



ecr

Evaluación de  
Consistencia y  
Resultados

**Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud  
(FASSA)**

**Programa Presupuestario: Salud Materna y  
Perinatal**

**Ejercicio fiscal a evaluar: 2017**

**Nombre de la evaluación:**

Evaluación de Consistencia y Resultados al Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA). \*Programa Salud Materna y Perinatal.

**Fecha de inicio de la evaluación:**

4 de Diciembre de 2017

**Fecha de término de la evaluación:**

19 de Abril de 2018

**Unidad Administrativa responsable de dar seguimiento a la evaluación:**

Secretaría de Planeación y Finanzas, Dirección General de Planeación y Control

**Titular de la Unidad Administrativa responsable de dar seguimiento a la evaluación:**

Mtro. Eduardo Rosales Ochoa

**Principales colaboradores:**

M. C. Guadalupe Ariadna Flores Santana  
M. C. Armando González Valencia  
C. P. Luis Alejandro Almaraz Alcaraz  
Licda. Yadira Dhalet Macías Vázquez  
Dr. Rubén López Molina

**Coordinador de la evaluación:**

Víctor Manuel Fajardo Correa

**Principales colaboradores:**

Lorena Gutiérrez Ugalde  
María del Pilar Ochoa Torres  
Jesús Antonio Martínez Melgoza

## Contenido

Introducción .....	8
Antecedentes del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA).....	14
Análisis del contexto.....	23
Salud Materna y Perinatal.....	23
1. Características del programa. ....	45
2. Diseño .....	47
2.1. Análisis de la justificación de la creación y del diseño del programa.....	47
2.2. Análisis de la contribución del programa a las metas y estrategias nacionales.....	51
2.3. Análisis de la población potencial y objetivo y mecanismos de atención (elegibilidad).....	56
2.4. Evaluación y análisis de la matriz de indicadores para resultados.....	60
2.4.1. De la lógica vertical de la MIR.....	61
2.4.2. De la lógica horizontal de la MIR.....	65
2.5. Análisis de posibles complementariedades y coincidencias con otros programas federales. ....	69
3. Planeación y orientación a resultados .....	71
3.1 Instrumentos de planeación.....	71
3.2. De la orientación hacia resultados y esquemas o procesos de evaluación..	74
3.3. De la generación de información. ....	78
4. Cobertura y focalización.....	81
4.1. Análisis de cobertura. ....	81
5. Operación.....	83
5.1. Análisis de los procesos establecidos en las ROP o normatividad aplicable..	83
5.2. Mejora y simplificación regulatoria.....	85
5.3. Eficiencia y economía operativa del programa.....	86
5.4. Sistematización de la información.....	89
5.5. Cumplimiento y avance en los indicadores de gestión y productos. ....	91
5.6. Rendición de cuentas y transparencia.....	95

6. Percepción de la población atendida.....	97
7. Medición de resultados .....	98
8. Análisis de fortalezas, oportunidades, debilidades, amenazas (FODA) y recomendaciones .....	101
9. Conclusiones .....	104
10. Bibliografía .....	106

## Índice de cuadros

Cuadro	A. Indicadores de mortalidad materno-infantil, 1990-2015	28
Cuadro	B. Porcentaje de cesáreas, 2008 -2015, Nacional y Colima.	29
Cuadro	C. Porcentaje de partos prematuros, 2008-2015, Nacional, Colima y Aguascalientes	30
Cuadro	D. Porcentaje de niños con bajo peso* al nacer, 2008-2015, Nacional, Colima y Aguascalientes	30
Cuadro	E. Colima. Distribución porcentual de nacimientos ocurridos, según afiliación de la madre a servicios de salud, y persona que atendió el parto, 2017	31
Cuadro	F. Colima. Distribución porcentual de nacimientos ocurridos, según afiliación de la madre a servicios de salud, y persona que atendió el parto, 2017	31
Cuadro	G. México. Distribución porcentual de nacimientos de mujeres sin afiliación a algún servicio de salud, según persona que atendió el parto, 2017	33
Cuadro	H. Distribución porcentual de egresos hospitalarios de residentes de Colima, según sexo y agrupación de causas, 2017	35
Cuadro	I. Total de egresos hospitalarios de residentes de Colima, según sexo y edad, 2017	36
Cuadro	J. Total de egresos hospitalarios de residentes de Colima, según sexo y entidad de atención, 2017	37
Cuadro	K. Distribución porcentual de egresos hospitalarios atendidos en Colima, según sexo y entidad de residencia, 2017	37
Cuadro	L. Distribución porcentual de egresos hospitalarios atendidos en Colima, según sexo y entidad de residencia, (15 a 49 años) 2017	38
Cuadro	M. Defunciones de residentes de Colima, según sexo y afiliación a los servicios de salud, 2016	39
Cuadro	N. Distribución porcentual de defunciones de residentes de Colima, según sexo y agrupación de causas, 2016	40
Cuadro	O. Razón de médicos gineco-obstetras de la SSA por cada 1000 nacimientos en mujeres afiliadas al SP o sin afiliación, Nacional, Colima y tres Estados con IDH similar al de Colima	41
Cuadro	P. Razón de camas de gineco-obstetricia de la SSA por cada 1000 nacimientos en mujeres afiliadas al SP o sin afiliación, Nacional, Colima y tres Estados con IDH similar al de Colima	42

Cuadro	Q. Razón de cunas de recién nacido sano de la SSA por cada 1000 nacimientos en mujeres afiliadas al SP o sin afiliación, Nacional, Colima y tres Estados con IDH similar al de Colima	42
Cuadro	R. Razón de incubadoras de la SSA por cada 1000 nacimientos en mujeres afiliadas al SP o sin afiliación, Nacional, Colima y tres Estados con IDH similar al de Colima	43
Cuadro	S. Razón de salas de expulsión de la SSA por cada 1000 nacimientos en mujeres afiliadas al SP o sin afiliación, Nacional, Colima y tres Estados con IDH similar al de Colima	43
Cuadro	1. Valoración CONEVAL	46
Cuadro	2.1. Análisis de la lógica horizontal del Programa Salud Materna y Perinatal	65
Cuadro	3.1. Indicadores del PAE "Salud Materna y Perinatal" 2013-2018	71
Cuadro	3.2. Matriz de Indicadores para Resultados del FASSA 2017	72
Cuadro	3.3. Indicadores del Programa "Arranque parejo en la vida/Cesáreas" 2013	74
Cuadro	3.4. Indicadores del Programa "Arranque parejo en la vida/Neonatal" 2013	75
Cuadro	3.5. Avance de los indicadores (Cesáreas)	76
Cuadro	3.6. Avance de los indicadores (Neonatal)	76
Cuadro	3.7. Avance de los indicadores (Neonatal), SMP	77
Cuadro	3.8. Resultados MIR FASSA 2017 (Indicadores relacionados con el Programa Salud Materna y Perinatal)	79
Cuadro	4.1. Mujeres en edad fértil (15-49 años) en Colima	81
Cuadro	4.2. Evolución de la cobertura (Anexo 10)	82
Cuadro	5.1. Gastos desglosados del Programa SMP, 2017	87
Cuadro	5.2. Recursos de la Secretaría de Salud y Bienestar Social del Estado de Colima, por fuente de financiamiento	88
Cuadro	7.1. Metas de la RMM de mujeres sin derechohabiencia	98

## Índice de gráficas

Gráfica	2.1.	Menor y Mayor RMM respecto a la media nacional por entidad de residencia, 2012	49
Gráfica	2.2.	Mujeres en edad fértil (206,085), distribuidas por edad quinquenal. Colima, 2017	57
Gráfica	2.3.	Mujeres en edad fértil, según seguridad social. Colima, 2017	58
Gráfica	5.1.	Histórico Razón de Mortalidad Materna de mujeres sin seguridad social, Colima	91
Gráfica	5.2.	Histórico de nacidos vivos de madres sin seguridad social atendidos por personal médico, Colima (Porcentaje)	93
Gráfica	5.3.	Histórico médicos generales y especialistas por cada mil habitantes (población no derechohabiente)	94
Gráfica	7.1.	Porcentaje de nacidos vivos de madres sin seguridad social atendidas por personal médico	99

## Índice de figuras

Figura	2.1.	Vinculación del Programa Salud Materna y Perinatal con los objetivos de Política Pública	52
Figura	2.2.	Vinculación del Programa Salud Materna y Perinatal con los objetivos de Política Internacional	54
Figura	2.3.	Análisis de la población potencial, objetivo y atendida del Programa Salud Materna y Perinatal, del Estado de Colima	59
Figura	2.4.	Metodología de la lógica vertical aplicada al Programa Salud Materna y Perinatal	61
Figura	2.5.	Relación causal del Componente con el Propósito para el Programa Salud Materna y Perinatal	62
Figura	2.6.	Relación causal del Propósito con el Fin para el Programa Salud Materna y Perinatal	63
Figura	2.7.	Relación del Fin con su supuesto para el Programa Salud Materna y Perinatal	64
Figura	2.8.	Análisis de la lógica horizontal del Fin del FASSA para el Programa Salud Materna y Perinatal	66
Figura	2.9.	Análisis de la lógica horizontal del Propósito del FASSA para el Programa Salud Materna y Perinatal	67
Figura	2.10.	Análisis de la lógica horizontal del Componente 1 del FASSA para el Programa Salud Materna y Perinatal	68

## Evaluación de Consistencia y Resultados al “Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud”, a través del programa presupuestario “Salud Materna y Perinatal”

### Introducción

El sistema actual de Evaluación de Desempeño en México tiene como antecedente un marco legal que se ha ido transformando a lo largo de varios años de acuerdo con diferentes esquemas presupuestarios; para operacionalizar este enfoque, existe un marco normativo que se desprende de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; la cual, en su artículo 134, expone que “Los recursos económicos de que dispongan la Federación, las entidades federativas, los Municipios y las demarcaciones territoriales de la Ciudad de México, se administrarán con **eficiencia, eficacia, economía, transparencia y honradez**; para cumplir con los objetivos a los que están predestinados” (DOF, 2016).

Asimismo, la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria (LFPRH), en su Artículo 27 menciona:

“La estructura programática facilitará la vinculación de la programación de los ejecutores con el Plan Nacional de Desarrollo y los programas, y deberá **incluir indicadores del desempeño** con sus correspondientes metas anuales”, **que permitan la evaluación de programas** y proyectos; “estos indicadores **serán la base para el funcionamiento del Sistema de Evaluación del Desempeño.**” (DOF, 2015).

También, la LFPRH en el Artículo 110 señala: “La **evaluación del desempeño** se realizará a través de la verificación del grado de cumplimiento de objetivos y metas, **con base en indicadores estratégicos y de gestión que permitan conocer los resultados de la aplicación de los recursos** públicos federales” y en su artículo 111 especifica que: “[...] verificará periódicamente [...] los resultados de recaudación y de ejecución de los programas y presupuestos de las dependencias y entidades con base en el sistema de evaluación del desempeño para identificar la eficiencia, economía, eficacia, y calidad de la Administración Pública federal y el impacto social del ejercicio del gasto público. [...] **El sistema de evaluación**



**del desempeño [...] será obligatorio para los ejecutores de gasto.** Dicho sistema incorporará indicadores para evaluar los resultados" (DOF, 2015).

El artículo 85 de la LFPRH refiere que los recursos transferidos por la federación que ejerzan las entidades federativas, los municipios, o cualquier ente público de carácter local, "**serán evaluados** conforme a las bases establecidas en el **artículo 110 de esta ley, con base en indicadores estratégicos y de gestión** por instancias técnicas independientes de las instituciones que ejerzan dichos recursos observando los requisitos de información correspondientes" (DOF, 2015).

A este conjunto de normas se anexa la Ley General de Contabilidad Gubernamental (LGCG) donde se señala la obligatoriedad de cumplir con la ley para todos los niveles de gobierno, lo que da origen a la armonización contable y al ente que la regula Consejo Nacional de Armonización Contable (CONAC). En esta ley se menciona la integración de la cuenta pública en las entidades federativas en su artículo 53: La cuenta pública de las entidades federativas contendrá como mínimo: "III. Información programática, de acuerdo con la clasificación establecida en la fracción III del artículo 46 de esta ley" el cual señala que la información programática deberá tener la desagregación siguiente: "a) Gasto por categoría programática; b) Programas y proyectos de inversión; **c) Indicadores de resultados**"; y "IV. Análisis cualitativo de los indicadores de la postura fiscal, estableciendo su vínculo con los objetivos y prioridades definidas en la materia, en el programa económico anual" (DOF, 2016).

Por su parte, en el ámbito estatal, en el artículo 17, la Ley de Fiscalización Superior del Estado de Colima, señala las atribuciones del Órgano Superior, donde en el inciso a, fracción IV hace referencia a la **evaluación** semestral y anual **del cumplimiento de los objetivos y metas de los programas estatales** y municipales, **conforme a los indicadores estratégicos y de gestión** establecidos en los presupuestos de egresos [...]. Lo anterior con independencia de las atribuciones similares que tengan otras instancias, tanto internas, como externas.

Por su parte, en el inciso d) en materia de evaluación, se señala la atribución en el numeral I. de efectuar la evaluación de los recursos económicos federales, estatales y municipales a que se refiere el artículo 134 constitucional y que esta evaluación podrá ser realizada por el propio

Órgano o a través de personas físicas o morales especializadas y con experiencia probada en la materia que corresponda evaluar, que sean contratadas al efecto y cumplan con los requisitos de independencia, imparcialidad y transparencia.

Así, desde 2013, Tecnología Social para el Desarrollo (TECSO), colaboró con el Órgano Superior de Auditoría y Fiscalización Gubernamental del Estado, para el Desarrollo del Sistema de Evaluación al Desempeño de Recursos Federalizados.

En 2014, se realizó un análisis de Consistencia de Fondo Federal; “Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA)” y para el “Fondo de Aportaciones para la Educación Básica (FAEB)” además de 12 servicios municipales. Así, para 2015, el Estado se encontraba con un índice General de Avance en PbR y SED de 81.3, encima de la media nacional. Mientras que para 2016 debido al cambio de ponderación cae a 59, siendo las categorías de Planeación (35.8) y evaluación (45.8) con menor avance, siendo las principales áreas de oportunidad identificadas.

Por otra parte, el CONAC en cumplimiento a la LGCG emite la NORMA para establecer el formato para la difusión de los resultados de las evaluaciones de los recursos federales ministrados a las entidades federativas, en el numeral 11, refiere que para garantizar la evaluación orientada a resultados y retroalimentar el SED, **los entes públicos podrán aplicar los tipos de evaluación determinados en el numeral Décimo Sexto de los Lineamientos de Evaluación** de la APF, los cuales son los siguientes:

- ▶ **Evaluación de Consistencia y Resultados**
- ▶ Evaluación de Indicadores
- ▶ Evaluación de Procesos
- ▶ Evaluación de Impacto
- ▶ Evaluación Específica

Bajo este contexto legal, el Estado de Colima a través de la Secretaría de Planeación y Finanzas, estableció en el Programa Anual de Evaluación 2017 la evaluación de Consistencia y Resultados al Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) a través del programa presupuestario: Salud Materna y Perinatal, para el ejercicio fiscal 2017.

El tipo de evaluación seleccionada para este programa fue la de **Consistencia y Resultados** señalada en el inciso "A" numeral I del artículo décimo sexto de los Lineamientos generales para la evaluación de los Programas Federales de la Administración Pública<sup>1</sup> cuyos Términos de Referencia (TdR's) son previstos en el artículo décimo octavo de dichos lineamientos<sup>2</sup> que consideran 6 rubros a evaluar:

- ▶ Diseño,
- ▶ Planeación y orientación a resultados,
- ▶ Cobertura y focalización,
- ▶ Operación,
- ▶ Percepción de la población Atendida y,
- ▶ Medición de Resultados.

Esta evaluación constará de dos apartados específicos; el análisis del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA), el cual tiene por objetivo evaluar la pertinencia del uso de los recursos del fondo para el ejercicio fiscal 2017, y la evaluación de Consistencia y Resultados del Programa Salud Materna y Perinatal, la cual contempla los siguientes objetivos:

Objetivo General:

Evaluar la consistencia y orientación a resultados del Programa Salud Materna y Perinatal con la finalidad de proveer información que retroalimente su diseño, gestión y resultados.

Objetivos Específicos:

- ▶ Analizar la lógica y congruencia en el diseño del programa, su vinculación con la planeación sectorial y nacional, la consistencia entre el diseño y la normatividad aplicable, así como las posibles complementariedades y/o coincidencias con otros programas federales;

---

<sup>1</sup> Evaluación de Consistencia y Resultados: analiza sistemáticamente el diseño y desempeño global de los programas federales, para mejorar su gestión y medir el logro de sus resultados con base en la matriz de indicadores.

<sup>2</sup> La evaluación de consistencia y resultados deberá ser realizada mediante trabajo de gabinete, y el informe correspondiente deberá incluir un análisis conforme a los siguientes criterios: En materia de diseño, planeación estratégica, cobertura y focalización, operación, percepción de la población objetivo, y de resultados.

- ▶ Identificar si el programa cuenta con instrumentos de planeación y orientación hacia resultados;
- ▶ Examinar si el programa ha definido una estrategia de cobertura de mediano y de largo plazo y los avances presentados en el ejercicio fiscal evaluado;
- ▶ Analizar los principales procesos establecidos en las Reglas de Operación del Programa (ROP) o en la normatividad aplicable; así como los sistemas de información con los que cuenta el programa y sus mecanismos de rendición de cuentas;
- ▶ Identificar si el programa cuenta con instrumentos que le permitan recabar información para medir el grado de satisfacción de los beneficiarios del programa y sus resultados, y
- ▶ Examinar los resultados del programa respecto a la atención del problema para el que fue creado.

La presente evaluación se divide en 9 capítulos: **Características del programa**, donde se hace una breve descripción del programa con información reportada por la dependencia; **Diseño**, se analiza la congruencia del diseño del programa; **Planeación y orientación a resultados**, se identifica si el programa cuenta con instrumentos de planeación con orientación a resultados; **Cobertura y focalización**, se analiza si el programa tiene una estrategia de cobertura y los avances del ejercicio fiscal evaluado; **Operación**, se analizan los procesos establecidos en la normatividad aplicable para el programa, así como sus sistemas de información y mecanismos de rendición de cuentas; **Percepción de la población atendida**, se examina si el programa tiene instrumentos para medir la satisfacción de sus usuarios; **Medición de resultados**, se analizan los resultados del programa.

En los últimos dos capítulos se establecen el “**Análisis FODA y Recomendaciones**”, estableciendo las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas en la ejecución del programa y las principales *Recomendaciones* derivadas del resultado de la evaluación y finalmente las principales “**Conclusiones**”.

## Metodología y Técnicas utilizadas

Para alcanzar los objetivos planteados, TECSO utilizó el Modelo de Términos de Referencia (TdR) de la Evaluación de Consistencia y Resultados diseñado por CONEVAL en un cuestionario (y anexos) para recolectar la información de los cinco rubros ya mencionados.

Asimismo, para el **análisis**, el modelo utilizado fue el del Marco Lógico (ML) conforme a los criterios para la revisión y actualización de la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR), elaborados por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP).

