.

<sup>5</sup> PAE Salud Materna y Perinatal 2013-2018, p. 16.

se acompañó de la asignación de recursos para salud reproductiva, visibles en el Anexo del presupuesto para la igualdad entre mujeres y hombres, establecido en el decreto del presupuesto público por primera vez en el año 2008, y luego con la etiquetación para salud materna a partir del año 2010. De esta manera, se logró la asignación progresiva de recursos, con un crecimiento de un 123.3% entre 2010 y 2013. Sin embargo, los recortes presupuestarios realizados de 2013 a 2018 han afectado en particular a las mujeres y su acceso a servicios de salud materna de calidad. La política de salud materna, definida por el Programa de Acción Específica Salud Materna y Perinatal fue dotada de un presupuesto etiquetado por la federación, que bajó de 559.87 millones de pesos en 2013 (707.47 millones en pesos de 2018) a 337.31 millones de pesos en 2018, es decir disminuyó en casi 38%.

En términos de recursos financieros como medio para implementar la ampliación de la cobertura universal, las disminuciones presupuestarias han debilitado aún más la frágil política en salud durante este sexenio 2013-2018, y han puesto en entredicho el acceso universal al derecho a la salud como pilar de una sociedad incluyente. Durante el periodo de 2013 a 2018, el presupuesto público para el sector salud (Ramo 12) disminuyó en 18.61% en términos reales. En ese mismo periodo, el Seguro Popular tuvo un decrecimiento de 19.86%, sin que existan criterios públicos que expliquen las razones de estos recortes. El análisis de la Cuenta Pública muestra que el número de personas afiliadas al Seguro Popular disminuyó entre 2013 y 2017 (cuando pasó de 55.6 millones de personas a 53.5 millones); al mismo tiempo que la Cuenta Pública de 2017 reporta la ampliación de intervenciones del Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES). Sin embargo, en 2016, 54.2% de las personas afiliadas eran mujeres en edad reproductiva, de 15 a 39 años. Además de las 20 principales causas de atención hospitalarias reportadas ese año por la Comisión Nacional de Protección

Social en Salud atendidas con recursos del Seguro Popular, 46.7% correspondían a atención ginecobstetra<sup>6</sup>. Por tanto, los servicios de salud reproductiva son los más expuestos a los riesgos de vulnerabilidad que provocan los recortes presupuestarios.

La profundización de las condiciones de pobreza en las familias de alta y muy alta marginalidad debido al gasto de bolsillo representó una de las justificaciones torales en la implementación del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) o Seguro Popular, creado por la reforma a la Ley General de Salud de 2003. Considerando el significativo número de mujeres en edad reproductiva, y de partos, la disminución de los costos para obtener la atención en salud es relevante para el acceso efectivo a ella. El gasto de bolsillo se define como la proporción del gasto que las familias destinan, a través de gastos directos, a solventar los requerimientos de la atención de la salud, una vez satisfechas sus necesidades alimentarias. Sin embargo, los estudios muestran que la puesta en marcha del Seguro Popular en 2004 no lo impactó de manera sustantiva ya que en 2010 el gasto de bolsillo seguía representando el 47.21% del gasto total en salud<sup>7</sup>. Es decir que pese a las modificaciones en el diseño del financiamiento en salud en los últimos quince años, el gasto de bolsillo no ha disminuido. En el caso de la población afiliada al Seguro Popular (la cual pertenece a los deciles de ingresos más bajos o sin ingreso alguno), el gasto de bolsillo equivalió al 54 % del gasto público per cápita<sup>8</sup>. Esto significa que del 100 por ciento del gasto público en salud por persona —en este caso el Seguro Popular— la o el paciente está cubriendo el 54% con sus recursos propios.

6 Información de Fundar, publicada en <https://lasillarota.com/opinion/columnas/quien-hara-responsable-salud-mexico-derecho-salud-secretaria-salud-presupuesto-opinion/190030>

7 Mariana Pérez, Acceso económico a la salud. Disponible en <http://www.fundar.org.mx/mexico/pdf/acceso-economico.pdf>

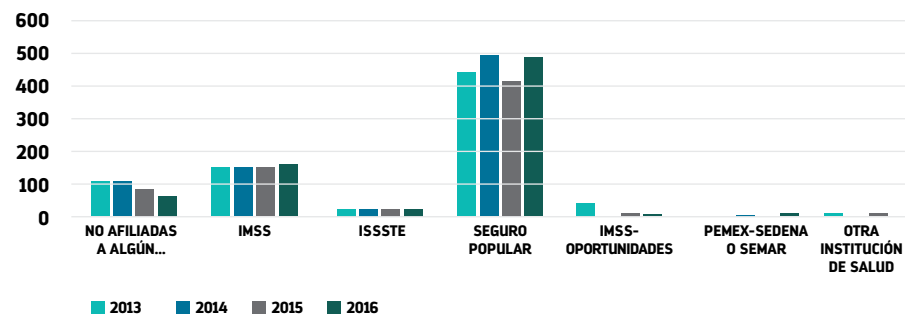
8 Judith Senyacen Méndez Méndez, Afiliación, uso y gasto en salud: ENIGH 2016. Centro de Investigación Económica y Presupuestaria (CIEP). Disponible en <http://ciep.mx/afiliacion-uso-y-gasto-en-salud-enigh-2016/>

No solamente el gasto per cápita difiere en función de la institución proveedora del servicio, también la fragmentación institucional se refleja en condiciones diferenciadas de infraestructura y bienes en salud, así como en modalidades de provisión de atención establecidas en cada una de ellas. Así, el IMSS provee todas las intervenciones establecidas en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), bajo el precepto de atender las necesidades en salud; en contraste, el modelo del Seguro Popular acota la provisión de servicios a un catálogo muy reducido de la CIE (294 en 2018) <sup>9</sup>, y una asignación presupuestaria constreñida a éste y por tanto deja fuera las necesidades de atención que no estén contempladas en el catálogo. En otras palabras, el Seguro Popular no responde a las necesidades de las mujeres si éstas no están contempladas en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), el cual cubre menos de 7% de las intervenciones de la CIE. Esto cobra relevancia al considerar que la población a la que se dirige el Seguro Popular, que vive en mayores condiciones de pobreza, recibe menores ingresos que la población adscrita a la seguridad social, cuando, para revertir las desigualdades, se debería asignar una cantidad de recursos financieros por persona que asegurara la existencia de servicios de salud con la disponibilidad y calidad de atención oportuna y pertinente a las necesidades de esta población. Esta forma de planear los recursos y de asignar los presupuestos lleva a poner en duda el cumplimiento de la obligación del Estado derivada del marco de derechos humanos de dedicar el máximo de los recursos de que disponga a la salud sexual y reproductiva <sup>10</sup>, y afecta de manera

desproporcionada a las mujeres y personas gestantes <sup>11</sup>: en muchos casos el financiamiento del acceso a la salud para las mujeres pobres termina siendo provisto por ellas mismas.

La incapacidad del modelo del Seguro Popular de proteger efectivamente a las mujeres en situación de mayor vulnerabilidad se manifiesta en la muerte materna concentrada en la población con Seguro Popular y en el aumento de esta cifra. En 2009 el 33.1% de las mujeres fallecidas durante el embarazo, parto, y puerperio estaba afiliada al Seguro Popular; en 2015 esta cifra pasó a 53.7 %. Esto muestra que, aunque la ampliación de la gratuidad en la atención <sup>12</sup> y la Estrategia de Embarazo Saludable desde el año 2008 <sup>13</sup> han acercado a las mujeres a los servicios, esto no necesariamente ha ido acompañado de un mejoramiento en la calidad de respuesta de los servicios para otorgar una adecuada atención en salud.

### MUERTE MATERNA Y AFILIACIÓN



Fuente: Elaboración propia con información del Observatorio de Mortalidad Materna.

9 Comisión Nacional de Protección Social en Salud, Catálogo Universal de Servicios en Salud. 2018. [https://www.spmor.gob.mx/causes/CAUSES\\_2018.pdf](https://www.spmor.gob.mx/causes/CAUSES_2018.pdf)

10 Informe anual del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos e informes de la Oficina del Alto Comisionado y del Secretario General, Orientaciones técnicas sobre la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos a la ejecución de las políticas y los programas destinados a reducir la mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad. 2 de julio de 2012. Disponible en [https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session21/A-HRC-21-22\\_sp.pdf](https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session21/A-HRC-21-22_sp.pdf)

11 Este gasto per cápita diferenciado afecta sobre todo a las mujeres, como lo reflejan las cifras del periodo 2009 al 2012 según las cuales había más mujeres que hombres afiliadas al Seguro Popular. Del 100 % de personas afiliadas, las mujeres representaban 82.9 % en 2009, 81.5 % en 2010, 67.2 % en el año 2011 y 64.5 % en el año 2012. Así mismo, la atención hospitalaria cubierta por el Seguro Popular se concentraba en eventos en salud gineco-obstetra: 60.99 % en 2010 y 51.47 % en 2012.

12 Se amplía el régimen no contributivo del Sistema de Protección Social en Salud a las mujeres embarazadas del decil de ingreso del I al VII. [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5521838&fecha=08/05/2018](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5521838&fecha=08/05/2018)

13 Estrategia que puntualiza intervenciones establecidas en el CAUSES que deben estar en disposición de todas las personas gestantes.

Las desigualdades que se entrelazan desde un nivel estructural (como la pobreza social), institucional y la propia percepción personal de desigualdad, influyen en el acceso diferenciado a los servicios de salud materna (Freyermuth, 2014). Un primer elemento tiene que ver con la persistencia de rezagos estructurales, como la situación de pobreza en los municipios en donde los servicios básicos son escasos o con poca capacidad resolutiva y que limitan el acceso de las mujeres a los servicios de salud. Por ejemplo, para 2012, las mujeres que vivían en los 100 municipios con menor índice de desarrollo humano en México tenían 5 veces más riesgo de fallecer durante la maternidad que el resto de las mujeres; y esta brecha se amplía mucho más si se trata de una mujer indígena que vive en un municipio con alto grado de marginalidad (Berrio, 2016; Gruenberg 2016). Por ejemplo, en Oaxaca, según datos de Paola Sesia, entre 2002 y 2014, el riesgo de fallecer en el transcurso del embarazo para mujeres de localidades rurales es 4.3. veces mayor que para las que residen en las principales ciudades del estado, incluyendo la capital (Sesia, 2017: 242).

Un segundo elemento consiste en que los espacios institucionales en donde tienen lugar las interacciones de las mujeres con los prestadores de los servicios de salud se caracterizan por relaciones de poder que ubican a las usuarias en una situación de subordinación de sus cuerpos frente al modelo biomédico y de violación de su autonomía para decidir, de manera informada, los procedimientos y tratamientos que necesiten. Estas relaciones de desigualdad generan impactos en el tipo de servicios a los que se acceden. En 2015, 96.3% de los partos se atendieron en los hospitales (Oficina de

la Presidencia de la República, 2015), lo que provocó una saturación en estos espacios. En ellos se ha dado un aumento de intervenciones médicas innecesarias, situaciones de maltrato e incluso de vulneración de los derechos de las usuarias, como no recibir información sobre los procedimientos que les van a realizar o la falta de servicios culturalmente adecuados. De acuerdo con la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares, el 33.4% de las mujeres mexicanas entre 15 a 49 años que tuvieron un parto manifestó haber sufrido algún tipo de maltrato por parte de quienes les atendieron (ENDIREH 2016). Un estudio en Chile, un país que como México comparte los primeros lugares de altas tasas de cesáreas, ha mostrado que las intervenciones excesivas al proceso fisiológico del parto han sido normalizadas por parte de las usuarias y del personal médico, a pesar de que muchas de



**PARA 2012, LAS MUJERES QUE VIVÍAN EN  
LOS 100 MUNICIPIOS CON MENOR ÍNDICE  
DE DESARROLLO HUMANO EN MÉXICO  
TENÍAN 5 VECES MÁS RIESGO DE FALLECER  
DURANTE LA MATERNIDAD QUE EL RESTO  
DE LAS MUJERES.**

estas intervenciones son innecesarias y violentan la integridad de las mujeres<sup>14</sup>.

En este espacio de interacciones desiguales, el trato que se da entre las usuarias y los prestadores de servicios de salud comienza a diferenciarse aún más si se trata de mujeres que trabajan en el sector informal, tienen limitado acceso a recursos económicos, o bien poseen escasas redes de apoyo que les permitan tomar decisiones respecto de las atenciones que requieren. En estos casos, las usuarias asumen los tratos diferenciados como parte del tratamiento médico o como una característica “normal” de los servicios de salud y ellas se empiezan a desvincular de sus necesidades (Freyermuth 2014). Igual de preocupante es que el personal médico también los asume como normales y los naturaliza (Sesia, Van Dijk y Sachse, 2014).

La política pública adoptada por el Estado mexicano en los últimos 20 años se ha enfocado en reducir la mortalidad materna mediante la resolución de las emergencias obstétricas en el segundo nivel de atención; ha buscado, aunque de manera limitada, la disponibilidad de los servicios, así como el mayor acceso de las mujeres a servicios de emergencia con estrategias como las Redes Seguras de Atención Materna, integrada por Centros de Salud y Hospitales en donde se busca brindar atención médica y seguimiento a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio para dar una respuesta oportuna a las emergencias obstétricas. Igualmente, ha hecho algunos esfuerzos para etiquetar recursos presupuestarios y generar instrumentos que den cuenta de la presupuestación, programación y ejercicio de los recursos, como por ejemplo el Convenio AFASPE y la plataforma SIAFFASPE que permiten dar seguimiento a los recursos

y al cumplimiento de los indicadores. En el ámbito del reconocimiento de las desigualdades, se ha enfocado al reconocimiento de la diversidad cultural y ha impulsado políticas indigenistas como hospitales interculturales, IMSS OPORTUNIDADES, Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural (DMTDI-SSA), construcción de lineamientos para parto vertical, adecuación a los servicios de salud, la inclusión del indicador de pertenencia cultural, Casas maternas, etc. También se ha buscado atender las desigualdades sociales de las poblaciones campesinas a través de IMSS-Prospera, último sucesor del programa IMSS-Coplamar establecido durante el gobierno de López Portillo para combatir la marginación en el medio rural, en una época en que la política pública en ese medio se orientaba hacia la población rural como campesina, no como indígena. Si bien puede considerarse un avance la incorporación de elementos alternativos al modelo único biomédico, se requiere generar evidencia sólida que muestre los impactos en la reducción de la muerte materna desde la percepción de las usuarias (Atkin et al 2017; Sesia 2017; OPS 2014).

Por lo tanto, analizar los determinantes en la salud de las personas gestantes y de las y los recién nacidos, desde un enfoque no sólo clínico sino también de contexto, es fundamental para tener una mejor comprensión de las problemáticas, y de esta forma, diseñar opciones de política acorde a las necesidades de aquéllas.

En este sentido, el marco del derecho a la salud desde una perspectiva de derechos humanos<sup>15</sup> establece el mapa de ruta sobre los elementos que deberían ser visibles en el diagnóstico de las problemáticas, pero, sobre todo, en la conceptualización,

14 “Violencia Obstétrica: la herida invisible”, reportaje escrito por Victoria Viñals, 6 de octubre 2014. Diario Universidad de Chile.

15 Observación General No. 14 (2000) del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas (ONU). Disponible en: <http://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf?view>

el diseño y la implementación de estrategias para el sector. Así, desde los elementos centrales de esta perspectiva, se puede valorar la consistencia de las dificultades que enfrentan los grupos de población respecto de qué tan accesibles<sup>16</sup> son los servicios, cuán aceptable<sup>17</sup> es la atención, cuál es la calidad<sup>18</sup> de las intervenciones y qué tan disponibles<sup>19</sup> están para toda la población. Es decir que el PAE debería garantizar los derechos de las mujeres a la vida, a la salud, a la no discriminación, al principio de universalidad y equidad en el acceso a los servicios de salud de calidad y oportunos, a la autonomía de sus decisiones sobre sus cuerpos, a múltiples derechos reproductivos, a la igualdad y equidad de género, y a la autonomía de sus decisiones que afectan el curso de sus vidas.