La perspectiva de análisis del Programa TECSO ubica el ámbito de la **consistencia** en la ejecución del programa con los rubros de Diseño y Planeación. Esto se explica en función de que el ejercicio de los recursos públicos de un programa tendría que buscar una alineación coherente con objetivos de política pública, en los diferentes niveles de gobierno (desde el Municipal hasta el Federal), lo cual se evalúa en términos de cumplimiento de la normatividad vigente –Leyes, Lineamientos, reglamentos, etc.- así como en la coherencia técnica con la que se plantee la resolución de los instrumentos de planeación y seguimiento.

El ámbito temático que se concentra en la parte de los **resultados** incluye los asuntos operativos donde la planeación debería funcionar: cobertura y focalización de la población definida, los procesos operativos y de rendición de cuentas, así como la percepción de los beneficiarios del programa.

Así es como la evaluación de consistencia y resultados se convierte en un ejercicio integral mediante el cual intentamos potenciar la mejora del programa en términos de eficacia y eficiencia social.<sup>3</sup> Es importante reconocer que hay un balance preciso en los TdR del CONEVAL en los dos ámbitos que se evalúan.

---

<sup>3</sup> Usamos el término para enfatizar que no se trata de una resolución de orden económico simple –costo-beneficio monetario-, sino que se trata de integrar en las planeaciones y análisis un enfoque desde la perspectiva del bienestar público, lo cual implica integrar aspectos como la equidad, el desarrollo sustentable, etc.

## **Antecedentes del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA)**

Las acciones para la descentralización del Sector Salud fueron diversas, una de ellas fue la creación del Ramo 33, el cual surge de la integración de programas y recursos provenientes de los ramos 12, 25 y 26. (CEFP, 2006) A finales de 1997, el Poder Ejecutivo Federal planteó la propuesta de la creación del Ramo 33, lo que implicaba cambiar y adicionar un capítulo a la Ley de Coordinación Fiscal (LCF)<sup>4</sup>, el Capítulo V. El cambio se tradujo en la creación de la figura “Aportaciones Federales para Entidades Federativas y Municipios”, esta fue incorporada por primera vez al Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) para el ejercicio fiscal de 1998.

Originalmente, el Ramo 33 estaba constituido por cinco fondos, y a partir del ejercicio fiscal de 1999 se le incorporaron dos fondos más, resultando siete fondos<sup>5</sup>, los cuales tienen como marco normativo la LCF. Entre estos, se encuentra el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA), (CEFP, 2006) el cual tiene como objetivo:

“Disminuir las diferencias que existen en los servicios de salud que se prestan a la población abierta, mediante la implementación de mecanismos que apoyen las actividades de protección contra riesgos sanitarios, la promoción de la salud y prevención de enfermedades; la mejora en la calidad de la atención y la seguridad en salud; así como el abasto y entrega oportuna del medicamento”. (ASF, 2011)

El Fondo también busca preservar la capacidad operativa de las entidades federativas, y al mismo tiempo tener una mayor equidad en el gasto público al distribuir los recursos remanentes mediante una fórmula que otorga mayor cantidad a los estados con más necesidades y rezagos, como el tener mayor mortalidad, morbilidad y marginación. Según la Auditoría Superior de la Federación (ASF) (2011), desde la creación del Ramo 33 el FASSA es uno

---

<sup>4</sup> Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 27 de diciembre de 1978, con fecha de última reforma el 30-01-2018.

<sup>5</sup> Fondo de Aportaciones para la Educación Básica y Normal (FAEB), Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA), Fondo de Aportaciones para la Infraestructura Social (FAIS), Fondo de Aportaciones para el Fortalecimiento de los Municipios y de las Demarcaciones Territoriales del Distrito Federal (FORTAMUNDF), Fondo de Aportaciones Múltiples (FAM), Fondo de Aportaciones para la Educación Tecnológica y de Adultos (FAETA), y el Fondo de Aportaciones para la Seguridad Pública de los Estados y del Distrito Federal (FASP).

de los fondos con que más recursos cuenta, con alrededor de 12.3% de las aportaciones federales.

Según el artículo 30 de la LCF el monto del Fondo será determinado cada año por el PEF correspondiente, exclusivamente a partir de los siguientes elementos:

- I. Por el inventario de infraestructura médica y las plantillas de personal, utilizados para los cálculos de los recursos presupuestarios transferidos a las entidades federativas, con motivo de la suscripción de los Acuerdos de Coordinación para la Descentralización Integral de los Servicios de Salud respectivos, incluyendo las erogaciones que correspondan por concepto de impuestos federales y aportaciones de seguridad social;  
Por los recursos que con cargo a las Previsiones para Servicios Personales contenidas al efecto en el Presupuesto de Egresos de la Federación que se hayan transferido a las entidades federativas, durante el ejercicio fiscal inmediato anterior a aquel que se presupueste, para cubrir el gasto en servicios personales, incluidas las ampliaciones presupuestarias que en el transcurso de ese ejercicio se hubieren autorizado por concepto de incrementos salariales, prestaciones, así como aquellas medidas económicas que, en su caso, se requieran para integrar el ejercicio fiscal que se presupueste;
- III. Por los recursos que la Federación haya transferido a las entidades federativas, durante el ejercicio fiscal inmediato anterior a aquel que se presupueste, para cubrir el gasto de operación e inversión, excluyendo los gastos eventuales de inversión en infraestructura y equipamiento que la Federación y las entidades correspondientes convengan como no susceptibles de presupuestarse en el ejercicio siguiente y por los recursos que para iguales fines sean aprobados en el Presupuesto de Egresos de la Federación en adición a los primeros; y
- IV. Por otros recursos que, en su caso, se destinen expresamente en el Presupuesto de Egresos de la Federación a fin de promover la equidad en los servicios de salud, mismos que serán distribuidos conforme a lo dispuesto en el artículo siguiente." (Ley de Coordinación Fiscal, 2018)



Las aportaciones federales a través del FASSA, fungirán como apoyo a los estados para ejercer las atribuciones que en los términos de los artículos 3º, 13 y 18 de la Ley General de Salud (LGS) les competen. (Artículo 29, 2018)

En el artículo 13 de la Ley General de Salud, se establecen las atribuciones tanto de las entidades federativas como de la Federación. Resumiendo las fracciones de dicho artículo, las entidades federativas tienen como facultades, organizar, supervisar y evaluar la prestación de los servicios de salubridad general referentes a las siguientes fracciones del artículo 3º:

- “II. La atención médica, preferentemente en beneficio de grupos vulnerables,
- IV. La atención materno – infantil,
- V. La salud visual,
- VI. La salud auditiva,
- VII. La planificación familiar,
- VIII. La salud mental,
- IX. La organización, coordinación y vigilancia del ejercicio de las actividades profesionales, técnicas y auxiliares para la salud,
- X. La promoción de la formación de recursos humanos para la salud,
- XI. La coordinación de la investigación para la salud y el control de ésta en los seres humanos,
- XII. La información relativa a las condiciones, recursos y servicios de salud en el país,
- XIII. La educación para la salud,
- XIV. La orientación y vigilancia en materia de nutrición,
- XV. La prevención y el control de los efectos nocivos de los factores ambientales en la salud del hombre,
- XVI. La salud ocupacional y el saneamiento básico,
- XVII. La prevención y el control de enfermedades transmisibles,
- XVIII. La prevención y el control de enfermedades no transmisibles y accidentes,
- XIX. La prevención de la invalidez y la rehabilitación de los inválidos,
- XX. La asistencia social,
- XXI. El programa contra el alcoholismo,
- XXII. El programa contra el tabaquismo, y
- XXIII. El programa contra la farmacodependencia. De igual forma, coadyuvar a la consolidación del Sistema Nacional de Salud



organizando sistemas estatales de salud y participando programáticamente en ellos; desarrollar programas locales de salud; llevar a cabo los programas y acciones en materia de salubridad local; elaborar información estadística local y remitirla a las autoridades federales.” (Ley General de Salud, 2017)

A su vez, la Federación, por conducto de la Secretaría de Salud, tiene como facultades dictar Normas Oficiales Mexicanas y verificar su cumplimiento; operar los servicios de salud a su cargo y apoyar a entidades federativas si lo solicitan, vigilando su funcionamiento en coordinación con estas mismas; fomentar acciones en materia de salubridad general en las entidades federativas y ejercer acciones extraordinarias en esta materia; promover y programar el alcance y las modalidades del Sistema Nacional de Salud y realizar acciones necesarias para su funcionamiento; coordinar las acciones de protección social en salud; y evaluar la prestación de los servicios en el territorio nacional.

El grado de participación entre los estados y la Federación se dará conforme a lo establecido en el artículo 18 de la LGS:

“Las bases y modalidades de ejercicio coordinado de las atribuciones de la Federación y de las entidades federativas en la prestación de servicios de salubridad general, se establecerán en los acuerdos de coordinación que suscriba la Secretaría de Salud con los gobiernos de las entidades federativas, en el marco del Convenio Único de Desarrollo.” (Ley General de Salud, 2017)

Por otro lado, cabe destacar que el 15 de mayo de 2003 se publicó el Decreto por el que se reforma y adiciona la LGS, creando un mecanismo de la Federación llamado Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), que actúa mediante un esquema de aseguramiento público en salud para la población que actualmente no cuenta con un régimen de seguridad social. Los beneficiados por el SPSS son los trabajadores no asalariados, los auto-empleados y los desempleados, incluyendo a sus familiares y dependientes económicos. Esta protección es coordinada por la Federación y operada por las entidades federativas. (SSA, 2005)

El SPSS está encargado de garantizar el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de su utilización y sin discriminación a

los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud, mediante la combinación de intervenciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación, seleccionadas en forma prioritaria según criterios de seguridad, eficacia, costo, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social (Acuerdo de colaboración de Colima, 2015).

Este mecanismo se encuentra sustentado en el artículo 4º, párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 2º, 3º, fracciones II y II bis, 13, Apartado B, fracción I, 23, 28, 77 bis 1 a 77 bis 41, de la LGS y 1, 3 bis, 10, 39, 78 y 119, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud.

El SPSS, al igual que el FASSA, va dirigido a los servicios de la población que no se encuentra afiliada a algún régimen de seguridad social, sin embargo, este tiene una normatividad muy amplia dada su naturaleza. En el artículo 1º, 2º y 3º de la LGS se estipulan las particularidades del derecho a la protección de la salud; en el artículo 13, Apartado B, fracción I de la misma Ley, como ya se describió anteriormente en la normatividad del FASSA, se indica la facultad de organizar, supervisar y evaluar ciertas prestaciones de salubridad, pero dejando de lado todas las demás atribuciones del mencionado apartado de las entidades federativas referentes a replicar los programas nacionales o desarrollarlos, pero a nivel local.

El artículo 23 de esta misma ley se delimita lo que se entiende por servicios de salud, a saber, "son todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad", a su vez, según el artículo 24, estos se clasifican en I. De atención médica, II. De salud pública, y III. De asistencia social. El artículo 28 establece que la prestación de los servicios se proporcionará con base a un cuadro básico para las instituciones públicas diferenciando si son de primer, segundo o tercer nivel de atención, elaborados por el Consejo de Salubridad General y participando La Secretaría de Salud, las instituciones públicas de seguridad social y las demás que señale el Ejecutivo Federal; y en los artículos 77 bis 1 a 77 bis 41 se especifican los criterios y estatutos por los cuales se va a otorgar el servicio, los roles de la Federación y las entidades federativas, los beneficios de este servicio, las aportaciones al SPSS, las cuotas familiares, lo

relativo al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, la transparencia y supervisión de los recursos, las atribuciones del Consejo Nacional de Protección Social en Salud, los derechos y obligaciones de los beneficiarios, y las causas de cancelación o suspensión del SPSS.

Cabe destacar, que a partir de la creación del SPSS, el FASSA fue distribuido en dos fondos, el **Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona (FASSA-P)** y el **Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad (FASSA-C)**, y en el artículo 77 bis 20 de la LGS, se dicta lo siguiente:

“El Gobierno Federal establecerá un Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad, mediante el cual aportará recursos que serán ejercidos por los estados y el Distrito Federal para llevar a cabo las acciones relativas a las funciones de rectoría y la prestación de servicios de salud a la comunidad, conforme a los objetivos estratégicos establecidos en el Plan Nacional de Desarrollo y el Programa Nacional de Salud, y de conformidad con los acuerdos de coordinación que para el efecto se suscriban.

La Secretaría de Salud determinará el monto anual de este fondo así como la distribución del mismo con base en la fórmula establecida para tal efecto en las disposiciones reglamentarias de esta Ley. Dicha fórmula deberá tomar en cuenta la población total de cada estado y un factor de ajuste por necesidades de salud asociadas a riesgos sanitarios y a otros factores relacionados con la prestación de servicios de salud a la comunidad.

La Secretaría de Salud definirá las variables que serán utilizadas en la fórmula de distribución de los recursos del fondo y proporcionará la información utilizada para el cálculo, así como de la utilización de los mismos, al Congreso de la Unión.” (Ley General de Salud, 2017)

En el documento llamado “Sistema de Protección Social en Salud, elementos conceptuales, financieros y operativos”, de la SSA (2005), se especifica que del Ramo 33, el FASSA se distribuye en los dos rubros mencionados, aportando por un lado a los Servicios de Salud de la

Comunidad y por otro lado a los Servicios de Salud a la Persona, al igual que lo hace el Ramo 12.

Por medio del FASSA-C, el recurso económico va dirigido a los Servicios Estatales de Salud, después a las Jurisdicciones, luego a las Unidades de atención y brigadas y finalmente a la población total, nacional, regional o estatal sin distinción de aseguramiento. En este rubro se consideran actividades como: vigilancia epidemiológica, servicios ambientales, servicios colectivos, extensión comunitaria y atención en desastres.

La rectoría de los servicios de salud a la comunidad es realizada por la SSA y la Comisión Permanente de Servicios de Salud a la Comunidad (CPSSC); las fuentes de financiamiento para el caso de bienes públicos<sup>6</sup> locales es totalmente proveniente del FASSA o Ramo 33. Para el caso de bienes públicos nacionales o regionales además del Ramo 33 hay recursos del Ramo 12 considerados como complementario. La prestación de estos servicios a la comunidad es realizada por los SESA.

En el caso del FASSA-P, el flujo es hacia las Entidades Federativas, de ahí el recurso fluye a los Servicios Estatales de Salud (SESA), así como a la Unidad Estatal del SPSS y al Fideicomiso del SPSS. Los servicios médicos que se consideran en este rubro son: prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de padecimientos.

La rectoría y evaluaciones de los servicios de salud a la persona es competencia de la SSA y la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS); el financiamiento público se otorga de acuerdo con las intervenciones incluidas en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) y las enfermedades denominadas como gastos catastróficos. La fuente de este financiamiento es tripartita: 1) la Cuota Social, proveniente del presupuesto de la SSA (Ramo 12), 2) Aportación solidaria federal (ASF), asignada a las entidades federativas mediante el FASSA-P tomando en cuenta los recursos del FASSA de la entidad, y 3) Aportación solidaria estatal (ASE), provenientes del propio presupuesto estatal.

---

<sup>6</sup> Se entienden como aquellos bienes o servicios cuya cantidad disponible no se agota cuando los consume un individuo o grupos de individuos, ejemplo de bienes públicos: la regulación sanitaria, la generación de información y la evaluación, la generación de conocimiento derivado de la investigación y los servicios de salud pública dirigidos a colectividades, tales como la vigilancia epidemiológica, la salud ambiental, la atención en caso de desastres y el control de vectores.

La prestación de los servicios de atención médica a la persona es realizada mediante el Seguro Popular a través de sus unidades médicas de la red de servicios del estado.

## **Marco Jurídico de la Operación del Fondo**

El FASSA está compuesto por un complejo entramado legal que proviene desde la época de la descentralización, continuando con la entrada del SPSS, donde se realizó un gran esfuerzo para armonizar gran cantidad de instrumentos jurídicos, que finalmente fueron dejando al FASSA casi a disposición de los objetivos de este Seguro. Actualmente el marco jurídico del Fondo se encuentra sustentado en los siguientes instrumentos:

- ▶ Constitución de Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM) (artículos 4, 134)
- ▶ Ley de Coordinación Fiscal (LCF) (artículos 29, 30, 31 y 46)
- ▶ Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria (LFPRH) (artículos 27, 45, 46 fracc. II, y III, 47, 48, 61, 78, 82, 85 fracc. I y II, 107 fracc. I, 110)
- ▶ Ley General de Contabilidad Gubernamental (LGCG) (artículos 1, 6, 7, 9, 3º, 4º y 5º Transitorio)
- ▶ Ley Orgánica de la Administración Pública Federal (LOAPF) (artículo 31, 32, 37)
- ▶ Lineamientos Generales de Operación para la entrega de recursos del Ramo 33 (artículos 9, fracc. IV. 10 y 11)
- ▶ Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación (artículos 8 y 9)
- ▶ Presupuesto de Egresos de la Federación para los ejercicios fiscales 2016 y 2017.
- ▶ Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental (LFTAIPG) (artículos 7 fracc. IX, X Y XI Y 9)
- ▶ Lineamientos sobre indicadores para medir los avances físicos financieros (Lineamientos sobre Indicadores para medir los avances físicos y financieros relacionados con los recursos públicos federales del Título Primero al Título Octavo)
- ▶ Acuerdo: Marco Conceptual de Contabilidad Gubernamental (numerales 20, 21, 36, 37, 38, 39, 40, 45, 46, 47, 62, 69, 90, 91, 95, 96, 100, 103, 114 y 116)
- ▶ Ley General de Salud (LGS) (artículos 3, 13 y 18)

- ▶ Las diferentes Normas Oficiales Mexicanas para la atención de la salud

Este complejo marco está compuesto por instrumentos de coordinación fiscal en su mayoría, donde se establecen las bases de participación de cada una de las partes, su organización y funcionamiento; asimismo cuenta con otros instrumentos relacionados a sistemas financieros, que tienen el fin de contribuir a la eficacia económica y eficiencia del gasto de los recursos públicos; y leyes o normativas en materia de salud que dictan el protocolo por el cual cada padecimiento debe ser atendido o resuelto. Todo lo anterior integra la forma de proceder del FASSA desde el punto de vista reglamentario.

### **Contribución de los recursos del FASSA asignados a la Salud Materna y Perinatal**

El Gasto Federalizado es una transferencia que se hace a las entidades federativas y a los gobiernos locales, y está constituido por el Ramo 28 “Participaciones Federales” y el Ramo 33 “Aportaciones Federales” principalmente. El Ramo 33 es considerado Gasto Programable, es decir, se destina al cumplimiento de las funciones y atribuciones de las instituciones del Gobierno Federal, y se encuentra vinculado al cumplimiento de programas específicos. A diferencia de las Participaciones Federales, estos recursos están etiquetados, tienen un destino específico en el gasto de las entidades federativas, quienes deben de ejercerlos de acuerdo al marco legislativo aplicable. (CEFP, 2016)

En ese sentido, el presupuesto del FASSA para la salud materna y perinatal, de acuerdo a la dependencia, se divide en dos programas “Arranque parejo en la vida” y “Salud materna y perinatal” para el primero de ellos el monto aprobado fue de **\$7, 900, 000.00**; mientras que para el segundo programa fue de **\$7, 500, 000.00**. Teniendo un total de **\$15, 400, 000.00**, lo que representa el 1.2% del presupuesto total de este fondo para el 2017.