A seis años de que se diseñó el PAE-SMP 2013-2018, el presente estudio revisa, en retrospectiva, la consistencia, coherencia y solidez que guarda el programa respecto de las necesidades de las personas gestantes y de las y los recién nacidos como sujetos de atención. Todo esto, desde el derecho a la salud y una

perspectiva de derechos humanos. Con ello se busca aportar elementos para la reflexión sobre la construcción de los programas sectoriales y de los propios programas de acción específica dada la situación actual en que se ha adoptado un programa nacional de desarrollo 2019-2024 que difícilmente permite su vinculación con otros programas, al alejarse de los criterios legales establecidos en la Ley de Planeación. En este contexto, no sólo se está cuestionando la existencia de un PAE específico sobre Salud Materna y Perinatal, sino también la posibilidad de un marco lógico derivado del propio PND y la estructuración de los programas y las instancias encargadas de diseñar e implementar la política pública en salud sexual y reproductiva.

Este documento se distribuye en tres partes. En la primera se establecen los objetivos del estudio, el método y las herramientas utilizadas. Posteriormente, se presentan los resultados, y en el último capítulo se concentran las principales recomendaciones.

16 Accesibilidad: "Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado Parte." (ONU, 2000:4)

17 Aceptabilidad: "Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate." (ONU, 2000:4)

18 Calidad: "Además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas." (ONU, 2000:4)

19 Disponibilidad: "Cada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas. La naturaleza precisa de los establecimientos, bienes y servicios dependerá de diversos factores, en particular el nivel de desarrollo del Estado Parte. Con todo, esos servicios incluirán los factores determinantes básicos de la salud, como agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas, hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud, personal médico y profesional capacitado y bien remunerado habida cuenta de las condiciones que existen en el país, así como los medicamentos esenciales definidos en el Programa de Acción sobre medicamentos esenciales de la OMS." (ONU, 2000:3-4)

**CAPÍTULO 1:**  
**OBJETIVOS,**  
**MÉTODO**  
**Y HERRAMIENTAS**

## OBJETIVO GENERAL

Realizar una valoración técnica del diseño del PAE de Salud Materna y Perinatal 2013-2018 para analizar su pertinencia en términos de garantía de derechos para las personas gestantes y de las y los recién nacidos.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Revisar el diseño del PAE-SMP con base en los criterios de un instrumento oficial de evaluación.
- 2) Reflexionar acerca de la consistencia entre los elementos que integran el diseño del PAE-SMP.
- 3) Analizar si el PAE-SMP integró, en la conceptualización de su diseño, los cuatro elementos del derecho a la salud desde una perspectiva de derechos humanos.
- 4) Generar recomendaciones que, a partir de la valoración del diseño del PAE-SMP, contribuyan a repensar la conceptualización de la política pública poniendo en el centro a las personas gestantes y a las y los recién nacidos, en particular para el PAE-SMP 2019-2024.

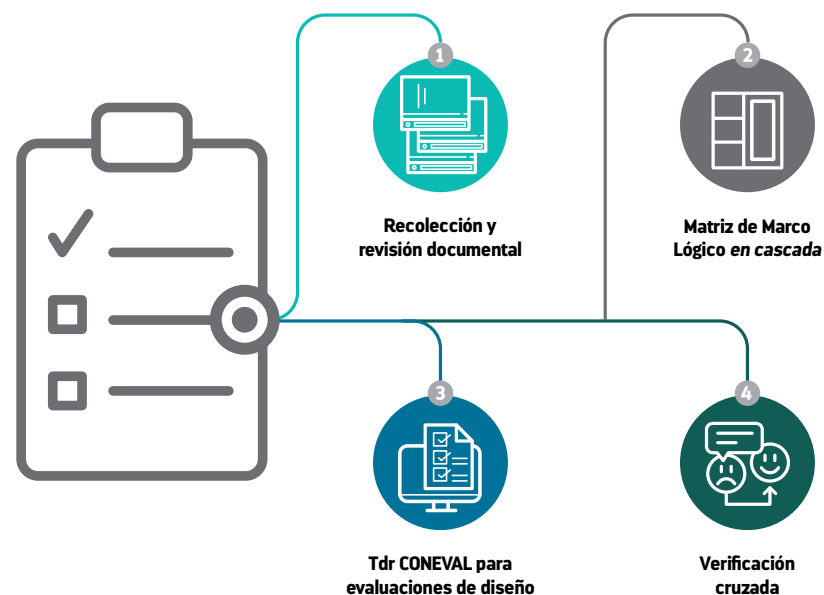
## MÉTODO Y HERRAMIENTAS

El documento se realizó desde un abordaje cualitativo a partir de un estudio de gabinete. Se trata de un análisis retrospectivo del diseño de un programa de salud elaborado en 2013 y puesto en marcha a finales de ese año para el periodo 2013-2018. Las problemáticas aún son vigentes; no obstante, su magnitud varió en estos seis años desde que se elaboró el diagnóstico que sustenta al programa.

Esta puntualización busca poner en perspectiva la temporalidad del objeto de estudio e indicar que se intentó evitar incluir datos e información sobre la implementación y operación actual del PAE ya que el propósito de la valoración es contrastar las problemáticas identificadas y las opciones de estrategias elegidas para atenderlas, así como revisar si la perspectiva de derechos humanos se ve plasmada en el diseño del programa.

Por lo tanto, la estrategia metodológica consistió en cuatro fases generales para la valoración técnica del diseño del programa: la recolección, revisión y análisis de las fuentes de información; la elaboración de una matriz de marco lógico; la aplicación (ajustada) de un instrumento oficial para evaluaciones de programas gubernamentales (llamado Modelo de Términos de Referencia para la Evaluación en Materia de Diseño), y la verificación cruzada de los hallazgos (ver figura 1).

FIGURA 1. FASES DE LA ESTRATEGIA METODOLÓGICA PARA LA VALORACIÓN DEL DISEÑO DEL PAE DE SALUD MATERNA Y PERINATAL



Fuente: Elaboración propia.

## FUENTES DE ANÁLISIS

En el estudio de gabinete se utilizaron fuentes secundarias oficiales. La recolección y revisión documental consideró el Plan Nacional de Desarrollo (PND) y el Programa Sectorial de Salud (PROSESA) 2013-2018 para analizar la alineación del Programa de Acción Específico de Salud Materna y Perinatal 2013-2018.

Por otro lado, en materia de indicadores se revisó el Acuerdo para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas (AFASPE), se examinaron los datos de su Sistema de Información (SIAFFASPE), de la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) y de las Fichas Técnicas de Indicadores de Desempeño (FID) del Ramo 12 (Salud) del Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF). Además, se exploraron los Indicadores de Calidad en Salud de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

Se estudió el informe “*Manteniendo promesas, evaluando resultados*” de la Comisión de Información y Rendición de Cuentas sobre la Salud de las Mujeres y los Niños/as de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), y se analizó la Observación General No. 14 (2000) del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas (ONU).

Además, se revisaron los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) asociados a la Agenda 2030.

Por último, y dado que la valoración se hizo en términos del diseño del programa, cabe aclarar que no se revisaron documentos administrativos que dieran cuenta de su operación.

## MARCO LÓGICO

Para analizar la pertinencia, consistencia y vinculación del diseño del PAE-SMP 2013-2018 con los objetivos, estrategias y líneas de acción a nivel nacional y sectorial, se elaboró una propuesta de *Matrices de Marco Lógico en Cascada o Anidadas*<sup>20</sup>. Este abordaje del marco lógico supone la desagregación de intervenciones complejas en elementos más simples y acotados, de tal forma que

20 EuropeAid (2001). Manual de Gestión del Ciclo del Proyecto. Unidad de Evaluación de la Comisión Europea.

su revisión permite analizar la contribución causal que guardan los objetivos específicos del PAE respecto del diseño más amplio y general del PROSESA y del PND.

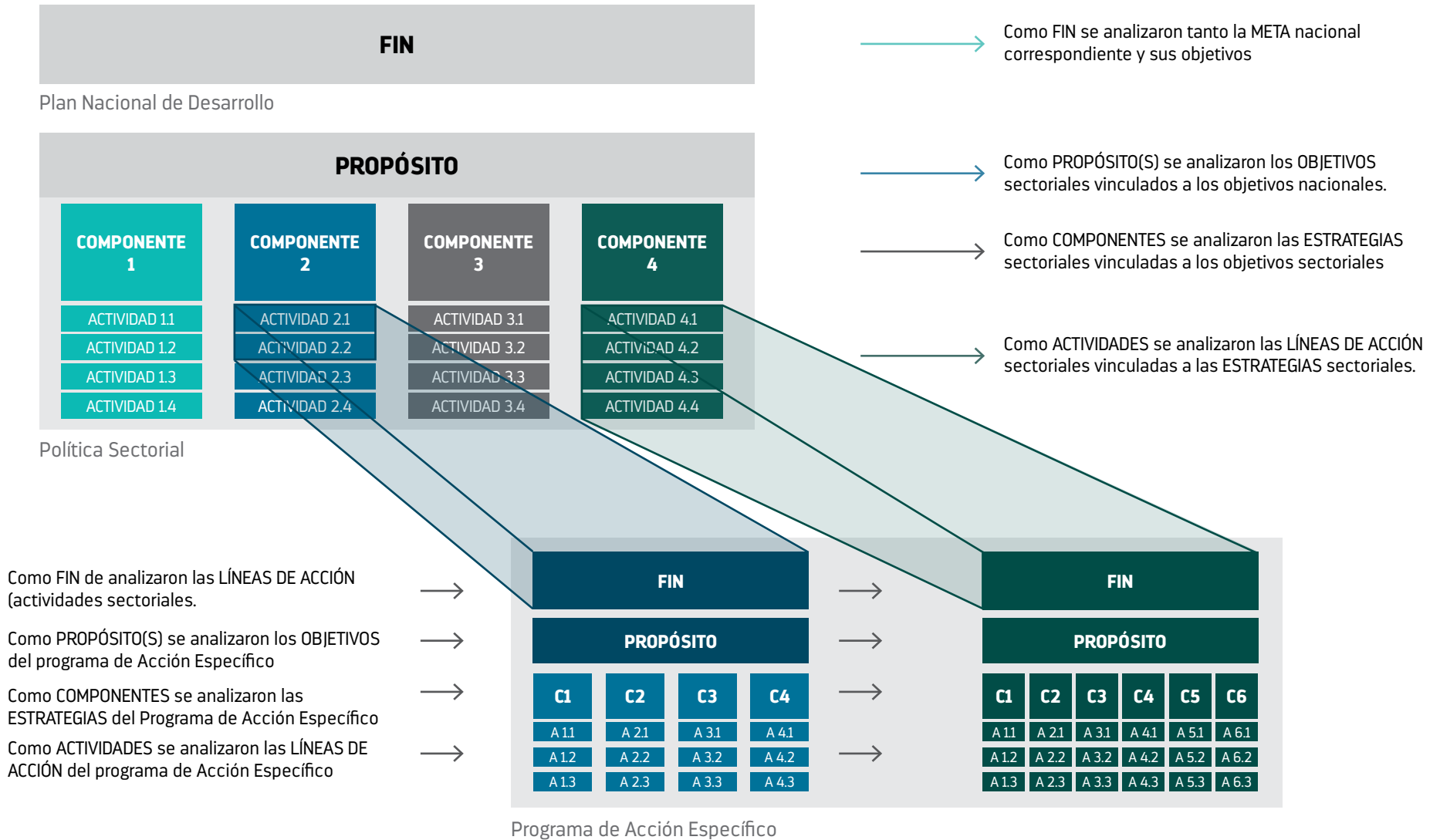
Esta propuesta permitió relacionar la mayor parte de los elementos que, por lo menos en el diseño del PAE-SMP, se identificaron como la respuesta del gobierno federal a la problemática que enfrentan las personas gestantes y las y los recién nacidos en los servicios de salud, respecto de las apuestas más amplias de salud pública en México. Para integrar las matrices fue necesario ajustar la manera en que están nombrados los distintos elementos del diseño de los planes y programas en los documentos oficiales, y hacerlos compatibles con la nomenclatura técnica del marco lógico. De esta forma, para la matriz primaria, las metas y objetivos nacionales conforman el nivel de Fin en tanto que los objetivos sectoriales integran el nivel de Propósito. Asimismo, las estrategias y líneas de acción asociadas a dichos objetivos se establecieron a nivel de Componentes y Actividades, respectivamente <sup>21</sup>.

La matriz secundaria corresponde al PAE y para su integración se siguió la misma estructura. Las líneas de acción sectoriales conformaron el nivel de Fin; los objetivos específicos del programa están a nivel de Propósito, y las estrategias y líneas de acción específicas, a nivel de Componentes y Actividades (ver figura 2).

Las figuras 3 y 4 dan cuenta del abordaje concreto de la matriz primaria y de la matriz secundaria para la elaboración del análisis del PAE-SMP.

21 Las categorías de Fin, Propósito, Componentes y Actividades son las categorías del marco lógico, por ello se usaron en este ejercicio, con el fin de construir matrices homologadas que puedan corresponder entre ellas.

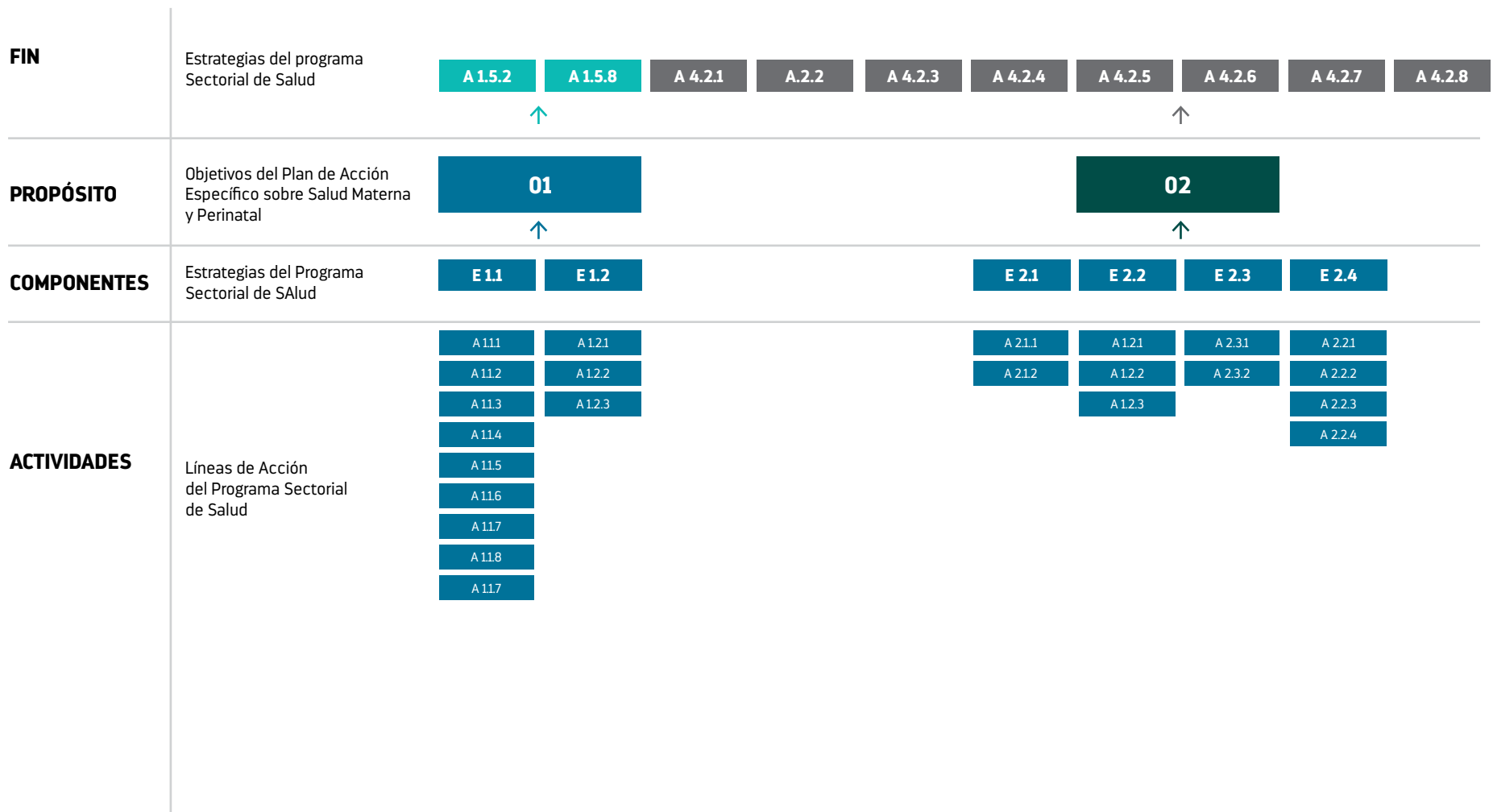
**FIGURA 2. DIAGRAMA DEL ABORDAJE DE MATRICES DE MARCO LÓGICO EN CASCADA O ANIDADAS**



Fuente: Elaboración propia.