## Análisis del contexto

### Salud Materna y Perinatal

La salud materna ha sido una medida de vigilancia de la salud pública que permite evaluar los avances o logros en materia de salud poblacional de un organismo o programa, y es considerado como un indicador de inequidad social (Vásquez Morales, 2016; Cordero Muñoz, 2010; Frenk Mora y cols., 2014). La importancia de la salud materna está plasmada en la Declaración del Milenio del año 2000, en donde se especifica lo relevante de considerar:

[...] promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer como medios eficaces de combatir la pobreza, el hambre y las enfermedades y de estimular un desarrollo verdaderamente sostenible, así como luchar contra todas las formas de violencia contra la mujer y aplicar la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. (ONU, 2000)

En esta declaración, los líderes de distintos países se comprometieron a lograr un conjunto de ocho objetivos cuantificables, llamados, Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Los objetivos 4.A *Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de cinco años* y 5.A *Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes*, reflejaron la voluntad de los países en mejorar las condiciones de salud del binomio madre e hijo, estableciendo metas concretas a un año determinado. Desde el año 2000, los países han estado desarrollando estrategias focalizadas para lograr estos objetivos con mayor fuerza. México, entre ellos, si bien tuvo un notable avance, no alcanzó ninguno de los dos objetivos. La mortalidad de menores de 5 años en 2015 alcanzó una cifra de 15.1 defunciones por cada mil nacidos vivos (SIODM, 2016), teniendo como meta una tasa de 13.7 (ONU, 2015). La Razón de Mortalidad Materna (RMM) tuvo una reducción menor que la infantil, en 2015 se alcanzó una cifra de 36.4 (OMM, 2018), siendo la meta para ese año de 22.2 defunciones maternas por cada 100 mil nacidos vivos.

Según Bissell (2009, citado en Freyermuth y Ochoa, 2013), el alcance de la meta 5.A no se lograría al margen del cumplimiento de tres pilares esenciales: "a) Acceso universal a la planificación familiar y otros servicios de salud reproductiva; b) Atención calificada durante e inmediatamente



después del embarazo, y c) Atención obstétrica de emergencia cuando existan complicaciones que pongan en riesgo la vida". Sin embargo, se ha realizado esfuerzos en otros aspectos como el fortalecimiento de los sistemas de salud para acrecentar en su capacidad resolutoria, la prestación universal de los servicios y su integración funcional, para que estos lleguen a los grupos con mayor marginación y pobreza (United Nations Millennium Project, 2005).

En enero de 2016, los ODM fueron reemplazados por una nueva agenda llamada Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) aprobada en septiembre de 2015 por 193 países. Esta Agenda 2030, está enfocada en la construcción de un mundo sostenible donde se valoren de igual manera la sostenibilidad del medio ambiente, la inclusión social y el desarrollo económico (SDGF, 2018). Dentro de los 17 ODS, el número 3 se refiere a *Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades*, que dentro de sus metas, se encuentra la meta 1. *Para 2030, reducir la razón mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos* y la meta 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* (SDGF, 2018). Cabe señalar que el Estado de Colima es uno de los que ya impuso el Plan Estatal de Desarrollo los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y también fue elegido para formar parte de la comisión de cumplimiento de estos objetivos en México.

## Políticas Públicas

Entre las estrategias o políticas que ha desarrollado el gobierno México para la reducción de la mortalidad materno-infantil se encuentran, el programa **Arranque Parejo en la vida** del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGySR), el cual en el año 2002 se pone en marcha y que como su nombre lo indica, coloca el problema de la mortalidad materna como un cuestión de desigualdad entre mujeres mexicanas, sobre todo por la inequidad en el acceso a los servicios de salud (CNEGySR, 2009). En el sexenio 2006-2012 se planteó como estrategia focalizar más arduamente sus acciones a nueve Estados de la república mexicana así como a los 125 municipios de mayor rezago social. Aun así, en 2010 se seguía observando una desigualdad en la ocurrencia de muerte materna, las



mujeres sin afiliación a la seguridad social eran las que más fallecían (OMM, 2018).

Otra estrategia es la llamada **Embarazo Saludable**, que surgió en el año 2008 y que establece que toda mujer con diagnóstico de embarazo deberá ser afiliada al Seguro Popular, disminuyendo de esta manera los gastos de bolsillo de las mismas. Esta estrategia se creó como complemento del seguro médico siglo XXI con el fin de proteger la salud de la mujer y de su bebé durante el periodo de embarazo.

En 2009 surgió la **Estrategia Integral para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna en México**, en la cual se postula que la mortalidad materna puede ser reducida ampliamente si se superan los factores que condicionan las tres demoras de acuerdo con el modelo adoptado por la Organización Mundial de la Salud: 1) Demora en buscar atención médica, 2) Demora en tener acceso a los servicios de salud, y 3) Demora en recibir un tratamiento adecuado.

En el mismo año, surge el **Convenio Interinstitucional de Atención de la Emergencia Obstétrica**, firmado por la Secretaría de Salud (SSA), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) por el cual se establece que toda mujer que presente una emergencia obstétrica debe ser atendida en cualquier unidad médica de las instituciones mencionadas, sin discriminación por razón del estado de afiliación.

Por otro lado, desde la SSA federal se establece el **Acuerdos para el Fortalecimiento de las Acciones de Salud Pública en los Estados (AFASPE)** como un mecanismo presupuestario, que se firma anualmente entre la SSA y los SESA. Este contiene la asignación presupuestaria a los 31 programas bajo la rectoría de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de Salud (SPPS) de la SSA y, por ende, todos los relacionados con la atención en salud sexual y reproductiva.

Del CNEGySR, el **Programa de Acción Específico de Salud Materna y Perinatal (PAE SMP) 2013-2018**, fue diseñado para contribuir, apoyar y acompañar a las mujeres para ampliar las capacidades y oportunidades de cursar el embarazo sano, el parto respetuoso y el puerperio seguro, y para que sus hijos nazcan y se desarrollen con salud, con pleno respeto a la

diversidad cultural y al ejercicio de sus derechos. Su objetivo principal es que las mujeres tengan la posibilidad de ejercer sus derechos reproductivos, especialmente los relacionados a la salud materna y perinatal, promoviendo el derecho a la salud de toda persona desde antes del nacimiento, poniendo especial énfasis en el desarrollo del recién nacido sano y la prevención de defectos al nacimiento, ya sean congénitos y/o genéticos. Además, plantea la necesidad de mejorar la calidad de los servicios de salud, su efectividad, el seguimiento y la rendición de cuentas. Lo anterior con el fin de contribuir a la disminución de los rezagos en salud que tanto afectan a la población. Este Programa aborda la detección de factores biológicos o del desarrollo que tienen un efecto en los periodos sensibles con un efecto a largo plazo, independientemente de circunstancias ulteriores, poniendo atención a la prevención y la promoción del cuidado de la salud en mujeres y hombres, con perspectiva de género y derechos humanos (OMM, 2018).

Estas políticas públicas han sido las responsables de lo que México ha logrado en la reducción de la mortalidad materno-infantil, aun así queda mucho por recorrer para llegar a tener una congruencia entre las cifras de salud con la gran cantidad de recursos que este país tiene para asegurar a la mujer una protección de su salud. Cabe destacar que los organismos de la sociedad civil han tenido una función muy importante en el monitoreo y evaluación de las políticas públicas, ejerciendo presión sobre el Estado para hacer cumplir sus obligaciones y para hacer modificaciones a legislaciones que perjudicaban la libertad de decisión sexual y reproductiva.

En el apartado siguiente se describen algunos indicadores sobre las características de los nacimientos, la morbilidad y mortalidad por causas maternas y recursos en salud para atención de la mujer en el periodo obstétrico. Lo anterior, comparando la situación de México contra la de Colima y en ocasiones con Aguascalientes, entidad federativa que cuenta con un Índice de Desarrollo Humano (IDH) del mismo rango que el de Colima. Dependiendo de la disponibilidad de los datos, estos serán series históricas, datos a 2015, 2016 o a 2017.

## Indicadores

### Mortalidad materna e infantil

Como se observa en el cuadro A, de 1990 a 2015, la mortalidad materna (MM) ha disminuido en un 59% en todo México, y en Colima, la reducción ha sido un poco menor, de 44.4%. A diferencia de las cifras del país, Colima se muestra con valores muy desiguales año con año, incluso en 2010 no tuvo ninguna MM, para luego volver a subir. A partir de 2011 se estabilizó alrededor de 30 MM por cada 100 mil nacidos vivos, llegando en 2015 a una RMM de 25.5.

Aun cuando la reducción que tuvo Colima de 1990 a 2015 es menor que la del total de la República Mexicana, ésta ya era baja y en varias ocasiones rebasó la meta perfilada para México en los ODM de 22.2 MM por cada 100 mil nacidos vivos.

Respecto a la mortalidad infantil (MI), a lo largo del tiempo esta sí ha tenido un comportamiento regular en Colima al igual que en el total de la República, observándose una reducción paulatina que va de 33.8 en 1990 hasta llegar a 11.7 defunciones de menores de 5 años por cada 100 mil nacidos vivos en 2015, y en este caso, el estado tuvo un mayor porcentaje de reducción de la MI (65.4%) que el total del país (63.2%), superando la meta establecida para México por 2 defunciones menos.

Las cifras de mortalidad neonatal tienen un comportamiento similar al de MM respecto al porcentaje de avance de 1990 al 2015, pero no en las fluctuaciones entre años. Hay una tendencia a la baja, que va de 11.9 defunciones en el año base en Colima, a 6.4 en 2013, con una reducción de 46.2%. En el caso del total del país, la reducción fue de 50.6%.

Las diferencias entre la forma en que se ha reducido la MM y la MI deja evidencia de que estas defunciones no dependen de los mismos factores, y que hay elementos en la atención de la salud que se han mejorado con el tiempo y otras no, siendo mayores los beneficios para los menores de 5 años que para las mujeres en periodo obstétrico.

**Cuadro A. Indicadores de mortalidad materno-infantil, 1990-2015**

Periodo	Tasa de Mortalidad Neonatal*		Tasa de mortalidad en niños menores de 5 años**		Razón de mortalidad materna***	
	Nacional	Colima	Nacional	Colima	Nacional	Colima
1990	15.64	11.97	41.02	33.85	88.72	45.84
1991	16.41	14.18	38.67	31.76	86.35	114.51
1992	16.56	14.22	36.57	29.71	85.42	38.28
1993	15.81	13.57	34.66	27.90	83.98	100.18
1994	15.22	14.45	32.93	26.22	82.44	31.03
1995	14.79	12.38	31.34	24.96	80.45	39.12
1996	14.33	14.73	29.91	23.62	79.68	71.33
1997	14.04	13.44	28.56	22.50	77.59	80.34
1998	13.77	11.92	27.31	21.34	78.19	32.45
1999	12.88	12.21	26.12	20.31	80.00	32.63
2000	12.70	12.39	25.00	19.36	74.09	57.18
2001	12.28	10.63	23.96	18.65	68.92	8.15
2002	11.79	9.82	22.98	17.85	56.06	16.16
2003	11.44	10.95	22.07	17.18	56.50	23.97
2004	10.87	10.18	21.23	16.67	53.53	31.59
2005	10.51	10.06	20.50	16.04	53.95	7.83
2006	10.19	9.66	19.77	15.43	50.91	46.51
2007	9.74	8.63	19.08	14.89	48.08	15.35
2008	9.59	8.36	18.43	14.56	49.22	30.49
2009	9.35	7.22	17.84	14.18	53.26	22.86
2010	8.86	7.91	17.23	13.61	44.05	-
2011	8.58	8.02	16.74	13.92	43.04	39.33
2012	8.32	6.36	16.09	13.12	42.31	23.57
2013	7.73	6.44	15.73	12.96	38.20	22.48
2014	7.80	-	15.10	10.90	38.90	29.40
2015	7.80	-	15.10	11.70	36.40	25.50

**Fuente:** Elaborado por TECSO a partir de DGIS/SSA, Datos Abiertos - Indicadores de Inclusión Social; Banco Mundial; Observatorio de Mortalidad Materna en México; Unicef.

\*Defunciones de niños de 0 a 27 días de edad por cada mil nacidos vivos

\*\*Defunciones de niños menores de 5 años de edad por cada mil nacidos vivos

\*\*\*Defunciones por cada 100 mil nacidos vivos

## Características de los nacimientos

El procedimiento por el cual se atienden los nacimientos permite identificar en qué grado el parto ha sido medicalizado. Según Beltrán (2015), sólo del 10-15% de los partos deben ser atendidos vía cesárea, siendo este el porcentaje que corresponde a la frecuencia con que ocurren las complicaciones obstétricas, con el fin de salvar la vida del bebé y/o de la madre.

En México, el porcentaje de cesáreas ha ido incrementando (Cuadro B), yendo de 43.9% en 2008 a 45.1% en 2015. En el Estado de Colima, la cifra ha sido muy variante, en 2008 fue de 48.8% y en 2015 de 46.6%, teniendo altas y bajas en los años intermedios. Estos porcentajes tan altos podrían relacionarse a las intenciones del gobierno mexicano de reducir la RMM, por medio de la medicalización del parto (Freyermuth, Muños y Ochoa, 2017).

Cuadro B. Porcentaje de cesáreas, 2008 -2015, Nacional y Colima.		
Periodo	Nacional	Colima
2008	43.93	48.83
2009	44.37	48.96
2010	44.78	51.30
2011	43.23	49.05
2012	44.23	50.13
2013	44.96	44.01
2014	45.23	43.59
2015	45.06	46.60

**Fuente:** Elaborado por TECSO a partir de DGIS/SSA, Datos Abiertos - Indicadores de Inclusión Social.

Respecto a las cifras de nacimientos prematuros, en el Cuadro C se observa que en el país ha incrementado gradualmente el número de estos acontecimientos, de 6.6% en 2008 a 6.9% en 2015. En el Estado de Colima, la tendencia ha sido errática, teniendo en 2008, 5.45% y en 2015 un 5.36%. Se observa que el año con mayor porcentaje de este tipo de nacimientos fue en 2009 con 6.1. Comparando Colima con Aguascalientes, estado de la república que tiene un IDH muy similar, se observa que el porcentaje de partos prematuros difiere ampliamente, con una cifra de 9.67% en 2008 y 9.37% en 2015 para Aguascalientes.

Cuadro C. Porcentaje de partos prematuros, 2008-2015, Nacional, Colima y Aguascalientes			
Periodo	Nacional	Colima	Aguascalientes
2008	6.57	5.45	9.67
2009	6.57	6.01	9.48
2010	6.67	5.28	9.14
2011	6.57	5.98	9.24
2012	6.66	5.52	9.63
2013	6.67	5.90	9.17
2014	6.89	5.42	9.10
2015	6.93	5.36	9.37

**Fuente:** Elaborado por TECSO a partir de DGIS/SSA, Datos Abiertos - Indicadores de Inclusión Social.  
\*Nacimientos menores a 37 semanas gestación.

Dentro de las características de los recién nacidos, el bajo peso es un indicador que ha ido incrementando en dos de nuestros tres escenarios planteados. Aun cuando Colima tiene las cifras más bajas de los tres, aumentó 22% de 1990 al 2015; la cifra nacional incrementó 15%, y Aguascalientes tuvo bastantes fluctuaciones entre años, pero del año base al 2015 se redujo en 0.2% (Cuadro D).

Cuadro D. Porcentaje de niños con bajo peso* al nacer, 2008-2015, Nacional, Colima y Aguascalientes			
Periodo	Nacional	Colima	Aguascalientes
2008	5.02	3.26	6.56
2009	5.17	3.37	6.54
2010	5.24	3.25	6.44
2011	5.29	3.36	6.57
2012	5.41	3.27	6.66
2013	5.54	3.67	6.71
2014	5.70	3.67	6.38
2015	5.79	3.99	6.54

**Fuente:** Elaborado por TECSO a partir de DGIS/SSA, Datos Abiertos - Indicadores de Inclusión Social.  
\*Nacidos de menos de 2500 gramos

La atención del parto por personal capacitado, también es un indicador que se midió en los ODM, se refiere a la meta 5.2 *Proporción de partos con asistencia de personal sanitario capacitado*. En México, esta meta se superó desde 2004, llegando a ser de 98% en 2016. En el caso de Colima, a 2016 la cifra fue de 99.9% (SIODM, 2018).

Haciendo un análisis más cercano a la persona que atendió el parto, vemos en el Cuadro E que en 2017 en Colima las mujeres afiliadas al IMSS tuvieron más atención por parte de gineco-obstetras con 7.9%, tomando como

denominador al total de nacimientos ocurridos. Viéndolo desde otra perspectiva (Cuadro F), hubo mayor porcentaje de atención por parte de gineco-obstetra cuando la mujer estaba afiliada a PEMEX (66%); y entre las que no tenían afiliación o estaban afiliadas al Seguro Popular (SP) la atención por parte de médico general fue de 94.6% y 95.4% respectivamente.

<b>Cuadro E. Colima. Distribución porcentual de nacimientos ocurridos, según afiliación de la madre a servicios de salud, y persona que atendió el parto, 2017</b>											
Persona que atendió el parto	Ninguna	IMSS	ISSSTE	PEMEX	SEDENA	SEMAR	SP	Otra	IMSS-P	SI*	Total
Médico	28.1	29.0	2.1	0.0	0.1	1.1	26.6	0.2	0.0	0.1	87.5
Gineco-obstetra	1.6	7.9	0.9	0.0	0.0	0.0	1.2	0.1	0.0	0.5	12.4
Otro especialista	-	0.0	-	-	-	-	-	-	-	-	0.0
Residente	-	-	-	-	-	-	0.0	-	-	-	0.0
Enfermera	0.0	0.0	-	-	-	-	0.0	-	-	-	0.0
NE**	-	-	-	-	-	0.0	-	-	-	-	0.0
<b>Total</b>	<b>29.7</b>	<b>37.0</b>	<b>3.0</b>	<b>0.0</b>	<b>0.1</b>	<b>1.2</b>	<b>27.8</b>	<b>0.4</b>	<b>0.0</b>	<b>0.7</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Elaborado por TECSO a partir de base de datos de nacimientos SINAC, DGIS/INEGI, 2017.  
\*Se ignora  
\*\*No especificado

<b>Cuadro F. Colima. Distribución porcentual de nacimientos ocurridos, según afiliación de la madre a servicios de salud, y persona que atendió el parto, 2017</b>											
Persona que atendió el parto	Ninguna	IMSS	ISSSTE	PEMEX	SEDENA	SEMAR	SP	Otra	IMSS-P	SI*	Total
Médico	94.6	78.5	70.8	33.3	88.9	95.3	95.4	63.3	83.3	16.0	87.5
Gineco-obstetra	5.4	21.3	29.2	66.7	11.1	4.0	4.5	36.7	16.7	84.0	12.4
Otro especialista	-	0.1	-	-	-	-	-	-	-	-	0.0
Residente	-	-	-	-	-	-	0.0	-	-	-	0.0
Enfermera	0.0	0.1	-	-	-	-	0.1	-	-	-	0.0
NE**	-	-	-	-	-	0.7	-	-	-	-	0.0
<b>Total</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Elaborado por TECSO a partir de base de datos de nacimientos SINAC, DGIS/INEGI, 2017.  
\*Se ignora  
\*\*No especificado

Comparando las cifras de Colima con el total del país, son las mujeres afiliadas al IMSS (11.1%) y las afiliadas al SP (16%) las que son atendidas en mayor medida por gineco-obstetras; y las afiliadas al SP también tienen mayor porcentaje de atención del parto por otro tipo de médico general (26%), concentrando estos tres grupos el 52.7% del total de partos de 2017.

En cuanto a las mujeres que no cuentan con afiliación o las afiliadas al SP, el 55% fueron atendidas por un médico general, y 33% por un gineco-obstetra (Cuadro G). De este grupo de mujeres, las residentes de Baja California Norte y las de Nuevo León cuentan con los mayores porcentajes de atención de gineco-obstetras, alrededor de 68% en cada entidad. El Estado de Colima presenta tan sólo 5.4% de atenciones por médicos de esa especialidad; sin embargo, el restante 94.6% son atenciones por médico general.



**Cuadro G. México. Distribución porcentual de nacimientos de mujeres sin afiliación a algún servicio de salud, según persona que atendió el parto, 2017**

Estado	Médico	Gineco- obstetra	Otro especialista	Residente	General	MPSS	MIP	Enfermera	Persona autorizada por la SSA	Partera	Otro	NE	Total
Aguascalientes	33.9	57.5	2.9	4.6	0.1	-	0.3	0.1	-	0.2	0.1	0.1	100.0
Baja California	31.1	68.5	0.0	-	0.1	0.0	0.0	0.1	-	-	0.0	0.1	100.0
Baja California Sur	53.4	43.9	-	-	1.3	-	0.2	-	-	0.8	0.2	0.3	100.0
Campeche	42.2	35.8	-	5.6	4.6	0.4	0.8	0.2	7.8	2.2	0.4	-	100.0
Coahuila	56.7	32.9	0.1	5.1	0.9	0.0	3.9	0.1	-	0.1	0.1	0.1	100.0
Colima	94.6	5.4	-	-	-	-	-	0.0	-	-	-	-	100.0
Chiapas	52.0	25.0	0.4	0.2	2.1	1.2	4.1	0.2	0.1	14.5	0.2	0.0	100.0
Chihuahua	32.2	52.9	0.2	0.1	10.2	0.9	0.7	0.4	0.1	1.1	1.2	0.1	100.0
Distrito Federal	46.1	31.6	1.7	16.7	3.2	0.0	0.2	0.1	0.0	0.1	0.1	0.1	100.0
Durango	59.8	29.8	4.2	-	3.7	0.7	-	0.2	0.1	0.5	0.9	0.2	100.0
Guanajuato	50.3	43.2	1.2	0.0	2.7	0.0	1.2	0.0	0.0	1.2	0.1	0.0	100.0
Guerrero	65.7	22.0	2.1	0.0	2.1	0.1	-	0.3	0.7	5.4	1.3	0.2	100.0
Hidalgo	49.7	38.9	6.0	0.2	3.8	0.4	0.1	0.1	-	0.4	0.3	0.1	100.0
Jalisco	59.3	38.3	0.6	0.0	0.9	0.1	0.0	0.1	0.0	0.2	0.3	0.2	100.0
México	62.2	20.0	1.8	12.4	2.3	0.0	-	0.2	0.1	0.9	0.2	0.0	100.0
Michoacán	45.1	48.7	1.9	0.4	2.1	0.6	0.1	0.0	-	1.0	0.1	0.0	100.0
Morelos	71.2	24.9	0.8	0.0	1.2	0.0	0.2	0.1	-	1.5	0.1	0.0	100.0
Nayarit	45.6	38.7	-	3.8	2.0	2.6	1.4	0.3	0.1	1.8	2.8	0.9	100.0
Nuevo León	29.9	69.8	-	0.1	0.0	0.0	-	0.0	-	0.0	0.0	0.0	100.0
Oaxaca	25.0	61.2	5.7	0.4	5.5	0.2	0.1	0.1	0.0	1.4	0.3	0.1	100.0
Puebla	59.1	28.3	5.9	0.1	3.8	0.0	0.0	0.2	0.0	2.4	0.1	0.0	100.0
Querétaro	51.0	47.5	0.4	0.2	0.1	-	0.6	0.0	-	0.1	0.1	-	100.0
Quintana Roo	34.4	56.8	1.5	-	1.2	-	-	0.2	-	5.4	0.4	0.1	100.0
San Luis Potosí	71.6	26.6	0.1	0.2	0.4	0.0	0.6	0.0	-	0.3	0.1	-	100.0
Sinaloa	93.8	4.7	0.0	1.1	0.1	0.0	0.2	0.0	-	0.0	0.0	-	100.0
Sonora	50.7	46.5	0.1	0.0	2.0	-	0.0	-	0.1	-	0.3	0.3	100.0
Tabasco	28.4	38.5	2.6	8.0	15.4	0.0	0.7	0.1	0.1	4.8	1.3	-	100.0
Tamaulipas	83.9	14.8	0.0	0.8	0.1	-	0.0	0.1	-	0.1	0.1	0.0	100.0
Tlaxcala	86.1	12.3	0.0	-	0.2	-	0.0	0.1	-	1.1	0.0	0.0	100.0
Veracruz	63.8	29.4	0.9	0.2	2.0	0.2	0.0	0.1	0.0	2.9	0.5	0.0	100.0
Yucatán	52.6	42.9	0.1	1.2	0.3	2.1	-	0.1	-	0.3	0.1	0.2	100.0
Zacatecas	49.9	44.6	0.1	2.5	0.4	-	2.0	-	-	0.2	0.1	0.1	100.0
<b>Total</b>	<b>55.5</b>	<b>33.1</b>	<b>1.8</b>	<b>4.8</b>	<b>2.4</b>	<b>0.2</b>	<b>0.4</b>	<b>0.1</b>	<b>0.0</b>	<b>1.5</b>	<b>0.2</b>	<b>0.1</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Elaborado por TECSO a partir de base de datos de nacimientos SINAC, DGIS/INEGI, 2017.

## **Morbilidad**

En cuanto a los egresos hospitalarios de la SSA y los SESA estatales según causas, a nivel nacional, en 2017 41.4% de todos estos egresos correspondían a “causas maternas”; en el Estado de Colima del mismo rubro fueron 39.7% y si a estas le sumamos las denominadas “Ciertas afecciones originadas en el período perinatal” la cifra aumenta a 42.7% (Cuadro H). En el estado, 71% de todos los egresos corresponden a mujeres, y de estas, 74.3% son de aquellas entre 15 y 49 años. Viéndolo por sexo y edad, 53.5% de los egresos totales de Colima son de mujeres en edad reproductiva (Cuadro I).

Lo anterior significa que este grupo de población tiene una gran necesidad de Servicios de Salud, dado que de ese 53.5% de egresos, 42.7 es por causas maternas y afecciones del periodo perinatal, lo cual deja tan sólo 10% con cualquier otro diagnóstico. Según Alvares y cols. (2011) las enfermedades en el periodo obstétrico constituye la principal causa de discapacidad para las mujeres en edad reproductiva, calculándose que en México el número de años perdidos por discapacidad desórdenes materna en 2016 fue de 214, y en el Estado de Colima 216 por cada 100 mil mujeres de esa edad (IHME, 2018).

<b>Cuadro H. Distribución porcentual de egresos hospitalarios de residentes de Colima, según sexo y agrupación de causas, 2017</b>				
<b>Grupo</b>	<b>Subgrupo</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Hombres</b>	<b>Total</b>
I Enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales	IA Enfermedades infecciosas y parasitarias	1.08	0.84	1.91
	IB Infecciones respiratorias	0.88	1.02	1.90
	IC Causas maternas	39.71	-	39.71
	ID Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	2.95	3.41	6.37
	IE Deficiencias de la nutrición	0.21	0.23	0.43
	<b>Total</b>	<b>44.82</b>	<b>5.50</b>	<b>50.33</b>
II Enfermedades no transmisibles	IIA Tumores malignos	2.07	0.88	2.95
	IIB Otros tumores	1.57	0.30	1.88
	IIC Diabetes mellitus	0.95	1.06	2.01
	IID Enfermedades endocrinas, metabólicas, hematológicas e inmunológicas (excepto diabetes mellitus)	0.57	0.50	1.07
	IIE Trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso	0.58	0.56	1.14
	IIF Enfermedades de los órganos de los sentidos	0.78	0.57	1.35
	IIG Enfermedades cardiovasculares	1.43	1.56	2.99
	IIH Enfermedades respiratorias	0.88	0.83	1.71
	III Enfermedades digestivas	6.22	5.45	11.68
	IIJ Enfermedades del sistema genitourinario	3.64	1.97	5.60
	IIK Enfermedades de la piel	0.91	0.93	1.85
	II L Enfermedades del sistema músculo esquelético	1.76	1.11	2.87
	IIM Anomalías congénitas	0.42	0.65	1.07
IIN Enfermedades de la boca	0.09	0.08	0.17	
<b>Total</b>	<b>21.88</b>	<b>16.45</b>	<b>38.33</b>	
III Lesiones	IIIIA Fracturas	2.60	3.20	5.80
	IIII B Amputaciones de miembros superior e inferior	0.04	0.09	0.13
	IIII C Luxaciones, esguinces y desgarros de regiones especificadas y de múltiples regiones del cuerpo	0.06	0.11	0.17
	IIII D Traumatismos	0.55	1.06	1.61
	IIII E Heridas	0.28	0.70	0.98
	IIII F Quemaduras y corrosiones	0.06	0.12	0.18
	IIII G Envenenamiento por drogas y sustancias biológicas y efectos tóxicos de sustancias no medicinales	0.07	0.15	0.22
	IIII H Complicaciones precoces, complicaciones de atención médica y quirúrgica y secuelas de traumatismos y envenenamientos	0.23	0.17	0.40
	IIII I Los demás traumatismos, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas	0.06	0.10	0.16
	<b>Total</b>	<b>3.95</b>	<b>5.70</b>	<b>9.65</b>
IV Otras causas de contacto con los servicios de salud	0.88	0.19	1.08	
V Sin clasificación en GBD	0.35	0.27	0.62	
<b>Total</b>	<b>71.87</b>	<b>28.11</b>	<b>100.00</b>	

**Fuente:** Elaborado por TECSO a partir de cubo de egresos hospitalarios de la DGIS.

<b>Cuadro I. Total de egresos hospitalarios de residentes de Colima, según sexo y edad, 2017</b>						
<b>Edad</b>	<b>Mujeres</b>		<b>Hombres</b>		<b>Total</b>	
	<b>Egresos</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Egresos</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Egresos</b>	<b>Porcentaje</b>
Menores de 1 año	592	3.28	803	4.45	1,397	7.74
1 a 4 años	174	0.96	235	1.30	409	2.27
5 a 9 años	146	0.81	204	1.13	350	1.94
10 a 14 años	355	1.97	201	1.11	556	3.08
15 a 19 años	2,072	11.48	212	1.17	2,284	12.66
20 a 24 años	2,619	14.51	267	1.48	2,886	15.99
25 a 29 años	1,912	10.60	269	1.49	2,181	12.09
30 a 34 años	1,230	6.82	258	1.43	1,488	8.25
35 a 39 años	851	4.72	297	1.65	1,148	6.36
40 a 44 años	553	3.06	348	1.93	901	4.99
45 a 49 años	410	2.27	319	1.77	729	4.04
50 a 54 años	552	3.06	297	1.65	849	4.71
55 a 59 años	295	1.63	246	1.36	541	3.00
60 a 64 años	262	1.45	255	1.41	517	2.87
65 a 69 años	231	1.28	232	1.29	463	2.57
70 a 74 años	224	1.24	221	1.22	445	2.47
75 a 79 años	217	1.20	184	1.02	401	2.22
80 a 84 años	130	0.72	111	0.62	241	1.34
85 a 89 años	86	0.48	68	0.38	154	0.85
90 a 94 años	38	0.21	31	0.17	69	0.38
95 a 99 años	20	0.11	12	0.07	32	0.18
100 y mas		-	3	0.02	3	0.02
<b>Total</b>	<b>12,969</b>	<b>71.87</b>	<b>5,073</b>	<b>28.11</b>	<b>18,044</b>	<b>100.00</b>

**Fuente:** Elaborado por TECSO a partir de cubo de egresos hospitalarios de la DGIS.

En el cuadro J se observa la distribución de los egresos hospitalarios de los residentes de Colima, en donde resulta que en ambos sexos alrededor del 98% se atiende en el mismo estado. De los hombres, casi 2% se atiende en Jalisco, siendo la segunda entidad federativa con mayor afluencia de atenciones de residentes de Colima. Por otro lado, en el cuadro K, se ve que del total de la población que recibe Colima para atender de otros Estados, 5.65% son mujeres de Jalisco, y 1.7% de Michoacán; en el caso de los hombres son 1.7% de Jalisco, siendo estos los Estados de mayor frecuencia.

**Cuadro J. Total de egresos hospitalarios de residentes de Colima, según sexo y entidad de atención, 2017**

Entidad de atención	Mujeres		Hombres		Total	
	Egresos	Porcentaje	Egresos	Porcentaje	Egresos	Porcentaje
Aguascalientes	2	0.02	-	-	2	0.01
Baja California	3	0.02	-	-	3	0.02
Coahuila	1	0.01	-	-	1	0.01
Colima	12,784	98.57	4,956.0	97.69	17,742	98.33
Distrito Federal	20	0.15	5.0	0.10	25	0.14
Durango	1	0.01	-	-	1	0.01
Guanajuato	4	0.03	1.0	0.02	5	0.03
Guerrero	26	0.20	-	-	26	0.14
Hidalgo	1	0.01	-	-	1	0.01
Jalisco	97	0.75	101.0	1.99	198	1.10
México	2	0.02	3.0	0.06	5	0.03
Michoacán	20	0.15	4.0	0.08	24	0.13
Nayarit	1	0.01	-	-	1	0.01
Oaxaca	-	-	1.0	0.02	1	0.01
San Luis Potosí	1	0.01	-	-	1	0.01
Sinaloa	2	0.02	1.0	0.02	3	0.02
Tabasco	1	0.01	-	-	1	0.01
Veracruz	1	0.01	-	-	1	0.01
Zacatecas	2	0.02	1.0	0.02	3	0.02
<b>Total</b>	<b>12,969</b>	<b>100.00</b>	<b>5,073.0</b>	<b>100.00</b>	<b>18,044</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Elaborado por TECSO a partir de cubo de egresos hospitalarios de la DGIS.

**Cuadro K. Distribución porcentual de egresos hospitalarios atendidos en Colima, según sexo y entidad de residencia, 2017**

Entidad residencia	Mujeres		Hombres		Total	
	Egresos	Porcentaje	Egresos	Porcentaje	Egresos	Porcentaje
Aguascalientes	1	0.01	1	0.01	2	0.01
Colima	12,784	64.84	4,956	25.14	17,742	89.99
Chiapas	-	-	1	0.01	1	0.01
Distrito Federal	3	0.02	4	0.02	7	0.04
Durango	1	0.01	-	-	1	0.01
Guanajuato	1	0.01	3	0.02	4	0.02
Guerrero	8	0.04	4	0.02	12	0.06
Jalisco	1,113	5.65	349	1.77	1,462	7.42
México	4	0.02	-	-	4	0.02
Michoacán	340	1.72	129	0.65	469	2.38
Nayarit	2	0.01	2	0.01	4	0.02
Nuevo León	-	-	1	0.01	1	0.01
Oaxaca	3	0.02	-	-	3	0.02
Sinaloa	-	-	1	0.01	1	0.01
Sonora	1	0.01	-	-	1	0.01
Veracruz	-	-	1	0.01	1	0.01
No Especificado	1	0.01	-	-	1	0.01
<b>Total</b>	<b>14,262</b>	<b>72.34</b>	<b>5,452</b>	<b>27.65</b>	<b>19,716</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Elaborado por TECSO a partir de cubo de egresos hospitalarios de la DGIS.

Por otro lado, tomando en cuenta sólo a la población en edad reproductiva, en Colima 74% de los egresos son mujeres residentes de ahí mismo, 15% hombres, y 6.8% mujeres residentes de Jalisco. Es interesante el hecho de que este último grupo acuda a Colima a atenderse siendo que Jalisco es una ciudad grande un con muchas opciones de Servicios de Salud (Cuadro L).

<b>Cuadro L. Distribución porcentual de egresos hospitalarios atendidos en Colima, según sexo y entidad de residencia, (15 a 49 años) 2017</b>			
<b>Entidad residencia</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Hombres</b>	<b>Total</b>
Aguascalientes	0.01	0.01	0.02
Colima	74.92	15.02	89.94
Distrito Federal	0.02	0.02	0.03
Durango	0.01	-	0.01
Guanajuato	0.01	-	0.01
Guerrero	0.05	0.01	0.05
Jalisco	6.83	0.84	7.66
México	0.03	-	0.03
Michoacán	1.95	0.24	2.19
Nayarit	0.02	-	0.02
Oaxaca	0.02	-	0.02
Sonora	0.01	-	0.01
NE	0.01	-	0.01
<b>Total</b>	<b>83.87</b>	<b>16.13</b>	<b>100.00</b>

**Fuente:** Elaborado por TECSO a partir de cubo de egresos hospitalarios de la DGIS.

## Mortalidad

Respecto al diagnóstico de la mortalidad en Colima, la siguiente información corresponde a la totalidad de las instituciones del Sector Salud del año 2016, esto dado que todavía no está disponible la información de 2017 en los sitios oficiales.

En 2016, en Colima hubo un total de 4,486 defunciones, de los cuales 62% fueron mujeres, y 37.7%, hombres (Cuadro M). Del total de mujeres, 20.3% correspondían a mujeres en edad reproductiva, y tan sólo 2.13% al conjunto de "Causas Maternas" y "Ciertas afecciones originadas en el período perinatal" (Cuadro N). Esta última cifra a nivel nacional es de 2.06%.

La diferencia de las cifras de mortalidad con respecto a las de morbilidad podría relacionarse a que en la etapa de la atención de los desórdenes maternos, que en su momento no llevaron a una defunción, sí se resolvieron y las mujeres siguen circulando, pudiendo verse como la gran cantidad de

oportunidades de resolver dichas complicaciones o desordenes. La cifra de mortalidad materna de 2016 es baja en comparación con la cifra de la diabetes o las enfermedades cardiovasculares (las cuales figuran entre las primeras dos causas de mortalidad en el país), pero la importancia de reducir la mortalidad materna radica en lo que se expuso anteriormente, sus raíces en la desigualdad social.

<b>Cuadro M. Defunciones de residentes de Colima, según sexo y afiliación a los servicios de salud, 2016</b>						
<b>Afiliación</b>	<b>Mujeres</b>		<b>Hombres</b>		<b>Total</b>	
	Defunciones	Porcentaje	Defunciones	Porcentaje	Defunciones	Porcentaje
Ninguna	383	8.54	100	2.23	483	10.77
IMSS	977	21.78	716	15.96	1,693	37.74
ISSSTE	167	3.72	164	3.66	331	7.38
PEMEX	9	0.20	5	0.11	14	0.31
SEDENA	9	0.20	3	0.07	12	0.27
SECMAR	20	0.45	21	0.47	41	0.91
SP	929	20.71	587	13.09	1,516	33.79
Otra	14	0.31	11	0.25	25	0.56
NE	277	6.17	87	1.94	371	8.27
<b>Total</b>	<b>2,785</b>	<b>62.08</b>	<b>1,694</b>	<b>37.76</b>	<b>4,486</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Elaborado por TECSO a partir de cubo de defunciones de la DGIS, SSA/INEGI.