**FIGURA 4. ESQUEMA PARA EL ABORDAJE DE MARCO LÓGICO EN CASCADA PARA EL ANÁLISIS DE LA VINCULACIÓN ENTRE EL PROSESA Y EL PAE DE SALUD MATERNA Y PERINATAL 2013-2018**



Fuente: Elaboración propia con información del PROSESA y del PAE de Salud Materna y Perinatal 2013-2018.

Es importante indicar que, para el caso del PROSESA, la matriz primaria únicamente da cuenta de aquellas estrategias (componentes) y líneas de acción (actividades) que se vinculan, tal y como indican los documentos oficiales, con la salud materna y perinatal a partir del PAE-SMP. Esto es importante dado que este estudio no es exhaustivo en todo el marco lógico del PROSESA, sino que está enfocado en las particularidades del PAE-SMP y su alineación.

## APLICACIÓN Y AJUSTE DE LA PROPUESTA DE TÉRMINOS DE REFERENCIA DE CONEVAL PARA EVALUACIONES DE DISEÑO

Como se mencionó previamente, el PAE-SMP es un instrumento de la política nacional de salud que busca revertir las problemáticas y necesidades para la atención de las personas gestantes y de las y los recién nacidos. Así, su diseño fue conceptualizado y estructurado en estrategias y líneas de acción que, de manera general, se instalan en el aparato operativo y burocrático de las instituciones sanitarias.

A diferencia de otros programas en donde la cuantificación de las poblaciones a las que se les brindará determinado beneficio se puede determinar, un programa de salud de este tipo busca atender las necesidades a nivel nacional o en casos como el de salud materna y perinatal, a grupos poblacionales muy amplios, y sus registros son a posteriori. En este sentido, su conceptualización operativa también es distinta.

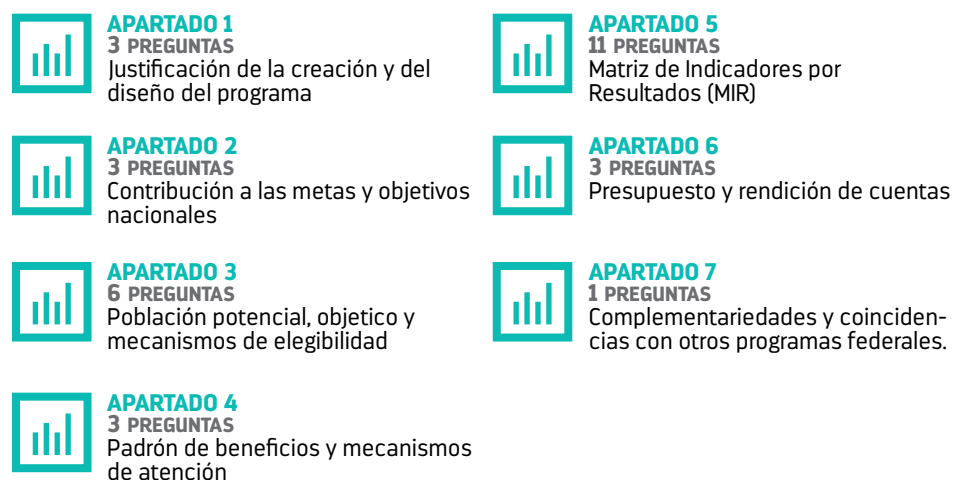
Asimismo, la amplitud de sus estrategias y líneas de acción hace que su diseño no visibilice particularidades que, cuando se evalúan otro tipo de programas, se identifican con más claridad.

Estas explicaciones son relevantes porque la propuesta de Términos de Referencia para Evaluaciones de Diseño<sup>22</sup> (TdeR) del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) sirvió como instrumento de referencia para realizar la valoración del diseño del PAE. Así, dadas la naturaleza y características del programa anali-

zado, fue necesario hacer un ajuste en el tratamiento de la información para atender el cuestionario de 30 preguntas que están distribuidas en siete apartados (ver figura 5). Por lo tanto, a lo largo del documento se explicita cuando las preguntas no se respondieron de la forma en la que el instrumento lo solicita, inclusive en su extensión por interrogante.

Además, en todo momento, y en cada pregunta, se reflexionó desde un enfoque de derechos para el análisis y la construcción de la argumentación valorativa.

FIGURA 5. ELEMENTOS QUE INTEGRAN LA PROPUESTA DE TDR DE CONEVAL PARA EVALUACIONES



Fuente: Elaboración propia con información de la propuesta de TdR para evaluaciones del diseño del CONEVAL.

## VERIFICACIÓN CRUZADA

Una vez que, con los ajustes indicados, se respondieron las preguntas de los TdR de CONEVAL, se realizó un ejercicio de verificación cruzada por pares dentro del grupo de evaluación. Con lo anterior se compartieron los análisis que justificaron las respuestas, y, desde un ejercicio de reflexión común, se validó la información plasmada en el análisis y las valoraciones.

<sup>22</sup> Disponible en: [https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/MDE/Paginas/Evaluaciones\\_Disenio.aspx](https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/MDE/Paginas/Evaluaciones_Disenio.aspx)

**CAPÍTULO 2:**  
**RESULTADOS**

En este capítulo se desarrollan los resultados específicos de la valoración del diseño del PAE a partir de las preguntas del instrumento técnico.

## 2.1. ANÁLISIS DE LA JUSTIFICACIÓN DE LA CREACIÓN Y DEL DISEÑO DEL PROGRAMA

**1. El problema o necesidad prioritaria que busca resolver el programa: ¿está identificado en un documento en donde se formula cómo puede revertirse un hecho negativo o una situación determinada? ¿Se define la población que tiene el problema o necesidad? ¿Se define el plazo para su revisión y su actualización?**

El diagnóstico plasmado en el documento oficial del PAE establece la magnitud del problema en el país, indicando que, para 2012, la razón de muerte materna (RMM) a nivel nacional fue de 42.3 por cada 100 mil nacidos vivos, la cual está asociada a diversas causas (por ejemplo, una deficiente atención del parto y la práctica de cesáreas).

El diagnóstico también indica que existen grandes brechas entre las entidades federativas en donde la RMM presenta serias variaciones, por ejemplo, en las zonas metropolitanas o ciudades medias, el 60% de las muertes fueron de mujeres de entre 20 y 34 años; de éstas más del 90% ocurrieron en hospitales públicos; las causas eran prevenibles pero la mala calidad de la atención influyó en los decesos. Por otro lado, el documento también señala que el 61% de la mortalidad se dio en 10 entidades federativas: Estado de México, Veracruz, Chiapas, Puebla, Distrito Federal, Guerrero, Oaxaca, Jalisco, Chihuahua y Baja California, concentrándose en municipios urbanos y con índices de desarrollo bajo como en el caso de Guerrero, Chiapas y Oaxaca. Las causas de defunción ma-

terna corresponden a la enfermedad hipertensiva del embarazo, hemorragias, infección puerperal, abortos, entre otras.

Además de la problemática de la muerte materna, el diagnóstico refiere la situación de la mortalidad neonatal que constituye más del 60% de la mortalidad infantil, siendo las principales causas la prematuridad, defectos al nacimiento y las infecciones. Lo anterior se asocia también con deficiencias serias en la atención de la salud perinatal.

Es importante indicar que la problematización de necesidades, por lo menos en la sección diagnóstica del documento oficial del PAE, no usa claramente herramientas técnicas, como un árbol de problemas y un árbol de objetivos, que permitan analizar, por un lado, las causas y los efectos como desafíos para el sector, y, por otro lado, la consistencia que guardan estos árboles con el diseño de alternativas para su transformación.

Tampoco se identificó una problematización exhaustiva sobre los determinantes que han ampliado las brechas en los indicadores de muerte materna y neonatal en las entidades federativas. Este diagnóstico sería fundamental para repensar las necesidades particulares, tanto de las poblaciones más vulnerables en los estados cuyo nivel de desarrollo es menor, como de sus implicaciones en las condiciones estructurales de los servicios de salud, de tal forma que se incentiven transformaciones para atender la salud materna y perinatal desde una perspectiva de derechos humanos. Esto tampoco fue identificado en el documento oficial.

**2. ¿Existe un diagnóstico del problema que describa de manera específica las causas, efectos y características del problema? ¿La cuantificación y características de la población que presenta el problema? ¿La ubicación territorial de la población que presenta el problema? ¿El plazo para su revisión y su actualización?**

El diagnóstico que presenta el programa en su documento oficial es una versión sintética de las problemáticas que, en materia de salud materna y perinatal, contextualizan el porqué de las estrategias y líneas de acción que a su vez justifican su diseño. Sin embargo, dicha información se presenta de manera desarticulada y no permite identificar las relaciones causales del problema respecto de sus determinantes (causas) y de su potencial impacto (efectos).

Otro documento analizado, titulado Diagnóstico del Programa Presupuestario P020, de 2015 (publicado un año después de la puesta en operación del PAE), publicado en la página del CONEVAL, y que elaboró la Subsecretaría de Promoción y Prevención de la Salud de la SSA, es más exhaustivo en el análisis de las necesidades.

Al respecto, es importante señalar que dicho estudio no es exclusivo para los temas de salud materna y perinatal, sino que diagnóstica diversas problemáticas que, en conjunto, integran el programa presupuestario P020 Salud materna, sexual y reproductiva; por ejemplo, incluye cáncer de mama, cáncer cervicouterino, violencias de género, sexualidad adolescente y planificación familiar.

En este documento, aunque limitado y poco exhaustivo, sí se desarrolla un árbol de problemas y un árbol de objetivos para todos los temas. También se establecen los retos para cuantificar y caracterizar a las poblaciones potenciales y objetivo del programa y se realiza una propuesta para revisar esta dimensión. Asimismo, el documento ofrece una explicación sobre los desafíos que el sector salud ha enfrentado para establecer la ubicación territorial de la población afectada. Finalmente, indica los plazos para la revisión y actualización en los datos del diagnóstico y establece que esta tarea debe realizarse de manera anual.

Pese a todo lo anterior, este diagnóstico complementario al documento oficial del PAE tampoco explora las problemáticas de la salud materna y perinatal desde una perspectiva de derechos humanos. En relación con esto, y tal como se establecen algunas narrativas en el

documento, se podrían realizar inferencias con la información que se señala, pero no se tiene ningún dato concluyente. Por ejemplo, a lo largo del texto se indican términos tales como *búsqueda intencionada*; *enfoque integral*; *enfoque de interculturalidad*; *atención segura, competente y respetuosa de los derechos humanos*; *pertinencia cultural*; *intervenciones comunitarias y participativas*;



*necesidades y preferencias interculturales; tratamiento oportuno; enfoque de riesgo; poblaciones vulnerables, y servicios de calidad y respetuosos, entre otros* pero, al no definirse con claridad, no permiten comprender a cabalidad a qué se refieren.

### **3.¿Existe justificación teórica o empírica documentada que sustente el tipo de intervención que el programa lleva a cabo?**

En el diagnóstico plasmado en el texto oficial del PAE no se identificó una justificación teórica o empírica documentada sobre la efectividad de las estrategias y líneas de acción que conforman su diseño. Además, este diagnóstico tampoco brinda una aproximación al enfoque que está detrás del diseño del PAE que dé cuenta de su teoría de cambio. Al respecto, no se identificó una aproximación desde una perspectiva de derechos humanos, que hubiera explorado alternativas para atender las problemáticas y acordes a las necesidades de accesibilidad, aceptabilidad, calidad y disponibilidad de los servicios.

Es importante indicar que, si bien el PAE hace referencia a algunas líneas de trabajo establecidas tanto por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) como por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), no hay un marco de análisis que justifique la adopción de algunas acciones generales. Sobre todo, no se señala evidencia de los resultados obtenidos con la implementación de estrategias similares, en contextos sociodemográficos parecidos al mexicano.

Por su parte, el diagnóstico del programa presupuestario P020 Salud materna, sexual y reproductiva, que se analizó de manera complementaria, establece un apartado sobre experiencias de atención en donde se mencionan algunas estrategias que se han implementado para fortalecer la salud materna y perinatal en México, por ejemplo, el continuo de la atención de la mujer y su

pareja con pertinencia cultural antes de que se embarace; el control prenatal, y la anticoncepción posterior al evento obstétrico.

Además, señala otras acciones que, desde un enfoque comunitario, buscan disminuir la muerte materna. Entre estas se enuncian: a) la implementación de una estrategia de participación social y de las autoridades municipales, autoridades de salud, grupos organizados y comunidad en general;

b) la instalación de Posadas de Atención a la Mujer Embarazada (Posadas AME);

c) el transporte de embarazadas o puérperas, ante un caso de emergencia obstétrica a los hospitales o unidades resolutivos (Transporte AME),

d) las Madrinas comunitarias, y

e) la implementación de la línea 01800MATERNA.

Sin embargo, aun cuando dichas estrategias se describen brevemente y se señalan sus resultados esperados, no se identificó ninguna justificación que demostrara, a través de resultados probados, la efectividad de las acciones que van a implementarse.

## **2.2. ANÁLISIS DE LA CONTRIBUCIÓN DEL PROGRAMA A LAS METAS Y ESTRATEGIAS NACIONALES**

### **4. ¿El Propósito del programa está vinculado con los objetivos del programa sectorial, especial, institucional o nacional?**

La alineación entre el Propósito del PAE y los objetivos del PROSESA es explícita tanto en el diagnóstico sintetizado en el documento oficial del programa, como en el diagnóstico complementario asociado al programa presupuestario P020 Salud materna, sexual y reproductiva. Al respecto, el programa establece como objetivos:

1) propiciar el acceso universal de mujeres y hombres en etapas pregestacional, embarazo, parto, puerperio y neonatal, a servicios de calidad y respetuosos, y, por otro lado 2) contribuir a reducir la morbi-mortalidad materna y perinatal, con enfoque de interculturalidad, priorizando grupos de alta marginación y de riesgo.

Estos objetivos se alinean con los del PROSESA que buscan: 1) consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de las enfermedades, y 2) cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país.

En este sentido, existen conceptos comunes entre el Propósito del PAE y los objetivos del programa sectorial; sin embargo, como se indicó en relación con la pregunta 3, al no hacer explícito el marco teórico-conceptual y el significado atribuido a los conceptos utilizados, éstos no son claros y no abonan a la coherencia y consistencia de la alineación.

Por ejemplo, el PAE hace referencia a los “grupos de alta marginación y de riesgo” en tanto que el PROSESA se refiere a “diferentes grupos sociales y regiones del país”. En este caso parecería que, si bien en el Propósito del PAE se prioriza a los grupos en situación de marginación, en el caso del PROSESA la población es más amplia e incluye a esta misma población, pero no lo explicita necesariamente como grupo prioritario. El principal problema con nombrar de manera tan general y amplia a las poblaciones que se van a atender es que inhibe el anclaje de compromisos concretos para medir resultados. Por ejemplo, en el diagnóstico del programa presupuestario P020, además de estos grupos, se enfatiza a las adolescentes como grupo de mucho interés, debido a que las mayores tasas de morbilidad y mortalidad materna y perinatal se encuentran en este grupo, además de que hay una visión del embarazo adolescente como problemática que atender.

Existen estudios que brindan elementos para definir los grupos de población en donde son prioritarias las acciones para

erradicar la muerte materna. Pisanty-Alatorre (2017:647) sostiene, por ejemplo, que “las muertes maternas guardan relación con una serie de factores como la falta de ingresos, la situación nutricional y barreras de acceso de carácter económico, geográfico y cultural a los servicios médicos que se encuentran presentes en territorios concretos”. Con ello, logra establecer que las regiones de muy alta mortalidad materna se encuentran en zonas serranas, de población dispersa y con un alto grado de exclusión social, y que tal cual deberían ser enunciadas en los objetivos de los programas.

Por último, tal y como están indicados los objetivos del PAE y del PROSESA, parecería que el cumplimiento del primero contribuiría al logro de metas relacionadas con el Propósito del segundo. Por ejemplo, puede pensarse que alcanzar uno de los dos propósitos del PAE (“Contribuir a reducir la morbi-mortalidad materna y perinatal, con enfoque de interculturalidad, priorizando grupos de alta marginación y de riesgo”) contribuirá de manera sustantiva a la meta del objetivo 4 del PROSESA (asociada al objetivo “Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país”) que consiste en reducir a 30 la Razón de Mortalidad Materna (RMM) para 2018. De igual manera, el logro de este mismo Propósito del PAE contribuiría al cumplimiento de la meta del objetivo 4 del PROSESA que consiste en “Reducir la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) a 10.1”. Sin embargo, las correlaciones entre uno y otro no son explícitas y ciertas dimensiones de uno, como la priorización de los grupos de alta marginación y de riesgo, no se ven reflejadas en las del otro, como reducir la tasa de mortalidad infantil. En el camino de uno a otro, se perdió de vista al grupo poblacional prioritario. Se pierde así la posibilidad de evaluar la relación causal y de impacto entre los dos componentes, es decir de medir la hipótesis de causalidad.

## 5. ¿Con cuáles metas y objetivos, así como estrategias transversales del Plan Nacional de Desarrollo vigente está vinculado el objetivo sectorial, especial, institucional o nacional relacionado con el programa?

Con respecto al Plan Nacional de Desarrollo (PND), el PAE-SMP 2013-2018, se alinea a:

Meta Nacional 2. México incluyente.

- ➔ Objetivo 2.3.b: Asegurar el acceso a los servicios de salud.
- ➔ Estrategia 2.3.1: Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal.
- ➔ Estrategia 2.3.3: Mejorar la atención de la salud a la población en situación de vulnerabilidad.
- ➔ Estrategia 2.3.4: Garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad.

Por su parte, con respecto al Programa Sectorial de Salud (PROSESA), el PAE-SMP se alinea con:

- ➔ Estrategia 1.5: Incrementar el acceso a la salud sexual y reproductiva con especial énfasis en adolescentes y poblaciones vulnerables.
- ➔ Estrategia 4.2: Asegurar un enfoque integral y la participación de todos los involucrados para reducir la mortalidad materna, especialmente en comunidades marginadas.

Los objetivos del PAE encuentran entonces su alineación con el PND 2013-2018 y con el PROSESA de la siguiente forma:

- ➔ Objetivo 1 del PAE: “Propiciar el acceso universal de mujeres y hombres en etapas pregestacional, embarazo, parto, puerperio y neonatal, a servicios de calidad y respetuosos”. Este objetivo está alineado con la Estrategia 2.3.1. y la 2.3.4 del PND. Asimismo, este objetivo también se alinea con el Objetivo 1 de PROSE-

SA, mismo que indica: “Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y la prevención de enfermedades”.

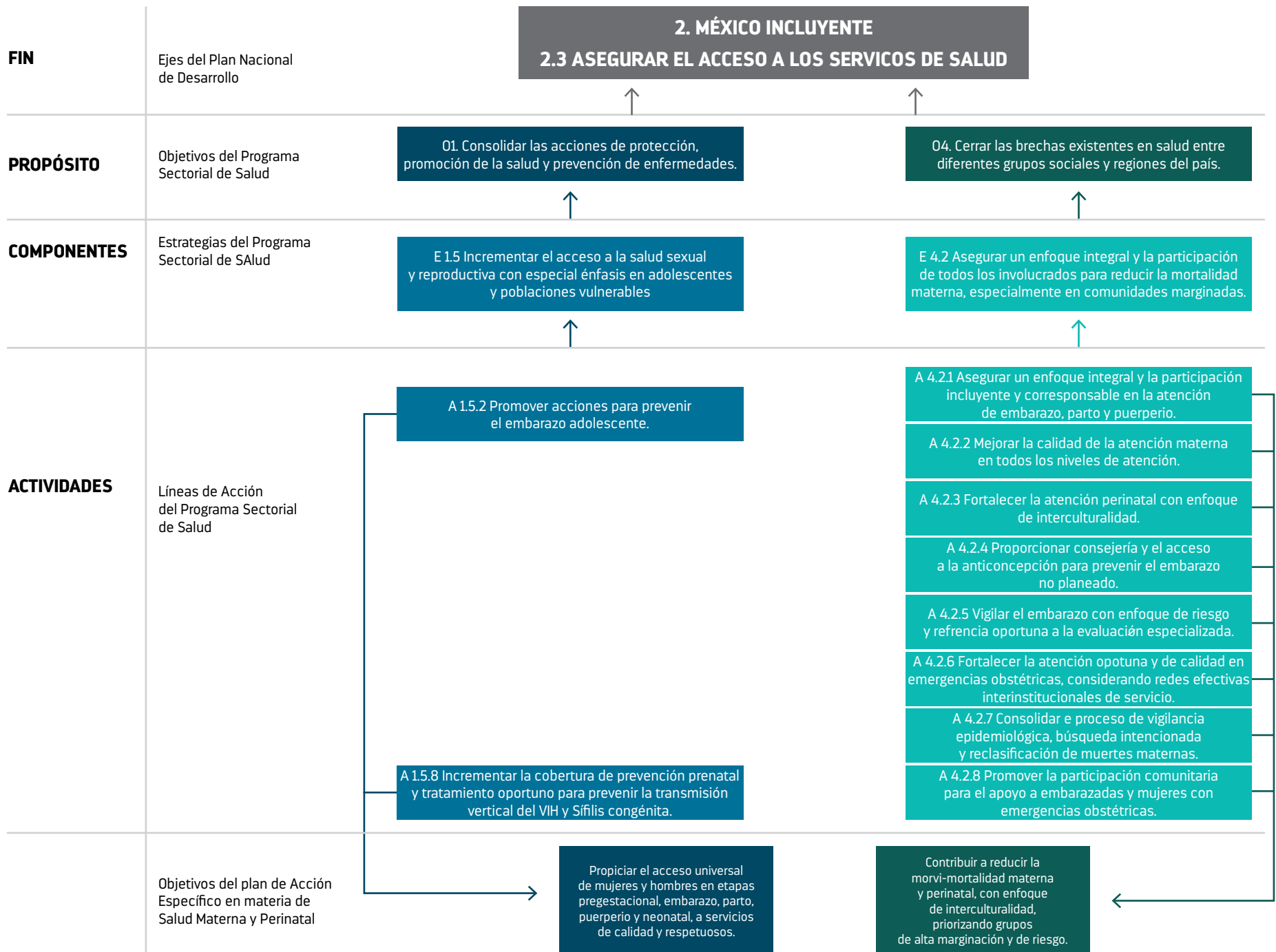
- ➔ Objetivo 2 del PAE: “Contribuir a reducir la morbi-mortalidad materna y perinatal, con enfoque de interculturalidad, priorizando grupos de alta marginación y de riesgo”. Este objetivo se alinea con la Estrategia 2.3.3 del PND. Asimismo, este objetivo también se alinea con el objetivo 4 del PROSESA, mismo que señala: “Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país.”

Finalmente, el PAE también indica su alineación y contribución a las estrategias transversales del PND respecto de la perspectiva de género. Lo anterior a través de dos líneas de acción del Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y no Discriminación contra las Mujeres (PROIGUALDAD) 2013-2018, que son:

- ➔ Línea de acción 4.2.8: “Reducir la mortalidad materna y fortalecer la atención perinatal con enfoque de interculturalidad”. Dicha línea es parte de la estrategia 4.2 del PROIGUALDAD: “Impulsar el acceso de las mujeres a los servicios de cuidado a la salud en todo el ciclo de vida”.
- ➔ Línea de acción 4.6.1: “Garantizar que los esquemas de programas alimentarios incorporen a niñas y mujeres embarazadas.” Dicha línea es parte de la estrategia 4.6 del PROIGUALDAD: “Fortalecer las capacidades de mujeres residentes en municipios de la cruzada contra el hambre.”

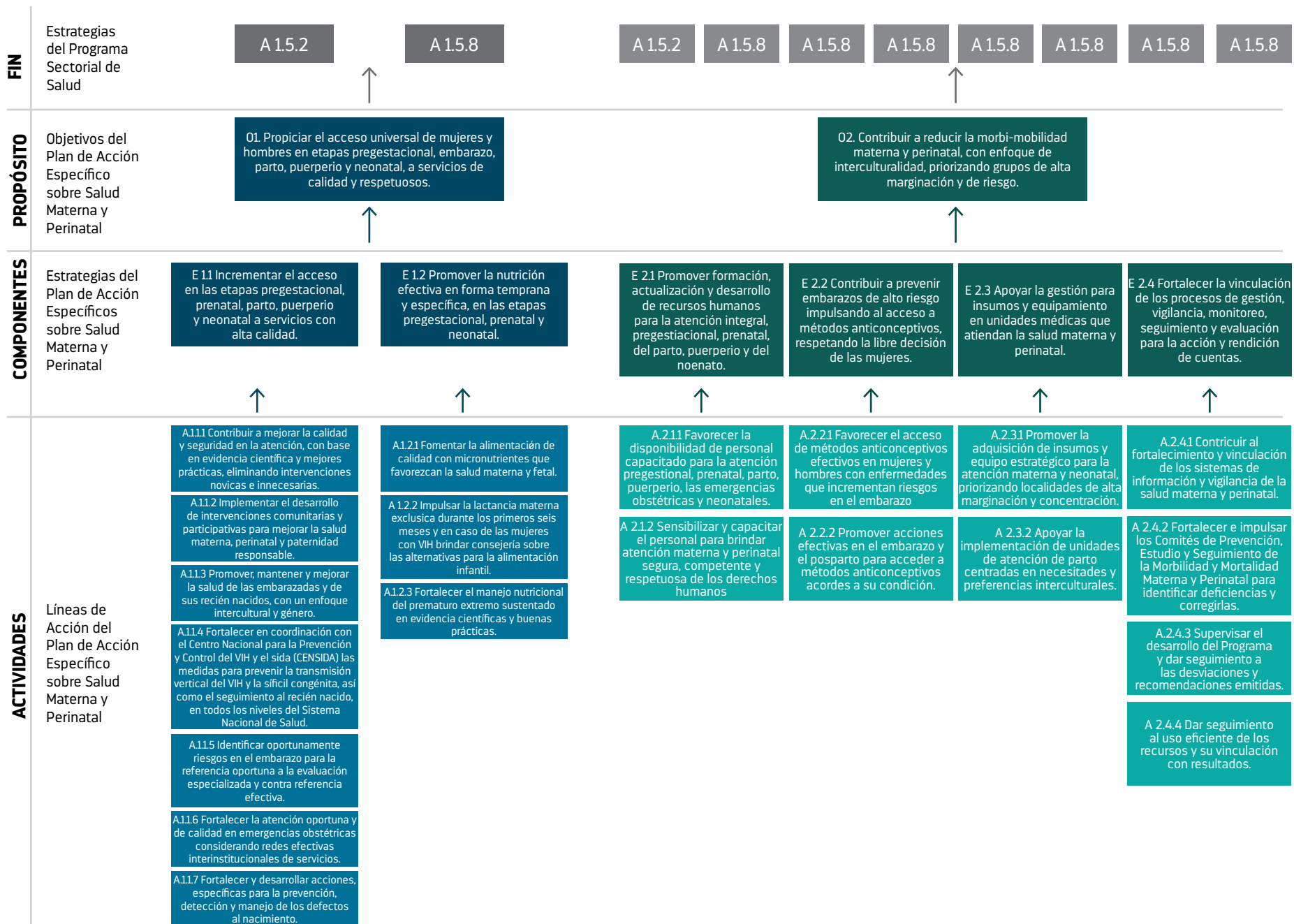
Ambas estrategias forman parte del Objetivo Transversal 4 del PROIGUALDAD: “Fortalecer las capacidades de las mujeres para participar activamente en el desarrollo social y alcanzar el bienestar.” Esta alineación se puede observar de manera gráfica en la figura 6.

**FIGURA 6. ALINEACIÓN DEL PAE DE SALUD MATERNA Y PERINATAL AL PROSESA Y AL PND**



Fuente: Elaboración propia con información de PND, el PROSESA y el PAE de Salud Materna y Perinatal 2013-2018.

**FIGURA 7. ALINEACIÓN DEL PAE DE SALUD MATERNA Y PERINATAL AL PROSESA Y AL PND**



Fuente: Elaboración propia con información de PND, el PROSESA y el PAE de Salud Materna y Perinatal 2013-2018.

## 6. ¿Cómo está vinculado el Propósito del programa con los Objetivos del Desarrollo del Milenio, los Objetivos de Desarrollo Sostenible o la Agenda de Desarrollo Post 2015? ¿de manera directa? ¿de manera indirecta? ¿Es inexistente la vinculación?

Dado que el PAE-SMP corresponde al periodo 2013-2018, su diseño debió considerar una alineación con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) cuya temporalidad concluyó en 2015. También debió considerar su vinculación con la agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). La siguiente tabla contiene la relación que guardan los objetivos indicados:

OBJETIVOS DEL PAE -SMP1	OBJETIVO DE DESARROLLO DEL MILENIO	OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE
01. Propiciar el acceso universal de mujeres y hombres en etapas pregestacional, embarazo, parto, puerperio y neonatal, a servicios de calidad y respetuosos.	ODM 4. Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años.  Meta 4.A. Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de cinco años.	ODS3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades.  Meta 3.1. Para 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos.
02. Contribuir a reducir la morbi-mortalidad materna y perinatal, con enfoque de interculturalidad, priorizando grupos de alta marginación y de riesgo.	ODM 5. Mejorar la Salud Materna.  Meta 5.A. Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes.  Meta 5.B. Lograr para el 2015, el acceso universal a la salud reproductiva.	Meta 3.2. Para 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada 1.000 nacidos vivos, y la mortalidad de niños menores de 5 años al menos hasta 25 por cada 1.000 nacidos vivos.

El PAE se vinculó directamente, a partir del O2 con la meta 5.A del ODM 5; ésta se compone de 2 indicadores<sup>23</sup>, mismos que son indicadores del PAE. Por su parte, el PAE también se vinculó de manera directa con la meta 3.1 del ODS 3; ésta se integra por dos indicadores que también son parte del programa<sup>24</sup>.

Con una alineación menos explícita, el programa se vinculó con la meta 4.A. del ODM4; ésta considera tres indicadores, de los cuales sólo uno forma parte del diseño del PAE<sup>25</sup>.

Vale la pena indicar que aun cuando la vinculación entre los indicadores del PAE y los ODM-ODS no se identificó de manera directa e inmediata, si es posible observar cierta alineación respecto de la meta 5.B de los ODM y con la meta 3.2 de los ODS. Al revisar literatura sobre la prueba del tamiz neonatal (indicador 2 del PAE), su aplicación es un factor que incide en la mortalidad en menores de 5 años y en la mortalidad infantil (menores de 1 año); lo mismo con, el bajo peso al nacer (Indicador 3 del PAE). Entonces, aunque la narrativa de los indicadores no sea literal, ambos sí son intervenciones estratégicas para la disminución de la mortalidad infantil y de menores de 5 años. Finalmente, también es de considerar que el ODS3 tiene un número considerable de metas y que, para esta evaluación, sólo se consideraron las que se circunscriben a la salud materna y perinatal como núcleo temático del PAE-SMP.