**Cuadro N. Distribución porcentual de defunciones de residentes de Colima, según sexo y agrupación de causas, 2016**

Grupo	Subgrupo	Mujeres	Hombres	Total
I. Enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales	A Enfermedades infecciosas y parasitarias	0.80	1.72	2.52
	B Infecciones respiratorias	1.25	1.72	2.96
	C Causas maternas	0.11	-	0.11
	D Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	0.69	0.67	1.36
	E Deficiencias de la nutrición	0.69	0.60	1.29
	Total	3.54	4.70	8.25
II. Enfermedades no transmisibles	A Tumores malignos	5.17	5.51	10.68
	B Otros tumores	0.56	0.36	0.91
	C Diabetes mellitus	5.66	7.40	13.06
	D Enfermedades endocrinas, metabólicas, hematológicas e inmunológicas	0.60	0.74	1.34
	E Trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso	0.67	1.36	2.03
	G Enfermedades cardiovasculares	9.41	10.81	20.22
	H Enfermedades respiratorias	2.05	2.79	4.84
	I Enfermedades digestivas	3.30	6.62	9.92
	J Enfermedades del sistema genito-urinario	1.65	2.01	3.66
	K Enfermedades de la piel	0.18	0.25	0.42
	L Enfermedades del sistema músculo esquelético	0.45	0.25	0.69
M Anomalías congénitas	0.62	0.53	1.16	
Total	30.32	38.61	68.93	
III. Causas externas de morbilidad y mortalidad	A Accidentes	1.76	4.55	6.35
	B Lesiones intencionales	1.56	13.02	14.69
	C Eventos (lesiones) de intención no determinada	0.02	0.25	0.27
	Total	3.34	17.81	21.31
IV. Causas mal definidas		0.56	0.96	1.52
<b>Total</b>		<b>37.76</b>	<b>62.08</b>	<b>100.00</b>

**Fuente:** Elaborado por TECSO a partir de cubo de defunciones de la DGIS, SSA/INEGI.



## Recursos en Salud para la atención materno-infantil

En los siguientes cuadros se muestra una comparación entre Colima y otros Estados que cuentan con un IDH similar<sup>7</sup> y el nivel nacional, respecto de algunos indicadores que dan cuenta de qué tanta capacidad tienen los Servicios de Salud para la atención de la salud materno-infantil específicamente de las mujeres afiliadas al SP o sin afiliación.

En el Cuadro O, resalta el hecho de que en Colima año con año va incrementando el número de médicos gineco-obstetras para atención de las mujeres en periodo obstétrico. En 2016 se observa como en Colima se incrementó esta razón por casi dos unidades, cuando en los otros tres escenarios el incremento es menor a uno. Lo anterior plantea la incongruencia de las cifras de atención del parto por personal capacitado, dado que, en Colima, en su mayoría (95%), son los médicos generales quienes atienden los nacimientos y alrededor de 5% por gineco-obstetras.

<b>Cuadro O. Razón de médicos gineco-obstetras de la SSA por cada 1000 nacimientos en mujeres afiliadas al SP o sin afiliación, Nacional, Colima y tres Estados con IDH similar al de Colima</b>							
<b>Escenario</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
Colima	5.04	4.93	5.02	5.66	5.92	6.04	7.00
Coahuila	2.19	3.23	3.39	2.99	3.18	3.01	2.84
Aguascalientes	4.12	4.03	4.23	4.42	4.53	4.62	4.46
Baja California	2.07	3.14	3.18	3.31	2.80	2.90	2.90
Nacional	2.75	2.74	3.10	3.19	3.32	3.41	3.70

**Fuente:** Elaborado por TECSO a partir de los cubos de SSA y SESA's (SINERHIAS) 2001-2016, y nacimientos de SINAC, DGIS/INEGI, 2017.

En el mismo sentido, en el Cuadro P se observa que, en Colima, de 2010 a 2012 bajó la razón de camas de gineco-obstetricia, y volvió a subir de 2013 en adelante, incrementando de 8.81 hasta llegar a 10.02 camas por cada mil nacimientos. Los otros tres escenarios contienen cifras muy por debajo de las de Colima, viéndose relativamente estables a lo largo del tiempo.

<sup>7</sup> IDH 2015 de Colima: 0.763; Coahuila: 0.768; Aguascalientes: 0.760; Baja California: 0.760, todos ubicados en la categoría de "Muy Alto", consultado en PNUD, 2016:  
file:///C:/Users/maria.ochoa/Downloads/PNUD\_EDHEstatal\_Infografia%20(1).pdf

<b>Cuadro P. Razón de camas de gineco-obstetricia de la SSA por cada 1000 nacimientos en mujeres afiliadas al SP o sin afiliación, Nacional, Colima y tres Estados con IDH similar al de Colima</b>							
<b>Escenario</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
Colima	8.81	8.17	8.12	8.69	9.09	9.52	10.02
Coahuila	2.88	5.22	5.04	5.05	5.11	4.49	5.01
Aguascalientes	6.24	6.11	5.44	5.45	5.58	5.69	5.86
Baja California	4.23	5.23	5.46	4.05	4.12	4.10	4.48
Nacional	5.58	5.65	5.50	5.67	5.77	5.87	6.28

**Fuente:** Elaborado por TECSO a partir de los cubos de SSA y SESA's (SINERHIAS) 2001-2016, y nacimientos de SINAC, DGIS/INEGI, 2017.

Otro indicador en el cual Colima muestra un avance al paso de los años, es la razón de cunas de recién nacido sano por cada mil nacimientos. En este, desde el 2010 el estado se encontraba por encima de los otros tres escenarios, sin embargo, al igual que Colima, el estado de Coahuila y el nivel nacional han tenido una evolución creciente. Baja California y Aguascalientes tuvieron fluctuaciones entre años para finalmente, bajar la cifra en el año 2015 (Cuadro Q).

<b>Cuadro Q. Razón de cunas de recién nacido sano de la SSA por cada 1000 nacimientos en mujeres afiliadas al SP o sin afiliación, Nacional, Colima y tres Estados con IDH similar al de Colima</b>						
<b>Escenario</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
Colima	4.90	4.67	4.64	4.97	5.92	5.59
Coahuila	1.19	1.67	1.58	1.72	1.59	2.01
Aguascalientes	2.81	3.12	3.08	4.54	4.77	2.97
Baja California	1.71	2.91	4.48	3.88	3.75	3.23
Nacional	3.18	2.84	2.83	2.64	3.66	3.85

**Fuente:** Elaborado por TECSO a partir de los cubos de SSA y SESA's (SINERHIAS) 2001-2016, y nacimientos de SINAC, DGIS/INEGI, 2017.

Muy relacionado a lo anterior, se encuentra la razón de incubadoras por cada mil nacimientos. En esta, se observa que en los cinco escenarios hubo muchas fluctuaciones, pasaron de estar arriba en cuatro de los casos en 2010 a bajar en 2011 para llegar a estabilizarse hasta 2013. Colima es uno de los Estados que tuvo un retroceso, pasando de 5.04 en 2010 a 3.02 en 2016. Sin embargo, esta última cifra es mayor a la de los demás escenarios (Cuadro R).

<b>Cuadro R. Razón de incubadoras de la SSA por cada 1000 nacimientos en mujeres afiliadas al SP o sin afiliación, Nacional, Colima y tres Estados con IDH similar al de Colima</b>							
<b>Escenario</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
Colima	5.04	1.17	3.09	3.45	3.90	2.87	3.02
Coahuila	3.18	2.45	2.90	3.39	3.35	2.78	2.99
Aguascalientes	0.63	1.12	2.66	1.73	2.46	2.13	2.66
Baja California	2.26	0.72	1.04	1.72	2.19	2.15	2.04
Nacional	2.66	1.56	1.80	2.18	2.24	2.31	2.55

**Fuente:** Elaborado por TECSO a partir de los cubos de SSA y SESA's (SINERHIAS) 2001-2016, y nacimientos de SINAC, DGIS/INEGI, 2017.

Por último, en el Cuadro S, se muestra que Colima en 2010 presentaba la menor cifra junto con Coahuila en la razón de salas de expulsión, teniendo una evolución creciente muy pequeña año con año. Cabe destacar que, a diferencia de Colima, los demás escenarios fueron reduciendo su número de salas de expulsión por cada mil nacimientos.

<b>Cuadro S. Razón de salas de expulsión de la SSA por cada 1000 nacimientos en mujeres afiliadas al SP o sin afiliación, Nacional, Colima y tres Estados con IDH similar al de Colima</b>							
<b>Escenario</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
Colima	0.70	0.65	0.64	0.69	0.72	0.76	0.80
Coahuila	0.65	0.68	0.69	0.67	0.64	0.67	0.60
Aguascalientes	1.50	1.22	0.48	0.48	0.31	0.32	0.38
Baja California	1.11	1.14	1.04	0.89	0.71	0.48	0.49
Nacional	3.19	2.92	2.71	2.56	2.05	1.91	1.51

**Fuente:** Elaborado por TECSO a partir de los cubos de SSA y SESA's (SINERHIAS) 2001-2016, y nacimientos de SINAC, DGIS/INEGI, 2017.

El panorama de los indicadores de salud de Colima refleja los avances y constantes esfuerzos por reducir la morbi-mortalidad materna, perinatal e infantil a lo largo de los años. El hecho de que Colima no expulse a su población a los servicios de salud de otros Estados habla bien sobre la calidad y oportunidad de la atención de la salud y la percepción de los usuarios de estos servicios. El Estado tiene muy buenas cifras en todos los indicadores, de igual forma, se observa un área de oportunidad en el tema de la medicalización del parto, ya que dados los recursos en salud en los que Colima lleva la delantera con respecto a otros Estados, se evidencia la gran posibilidad de reducir los partos vía cesárea y al mismo tiempo controlar las complicaciones obstétricas como lo dicta la Norma. En este indicador el Estado de Colima se encuentra más alto que el total de la república en varios años, por lo que el mejorarlo haría del Estado un ejemplo a seguir, ya que reduciendo el número de cesáreas se reduce también la posibilidad de tener complicaciones y riesgos en salud para la madre en el

puerperio y para el producto que pueden originarse mediante la operación cesárea y la anestesia (Freyermuth, Muños y Ochoa, 2017).

## 1. Características del programa.

La Secretaría de Salud y Bienestar Social (SSyBS) es la dependencia encargada del programa “Salud Materna y Perinatal” (SMP), cuyo año de inicio de operaciones fue en 2002.

La necesidad que se busca cubrir es “La atención oportuna y de calidad de la mujer en embarazo, parto y puerperio y la persona recién nacida”.

El programa tiene vinculación con la meta 2 “México Incluyente” y con el objetivo 2.3. “Asegurar el acceso a los servicios de salud” del Plan Nacional de Desarrollo 2012-2018 (PND).

En la MIR FASSA 2017, se plantea como objetivo de **Fin** “Contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante la disminución de la Razón de Mortalidad Materna, a través de la atención de la incidencia de las causas directas e indirectas de la Mortalidad Materna”. Mientras que para el **Propósito** el objetivo es que “La población sin seguridad social cuente con acceso a atención médica de profesionales de la salud en los Servicios Estatales de Salud”. A su vez, el objetivo del **Componente** 1 es tener “Servicios de salud proporcionados por personal médico”. Como se puede observar en los tres niveles se tiene relación con la Salud Materna y Perinatal.

Sobre la **población objetivo** la Secretaría señala que son las “Mujeres en periodo obstétrico y los recién nacidos”, abarcando desde “...el periodo que va del embarazo, parto, post-parto y puerperio, en razón de la condición de vulnerabilidad en que se encuentra la mujer y el producto”, tal como se establece en el artículo 61 de la Ley General de Salud (LGS) y en el artículo 20 BIS 10 de la Ley de Salud del Estado de Colima (LSEC).

De acuerdo al programa de acción “Salud Materna y Perinatal” 2017 del Estado de Colima, a todas las mujeres en esta condición se les da atención preventiva, además de atender todos los nacimientos, por lo cual se aprecia una cobertura del 100%.

A su vez, para el año a evaluar, de acuerdo a lo reportado por la dependencia, el presupuesto aprobado del programa, proveniente del FASSA, fue de **\$7, 500, 000.00** (lo cual representa el 0.58% del total del

presupuesto del fondo para Colima); mientras que para 2016 el presupuesto aprobado fue el mismo.

La meta del indicador del **Fin** es disminuir la “Razón de Mortalidad Materna de mujeres sin seguridad social” de 25.8 a 12.9; Para el **Propósito** es que “El porcentaje de nacidos vivos de madres sin seguridad social atendidas por personal médico” se mantenga en 99.8%; y finalmente para el **Componente** es mantener alrededor de 1.82 el número de “Médicos generales y especialistas por cada mil habitantes (Población no derechohabiente)”.

Finalmente, la cédula proporcionada por el Estado de Colima para el análisis del programa, se revisó conforme a la metodología de CONEVAL. El resultado fue de un cumplimiento del **66.9%**, al obtener **91 puntos de los posibles 136**, tal como se observa en el cuadro siguiente:

<b>Cuadro 1. Valoración CONEVAL</b>			
<b>Apartado</b>	<b>Valoración máxima</b>	<b>Valoración obtenida</b>	<b>%</b>
Diseño	36	27	75
Planeación y orientación a resultados	24	14	58.3
Cobertura y Focalización	4	3	75
Operación	48	35	72.9
Percepción de la población atendida	4	3	75
Medición de resultados	20	9	45
<b>TOTAL</b>	<b>136</b>	<b>91</b>	<b>66.9</b>

A continuación, se detalla cada uno de los apartados.

## 2. Diseño

### 2.1. Análisis de la justificación de la creación y del diseño del programa.

El Programa presupuestario “Salud Materna y Perinatal” es operado por la Secretaría de Salud y Bienestar Social del Estado de Colima, para el ejercicio fiscal 2017 y tiene como objetivo general, señalado en el Programa de Acción “Salud Materna y Perinatal” 2017, del Estado de Colima:

“Ampliar las capacidades y oportunidades de las mujeres para ejercer su derecho a cursar un **embarazo saludable**, un **parto seguro** y un **puerperio sin complicaciones**, así como para proteger el derecho a la **salud del recién nacido**”.

No obstante, la dependencia señala que, de acuerdo al Programa de Acción Específico (PAE) Salud Materna y perinatal 2013-2018, el objetivo es “**Reducir** sustancialmente **la muerte materna y neonatal** prevenible en México”.

Por su parte la MIR presentada de FASSA 2017 tiene como objetivo “Contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante la **disminución de la Razón de Mortalidad Materna**, a través de la atención de la incidencia de las **causas directas e indirectas** de la Mortalidad Materna”.

Se aprecia relación de los tres objetivos ya que el cursar un embarazo saludable, un parto seguro y un puerperio sin complicación contribuye para reducir la muerte materna y neonatal y, de esta forma, disminuir la Razón de Mortalidad Materna.

La mortalidad materna es un tema de consideración a nivel mundial, ya que la OMS menciona que al día mueren en el mundo unas 830 mujeres por complicaciones de este tipo. Tan sólo para 2015, se contabilizaron alrededor de 303,000 muertes durante el periodo obstétrico<sup>8</sup>.

---

<sup>8</sup> <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>

Es por ello que, a nivel nacional, esta materia está altamente regulada comenzando por la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que en el artículo 4º, que entre otras cosas, señala que:

“Toda persona tiene **derecho a la protección de la salud**. La Ley definirá las bases y modalidades para el **acceso a los servicios de salud** y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general...” (CPEUM, 2017)

En este mismo sentido, en la Ley General de Salud se establece en el capítulo V “Atención Materno-Infantil” todos los artículos referentes a ello, teniendo vital importancia el artículo 61:

“El objeto del presente Capítulo es **la protección materno-infantil** y la promoción de la salud materna, que abarca el periodo que va del **embarazo, parto, post-parto y puerperio**, en razón de la condición de vulnerabilidad en que se encuentran la mujer y el producto...” (LGS, 2017)

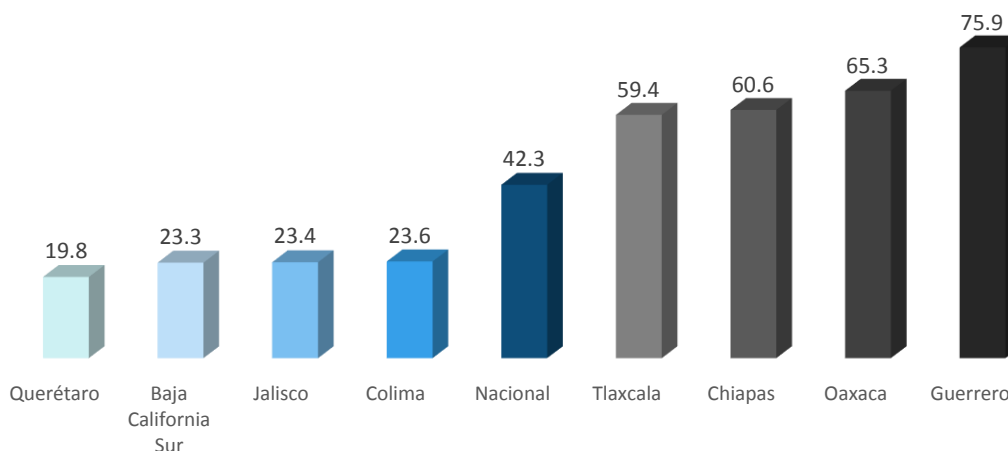
Asimismo, en la Ley de Salud del Estado de Colima, en el capítulo segundo se establece todo lo relacionado en materia de Salud Materna partiendo del artículo 20 BIS 10:

“Toda mujer en el Estado de Colima **tiene derecho a la maternidad**. Para posibilitar este derecho fundamental de las mujeres, **el Estado fomentará y propiciará las condiciones para hacerlo efectivo**. Asimismo, podrá celebrar convenios de coordinación con la Federación, otros Estados y los Municipios para la consecución de este objetivo...” (LSEC, 2017)

Ahora bien, se tienen datos sobre la situación tanto a nivel nacional como a nivel estatal en este rubro; de acuerdo al PAE de Salud Materna y Perinatal, en México la Razón de Muerte Materna (RMM) en 2012 se encontraba en **42.3**, a continuación se muestran los Estados con mayor y menor RMM:



**Gráfica 2.1. Menor y Mayor RMM respecto a la media nacional por entidad de residencia, 2012**



**Fuente:** Elaborado por TECSO con base en el PAE Salud Materna y Perinatal 2013-2018, la DGIS e INEGI. (RMM por cien mil nacidos vivos registrados en SINAC).

Como se ve, **Colima** es de los Estados que se encuentran por debajo de la media nacional (**23.6**), mientras que Estados como Oaxaca y principalmente Chiapas (65.3 y 75.9) se colocan arriba de la media nacional.

Además, observando cifras de los boletines de epidemiología publicados por el Observatorio de Mortalidad Materna, en México, al 25 de diciembre de **2017** en el Estado de **Colima sólo ocurrió una muerte de este tipo**<sup>9</sup>, colocándose, junto a Baja California como los Estados con el número más bajo.

De la misma forma en el Plan Estatal de Desarrollo de Colima 2016-2021 se menciona que la mortalidad materna pasó **de 45.8 defunciones por 100, 000 nacidos vivos en 1990 a 29.4 en 2014**. Además, el Estado está por debajo de la media nacional en mortalidad en menores de un año y de cinco años.