23 5.1. Razón de Mortalidad Materna, y 5.2. Partos con asistencia calificada. [http://www.odselsalvador.gob.sv/indicadores/?page\\_id=1313](http://www.odselsalvador.gob.sv/indicadores/?page_id=1313)

24 ODS 3. Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades. Meta. 3.1. De aquí a 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada cien mil nacidos vivos. Indicadores. 3.1.1. Índice de mortalidad materna. 3.1.2. Proporción de partos con asistencia de personal sanitario especializado. <http://sdg.humanrights.dk/es/goals-and-targets>  
25 ODM 4. Reducir la Mortalidad Infantil. Meta 4.A. Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de niños menores de 5 años. Indicador 4.1. Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años [http://www.who.int/topics/millennium\\_development\\_goals/child\\_mortality/es/](http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/child_mortality/es/)



### 2.3. ANÁLISIS DE LA POBLACIÓN POTENCIAL Y OBJETIVO Y MECANISMOS DE ELEGIBILIDAD

**7. ¿Las poblaciones, potencial y objetivo, están definidas en documentos oficiales y/o en el diagnóstico del problema y tienen unidad de medida? ¿Están cuantificadas? ¿Se indica la metodología para su cuantificación y fuentes de información? ¿Se define un plazo para su revisión y actualización?**

El CONEVAL ha definido ambos conceptos de la siguiente manera:

➔ **Población potencial:** se debe entender como aquélla que presenta la necesidad o problema que justifica la existencia de un

programa y que, por lo tanto, podría ser elegible para su atención.

➔ **Población objetivo:** está definida como aquélla que un programa tiene planeado o programado atender para cubrir la población potencial y que cumple con los criterios de elegibilidad establecidos en la normatividad de aquél.

Al respecto, el diagnóstico desarrollado en el documento oficial del PAE no establece una cuantificación de las poblaciones (potencial y objetivo) ni una caracterización clara. La población se enuncia como “todas las mujeres en edad reproductiva que pueden estar embarazadas y que requieren el acceso universal a estos servicios.” Por ello, se asume que la población objetivo serían las mujeres en edad reproductiva que requieren de dichos servicios. No obstante, el diagnóstico plantea datos y porcentajes de las mujeres que pueden acceder a los servicios de salud materna pero no incluye una referencia bibliográfica o a fuentes estadísticas, como el censo, que dé cuenta del universo de mujeres mexicanas en edad reproductiva y que requieren de la atención médica necesarias. Tampoco se define un plazo para su revisión y actualización.

Por su parte, el diagnóstico del programa presupuestario P020 Salud materna, sexual y reproductiva, establece que para el PAE-SMP la población potencial son las mujeres embarazadas, recién nacidos y mujeres en edad fértil que desean embarazarse. Es así como “la población potencial debería estar definida por el total de mujeres con vida sexual activa, ya que en esencia son las que están expuestas al riesgo de embarazo. Sin embargo, ante la dificultad de obtener este indicador, a nivel mundial se ha definido como población potencial, el total de mujeres en edad fértil unidas; es decir, el total de mujeres de 15 a 49 años que están casa-

das o unidas. Para tal efecto, se definen los siguientes conceptos: **MEF**: Mujeres en edad fértil; es decir, mujeres que tienen entre 15 y 49 años de edad y **MEFU**: Mujeres en edad fértil unidas; es decir, mujeres que tienen entre 15 y 49 años de edad y que, además, están casadas o unidas” (CNEGSR: 2015)

Respecto de la población objetivo, el mismo diagnóstico indica que para el caso del PAE-SMP, ésta se integra por: “[1] Mujeres embarazadas la cual se estima a través de conocer el número de nacimientos de mujeres sin derechohabiencia en instituciones de seguridad social que se tuvieron en el año más cercano conocido a la etapa en la que se planea aplicar el gasto; [2] Recién nacidos cuyo número se obtiene de DGIS/Cubos Certificado de nacimientos, y [3] Mujeres en edad fértil: es decir, mujeres que tienen entre 15 y 49 años de edad., según estimaciones de CONAPO”.

Sobre la cuantificación de ambas poblaciones, el PAE no señala estos datos. Por su parte, el diagnóstico del programa presupuestario P020 Salud materna, sexual y reproductiva sí establece una cuantificación de estas poblaciones, pero lo hace para el ejercicio fiscal de 2016, en tanto que para el presente estudio lo que interesa es el periodo 2012-2013, en el cual se diseñó el PAE-SMP 2013-2018. Si bien el P020 fue creado para el ejercicio fiscal 2016, tampoco se ha realizado, como el diagnóstico lo señala, su revisión y actualización cada año.

El principal desafío que enfrentan la caracterización y cuantificación de las poblaciones potencial y objetivo del programa tal y como están propuestas, es que se basan exclusivamente en el sexo de las beneficiarias, dejando de lado al resto de las personas gestantes o en posibilidad de gestar (y acompañar), por ejemplo, los hombres y mujeres transexuales <sup>26</sup>. De igual manera, al enfocarse

en las mujeres en edad fértil unidas, deja de lado al universo de niñas y adolescentes que se embarazan por motivo de violencia sexual y fuera de una relación consentida.

Por último, otro elemento importante que resaltar es que la mortalidad materna es una violación al derecho a la salud. En este sentido, se debe entender como “la convergencia de factores que expresa las condiciones de desigualdad histórica, institucionales que son barreras que limitan o excluyen a las mujeres de los servicios de salud” (Pisanty-Alatorre, 2017). Por lo tanto, constreñir las características de la población a un esquema que no toma en cuenta las diversidades de las personas, estaría limitando la accesibilidad, aceptabilidad, calidad y disponibilidad de estos servicios.

## **8. ¿El programa cuenta con información sistematizada que permita conocer la demanda total de apoyos y las características de los solicitantes? (socioeconómicas en el caso de personas físicas y específicas en el caso de personas morales)**

El programa sí cuenta con información sistematizada. Para efectos del presente estudio, los componentes que integran el diseño del PAE no se configuran como apoyos en la lógica de los programas sociales, sino como oferta de intervenciones en salud que se registran a posteriori de su ocurrencia.

A nivel nacional existen sistemas de información a partir de bases de datos en donde sí se puede desagregar lo concerniente a: 1) recursos materiales; 2) recursos humanos; 3) características de los servicios de atención otorgados; 4) presupuesto asignado (esto sólo para la Secretaría de Salud); 5) tipo de intervención otorgada, y 6) cifras sobre morbilidad y mortalidad, entre otros datos.

Esta información podría aprovecharse de mejor manera para generar un subsistema de información específica para el PAE-

<sup>26</sup> No existe ninguna medición de la población trans-género y trans-sexual en México. Existe una estimación por parte de la Clínica Especializada Condesa (CEC) en la Ciudad de México de una población de entre 360,000 y 600,000 personas trans, hombres y mujeres trans. <https://noticieros.televisa.com/ultimas-noticias/mexico-personas-transgenero-sexualidad-poblacion/>

SMP. Sobre todo, una plataforma de información que contribuyera a la transparencia y a la rendición de cuentas y que permitiera, a partir de información primaria y precisa, conocer el avance en el cumplimiento de los objetivos, así como los resultados y efectos alcanzados en las poblaciones atendidas.

Dichos mecanismos de información deberían priorizar, sobre todo, las características de las personas gestantes y de las y los recién nacidos, así como sus necesidades (culturales) particulares en el contexto comunitario en que viven y desde el diagnóstico de problemáticas a nivel local.

### **9. ¿El programa cuenta con mecanismos para identificar su población objetivo? En caso de contar con éstos, especifique cuáles y qué información utiliza para hacerlo.**

El diagnóstico del documento oficial del PAE no establece mecanismos para la identificación de la población objetivo. No obstante, el diagnóstico del programa presupuestario P020 Salud materna, sexual y reproductiva, revisado de manera complementaria, estableció que la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID), que lleva a cabo cada cinco años el Instituto Nacional de Estadística y Demografía (INEGI), y las proyecciones de población de CONAPO son las fuentes de información para estimar a las MEF: Mujeres en edad fértil y a las MEFU: Mujeres en edad fértil unidas; es decir, mujeres que tienen entre 15 y 49 años de edad y que además, están casadas o unidas.

Estos grupos, además, se categorizan como 1) sin seguridad social, 2) responsabilidad de la SSA, y 3) beneficiarias de IMSS-Prospera.

Los dos objetivos del PAE delimitan de cierta manera la población al referirse a grupos de población de alta marginación o a las mujeres en alguna etapa gestacional. Así, cuando se indica “priorizando grupos de alta marginación”, se puede inferir que ésta es una condición para determinar la población objetivo; sin embargo, el PAE debería establecer puntualmente que dicha población está conformada por todas las personas gestantes y las y los recién nacidos. Si no considera a estos grupos adicionales, la identificación de la población objetivo continuará teniendo errores al dejar fuera todos los elementos de interseccionalidad que atraviesan las necesidades de los diferentes grupos, en particular dentro de lo que el PAE denomina “grupo de alta marginación”



**EL PAE DEBERÍA ESTABLECER PUNTUALMENTE QUE DICHA POBLACIÓN ESTÁ CONFORMADA POR TODAS LAS PERSONAS GESTANTES Y LAS Y LOS RECIÉN NACIDOS. SI NO CONSIDERA A ESTOS GRUPOS ADICIONALES, LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN OBJETIVO CONTINUARÁ TENIENDO ERRORES.**

(pertinencia cultural, edad, identidad de género, discapacidad, condición socioeconómica, etc.).

Finalmente, en términos de diseño de un programa de este tipo, su población objetivo también está determinada por la capacidad financiera del Estado para responder a determinados problemas públicos, lo anterior a través de métodos y enfoques de focalización y cobertura. No obstante, en los documentos analizados tampoco se logró identificar este elemento.

### **10. ¿El programa cuenta con una estrategia de cobertura documentada para atender a su población objetivo, incluyendo la definición de la población objetivo, especificando las metas de cobertura anual, abarcando un horizonte de mediano y largo plazo, y siendo congruente con el diseño y el diagnóstico del programa?**

El documento oficial del PAE no establece una estrategia de cobertura para atender a su población objetivo. En cambio, el diagnóstico del programa presupuestario *PO20 Salud materna, sexual y reproductiva*, sí presenta una serie de estimaciones, a partir de las MEF y de las MEFU. No obstante, estas estimaciones no fueron realizadas en 2013 cuando se elaboró el diagnóstico base del programa, sino en 2015. Además, los datos no pueden ser entendidos como metas de cobertura anual, ni cuentan con un horizonte temporal a mediano y largo plazo porque, por lo menos en la narrativa del diagnóstico, no se calcularon con ese fin, sino con el de caracterizar a la población objetivo del programa.

Por otro lado, se podría inferir que la estrategia de focalización y cobertura estaría orientada a atender a toda la población que requiera atención e intervenciones de salud materna y perinatal, pero esto tampoco se especifica en los documentos analizados que dan cuenta del diseño del programa.

Desde una perspectiva de derechos humanos, garantizar el derecho a la salud, en particular a la salud materna, requiere garantizar la cobertura de toda la población objetivo, poniendo particular énfasis en la disminución de las brechas respecto de la accesibilidad, aceptabilidad, calidad y disponibilidad de servicios en las localidades con mayor nivel de vulnerabilidad, rezago y desigualdad. También se requeriría ampliar la comprensión de esta población y transitar a incluir a las personas gestantes y a las y los recién nacidos en todas sus diversidades.

De los siete indicadores que se establecen para darle seguimiento al programa, seis de éstos incluyen metas en dos niveles: anuales respecto de la línea base del año anterior y sexenales. Sin embargo, al revisar la formulación de los indicadores se observa que el cumplimiento de muchos de éstos se traduce en acciones que se convierten en la responsabilidad de las usuarias.

El PAE no hace explícita su estrategia de cobertura; además, aun cuando se entiende que brinda intervenciones son bajo demanda de las usuarias, tampoco se identificó en el diseño alguna consideración para que el programa se encargue de hacer llegar los servicios a las personas beneficiarias.

Por último, al no establecer en las metas el número de mujeres que se busca atender al año (con respecto al año previo) sino sólo un cambio porcentual en el indicador, los ajustes corresponden al total de población atendida, no a una proporción entre lo programado y lo realmente alcanzado. Esto se debe a que los servicios son brindados a las usuarias en cuanto se acercan a las instituciones, por lo que no se puede prever exactamente a cuántas se va a atender. Si bien no hay un diagnóstico claro de este número, se podrían usar proyecciones de mujeres en edad reproductiva para calcular la estrategia de cobertura.

**11. Los procedimientos del programa para la selección de beneficiarios y/o proyectos incluyen criterios de elegibilidad claramente especificados, es decir, no existe ambigüedad en su redacción? ¿están estandarizados, es decir, son utilizados por todas las instancias ejecutoras? ¿están sistematizados? ¿se difunden públicamente?**

No aplica.

**12. Los procedimientos para recibir, registrar y dar trámite a las solicitudes de apoyo corresponden a las características de la población objetivo? ¿Existen formatos definidos? ¿Están disponibles para la población objetivo? ¿Están apegados al documento normativo del programa?**

Ni en el documento oficial del PAE ni en el diagnóstico del programa presupuestario *PO20 Salud materna, sexual y reproductiva*, se establecen procedimientos de ningún tipo. Además, en la recolección documental tampoco se identificó ningún tipo de lineamientos generales ni algún manual que, entre otros, estandarice algunos procedimientos acerca de cómo recibir, registrar y dar trámite a las intervenciones de salud materna y perinatal.

Por otro lado, cada institución de provisión de servicios de salud (Instituto Mexicano del Seguro Social -IMSS-; Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado -ISSSTE-, Servicios de Salud de la Secretaría de la Defensa Nacional -SEDENA-, Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos -PEMEX-, etc.) tiene sus propios procedimientos y requisitos. La falta de un procedimiento general y la adecuación de los procedimientos de las instituciones al programa puede generar resultados diferenciados a partir de las distintas capacidades de dichos oferentes de servicios. Desde una perspectiva de derechos humanos es fundamental que los procedimientos para dar trámite a las

demandas de las usuarias respondan a las particularidades de las distintas poblaciones, por ejemplo, con formatos en lengua indígena, o que atiendan a usuarias con alguna discapacidad visual.

Finalmente, lo que sí señala el diagnóstico del programa presupuestario *PO20 Salud materna, sexual y reproductiva*, es que éste otorga apoyos monetarios y no monetarios (insumos, capacitación, asesoría técnica) a las entidades federativas, a fin de fortalecer la prestación de servicios de salud materna y perinatal. Las entidades federativas son corresponsables en la ejecución y vigilancia de los recursos e insumos ministrados, y en la prestación de servicios acorde a la normatividad y lineamientos establecidos por el CNEGSR.

**13. ¿Existe información que permite conocer quiénes reciben los apoyos del programa (padrón de beneficiarios)? Esta información: ¿incluye las características de los beneficiarios establecidas en su documento normativo?, ¿incluye el tipo de apoyo otorgado? ¿está sistematizada e incluye una clave única de identificación por beneficiario que no cambie en el tiempo?, ¿cuenta con mecanismos documentados para su depuración y actualización?**

En el documento oficial del PAE no se identificó ninguna referen-



cia a un padrón que permita saber quienes reciben los servicios del programa. No obstante, esta ausencia de un padrón quizá se explique por la naturaleza del PAE. Al respecto, el diagnóstico del programa presupuestario *P20 Salud materna, sexual y reproductiva*, contiene una sección denominada Previsiones para la integración y operación del padrón de beneficiarios. En ésta, se explicita que “[...] dada la clasificación de este programa presupuestario de modalidad “P” (Planeación, seguimiento y evaluación de políticas públicas) es imposible la creación, seguimiento y monitoreo de un padrón de beneficiarios ya que no existe un listado en el cual se pueda saber nominalmente quienes dentro de la población potencial experimentarán la necesidad de recibir alguna de las intervenciones [...]” (CNEGSR, 2015).