Sobre la población a la cual está destinado este programa, es toda mujer desde el embarazo, el parto, el post-parto hasta el puerperio, así como de la atención del recién nacido tomando en cuenta la condición de vulnerabilidad en la que se encuentran; todo ello partiendo, como ya se mencionó, de lo establecido en la normativa del tema de Salud Materna y Perinatal (Ley General de Salud y Ley de Salud del Estado de Colima).

<sup>9</sup>[http://www.omm.org.mx/images/stories/Documentos%20grandes/BOLETIN\\_52\\_2017\\_COMPLETO.pdf](http://www.omm.org.mx/images/stories/Documentos%20grandes/BOLETIN_52_2017_COMPLETO.pdf)

Finalmente, es importante señalar que el Estado de Colima cuenta con un programa específico para el ejercicio fiscal evaluado, sin embargo, reconoce como eje central el PAE de Salud Materna y Perinatal que es de aplicación nacional.

En ese sentido, la justificación de la creación y del diseño del programa principalmente en documentos de interés nacional, sin dejar de lado lo recomendado por instancias internacionales, son adecuadas y a partir de ellas se observa el problema que se busca atender, así como a la población objetivo y diagnósticos específicos del tema.

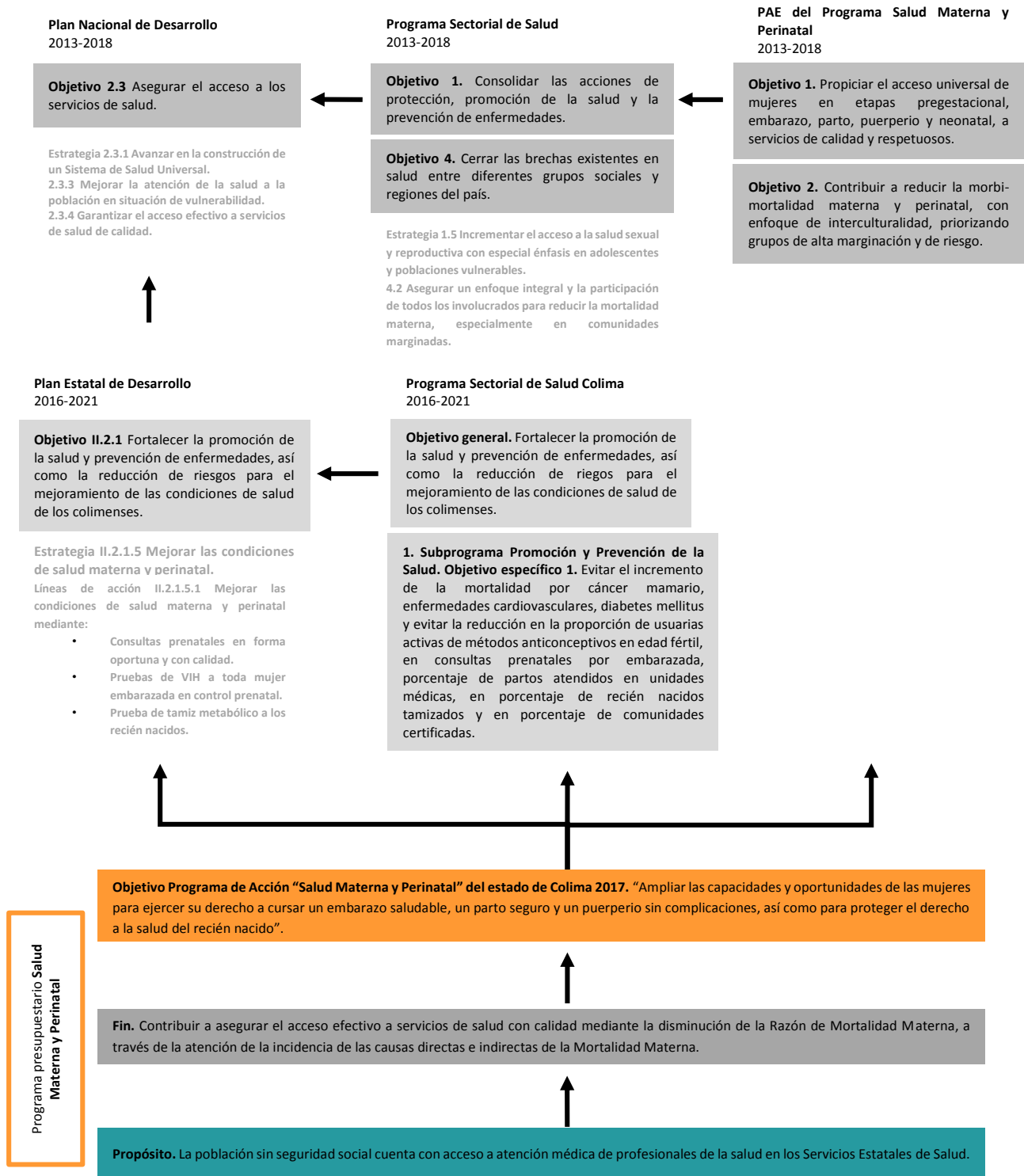
## **2.2. Análisis de la contribución del programa a las metas y estrategias nacionales.**

En este apartado se identifica la vinculación que tiene el fin y propósito del programa con los objetivos de los planes: estatal y nacional, y/o programas sectoriales; así como los objetivos del milenio de la ONU, esto con el fin de identificar la contribución del programa al logro de los objetivos de estos.

De acuerdo a lo reportado por la dependencia el Programa está vinculado al Programa Sectorial de Salud (PROSESA) 2013-2018 y al Programa de Acción Específica (PAE) del Programa Salud Materna y Perinatal 2013-2018, éstos responden a los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo. Además de tener vinculación con el Plan Estatal de Desarrollo y con el Programa Sectorial de Salud del Estado de Colima.

En la figura siguiente se puede ver la vinculación mencionada:

**Figura 2.1. Vinculación del Programa Salud Materna y Perinatal con los objetivos de Política Pública**



**Fuente:** Elaborado por TECSO con base en la MIR proporcionada por la dependencia y del Plan Nacional de Desarrollo 2013 – 2018, Programa Sectorial de Salud 2013 – 2018, PAE del Programa Salud Materna y Perinatal 2013– 2018, Plan Estatal de Desarrollo del Estado de Colima 2016 – 2021, Programa Sectorial de Salud Colima 2016 - 2021.

El **PAE** sobre Salud Materna y Perinatal 2013-2018 es la política pública nacional con la cual se rige el programa estatal, lo cual indica la importancia de este programa. En ese sentido, los objetivos “Propiciar el acceso universal de mujeres en etapas pregestacional, 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”, tienen similitud con el objetivo del programa estatal.

En cuanto al **PROSESA**, se tiene vinculación con los objetivos 1 y 4 que son “Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y la prevención de enfermedades” y “Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país” respectivamente.

Asimismo, las estrategias 1.5: “Incrementar el acceso a la salud sexual y reproductiva con especial énfasis en adolescentes y poblaciones vulnerables” y 4.2 del cuarto objetivo: “Asegurar un enfoque integral y la participación de todos los involucrados para reducir la mortalidad materna, especialmente en comunidades marginadas”, tienen una estrecha vinculación con el programa.

Además, hay varias líneas de acción enfocadas en este tema, algunas de ellas son: 1.5.8 “Incrementar la cobertura de prevención prenatal y tratamiento oportuno para prevenir la transmisión vertical del VIH y Sífilis congénita”; 4.2.1 “Asegurar un enfoque integral y la participación incluyente y corresponsable en la atención del embarazo, parto y puerperio”; 4.2.2 “Mejorar la calidad de la atención materna en todos los niveles de atención”; 4.2.5 “Vigilar el embarazo con enfoque de riesgo y referencia oportuna a la evaluación especializada”; 4.2.6 “Fortalecer la atención oportuna y de calidad en emergencias obstétricas, considerando redes efectivas interinstitucionales de servicios”.

Ambos programas se encuentran estrechamente vinculados con el **Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018**, ya que se alinean directamente con la meta nacional “México Incluyente”, en específico con el objetivo “Asegurar el acceso a los servicios de salud”.

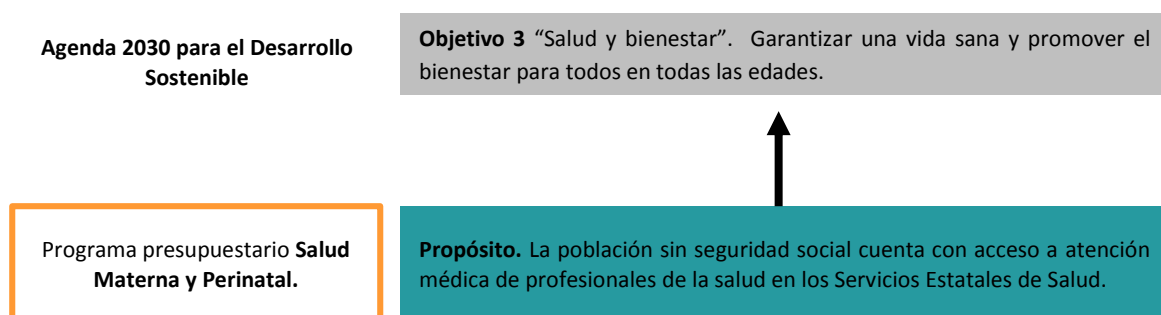
En el **Plan Estatal de Desarrollo y PROSESA de Colima** se encuentran objetivos, estrategias y líneas de acción específicas del programa de Salud Materna y Perinatal. En este sentido, se tiene que en ambos se quiere

fortalecer la promoción de la salud, así como mejorar las condiciones de salud en general.

En el Plan existe una estrategia enfocada en particular en “Mejorar las condiciones de salud materna y perinatal” mediante líneas de acción bien establecidas. En cuanto al **Programa Sectorial de Salud del Estado**, se pudo identificar que dentro del subprograma “Promoción y prevención de la salud”, hay un objetivo específico orientado, entre otras cosas, a evitar la mortalidad materna y perinatal.

A su vez, la vinculación del propósito del programa a nivel internacional, es con la **Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible**, en particular con el objetivo 3, tal como se aprecia en la figura siguiente:

**Figura 2.2. Vinculación del Programa Salud Materna y Perinatal con los objetivos de Política Internacional**



**Fuente:** Elaborado por TECSO con base en la MIR proporcionada por la dependencia y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.

La vinculación que se tiene del propósito con el objetivo es directa ya que al atender a la población sin seguridad social se está contribuyendo con el bienestar para todos en todas las edades, y en particular para la población objetivo del programa de Salud Materna y Perinatal.

En el objetivo 3 de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, se identificó que existen dos metas propias de este programa, estas son la meta 3.1: “De aquí a 2030, reducir la tasa mundial de **mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos**” y 3.2: “De aquí a 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 a 12 por cada 1.000 nacidos vivos** y la mortalidad de los niños menores de 5 años al menos a 25 por cada 1.000 nacidos vivos”. Así, se tiene que, la salud

materna, es un problema que cobra vital importancia dentro de las políticas públicas internacionales, nacionales y estatales, como es el caso de Colima.

### 2.3. Análisis de la población potencial y objetivo y mecanismos de atención (elegibilidad).

Este apartado tiene como objetivo identificar si el Estado de Colima, a través de la Secretaría de Salud y Bienestar Social, tiene definida e identificada la siguiente información:

- ▶ Población potencial, objetivo y atendida, y mecanismos para identificarla.
- ▶ Información sobre la demanda total del servicio y sus características.
- ▶ Estrategia de cobertura.

El primer punto cuenta con referentes obligatorios, por ello, de acuerdo con los términos de referencia de CONEVAL, se entenderá por:

- ▶ **Población potencial** a la población total que representa la necesidad y/o problema que justifica la existencia del programa y que por lo tanto pudiera ser elegible para su atención.
- ▶ **Población objetivo** a la población que el programa tiene planeado o programado atender para cubrir la población potencial, y que cumple con los criterios de elegibilidad establecidos en su normatividad.
- ▶ **Población atendida** a la población beneficiada por el programa en un ejercicio fiscal.

Para el análisis de este sub-apartado es importante señalar que la cédula de levantamiento emitida por CONEVAL está diseñada para la evaluación de programas sociales, por lo que el lenguaje está enfocado a beneficiarios; sin embargo, para este tipo de programas se tienen sujetos receptores del servicio. Es decir, beneficiario es igual al receptor de servicio, mientras que el mecanismo de elegibilidad es igual al procedimiento de atención.

Es importante mencionar que la Dirección General de Información en Salud (DGIS), de la Secretaría de Salud, tiene a su cargo la coordinación del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). Dicho sistema almacena, a través de diferentes bases de datos, información referente a la cobertura, recursos, servicios y datos en general en materia de salud reportada por las 32 entidades federativas.



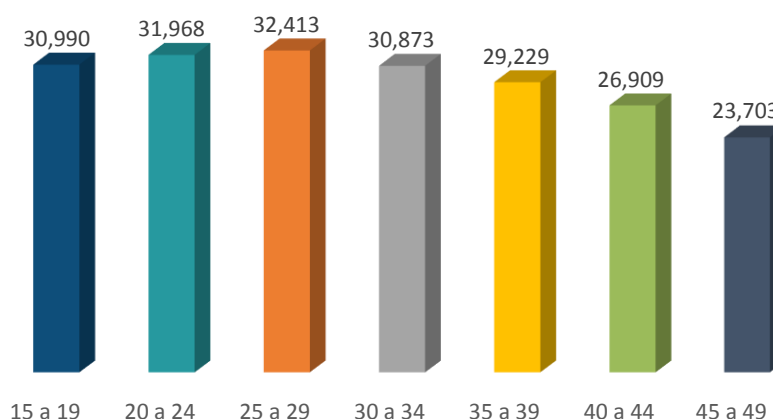
En cuanto a lo reportado por la SSyBS sobre la población potencial y objetivo las define a partir de que "...se hacen proyecciones e históricos debido a que el programa atiende a mujeres embarazadas y sus neonatos".

Bajo esa premisa es que establecen como población potencial (PP) a las "Mujeres potencialmente fértiles en edad reproductiva"; como población objetivo (PO) a las "Pacientes embarazadas de primera vez"; y la población atendida (PA) son los "Nacimientos".

Así, el número de Población Potencial, Población Objetivo y Población Atendida, reportado por la dependencia es el siguiente: 206,085 mujeres, 1,475 embarazadas de primera vez y 1,655 nacimientos. Cabe aclarar que estos datos son cifras preliminares con información del 3er trimestre de 2017.

Tomando en cuenta que las mujeres en edad reproductiva son las de 15 a 49 años, se constató que el número de Población Potencial reportado por la dependencia es consistente con los datos de los "Cubos Dinámicos" de la DGIS, como se muestra en la siguiente gráfica:

**Gráfica 2.2. Mujeres en edad fértil (206,085), distribuidas por edad quinquenal. Colima, 2017**



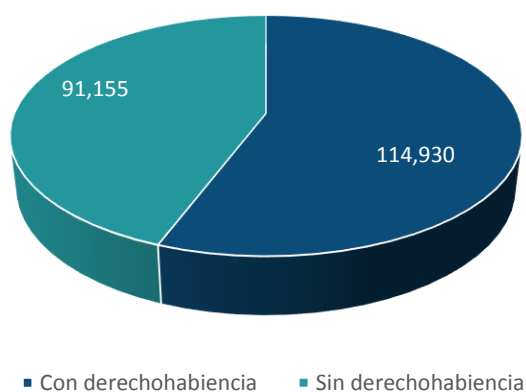
**Fuente:** Elaborado por TECSO con base en el "Cubo estimaciones de población 1990 a 2030 CONAPO censo 2010" de la Dirección General de Información en Salud.

Como se puede apreciar, del total de las mujeres en edad fértil del Estado, la mayor parte se encuentra entre los 20 y 29 años, mientras que la menor parte se encuentra en las edades más avanzadas, sin embargo, se observa que el grupo quinquenal de 15 a 19 años es el tercero con mayor frecuencia,

lo cual indica un reto para el Estado en el sentido de cómo impacta la vida reproductiva en su desarrollo.

La dependencia señala que no recolecta información socioeconómica de sus usuarios. No obstante, la información sobre el número de mujeres en edad fértil (MEF) del Estado que no cuentan con derechohabiencia, versus las que sí cuentan con ello, se encuentra en las estimaciones de población publicadas en los Cubos Dinámicos de la DGIS, tal como se ve en la gráfica siguiente:

**Gráfica 2.3. Mujeres en edad fértil, según derechohabiencia.  
Colima, 2017**



**Fuente:** Elaborado por TECSO con base en el “Cubo estimaciones de población municipal 2010 a 2018” de la Dirección General de Información en Salud.

La población objetivo en este caso ya no sería las pacientes embarazadas de primera vez, sino las 114,930 MEF sin derechohabiencia de Colima. Como se ve, a partir de la plataforma Cubos se puede obtener información para conocer la Población Objetivo del programa, por lo que se recomienda tomarla en cuenta.

Asimismo, el programa atiende a dos poblaciones: las mujeres embarazadas y los recién nacidos, tal como se aprecia en la figura siguiente:

**Figura 2.3. Análisis de la población potencial, objetivo y atendida del Programa Salud Materna y Perinatal, del Estado de Colima**



**Fuente:** Elaborado por TECSO con base en información proporcionada por la dependencia.

Se tiene en el primer círculo las poblaciones dadas por la dependencia, mientras que en los dos siguientes se muestran las sugeridas, ya que, como se mencionó anteriormente, el programa atiende a las mujeres en periodo obstétrico y a los neonatos de 28 días o menos.

Además, al tener una población con características específicas no se presentan errores de inclusión, dado que atiende a todas las mujeres embarazadas durante todo el proceso, así como a los neonatos.

En conclusión, el programa cuenta con servicios determinados dirigidos a una población que cumpla con las características, por lo que se recomienda que la captación de la información de los servicios otorgados se sistematice tomando en cuenta dichas características; en el caso de los menores se puede tener el dato desagregado por tipo de servicio y sexo.

## 2.4. Evaluación y análisis de la matriz de indicadores para resultados.

Como parte del proceso de planeación de un programa presupuestario, y siguiendo la lógica establecida en la Guía para la elaboración de la Matriz de indicadores para Resultados de la SHCP, es necesario contemplar integralmente la elaboración de la **secuencia** *Árbol de Problemas-Árbol de Objetivos-Matriz de Indicadores* para lograr una mayor asertividad en cuanto al planteamiento de los objetivos que serán sometidos a medición de resultados.

Estos tres momentos son fundamentales en la creación y diseño de un programa, no sólo en su elaboración sino también en la coherencia y correspondencia que deben mantener como parte de la estructura analítica de un programa presupuestario.

Cabe recordar que la MIR *“es una herramienta que permite vincular los distintos instrumentos para el diseño, organización, ejecución, seguimiento, evaluación y mejora de los programas, resultando de un proceso de planeación con base en la Metodología del Marco Lógico”* (SHCP, Guía para el Diseño de la Matriz de Indicadores para Resultados, 2016, pág. 24), por lo que se hace énfasis en su correspondencia, ya que forman parte de **un ejercicio de articulación estratégico**.