Por otro lado, las instituciones, en sus plataformas de información, deberían tener registros que mostraran ciertas características de las personas usuarias (edad, sexo, condición socio-económica a partir del nivel de ingresos, etc.). Sin embargo, no existe información para saber si todas las personas (atendidas por las distintas instituciones públicas del Sector Salud: IMSS, ISSSTE, SSA, etc.) reciben servicios del PAE. La SSA, a partir del SIN AIS, agrupa los datos de su población afiliada en cuatro subsistemas: 1) población y cobertura (proyecciones de población), 2) recursos humanos, físicos, materiales y financieros, 3) servicios otorgados y 4) daños a la salud y nacimientos. Estos podrían comenzar a actualizarse y avanzar en algunas etapas para conformar un sistema más integrado. No obstante, el documento oficial del PAE no menciona nada al respecto. Así, los registros existen, pero para cada institución cuando lo que se necesita es contar con esa información específicamente en referencia al PAE.

Por lo tanto, es de suma relevancia generar, en los diferentes sistemas de información, etiquetas que permitan realizar análisis más complejos de los efectos de un programa de este tipo.

**14. Los procedimientos para otorgar los apoyos a los beneficiarios ¿están estandarizados? Es decir: ¿Son utilizados por todas las instancias ejecutoras? ¿Están sistematizados? ¿Están difundidos públicamente? ¿Están apegados al documento normativo del programa?**

Aun cuando el documento oficial del PAE no señala nada sobre procedimientos, ni tampoco lo hace el diagnóstico del programa presupuestario *PO20 Salud materna, sexual y reproductiva*, se infiere que, al ser implementado por cada institución prestadora de servicios de salud, se adecúa a partir de las estrategias que cada oferente tiene establecidas en sus prácticas y en función de sus capacidades.

En los documentos analizados no se identificaron lineamientos generales que homogeneicen la implementación de las distintas estrategias y líneas de acción. Aun cuando hay normas oficiales mexicanas y convenios establecidos entre la federación y las entidades federativas para diferentes aspectos en la prestación de servicios, un instrumento normativo - procedimental que esté claramente indicado en el diseño del programa, contribuiría a coordinar las acciones y a realizar valoraciones generales sobre ellas. Sobre todo, permitiría estandarizar elementos que, desde una perspectiva de derechos humanos, son irrenunciables para asegurar el derecho a la salud de las personas gestantes y de las y los recién nacidos.

**15. Si el programa recolecta información socioeconómica de sus beneficiarios, explique el procedimiento para llevarlo a cabo, las variables que mide y la periodicidad de las mediciones.**

En el documento oficial del PAE no se identificaron, de manera clara y explícita, los procesos para la recolección de información socioeconómica de su población objetivo. Esto tampoco se indica, de manera

exhaustiva, en el diagnóstico del programa presupuestario P020 Salud materna, sexual y reproductiva. No obstante, sí se menciona la utilización de censos, encuestas y proyecciones nacionales.

Lo anterior es importante porque el diseño del programa debería dar certeza sobre la existencia de un sistema de información que concentre datos relevantes de las condiciones de la población a la que atiende. De otra forma, sin estos datos, resultaría imposible tomar las decisiones operativas y, sobre todo las decisiones correctivas de las desigualdades que aseguren el derecho a la salud desde una perspectiva de derechos humanos.

Cuando están diseñados correctamente y se actualizan de manera periódica y completa, los sistemas de información permiten problematizar necesidades operativas para el programa, así como relacionadas con las condiciones contextuales y comunitarias de las poblaciones que podrían estar inhibiendo el acceso, la aceptabilidad, la calidad y la disponibilidad de los servicios.

#### 2.4. EVALUACIÓN Y ANALISIS DE LA MATRIZ DE INDICADORES PARA RESULTADOS

**16. Para cada uno de los componentes de la MIR del programa existe una o un grupo de actividades que están claramente especificadas, es decir que no existe ambigüedad en su redacción? Están ordenadas de manera cronológica? Son necesarias, es decir ninguna actividad es prescindible para producir los componentes?**

El diseño del PAE no establece formalmente una MIR, y por lo tanto no se puede validar la solidez técnica de los elementos que deben componerla. No obstante, en la propuesta de matrices en cascada que se construyó para el presente estudio, existe cierta consistencia cuando se acomodan los elementos que podrían

componer su marco lógico. Es importante enfatizar que este ejercicio de acomodo lo realizó el equipo de investigación ya que el diseño formal del PAE no lo establece de esa forma. En las consideraciones metodológicas se hace explícito este abordaje que fue necesario para analizar el diseño del Programa.

**17. Los Componentes señalados en la Matriz de Indicadores por Resultados (MIR): ¿Son los bienes o servicios que produce el programa? ¿Están redactados como resultados logrados, por ejemplo, becas entregadas? ¿Son necesarios? Es decir, ¿ninguno de los Componentes es prescindible para producir el Propósito? ¿Su realización genera junto con los supuestos en ese nivel de objetivos el Propósito?**

Ni en el documento oficial del PAE, ni en el diagnóstico del programa presupuestario *P020 salud materna, sexual y reproductiva*, se señala el marco lógico del programa, ni su traducción en una MIR. Por lo tanto, el diseño del programa no incluye los elementos técnicos de un instrumento de este tipo.

No obstante, a partir de la propuesta de matrices en cascada que se elaboró para analizar la alineación del programa, y que se describió en secciones anteriores, se identificó que los Componentes corresponden a los dos objetivos O1 y O2 del PAE

Los componentes de O1 son:

- ➔ Incrementar el acceso en las etapas pre-gestacional, prenatal, parto, puerperio y neonatal a servicios con alta calidad.
- ➔ Promover la nutrición efectiva en forma temprana y específica, en las etapas pre-gestacional, prenatal y neonatal.

Mientras que para el O2 son:

- ➔ Promover formación, actualización y desarrollo de recursos hu-

manos para la atención integral, pre-gestacional, prenatal, del parto, puerperio y del neonato.

- ➔ Contribuir a prevenir embarazos de alto riesgo impulsando el acceso a métodos anticonceptivos, respetando la libre decisión de las mujeres.
- ➔ Fortalecer la vinculación de los procesos de gestión, vigilancia, monitoreo, seguimiento y evaluación para la acción y rendición de cuentas.

De esta forma, se podría decir que los componentes no coadyuvan del todo al cumplimiento integral del O1, debido a que no todas las acciones se orientan al Propósito del PAE que hace énfasis en el acceso universal. En cambio, este objetivo habla de incrementar el acceso en ciertas etapas y de promover la nutrición efectiva, pero se entiende que lo hará en el universo de las personas que acuden a los servicios de salud materna y no necesariamente está claro que incluya en éste a las mujeres que lo necesitan y que por algún motivo geográfico no logran acceder a dichos servicios.

Para el O2 no se menciona tampoco ninguna estrategia que incluya o haga referencia a los grupos de alta marginación. Por ejemplo, el componente de “promover formación, actualización y desarrollo de recursos humanos para la atención integral, pre-gestacional, prenatal, del parto, puerperio y del neonato” no menciona la promoción de la atención que incluya elementos de pertinencia cultural, ni necesidades de las personas gestantes. También carece de una articulación de los contenidos del O2 con especificidades integradas y medibles orientadas a la atención de las y los recién nacidos.

**18. ¿El Propósito de la MIR es consecuencia directa que se espera ocurrirá como resultado de los Componentes y los supuestos a ese nivel de objetivos? ¿Su logro no está controlado**

**por los responsables del programa? ¿Es único? Es decir, ¿incluye un solo objetivo? ¿Está redactado como una situación alcanzada? por ejemplo: morbilidad en la localidad reducida ¿Incluye la población objetivo?**

Ni en el documento oficial del PAE, ni en el diagnóstico del programa presupuestario *P20 salud materna, sexual y reproductiva*, se señala el marco lógico del programa, ni su traducción en una Matriz de Indicadores por Resultados (MIR). Por lo tanto el diseño del programa no incluye los elementos técnicos de un instrumento de este tipo.

A partir de la propuesta de matrices en cascada, el Propósito recae en dos objetivos que establece el programa, mismos que ya se han indicado en preguntas anteriores:

- ➔ “*Propiciar el acceso universal de mujeres en etapas pre-gestacional, embarazo, parto, puerperio y neonatal, a servicios de calidad y respetuosos*”, y
- ➔ “*Contribuir a reducir la morbi-mortalidad materna y perinatal, con enfoque de interculturalidad, priorizando grupos de alta marginación y de riesgo*”<sup>27</sup>.

Al respecto, se identificó que la principal deficiencia del propósito es que se busca adoptar el enfoque de interculturalidad (orientado a la atención e inclusión de los grupos con alta marginación y en riesgo) sin que haya consistencia con sus estrategias. No se explicita cómo se logrará adoptar tal enfoque pues no hay una descripción teórica-conceptual de éste en el diseño del programa, sobre todo, dado que el diagnóstico del programa no establece ningún análisis o problematización de los desafíos que enfrentan las personas gestantes, desde sus diversidades y condiciones contextuales de desigualdad.

<sup>27</sup> PAE Salud Materna y Perinatal op. cit., p. 61

**19. ¿El Fin de la MIR está claramente especificado? Es decir, ¿no existe ambigüedad en su redacción? ¿Es un objetivo superior al que el programa contribuye? Es decir, ¿no se espera que la ejecución del programa sea suficiente para alcanzar el Fin? ¿Su logro no está controlado por los responsables del programa? ¿Es único? Es decir, ¿incluye un solo objetivo? ¿Está vinculado con objetivos estratégicos de la dependencia o del programa sectorial?**

Ni en el documento oficial del PAE, ni en el diagnóstico del programa presupuestario P20 salud materna, sexual y reproductiva, se señala el marco lógico del programa, ni su traducción en una Matriz de Indicadores por Resultados (MIR). Por lo tanto, el diseño del programa no incluye los elementos técnicos de un instrumento de este tipo.

No obstante, a partir de la propuesta de matrices en cascada, las estrategias del PROSESA que configuran el Fin del PAE, son:

- ➔ “Incrementar el acceso a la salud sexual y reproductiva con especial énfasis en adolescentes y poblaciones vulnerables”, y
- ➔ “Asegurar un enfoque integral y la participación de todos los involucrados para reducir la mortalidad materna, especialmente en comunidades marginadas <sup>28</sup>.”

Es importante indicar que, al tratarse de dos de las estrategias del PROSESA, la redacción de estos no tiene la formalidad técnica del marco lógico y de la MIR, por lo que existen algunas ambigüedades ya que se tienen dos objetivos en donde se incorporan conceptos que apuntan a otros distintos. Esta vinculación debería ser más virtuosa y clara en cuanto ambos instrumentos de política pública deberían comunicarse y alinearse de mejor manera dado que buscan alcanzar resultados similares.

Vale la pena enfatizar que en el segundo objetivo, indicado arriba, se identificó como principal deficiencia, dotar de contenido a los conceptos de enfoque integral y participación.

**20. En el documento normativo del programa: ¿Es posible identificar el resumen narrativo de la MIR (Fin, Propósito, Componentes y Actividades)?**

Ni en el documento oficial del PAE, ni en el diagnóstico del programa presupuestario *P20 salud materna, sexual y reproductiva*, se señala el marco lógico del programa, ni su traducción en una Matriz de Indicadores por Resultados (MIR). Por lo tanto, el diseño del programa no incluye los elementos técnicos de un instrumento de este tipo. Por otro lado, los indicadores que sí se plasman en el diseño, tienen una ficha técnica.

**21. En cada uno de los niveles de objetivos de la MIR del programa (Fin, Propósito, Componentes y Actividades): ¿Existen indicadores para medir el desempeño del programa con las siguientes características: a) claros, b) relevantes, c) económicos, d) monitoreables y e) adecuados?**

El documento oficial del PAE establece siete indicadores para evaluar el desempeño del programa y sus resultados. Por lo tanto, están incompletos. Al analizar los elementos del diseño, su estructura y la amplitud de su propósito, por lo menos se requerirían 33 indicadores básicos, sin contar aquéllos que permitirían evaluar al programa desde una perspectiva de derechos humanos, para valorar la evolución de los resultados relacionados con cada objetivo, estrategia y línea de acción.

Al respecto, el CONEVAL ha identificado una serie de características<sup>29</sup> mínimas con las que deben cumplir los indicadores para el moni-

28 Ibid., p.57

29 CONEVAL. 2013. Manual para el Diseño y la Construcción de Indicadores. Instrumentos principales para el monitoreo de programas sociales de México. México, p. 58-62.

toreo y la evaluación de los programas. La primera es que los indicadores deben ser *claros*, esto es, que incluyan las definiciones de términos técnicos de tal suerte que se facilite su interpretación y gestión. Los indicadores deben ser *relevantes*, es decir, que los elementos más importantes del indicador estén directamente relacionados con algún aspecto fundamental para el cumplimiento del propósito del programa. Otra característica es que sean *económicos*, lo que significa que puedan generar la información necesaria al menor costo económico o humano posible. Además, los indicadores deben ser *monitoreables* y estar sustentados en medios de verificación y métodos de cálculo que los hagan replicables. Por último, deben ser adecuados, de tal suerte que permitan emitir un juicio respecto del desempeño del programa y determinar si la información que proporcionan es relevante y apropiada para describir los logros del programa en un cierto periodo.

Este marco nos brinda los elementos para analizar si los indicadores del PAE-SMP tienen pertinencia en relación con sus objetivos. Concretamente, se identificó que para el propósito “*Contribuir a reducir la morbi-mortalidad materna y perinatal, con enfoque de interculturalidad, priorizando grupos de alta marginación y de riesgo*” actualmente están señalados dos indicadores: la razón de mortalidad materna y la tasa de mortalidad neonatal.

Por otra parte, para la estrategia 1.1 “incrementar el acceso en las etapas pre-gestacional, prenatal, parto, puerperio y neonatal a servicios de alta calidad”, se identificó que ahora hay tres indicadores: porcentaje de embarazadas atendidas en el primer trimestre gestacional, porcentaje de partos atendidos a nivel institucional, y porcentaje de cesáreas. Además, hay un indicador sobre cobertura de tamiz neonatal que se puede asociar a la actividad 1.1.7 “fortalecer y desarrollar acciones específicas para la prevención y detección de defectos de nacimientos”, y otro indicador que mide el porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer para la actividad 1.2.3 relativa al fortalecimiento del manejo nutricional del prematuro extremo.

Con base en la explicación anterior, los indicadores son claros, en el sentido de que su construcción permite interpretarlos. Sin embargo, no todos son relevantes ya que los dos que están enunciados a nivel de propósito del PAE buscan evaluar la reducción de la muerte materna y neonatal pero no incluyen ninguna referencia sobre los grupos de alta marginación y de riesgo. Los indicadores que se encuentran en la estrategia 1.1 no son relevantes tampoco, ya que sólo miden el porcentaje de acceso de mujeres a los servicios, pero dejan fuera la definición y medición de los servicios de calidad. Por otro lado, se considera que si se incluyera algún indicador para medir esto, dejaría de ser económico.

De manera general, los indicadores son monitoreables ya que cuentan con una fórmula que facilita su verificación.

**22. ¿Las Fichas Técnicas de los indicadores del programa cuentan con la siguiente información: a) nombre; b) definición; c) método de cálculo; d) unidad de medida; e) frecuencia de medición; f) línea base; g) metas, y h) comportamiento del indicador (ascendente, descendente, regular o nominal)?**

El documento oficial del PAE establece siete indicadores. De éstos, seis cuentan con fichas técnicas que proporcionan información sobre el nombre, la definición, el método de cálculo, unidad de medida, frecuencia de medición, línea base y metas. El comportamiento de estos indicadores es descendente. El séptimo indicador identificado, relacionado con el *Porcentaje de cesáreas*, carece de ficha técnica.

**23. ¿Las metas de los indicadores de la MIR cuentan con unidad de medida? ¿Están orientadas a impulsar el desempeño; es decir, no son laxas? ¿Son factibles de alcanzar considerando los plazos y los recursos humanos y financieros con los que cuenta el programa?**

Ni en el documento oficial del PAE, ni en el diagnóstico del programa presupuestario *P20 salud materna, sexual y reproductiva*, se señala el marco lógico del programa, ni su traducción en una Matriz de Indicadores por Resultados (MIR). Por lo tanto, en lo relativo a los elementos técnicos de un instrumento de este tipo, el diseño del programa no los incluye.

No obstante, a partir de la propuesta de matrices en cascada y con base en los siete indicadores identificados, sí hay una asociación a determinadas metas que están alineadas con el PROSESA y el PND 2013-2018. Por otro lado, de los siete indicadores del PAE, seis establecen sus metas sexenales, y sus unidades de medida.