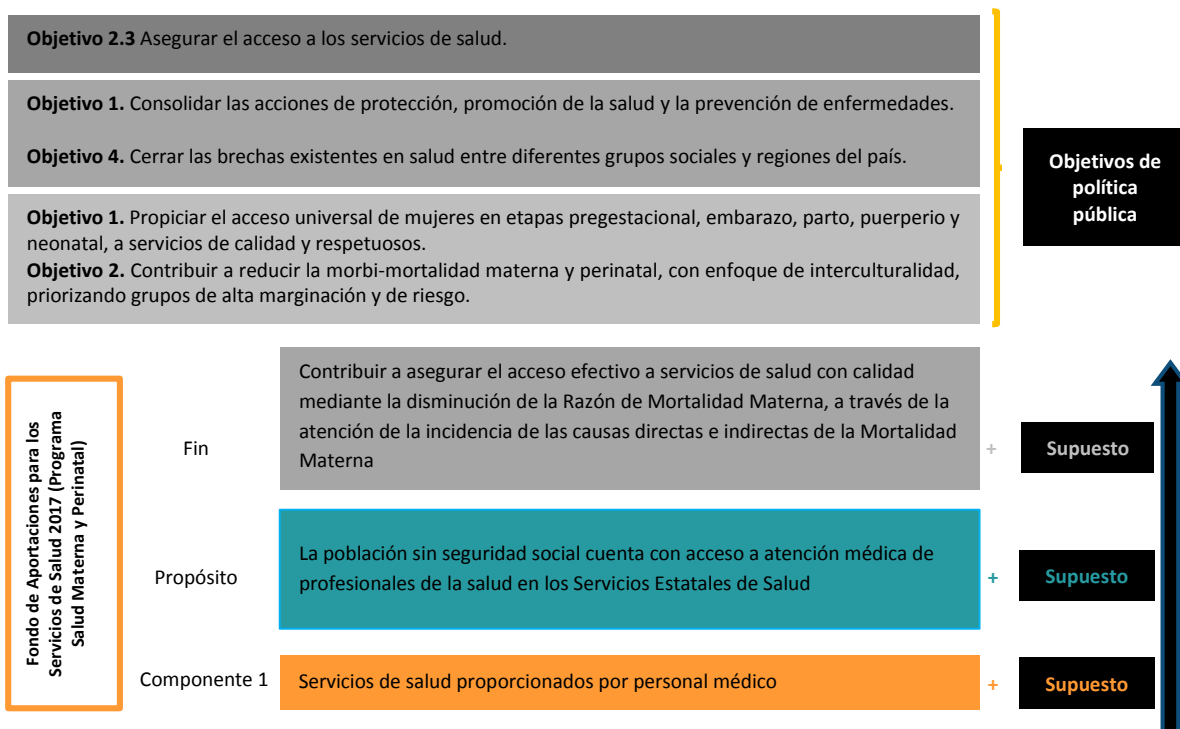
Para el programa SMP no se cuenta con una MIR específica, y la dependencia mostró como evidencia la referente al fondo; por ello, para este apartado se realizó el análisis del Fin, Propósito y Componente 1 de la MIR FASSA 2017, ya que, en estos niveles, se ve reflejada la temática relacionada con el Programa.

### 2.4.1. De la lógica vertical de la MIR

El análisis de la lógica vertical de la MIR permite verificar la relación causa-efecto directa que existe entre los diferentes niveles de la matriz. Esta relación se analiza de abajo hacia arriba, es decir, desde las Actividades hasta el Fin. (SHCP, Guía para el Diseño de la Matriz de Indicadores para Resultados, 2016, pág. 61)

En la siguiente figura se muestra esquemáticamente el análisis de las causas, y si los supuestos asociados a cada nivel influyen en el logro de cada uno de los niveles.

**Figura 2.4. Metodología de la lógica vertical aplicada al Programa Salud Materna y Perinatal**



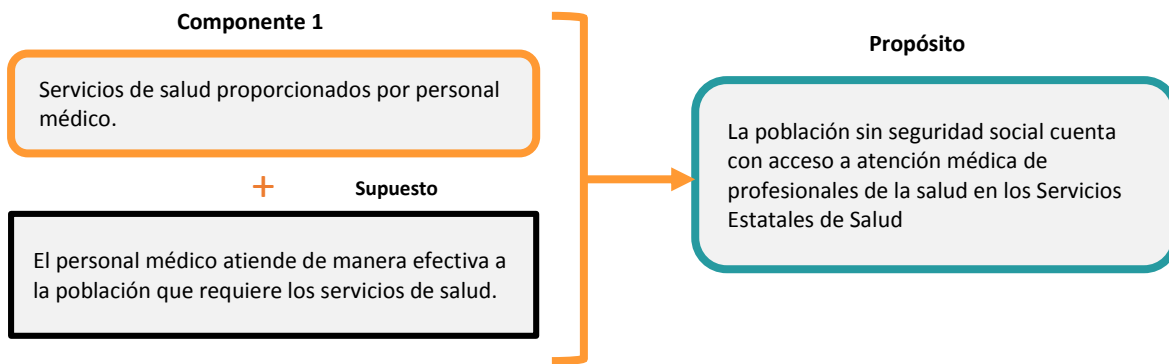
**Fuente:** Elaborado por TECSO con base en información de la MIR del FASSA proporcionada por la dependencia, Plan Nacional de Desarrollo 2013 – 2018, Programa Sectorial de Salud 2013 – 2018, PAE del Programa Salud Materna y Perinatal 2013– 2018.

Como se puede observar la estructura de la MIR, para el análisis del programa, contiene Fin, Propósito y Componente. El Fin y el Propósito se vinculan a los objetivos de política pública nacional.

A continuación, se presenta el análisis de las relaciones causales entre los diferentes niveles de la MIR, empezando con el componente.

En la siguiente figura se puede observar la relación causal existente entre la el Componente 1 y el Propósito:

**Figura 2.5. Relación causal del Componente con el Propósito para el Programa Salud Materna y Perinatal**



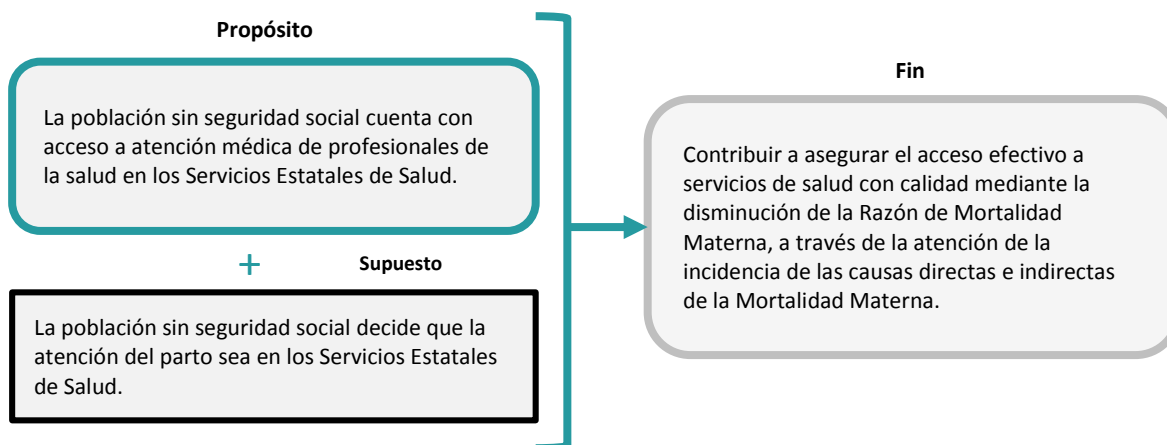
**Fuente:** Elaborado por TECSO con base en información de la MIR del FASSA proporcionada por la dependencia.

El supuesto del Componente 1 es adecuado, ya que es un factor externo el que el médico decida atender de manera efectiva, aun cuando esté capacitado.

Para que la población sin seguridad social tenga acceso a la atención médica, es menester que esta atención sea proporcionada por personal médico, abarcando a todos los trabajadores de los servicios estatales de salud; es por ello que existe relación directa de este Componente con el Propósito del FASSA.

A continuación, se muestra la relación causal del Propósito con el Fin:

**Figura 2.6. Relación causal del Propósito con el Fin para el Programa Salud Materna y Perinatal**



**Fuente:** Elaborado por TECSO con base en información de la MIR del FASSA proporcionada por la dependencia.

El supuesto del Propósito es consistente, ya que la dependencia no puede controlar en qué tipo de hospital las mujeres embarazadas decidan atenderse. Es importante señalar que el supuesto sólo se refiere la atención médica al momento del parto, por lo que se infiere que el Propósito podría referirse a este tipo de atención médica, lo cual resulta inadecuado ya que la muerte materna no solo se da al momento del parto, sino también durante el transcurso del embarazo o dentro de los 42 días siguientes a la terminación de éste.

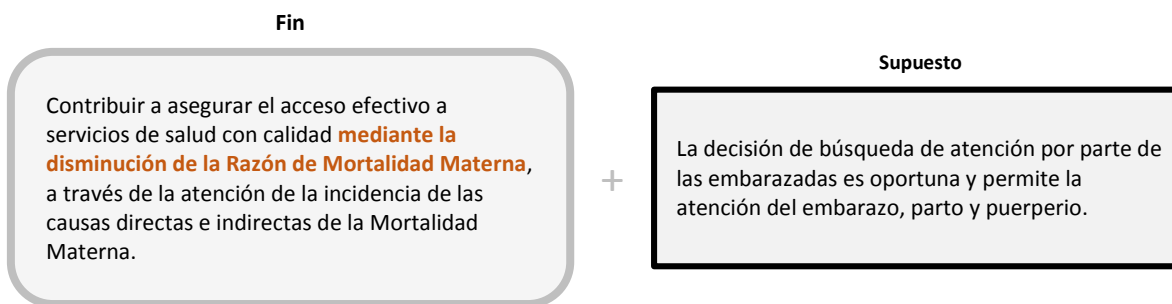
No obstante, el Propósito contribuye a que el objetivo del Fin se pueda cumplir, ya que éste se enfoca en la atención de mujeres embarazadas.

Es importante resaltar que la Razón de Mortalidad Materna es relevante porque si se da el seguimiento médico pertinente a lo largo del embarazo, parto y puerperio, la mayoría de las muertes maternas son prevenibles. Por esta razón, es un indicador de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, ya que:

“...da cuenta de los problemas de acceso a los servicios de salud, de la calidad y oportunidad de la atención que brinda, de la capacidad de sus cuadros técnicos y administrativos, así como de la infraestructura que se tiene, además de un conjunto de acciones a las que está obligado el sector salud en el marco de la política pública y de sus programas de atención.” (Arámburu, 2012)

Por último, se analizará la relación del Fin con su supuesto:

**Figura 2.7. Relación del Fin con su supuesto para el Programa Salud Materna y Perinatal**



**Fuente:** Elaborado por TECSO con base en información de la MIR del FASSA proporcionada por la dependencia.

El supuesto del Fin es consistente porque no está al alcance de la Secretaría de Salud y Bienestar social que las mujeres embarazadas decidan recibir atención. Sin embargo, la dependencia tiene facultades como la difusión y promoción de los servicios de salud para las mujeres embarazadas, para que ellas lleguen a esa decisión.

Se concluye que hay una relación causal directa entre los niveles que se analizaron y que los supuestos de los objetivos son adecuados, lo cual refleja que se tienen objetivos bien definidos. Además, la salud materna y perinatal, al ser un tema relevante a nivel nacional e internacional, se recomienda se genere una MIR específica de este programa.



## 2.4.2. De la lógica horizontal de la MIR

El análisis horizontal de la MIR consiste en examinar las relaciones causa-efecto, siendo el análisis de derecha a izquierda buscando que haya congruencia entre todos sus elementos. (SHCP, Guía para el Diseño de la Matriz de Indicadores para Resultados, 2016, pág. 61)

La lógica horizontal permite tener una base objetiva para monitorear y evaluar el comportamiento y resultados del programa.

En el siguiente cuadro se muestran las variables de este análisis:

Cuadro 2.1. Análisis de la lógica horizontal del Programa Salud Materna y Perinatal					
Resumen narrativo	Nombre del indicador	Método de cálculo	Medios de verificación	Frecuencia de medición	Supuestos
Contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante la disminución de la Razón de Mortalidad Materna, a través de la atención de la incidencia de las causas directas e indirectas de la Mortalidad Materna	Razón de Mortalidad Materna de mujeres sin seguridad social	[Número de muertes maternas de mujeres sin seguridad social/Número de Nacidos vivos de madres sin seguridad social]*100,000 por entidad de residencia en un año determinado	Muertes maternas de mujeres sin seguridad social: www.sinais.salud.gob.mx/basedatos/cubos; Número de Nacidos vivos de madres sin seguridad social: www.sinais.salud.gob.mx/basedatos/cubos	Anual	La decisión de búsqueda de atención por parte de las embarazadas es oportuna y permite la atención del embarazo, parto y puerperio.
La población sin seguridad social cuenta con acceso a atención médica de profesionales de la salud en los Servicios Estatales de Salud	Porcentaje de nacidos vivos de madres sin seguridad social atendidas por personal médico	(Número de nacidos vivos de madres sin seguridad social atendidas por personal médico / Número total de nacidos vivos de madres sin seguridad social) *100	Nacidos vivos de madres sin seguridad social atendidas por personal médico: www.sinais.salud.gob.mx/basedatos/cubos; Número total de nacidos vivos de madres sin seguridad social: www.sinais.salud.gob.mx/basedatos/cubos	Anual	La población sin seguridad social decide que la atención del parto sea en los Servicios Estatales de Salud.
Servicios de salud proporcionados por personal médico	Médicos generales y especialistas por cada mil habitantes(Población no derechohabiente)	Número de Médicos generales y especialistas en unidades de la secretaría de salud / Población (no derechohabiente) en ese momento * 1000	Subsistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la atención a la Salud (SINERHIAS), Censo de población proyectada para el año 2013	Anual	El personal médico atiende de manera efectiva a la población que requiere los servicios de salud

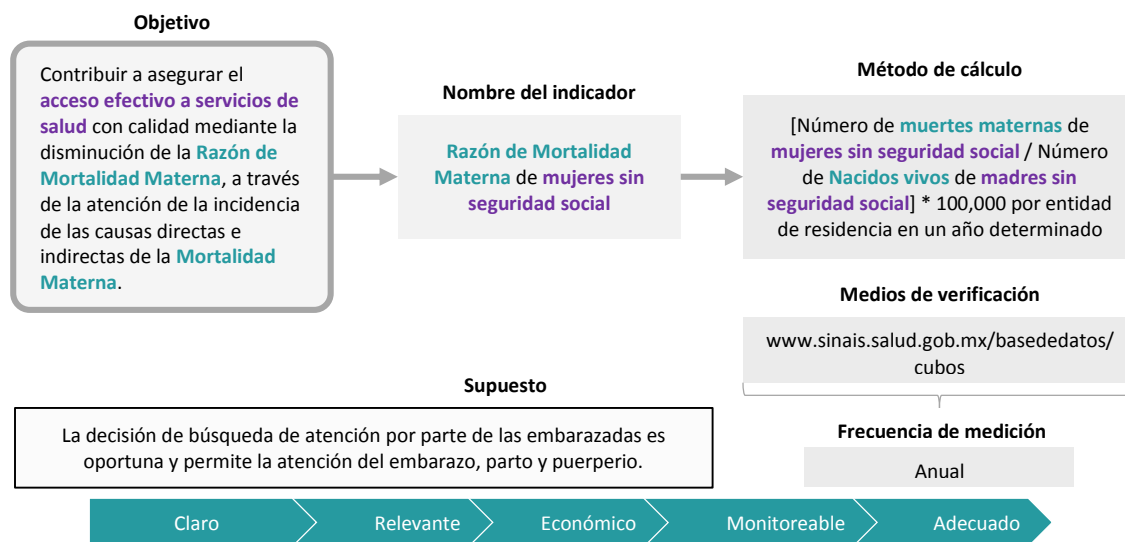
**Fuente:** Elaborado por TECSO con base en información de la MIR del FASSA proporcionada por la dependencia.

En el cuadro anterior se representa esquemáticamente la lectura del análisis de la MIR del fondo FASSA, que comprende una lectura lineal, abarcando los elementos de la MIR como lo son el objetivo (resumen narrativo), nombre del indicador, los indicadores (método de cálculo), los medios de verificación, la frecuencia de medición y los supuestos.

Es importante señalar que dicho análisis se realizó de manera independiente a los resultados obtenidos en la lógica vertical.

El objetivo del Fin “Contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante la disminución de la Razón de Mortalidad Materna, a través de la atención de la incidencia de las causas directas e indirectas de la Mortalidad Materna”; se mide con la “Razón de Mortalidad Materna de mujeres sin seguridad social”, como se muestra en la figura siguiente:

**Figura 2.8. Análisis de la lógica horizontal del Fin del FASSA para el Programa Salud Materna y Perinatal**

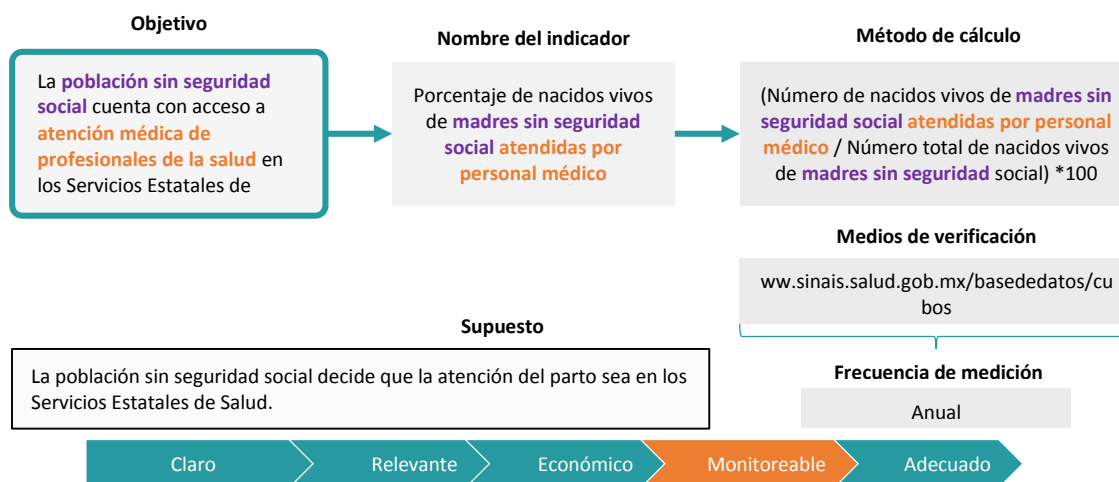


**Fuente:** Elaborado por TECSO con base en información de la MIR del FASSA proporcionada por la dependencia.

La importancia de este indicador parte del hecho de que con él se pueden apreciar los logros o avances en materia de salud que tienen los Estados ya que, como se ha mencionado, este es un indicador de carácter internacional, por lo cual tiene importante relevancia en todos los niveles.