Las líneas base y las metas de los indicadores identificados son las siguientes:

INDICADOR PAE SMYP	LÍNEA BASE 2012	META SEXENAL 2018
<b>Indicador 1.</b> Porcentaje de embarazadas atendidas en el primer trimestre gestacional.	40.4%	50.0%
<b>Indicador 2.</b> Cobertura de Tamiz Neonatal.	74.4%	90.0%
<b>Indicador 3.</b> Porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer.	5.4%	5.0%
<b>Indicador 4.</b> Razón de Mortalidad Materna.	42.3	30.0
<b>Indicador 5.</b> Tasa de Mortalidad Neonatal.	8.0	7.07
<b>Indicador 6.</b> Porcentaje de partos atendidos a nivel institucional.	98.2%	99.5%
<b>Indicador 7.</b> Porcentaje de cesáreas.	ND	25%

Respecto de la laxitud de las metas, aparentemente éstas están orientadas a impulsar el desempeño pero, en el desarrollo del programa, no se explicitan los recursos materiales ni humanos, ni el fortalecimiento de las redes de atención. Tampoco se enmarcan en la promoción, prevención y atención para su cumplimiento, y se desconoce cuántos son los recursos programados para el cumplimiento de cada

meta. Además, el PAE no especifica un mecanismo, ruta u obligaciones de que esta información se programe y/o publique, por lo que se dificulta darle seguimiento y conocer si los recursos asignados fueron suficientes para cumplir con las metas.

Finalmente, para analizar los indicadores que se establecen en el diseño del PAE se realizó una búsqueda de éstos en las normas oficiales y en literatura especializada, con el fin de revisar su consistencia y pertinencia con el marco regulatorio nacional o en el debate técnico más amplio de la salud pública. A continuación, se presentan las referencias en donde se pudo observar dicha consistencia.

## PARÁMETROS DE LOS INDICADORES:

### Indicador 1:

Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio <sup>30</sup>.

Consejo de Salubridad General. Guía de Práctica Clínica. Control prenatal con enfoque de riesgo. Evidencias y Recomendaciones. México, 2009 <sup>31</sup>.

### Indicador 2:

Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio <sup>32</sup>.

Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA2-2002 “Para la Prevención y Control de los Defectos al Nacimiento” <sup>33</sup>.

### Indicador 3:

Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Cri-

30 Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007ssa23.html>

31 Disponible en: [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/028\\_GPC\\_PrenatalRiesgo/IMSS\\_028\\_08\\_EyR.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/028_GPC_PrenatalRiesgo/IMSS_028_08_EyR.pdf)

32 Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007ssa23.html>

33 Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/034ssa202.html>

terios y procedimientos para la prestación del servicio <sup>34</sup>.

Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA2-2002 “Para la Prevención y Control de los Defectos al Nacimiento” <sup>35</sup>.

**Indicador 4:**

INEGI, Gobierno de la República, Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México: Informe de Avances 2013. Resumen Ejecutivo <sup>36</sup>.

**Indicador 5:**

INEGI, Gobierno de la República, Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México: Informe de Avances 2013. Resumen Ejecutivo <sup>37</sup>. Consejo de Salubridad. Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y tratamiento de la Asfixia Neonatal. Evidencias y recomendaciones. Catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS-632-13. México, 2011<sup>38</sup>.

**Indicador 6:**

INEGI, Gobierno de la República, Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México: Informe de Avances 2013. Resumen Ejecutivo <sup>39</sup>. Gobierno Federal, Secretaría de Salud, Estrategia Integral para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna en México. México, 2009<sup>40</sup>.

**Indicador 7:**

Secretaría de Salud, Estrategia Integral para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna en México. México, 2009 <sup>41</sup>.

Organización Mundial de Salud, Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. 2015 <sup>42</sup>.

34 Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007ssa23.html>

35 Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/034ssa202.html>

36 Disponible en <http://www.objetivosdesarrollodemilenio.org.mx/Doctos/REsInfMex2013.pdf>

37 Disponible en <http://www.objetivosdesarrollodemilenio.org.mx/Doctos/REsInfMex2013.pdf>

38 Disponible en: [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS\\_632\\_13\\_ASFIXIANEONATAL/632GER.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS_632_13_ASFIXIANEONATAL/632GER.pdf)

39 Disponible en: <http://www.objetivosdesarrollodemilenio.org.mx/Doctos/REsInfMex2013.pdf>

40 Disponible en: [https://www.coneval.org.mx/rw/resource/coneval/info\\_public/Estrategia\\_Integral.pdf](https://www.coneval.org.mx/rw/resource/coneval/info_public/Estrategia_Integral.pdf)

41 Disponible en: [https://www.coneval.org.mx/rw/resource/coneval/info\\_public/Estrategia\\_Integral.pdf](https://www.coneval.org.mx/rw/resource/coneval/info_public/Estrategia_Integral.pdf)

42 Disponible en [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161444/1/WHO\\_RHR\\_15.02\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161444/1/WHO_RHR_15.02_spa.pdf?ua=1)

**24. ¿Cuántos de los indicadores incluidos en la MIR tienen especificados medios de verificación oficiales o institucionales? ¿Tienen un nombre que permite identificarlos? ¿Permiten reproducir el cálculo del indicador? ¿Son públicos y accesibles a cualquier persona?**

En el documento oficial del PAE se incluyen siete indicadores, de los cuales seis cuentan con una ficha técnica que incluye un método de cálculo y fuentes de información oficiales.

Para cada indicador sí se explicita un método de cálculo y, para seis de los siete indicadores, se especifica la fuente para su cálculo. Además, se identificó que en los indicadores del PAE se establecen metas intermedias, pero no se indica cómo se reportará su desarrollo. Una oportunidad de mejora es precisamente que se explicita la rendición pública de su avance.

Por otro lado, el PAE en su diagnóstico oficial y en el diagnóstico del programa presupuestario *P20 Salud materna*,

*sexual y reproductiva*, aborda elementos que no se plasman en los indicadores. Asimismo, el programa carece de indicadores que, orientados a la accesibilidad, aceptabilidad, calidad y disponibilidad de servicios, aseguren una medición y/o valoración rigurosa de estos elementos clave de la perspectiva de derechos humanos en el derecho a la salud.

**26. Sugiera modificaciones<sup>43</sup> en la MIR del programa o incorpore los cambios que resuelvan las deficiencias encontradas en cada uno de sus elementos a partir de sus respuestas a las preguntas de este apartado.**

Una MIR para un programa de esta naturaleza debería ser más exhaustiva con sus indicadores, de forma que se pueda medir cada elemento del programa, desde su contribución a un Fin con mayor alcance hasta la operación de cada una de sus actividades, pasando por sus componentes y su propósito en sí mismo.

Como se ha señalado previamente, el PAE es un programa de política pública de alcance nacional con una amplia población potencial y objetivo. Tiene seis estrategias y 20 actividades y sólo cuenta con seis indicado-

res con ficha técnica y un indicador sin ficha técnica.

En principio, dentro de la MIR, hace falta que cada elemento contenga su resumen narrativo y los supuestos de todos y cada uno de los indicadores incluidos; además faltan indicadores para varios elementos contenidos en el PAE. Existen 28 elementos en la MIR, y sólo 6 indicadores que miden cuatro de ellos; por lo tanto, 24 elementos están sin indicador. A nivel de Fin del PAE, no existe ningún indicador. A nivel de Propósito, existen dos indicadores que miden el objetivo 2 (“Contribuir a reducir la morbi-mortalidad materna y perinatal, con enfoque de interculturalidad, priorizando grupos de alta marginación y riesgos”). Estos dos indicadores son: la RMM, y la tasa de mortalidad



## EL INDICADOR DE COBERTURA DE TAMIZ NEONATAL, QUE MIDE EL PORCENTAJE DE TAMIZ APLICADO A LOS RECIÉN NACIDOS, NO ES UN RESULTADO DIRECTO DEL “FORTALECIMIENTO Y DESARROLLO DE ACCIONES ESPECÍFICAS PARA LA PREVENCIÓN, DETECCIÓN Y MANEJO DE LOS DEFECTOS AL NACIMIENTO.

43 26.1. En la respuesta se debe incluir la justificación del diseño propuesto o las modificaciones sugeridas. Se debe incluir el Anexo 6 “Propuesta de mejora de la Matriz de Indicadores para Resultados”. De ser posible, en las propuestas de mejora se debe considerar la inclusión de indicadores desagregados por sexo, que permitan observar los cambios en las condiciones de vida de mujeres y hombres.

26.2. Las fuentes de información mínimas a utilizar deben ser la MIR, Fichas Técnicas de los indicadores, el diagnóstico del programa, ROP y/o documentos normativos del programa.

26.3. La respuesta a esta pregunta debe ser consistente con las respuestas de las preguntas 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24 y 25.

neonatal, los cuales tienen su ficha técnica completa (fórmula, fuente de información y periodicidad), pero son indicadores indirectos y no tienen narrativa ni supuestos. El otro propósito del PAE no tiene instrumentos de medición.

A nivel de las seis estrategias, la estrategia 1.1. “Incrementar el acceso en las etapas pre-gestacional, prenatal, parto y puerperio y neonatal a servicios de alta calidad”, tiene tres indicadores. El primero mide el porcentaje de embarazadas atendidas en el primer trimestre gestacional; el segundo mide el porcentaje de partos atendidos a nivel institucional, y el tercero mide el porcentaje de cesáreas. Los primeros dos indicadores cuentan con ficha técnica completa, pero el último no. Además, ninguno de estos indicadores tiene resumen narrativo ni supuestos. Finalmente, ninguna de las otras cinco estrategias cuenta con algún tipo de instrumento de medición.

A nivel de actividades, sólo dos pueden ser medidas con herramienta confiable. Por un lado, la actividad A.1.1.7. “Fortalecer y desarrollar acciones específicas para la prevención, detección y manejo de los defectos al nacimiento”, puede medirse por el indicador de tamiz neonatal, cuya ficha técnica está completa, aunque le faltan su resumen narrativo y su supuesto, además de ser sólo un indicador indirecto.

La actividad A.1.2.3. “Fortalecer el manejo nutricional del prematuro extremo sustentado en evidencias científicas actuales y buenas prácticas” tiene como indicador el de porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer. Su ficha técnica está completa, pero no se incluye su resumen narrativo ni el supuesto. Sin embargo, cabe resaltar que, de nueva cuenta, se trata de un indicador indirecto, por lo que no es posible establecer una relación directa entre éste y el resultado de la actividad o estrategia efectivamente implementada.

Por otro lado, el indicador de cobertura de tamiz neonatal, que mide el porcentaje de tamiz aplicado a los recién nacidos,

no es un resultado directo del “fortalecimiento y desarrollo de acciones específicas para la prevención, detección y manejo de los defectos al nacimiento porque no es posible saber qué tipo de acción lleva a este resultado.

Finalmente, el Sistema de Información para la Administración del Fondo de Aportaciones para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas (SIA-FFASPE) contiene algunos indicadores; sin embargo, no son los mismos en todas las entidades federativas y no todos los estados reportan sobre todos los indicadores del PAE.

Sugerimos que se incluyan indicadores que midan el resultado de los objetivos que se han planteado en el PAE como un elemento que permita medir el impacto que las líneas de acción puedan tener en la población objetivo. Esto permitiría además a los responsables de la ejecución de dicho programa darle seguimiento a las estrategias planteadas y al cumplimiento de los objetivos del Programa. También se debería incluir en el SIA-FFASPE indicadores relativos al PAE ya que reflejan los elementos importantes y clave de la política pública de salud materna, que deberían utilizarse en todas las entidades federativas.

## 2.5. PRESUPUESTO Y RENDICIÓN DE CUENTAS

**27. ¿El programa identifica y cuantifica los gastos en los que incurre para generar los bienes y los servicios (Componentes) que ofrece y los desglosa en gastos de operación, gastos de supervisión, gastos de capital y gastos unitarios?**

Para la eficacia de un programa es fundamental la posibilidad de planear y programar los recursos, lo cual no siempre se hace público. En el contexto del diseño actual del PAE, la programación y presupuestación es compleja. En el caso de los servicios de sa-

lud estatales, se usan diferentes fuentes de financiamiento y hay distintos tomadores de decisión involucrados. A partir de lo que se logra identificar en el PEF y el AFASPE en estos casos, se requiere de una gestión coordinada entre responsables programáticos y responsables de planeación, que en muchas ocasiones o no se lleva a cabo, o se desarrolla de manera incompleta.

**28. ¿El programa cuenta con mecanismos de transparencia y rendición de cuentas que permitan identificar si las ROPs o documentos normativos están actualizados y son públicos? Tiene que contemplar: los resultados del programa, los procedimientos para recibir y dar trámite a solicitudes de acceso a la información, y los mecanismos para que la ciudadanía participe en la toma de decisiones públicas.**

El documento oficial del PAE está publicado en la página<sup>44</sup> del CNEGSR. De acuerdo con el apartado de Transparencia del PAE, los resultados también se pueden consultar en la página<sup>45</sup> de la Secretaría de Salud, y en la página<sup>46</sup> de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. No obstante, una vez realizada la revisión correspondiente a ellas, estos sitios se redireccionan a las páginas oficiales y no directamente a los resultados.

El PAE está sujeto a la normativa establecida por la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública en lo que corresponde a los procedimientos y plazos para realizar solicitudes de acceso a la información pública. En cuanto a la actualización del documento normativo y de los resultados, se identificó que dos factores la limitan. El primero tiene que ver con la estrategia amplia del diseño del programa, concretamente con la

ausencia de datos actuales y referenciados que den cuenta del problema público en el apartado del diagnóstico. Por otro lado, se identificó que hace falta un documento que analice las estrategias del PAE y sus resultados propuestos, así como informes al respecto.

Por último, es posible afirmar que dentro del PAE no están claros los mecanismos para propiciar la participación ciudadana en la toma de decisiones públicas, e incluso en momentos previos como la definición del problema público, a partir de identificar a la población objetivo y reconocer las demandas y necesidades de todas las personas gestantes y sus diversidades, sobre todo de quienes pertenecen a grupos en situación de vulnerabilidad y exclusión. Se desaprovecha entonces un mecanismo para garantizar a estos grupos que sus derechos y necesidades estén en el centro del instrumento de política de salud materna, y, por consecuencia, de garantizar sus derechos a servicios de salud materna y perinatal accesibles, aceptables, disponibles y de calidad.

**29. ¿Los procedimientos de ejecución de obras y/o acciones están estandarizados; es decir, son utilizados por todas las instancias ejecutoras? ¿Están sistematizados? ¿Están difundidos públicamente? ¿Están apegados al documento normativo del programa?**

Como se ha mencionado en preguntas anteriores, en el documento oficial del PAE no se identificaron procedimientos. El diseño general encuentra su límite en las líneas de acción del programa.

Un documento de lineamientos operativos podría contribuir a homogeneizar los procesos y con ello abonar al seguimiento de los avances de las acciones del programa, y fortalecería el marco de transparencia y rendición de cuentas del mismo.

44 <http://cnegsr.salud.gob.mx>.

45 [www.gob.mx/salud](http://www.gob.mx/salud)

46 [www.spps.gob.mx](http://www.spps.gob.mx)

## 2.6. ANÁLISIS DE POSIBLES COMPLEMENTARIEDADES Y COINCIDENCIAS CON OTROS PROGRAMAS FEDERALES

**30. ¿Con cuáles programas federales y/o acciones de desarrollo social en otros niveles de gobierno y en qué aspectos el programa evaluado podría tener complementariedad y/o coincidencias?**

El documento oficial del PAE no establece posibles complementariedades y coincidencias con otros programas a nivel federal. Esto tampoco se identificó en el diagnóstico del programa presupuestario *P20 Salud materna, sexual y reproductiva*. Sin embargo, el PAE podría y debería complementarse con programas como el de derechos reproductivos de personas con VIH, anticonceptivos e interrupción del embarazo, y con el de prevención y atención de la violencia familiar y de género.

**CAPÍTULO 3:**  
**RECOMENDACIONES**

A continuación, proponemos una serie de recomendaciones con el propósito de contribuir a fortalecer la política de salud materna y contribuir así a mejorar las condiciones de vida y salud de las mujeres en México desde una perspectiva de derechos, el principio de progresividad de los recursos, de máxima publicidad, participación ciudadana y rendición de cuentas.

## RECOMENDACIONES GENERALES

Una recomendación general que propone Fundar es que se conceptualicen las estrategias y líneas de acción del programa desde una perspectiva de derechos humanos, en concreto desde los elementos del derecho a la salud destacados por el Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales de la ONU en su Observación General No. 14 (2000): disponibilidad, accesibilidad, calidad y aceptabilidad.

Concretamente, proponemos incluir en el diseño de las políticas públicas el estándar de aceptabilidad para que se consideren las desigualdades, tomando en cuenta para ello las necesidades de atención de las mujeres. El estándar de aceptabilidad implica que todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida. Para ello, se requiere promover la participación de las mujeres en todas sus diversidades, indígenas, afrodescendientes, pobres, mestizas, jóvenes, con discapacidad, transexuales, etc., en la definición de servicios públicos de salud que reviertan las brechas de desigualdad. Al centrar los servicios de salud en las mujeres, a partir de sus necesidades de atención, es posible identificar procedimientos de gestión, así como en la relación médico-paciente, que pueden atenderse a partir de elementos que garanticen el respeto de sus derechos (integridad, derecho a decidir, a recibir información clara, a la confidencialidad), lo que es una exigencia compartida por quienes acuden a los servicios médicos.

Igualmente, permite incluir indicadores que visibilicen y atiendan las necesidades específicas de las mujeres y las personas gestantes para revertir las situaciones de exclusión generadas en un modelo biomédico que no reconoce la diversidad de las mujeres. Esto permitirá no sólo hacer efectivos los derechos a la salud y los derechos reproductivos de las mujeres, sino también identificar la contribución del programa de política pública a las metas internacionales suscritas por México.

Otra recomendación general para el diseño del PAE desde un enfoque de derechos humanos es la utilización del concepto más amplio de personas gestantes o en posibilidad de gestar, de tal forma que no se discrimine a las personas con cuerpo femenino que se identifican con la identidad masculina, y poder así identificar las necesidades básicas de las personas gestantes, así como las de los grupos con identidades sexuales diversas.

## JUSTIFICACIÓN DE LA CREACIÓN Y DEL DISEÑO DEL PROGRAMA

El diagnóstico que justifica la creación y el diseño del programa de acción específica para la salud materna y perinatal debe contener y presentar un análisis de la evidencia nacional e internacional respecto a las estrategias y experiencias exitosas para mejorar la salud materna y perinatal. Esto con el fin de sustentar de manera robusta las acciones que, a través del PAE, implementarán las autoridades sanitarias para mejorar el acceso a los servicios de salud materna de las mujeres en México. Este marco de referencia permitirá también llevar a cabo evaluaciones mucho más enfocadas y con mejores posibilidades de destacar aprendizajes para el diseño del plan siguiente.

En particular, el diagnóstico debe ser mucho más específico y adoptar un marco analítico/teórico que permita identificar y caracterizar a la población a la que va dirigido, tanto si la opción es la población en general, como si se elige priorizar a ciertos grupos particulares. La adopción de un marco analítico/teórico permitirá también establecer

una problematización de la salud materna de la cual se desprenderán las estrategias y líneas de acción del programa de manera lógica, a través de un árbol de problemas y de objetivos explícitos que establezcan la relación causal entre los determinantes y los impactos. Asimismo, el diagnóstico debe enfocar los temas y contenidos que sí se incorporarán en el diseño del PAE y se retomarán en los indicadores.

### **POBLACIÓN POTENCIAL, POBLACIÓN OBJETIVO**

Para que el PAE tenga un diseño de estrategias y líneas de acción que permitan garantizar el derecho a la salud, en el marco de los derechos humanos, se debe definir de manera precisa y con fuentes oficiales de información el universo de mujeres en edad reproductiva, o Mujeres en Edad Fértil (MEF) que necesitarán servicios de salud materna y perinatal, visibilizando las diversidades de las personas gestantes y sus particularidades. Esto implica poder identificar estos grupos diferenciados para asegurar la cobertura de servicios de salud materna, por ejemplo, indígenas, afrodescendientes, adolescentes, migrantes, transexuales, con discapacidad, con VIH, entre otros.

La perspectiva de derechos humanos implica también ampliar el concepto tradicional de familia, por lo que el diseño del PAE no debe limitar sus estrategias al grupo de Mujeres en Edad Fértil Unidas (MEFU) y no debe discriminar a los otros cuerpos gestantes al otorgar servicios de atención a la salud materna y perinatal.

### **PADRÓN DE BENEFICIARIOS Y MECANISMOS DE ATENCIÓN**

Los registros sobre la población atendida existen, pero están organizados por cada institución cuando lo que se necesita es poder verlos desde el PAE. Por tanto, es sumamente importante generar etiquetas en los diferentes sistemas de información que permitan realizar estimaciones más exhaustivas respecto de las personas que está atendiendo

la intervención analizada. Incluso recomendamos que el PAE refiera a todo el sector salud e incluya la información de todas las instituciones públicas de salud.

### **LINEAMIENTOS PARA LA PROVISIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD MATERNA**

Sugerimos que, para una implementación homogénea de las estrategias y líneas de acción que establece el PAE, no se dependa del tipo de institución que otorgue los servicios, sino se elabore un documento normativo que defina los lineamientos generales para todas las instituciones de salud y que esto esté claramente indicado en el diseño del PAE. Esto es necesario dado que las líneas de acción constituyen la unidad mínima de planeación y no alcanzan para una desagregación más operativa de la prestación de servicios. Este documento contribuiría a coordinar las acciones interinstitucionales y a realizar valoraciones generales sobre ellas.

Además, la existencia de un documento de lineamientos generales facilitaría el seguimiento a la implementación de las líneas estratégicas, así como la transparencia y la rendición de cuentas.

Los lineamientos deben hacerse no sólo en términos de operatividad sino también de inclusión de la perspectiva de derechos humanos, género e infancia, dado que con el PAE se busca mejorar la calidad de la atención de los servicios de salud materna y perinatal.

Desde la perspectiva de derechos humanos, recomendamos que se integre un sistema de información que permita dar seguimiento a los diferentes grupos de población, desglosados por características específicas (etnia, edad, pertenencia étnica/cultural, diversidad sexual), que reciben atención, integrando la información de las distintas instituciones que otorgan los servicios de salud materna. Para ello, se propone contar con formatos adecuados para el registro de las personas usuarias a partir de su pertenencia étnica, o de alguna discapacidad visual, etc.

Así mismo, para revertir la falta de información de las mujeres y de los distintos grupos sobre sus derechos para acceder a los servicios de salud materna, recomendamos que se incorpore en el PAE un documento normativo que dé cuenta de esos derechos, así como de los diferentes procedimientos de acceso a los servicios en función de las instituciones proveedoras a las cuales ellas están afiliadas.

### MARCO LÓGICO E INDICADORES

Recomendamos que se elabore, en el documento mismo del PAE, una matriz explícita de marco lógico (MML), con el fin de asegurar que los componentes del PAE coadyuven al cumplimiento de los objetivos y el PAE esté perfectamente alineado con el PROSESA.

Otra área de mejora es la elaboración de una Matriz de Indicadores de Resultados (MIR) que contenga indicadores relevantes en términos de los criterios definidos por el CONEVAL (indicadores claros, relevantes, económicos, medibles, adecuados); que den cuenta de estrategias de política pública que mejoren la gestión y servicios de atención en salud materna y perinatal; e incorporen una perspectiva de derechos humanos, para medir los avances en términos de la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios para las personas gestantes y las personas recién nacidas.

### PRESUPUESTO Y RECURSOS

Para asegurar la progresividad de los recursos financieros asignados al PAE-SMP, recomendamos que se elaboren las disposiciones normativas necesarias en el Anexo para la Igualdad entre hombres y mujeres del Presupuesto de Egresos de la Federación, instrumento por medio del cual se etiqueta el presupuesto para el PAE.

Recomendamos también que se generen los mecanismos internos necesarios para transparentar la planeación, programación y seguimiento a los recursos y decisiones que, como órgano rector de la salud reproductiva, el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva ejerce para diseñar, implementar y evaluar los seis PAEs que integran la política de salud reproductiva de las mujeres y las personas gestantes.

### TRANSPARENCIA, RENDICIÓN DE CUENTAS Y MECANISMOS DE COORDINACIÓN INSTITUCIONAL

Para superar los obstáculos a la actualización del documento, recomendamos que, por un lado, el diagnóstico del problema público que establece el PAE se haga con base en datos actuales y referenciados que den cuenta del problema público y, por otro lado, se incorpore un documento que establezca lineamientos para homogeneizar la operación del PAE y dar seguimiento a los avances de las acciones definidas. Este documento de avance deberá ser público y permitirá identificar mejoras en la implementación del programa.

Recomendamos también establecer claramente dentro del PAE los mecanismos para la participación ciudadana en la toma de decisiones públicas, para definir el problema público, identificar a la población objetivo y reconocer las demandas y necesidades de las mujeres, incluyendo a las personas gestantes que pertenecen a grupos en situación de vulnerabilidad y exclusión, para acceder a servicios de salud materna y perinatal con calidez y calidad.



# BIBLIOGRAFÍA

- Abramovich, Victor. 2009. “De las violaciones masivas a los patrones estructurales: nuevos enfoques y clásicas tensiones en el sistema interamericano de derechos humanos”. *Sur: International Journal on Human Rights. Sao Paulo. V.6. n.11.*
- Argüello Avendaño, Hilda. 2018. “Breve historia sobre política pública y sus estrategias para la reducción de la muerte maternal”, en Freyermuth Enciso, María Graciela, *Salud y mortalidad maternal en México. CIESAS.México, pp. 2-44.*
- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos e informes de la Oficina del Alto Comisionado y del Secretario General. 2012. *Orientaciones técnicas sobre la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos a la ejecución de las políticas y los programas destinados a reducir la mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad.* 2 de julio. Disponible en [https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session21/A-HRC-21-22\\_sp.pdf](https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session21/A-HRC-21-22_sp.pdf)
- Atkin, Lucille, Kimberli Keith-Brown, Martha W. Rees, Paola Sesia. 2016. Iniciativa de la Fundación Mac Arthur para promover la partería en México. . Fundación MacArthur.
- Berrío, Lina. “Presupuestos Públicos y Salud Materna: ¿una relación siempre virtuosa? Reflexiones desde el caso de Guerrero”, en Díaz, Daniela y C. Gruenberg (coords). 2016. *Presupuesto público, rendición de cuentas y salud materna en México.* Gedisa. México, pp. 151-195.
- Campos Navarro, Roberto, Peña Sánchez, Edith Yesenia, Maya, Alfredo Paulo, 2017. “Aproximación crítica a las políticas públicas en salud indígena, medicina tradicional e interculturalidad en México (1990-2016)”. *Salud Colectiva.* 13 (3), pp. 443-455.
- Carrillo, Ana María, 1999. “Nacimiento y muerte de una profesión. Las parteras tituladas en México”. *DYNAMIS.* 19, pp. 167-190.
- CEDAW. 1999. Recomendación General No. 24. 20º periodo de sesiones.
- Comisión de Derechos Humanos. 2004. El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Informe del Relator Paul Hunt. E/CN.4/2004/49.
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Acceso a Servicios de Salud Materna desde una Perspectiva de Derechos Humanos. 7 de junio de 2010
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Acceso a la Información en Materia Reproductiva desde una Perspectiva de Derechos Humanos. 22 de noviembre de 2011
- Comisión de Derechos Humanos. 1999. Informe preliminar de la Relatora Especial sobre el derecho a la educación, Sra. Katarina Tomasevski, presentado de conformidad con la resolución 1998/33 de la Comisión de Derechos Humanos. (E/CN.4/1999/49). Comisión Nacional de Protección Social en Salud, *Catálogo Universal de Servicios en Salud.* 2018. Disponible en [https://www.spmor.gob.mx/causes/CAUSES\\_2018.pdf](https://www.spmor.gob.mx/causes/CAUSES_2018.pdf)

- Consejo Nacional de Evaluación de la Política Social (CONEVAL). 2013. Manual para el Diseño y la Construcción de Indicadores. Instrumentos principales para el monitoreo de programas sociales de México. México.
- Corte Interamericana de Derechos Humanos, Caso González y otras (Campo Algodonero) vs. México. Sentencia de 16 de noviembre de 2009.
- Europe Aid .2001. Manual de Gestión del Ciclo del Proyecto. Unidad de Evaluación de la Comisión Europea.
- Gruenberg, Christian. 2016. “Derechos humanos, análisis de presupuesto y mortalidad materna: hacia la desnaturalización de la violencia de género en los sistemas de salud”, en Díaz, Daniela y C. Gruenberg (coords). 2016. Presupuesto público, rendición de cuentas y salud materna en México. Gedisa. México, pp.29-62.
- Freyermuth, Graciela. “Mortalidad Materna en México. Inequidad Institucional y Desigualdad entre Mujeres”, en Sánchez, Ángeles (coord.) 2014. *Desigualdades en la procreación Trayectorias reproductivas, atención obstétrica y morbimortalidad materna en México*. Universidad Autónoma Metropolitana Campus Xochimilco. México, pp.21-70.
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. 2000. Observación General No. 14 (2000) del Disponible en: <http://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf?view>
- Oficina de la Presidencia de la República, 2015. Informe de Avances. Objetivos de Desarrollo del Milenio en México. <http://www.objetivosdesarrollodelmilenio.org.mx/Doctos/InfMex2015.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. 2014. El estado de las parteras en el mundo 2014: oportunidades y retos para México.
- Pérez, Mariana. 2012. Acceso económico a la salud. Disponible en <http://www.fundar.org.mx/mexico/pdf/accesoeconomico.pdf>
- Pisanty-Alatorre, Julio. 2017. “Inequidades en la mortalidad materna en México: un análisis de la desigualdad a escala subestatal”. *Salud Pública de México*, 59(6),pp. 639-649. <https://dx.doi.org/10.21149/8788>
- Méndez Méndez, Judith Senyacen. 2016, *Afiliación, uso y gasto en salud: ENIGH 2016*. Centro de Investigación Económica y Presupuestaria (CIEP), Disponible en <http://ciep.mx/afiliacion-uso-y-gasto-en-salud-enigh-2016/>
- Sesia, Paola, Marieke van Dijk, Matthias Sachse. 2014. “Características del manejo obstétrico en la atención pública de Segundo nivel en la era del Seguro Popular. Un estudio de caso en un hospital público de Oaxaca”, en Jaime Page Pliego (coord.), *Enfermedades del rezago y emergentes desde las ciencias sociales y la salud pública, México*. PROIMMSE-IIA-UNAM, pp. 241-265.
- Sesia, Paola. 2017. “Quince años de investigaciones en la prevención y reducción de la muerte materna en Oaxaca. Perspectivas y aportes cualicuantitativos desde la antropología y la salud pública”, en Freyermuth, María Graciela (coordinadora), *Salud y mortalidad materna en México. Balances y perspectivas desde la antropología y la interdisciplinariedad*. México: CIESAS, pp. 203-251.
- Yamin, Alicia. 2008. “Will we take suffering seriously: reflections on what applying a rights framework to health means and why we should care”. *Health and Human Rights*. V.10, no. 1, pp.45-63.

**Fundar, Centro de Análisis e Investigación A. C.**

**Haydeé Pérez Garrido**

Directora Ejecutiva

**Asamblea de asociados**  
**Ernesto Velasco Sánchez**

Presidente

**Kristina Pirker**

Secretaria

**Emilienne de León**

Tesorera

**Jonathan Fox**

Vocal

**Alberto Olvera**

Vocal

**Blanca Rico**

Integrante

**Christian Gruenberg**

Integrante

**Felipe José Hevia de la Jara**

Integrante

**Pedro Salazar**

Integrante

**Rachel Sieder**

Integrante

EVALUACIÓN DE DISEÑO  
DEL PROGRAMA DE ACCIÓN  
ESPECÍFICO SOBRE