El Propósito “La población sin seguridad social cuenta con acceso a atención médica de profesionales de la salud en los Servicios Estatales de Salud”, se mide a través del “Porcentaje de nacidos vivos de madres sin seguridad social atendidas por personal médico”, como se muestra en la figura siguiente:

**Figura 2.9. Análisis de la lógica horizontal del Propósito del FASSA para el Programa Salud Materna y Perinatal**

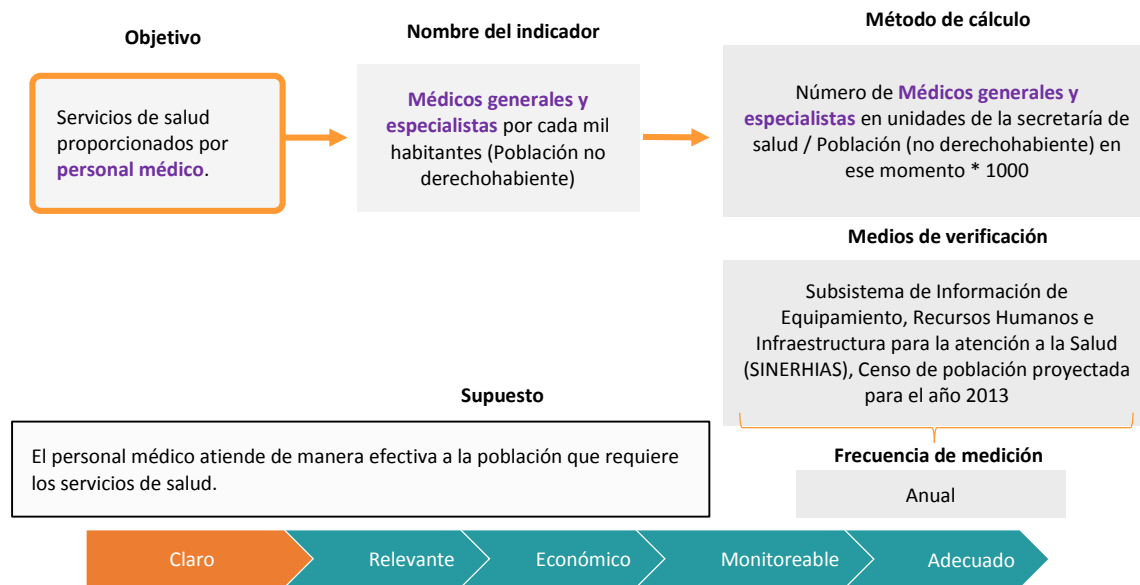


**Fuente:** Elaborado por TECSO con base en información de la MIR del FASSA proporcionada por la dependencia.

La importancia de que las madres sin seguridad social sean atendidas por personal médico radica en la reducción de las muertes maternas y de los recién nacidos ya que uno de los factores de estas muertes es la atención del parto de personas no capacitadas. Por otra parte, el método de cálculo es consistente con el nombre del indicador. Asimismo, la frecuencia de medición y los medios de verificación son adecuados para medir el avance del indicador.

Finalmente, el Componente 1 tiene como objetivo los “Servicios de salud proporcionados por personal médico”, el cual se mide con el indicador “Médicos generales y especialistas por cada mil habitantes (Población no derechohabiente)”, como se muestra en la figura siguiente:

**Figura 2.10. Análisis de la lógica horizontal del Componente 1 del FASSA para el Programa Salud Materna y Perinatal**



**Fuente:** Elaborado por TECSO con base en información de la MIR del FASSA proporcionada por la dependencia.

El nombre del indicador es consistente con el objetivo y el método de cálculo; sin embargo, carece de medida de frecuencia, que en este caso es "razón". Por otro lado, los medios de verificación, así como la frecuencia de medición son consistentes para el indicador. Asimismo, el indicador cobra relevancia ya que mide que tantos especialistas en la atención materna hay en las unidades de salud, lo cual repercute en una mejor atención de las madres.

Se concluye que los indicadores son consistentes, de acuerdo al programa. Cabe mencionar que al ser la MIR federal, los indicadores no están acotados al contexto colimense. Por ello resulta importante tener una MIR con las adecuaciones necesarias, tomando en cuenta la relevancia que tiene en materia de salud las muertes maternas.

## 2.5. Análisis de posibles complementariedades y coincidencias con otros programas federales.

El objetivo de este apartado es identificar otros programas que podrían funcionar en dos sentidos con el programa evaluado:

- a) Complementariedad: el programa puede realizar una función que permita el uso de recursos provenientes de otros programas o fondos con los que se puede potenciar el impacto social.
- b) Coincidencias: los operadores de un programa tendrían que realizar, de acuerdo a las normas establecidas, una planeación que contemple una revisión de los programas que aporten apoyos similares para, de ese modo, evitar al máximo posibles sesgos de inclusión o exclusión.

Para este apartado la dependencia refiere que existe complementariedad con el **Programa de inclusión social PROSPERA** en el componente de salud que, entre otras cosas, “Coordina la atención durante el embarazo para la prevención de la anemia y la desnutrición mediante el otorgamiento de complemento alimenticio y los talleres del autocuidado para embarazadas y la asistencia a las citas médicas.”<sup>10</sup>

De la misma forma se logró identificar posibles complementariedades y/o coincidencias con diferentes Programas de Acción Específicos 2013-2018 del Programa Sectorial de Salud, los cuales se muestran a continuación.

El programa presupuestario Salud Materna y Perinatal de Colima parte de lo establecido en el Programa de Acción Específico (**PAE con el mismo nombre**), a partir del cual se pretende que las mujeres cursen un embarazo, parto y puerperio sano y respetuoso, así como la atención de los recién nacidos.

Asimismo, el **PAE de Planificación Familiar y Anticoncepción**, tiene como objetivo que la población disfrute de su vida sexual y reproductiva de manera responsable e informada. Resulta complementaria con el programa de Salud Materna y Perinatal ya que la planificación familiar como derecho de toda persona a decidir sobre el número de hijos que desee tener, así como el acceso a métodos anticonceptivos coadyuva con la reducción de

---

<sup>10</sup> Anexo 6

las muertes maternas al prevenir embarazos no deseados y de alto riesgo, principalmente en los extremos de la vida reproductiva.

En el **PAE de Igualdad de Género en Salud** se busca avanzar en la transversalidad de la perspectiva de género en los servicios de salud. Tomando en cuenta que el Programa Salud Materna y Perinatal está enfocado principalmente en mujeres, tiene complementariedad con este Programa en el sentido del trato obstétrico hacia ellas que en muchos casos es violento y discriminatorio, lo cual es una forma específica de violación a los derechos humanos y reproductivos.

En cuanto al **PAE Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes** se complementa con la salud materna en cuanto a que el embarazo en adolescentes tiene un riesgo de muerte materna superior al de las demás mujeres, también los hijos de estas mujeres corren mayor riesgo de morir. Además es importante mencionar que en ese mismo tenor se encuentra la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescente.

Como se ha mostrado en este apartado, existen diferentes programas que muestran coincidencias con el de Salud Materna y Perinatal. Dichos programas concuerdan respecto a la población y objetivos, además son complementarios al atender poblaciones específicas; lo que habla de una estrategia de política pública sólida que busca, mediante diversos programas, la atención de su población.

### 3. Planeación y orientación a resultados

#### 3.1 Instrumentos de planeación.

La Secretaría de Salud, elaboró el Programa de Acción Específico (PAE) "Salud Materna y Perinatal" 2013-2018 atendiendo a lo establecido en las políticas públicas superiores. Por lo cual se aprecia vinculación con el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2013-2018 y con el Programa Sectorial de Salud (PROSESA) 2013-2018; a nivel estatal hay vinculación con el Plan Estatal de Desarrollo Colima 2016-2021 y con el Programa Sectorial de Salud de Colima 2016-2021.

El programa contempla la visión a largo plazo. Así, se tienen dos objetivos principales:

- ▶ Propiciar el acceso universal de mujeres en etapas pregestacional, embarazo, parto, puerperio y neonatal, a servicios de calidad y respetuosos.
- ▶ Contribuir a reducir la morbi-mortalidad materna y perinatal, con enfoque de interculturalidad, priorizando grupos de alta marginación y de riesgo.

A su vez el PAE cuenta con indicadores y metas para medir los logros obtenidos del programa, como se muestran en el cuadro siguiente:

<b>Cuadro 3.1. Indicadores del PAE "Salud Materna y Perinatal" 2013-2018</b>		
<b>Indicador</b>	<b>Línea Base 2012</b>	<b>Meta Sexenal/2018</b>
Porcentaje de embarazadas atendidas en el primer trimestre gestacional	40.4	50.0
Cobertura de Tamiz Neonatal	74.4	90.0
Porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer	5.4	5.0
Razón de Mortalidad Materna	42.3	30.0
Tasa de Mortalidad Neonatal	8.0	7.07
Porcentaje de partos atendidos a nivel institucional	98.2	99.5

**Fuente:** Elaborado por TECSO con base en el PAE "Salud Materna y Perinatal" 2013-2018.

Los indicadores son parte de la estrategia del programa federal que se derivan del contexto nacional y sirven para dar seguimiento a los logros que se obtengan en cuanto a la salud de las mujeres y de sus neonatos.

Además en la MIR FASSA 2017, el Fin, el Propósito y un Componente tienen indicadores relacionados con la SMP, los cuales se pueden ver en el cuadro siguiente:

Cuadro 3.2. Matriz de Indicadores para Resultados del FASSA 2017		
Nivel de Objetivo	Resumen Narrativo	Nombre del Indicador
Fin	Contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante la disminución de la Razón de Mortalidad Materna, a través de la atención de la incidencia de las causas directas e indirectas de la Mortalidad Materna	Razón de Mortalidad Materna de mujeres sin seguridad social
Propósito	La población sin seguridad social cuenta con acceso a atención médica de profesionales de la salud en los Servicios Estatales de Salud	Porcentaje de nacidos vivos de madres sin seguridad social atendidas por personal médico
Componente 1	Servicios de salud proporcionados por personal médico	Médicos generales y especialistas por cada mil habitantes (Población no derechohabiente)

**Fuente:** Elaborado por TECSO con base en la MIR FASSA 2017.

Estos indicadores cuentan con fichas técnicas, lo cual hace que se amplíe la información sobre ellos; no obstante lo anterior, es importante contar con una MIR propia del programa con indicadores que permitan medir los avances del mismo.

Partiendo de lo descrito anteriormente, la Secretaría de Salud y Bienestar Social de Colima proporcionó el **Programa de Acción “Salud Materna y Perinatal” 2017**.

En dicho documento se presentan los siguientes objetivos específicos:

- ▶ Fortalecer la capacidad de decisión de las mujeres y de sus parejas para planificar la familia y participar activamente en el cuidado de la salud materna y perinatal.
- ▶ Coadyuvar a la estrategia de riesgo preconcepcional del programa de Planificación Familiar.
- ▶ Mejorar el acceso y la calidad de la atención obstétrica por personal calificado así como reforzar la capacidad resolutoria de las unidades médicas de los distintos niveles de atención ante emergencias obstétricas y neonatales.



- ▶ Mejorar la calidad de atención del recién nacido así como impulsar la prevención de la discapacidad por defectos al nacimiento y patologías del periodo perinatal.
- ▶ Garantizar el abasto suficiente de medicamentos de alta especialidad para la atención de emergencias obstétricas y del recién nacido.
- ▶ Mejorar la coordinación, monitoreo, evaluación y generación de información estratégica del programa de SMP con el objeto de movilizar recursos y apoyos al programa y fortalecer su operación y el cumplimiento de sus metas en los tres niveles de gobierno.

Estos objetivos responden no sólo a lo establecido en documentos de políticas públicas superiores, sino que también al contexto del Estado, lo cual refleja una adecuada planeación en la SMP. Sin embargo, como ya se ha mencionado, es importante establecer indicadores para medir los resultados del programa.

### 3.2. De la orientación hacia resultados y esquemas o procesos de evaluación.

La dependencia refiere que no se cuenta con evaluaciones externas sobre el programa; sin embargo, al ser un programa perteneciente a un Fondo, se retomarán, para el análisis, las evaluaciones anteriores hechas al FASSA.

Dentro de estas evaluaciones se encuentra la hecha por el Órgano Superior de Auditoría y Fiscalización Gubernamental (OSAFIG) del Estado de Colima en colaboración con Tecnología Social para el Desarrollo (TECSO), la cual fue realizada en 2013 y se hizo con el fin de contar con indicadores de desempeño que evaluaran los servicios o programas estatales financiados por los fondos federales. Por ello es que para ese año se elaboraron arboles de problemas, arboles de objetivos y matrices de indicadores de resultados de diferentes programas.

El programa "Arranque parejo en la vida" fue resultado de las políticas implementadas en materia de salud y que por lo tanto se financió con recursos del FASSA. Para dicho programa se realizaron los siguientes indicadores:

<b>Cuadro 3.3. Indicadores del Programa "Arranque parejo en la vida/Cesáreas" 2013</b>			
<b>Nivel</b>	<b>Nombre del Indicador</b>	<b>Método de Cálculo</b>	<b>Frecuencia de Medición</b>
FIN	Porcentaje de nacimientos por cesárea	(Número de nacimientos por cesárea/total de nacimientos)*100	Anual
PROPÓSITO 1	Porcentaje de amenazas de parto pre término con medicamento administrado adecuadamente	(Número de pacientes con tratamiento completo para la maduración cervical/Número de casos de retraso en el crecimiento intrauterino)*100	Anual
PROPÓSITO 2	Porcentaje de personal médico capaz de atender casos de trabajo de parto prolongado	(Número de personal médico capacitado en trabajo de parto prolongado/Número de personal que requiere capacitación en trabajo de parto prolongado)*100	Anual

**Fuente:** Elaborado por TECSO con base en el "Sistema de Evaluación al Desempeño Recursos Federalizados Estado de Colima" de OSAFIG.

Los indicadores se dividen en cesáreas y en neonatal, en este primer cuadro se aprecian los indicadores referentes a las cesáreas, mientras que en el siguiente se muestran los referentes a los nacimientos.

<b>Cuadro 3.4. Indicadores del Programa "Arranque parejo en la vida/Neonatal" 2013</b>			
<b>Nivel</b>	<b>Nombre del Indicador</b>	<b>Método de Cálculo</b>	<b>Frecuencia de Medición</b>
FIN	Porcentaje de prematurez	(Número de nacimientos prematuros/Número total de nacimientos)*100	Anual
PROPÓSITO 1	Porcentaje de infecciones durante el embarazo no tratadas	(Número de casos de infección durante el embarazo que no fueron tratados/Número total de casos de infección durante el embarazo)*100	Anual
PROPÓSITO 2	Porcentaje de embarazos adolescentes que terminan prematuramente	(Número de embarazos adolescentes con alumbramiento pre-termino/Número total de embarazos adolescentes)*100	Anual
PROPÓSITO 3	Porcentaje de médicos capacitados en el seguimiento a embarazos de alto riesgo y pre-eclampsia	(Número de personal médico capacitado en embarazos de alto riesgo y pre-eclampsia/Número total de personal que requiere capacitación en embarazos de alto riesgo y pre-eclampsia)*100	Anual
<b>Fuente:</b> Elaborado por TECSO con base en el "Sistema de Evaluación al Desempeño Recursos Federalizados Estado de Colima" de OSAFIG.			

Como se puede ver los indicadores desarrollados fueron parte de un avance importante para la evaluación del desempeño del programa, no obstante, resultaba necesario para su conclusión, entre otras cosas, la elaboración de fichas técnicas de los indicadores, así como de instrumentos de captación que permitiera tener elementos para la interpretación, además de ser un requerimiento normativo el contar con ellas.

Ahora bien, se tiene que para los últimos tres ejercicios fiscales (2014, 2015 y 2016) se realizaron evaluaciones al desempeño del FASSA a través de sus programas. En ese sentido, se evaluó para el primer año el programa "Arranque parejo en la vida", mientras que para los siguientes años el programa cambió a "Salud Materna y Perinatal".

Asimismo, los objetivos son “Disminuir los casos de cesáreas en los hospitales de la Secretaría de Salud” y “Disminuir la presencia de casos de nacimientos prematuros”.

En el cuadro siguiente se observan los avances de los indicadores del primer objetivo.

<b>Cuadro 3.5. Avance de los indicadores (Cesáreas)</b>				
Nombre del indicador	"Arranque parejo en la vida"		"Salud Materna y Perinatal"	
	2013	2014	2015	2016
Nacimientos por cesáreas	2,192	3,048	2,496	2,198
Total de nacimientos	5,700	8,000	7,297	6,832
Porcentaje de nacimientos por cesáreas	38.50%	38.10%	34.21%	32.17%

**Fuente:** Elaborado por TECSO con base en las evaluaciones al desempeño del FASSA realizadas por OSAFIG.

Para 2014 la recomendación fue que se realizaran las acciones necesarias para cumplir las metas que estableció el programa, ya que si bien el porcentaje bajó respecto a 2013 el número de nacimientos por cesáreas aumentó en un 38.5%.

En los siguientes años el número de nacimientos por cesáreas disminuyó, igual que el total de nacimientos, por lo cual el porcentaje de nacimientos por cesáreas fue a la baja.

A continuación se muestran los avances de los indicadores del segundo objetivo.

<b>Cuadro 3.6. Avance de los indicadores (Neonatal)</b>			
Nombre del indicador	"Arranque parejo en la vida"		"Salud Materna y Perinatal"
	2013	2014	2015
Nacimientos prematuros	265	352	371
Número de cesáreas	2,192	3,048	2,496
Proporción de nacimientos prematuros con respecto a las cesáreas	12.10%	11.50%	14.86%

**Fuente:** Elaborado por TECSO con base en las evaluaciones al desempeño del FASSA realizadas por OSAFIG.

Se puede observar que, si bien de 2013 a 2014 aumentaron los nacimientos prematuros, el número de cesáreas también fue mayor, por lo que la proporción de nacimientos prematuros bajó a 11.5%.

Sin embargo, para 2015 este tipo de nacimientos aumentaron, igual que la proporción respecto a las cesáreas, por lo que se recomendó realizar lo necesario para cumplir el objetivo planteado.

En 2016 la proporción de los nacimientos prematuros dejó de calcularse con el número de cesáreas y se calculó respecto al total de nacimientos en el Estado:

Cuadro 3.7. Avance de los indicadores (Neonatal), SMP		
Nombre del indicador	"Salud Materna y Perinatal"	
	2015	2016
Nacimientos prematuros	371	382
Número total de nacimientos	7,309	6,831
Porcentaje de prematurez	5.08%	5.59%

Fuente: Elaborado por TECSO con base en las evaluaciones al desempeño del FASSA realizadas por OSAFIG.

El número de nacimientos prematuros aumentó de un año al otro por 11 casos, sin embargo, el número total de nacimientos fue mayor en 2015.

Se recomienda que a partir de la generación de una MIR específica del programa se realice una **“Evaluación específica para el análisis de los resultados de los indicadores”**, mediante los registros administrativos, para así tener información que permita identificar los resultados obtenidos a partir de la intervención del programa y éstos sean tomados en cuenta para los tomadores de decisiones para una mejor gestión de los recursos.

### 3.3. De la generación de información.

Para este sub-apartado se debe mencionar lo que establece la Ley General de Salud en el artículo 104:

“La Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas, en el ámbito de sus respectivas competencias, y de conformidad con la Ley del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica, captarán, producirán y procesarán la información necesaria para el proceso de planeación, programación, presupuestación y control del Sistema Nacional de Salud, así como sobre el estado y evolución de la salud pública.”  
(LGS, 2017)

En ese sentido la DGIS cuenta con la plataforma digital “Cubos Dinámicos”, el cual es un:

“...repositorio o almacén de datos que posee diversas dimensiones, que permiten procesar grandes volúmenes de información, en campos bien definidos, y con un acceso inmediato a los datos para su consulta y posterior análisis.

Un cubo permite la consulta interactiva de grandes volúmenes de datos de una manera rápida.”<sup>11</sup>

La dependencia, a partir de estos cubos, dio los datos de las variables de los avances de los indicadores relacionados con la salud materna y perinatal, con lo cual se aprecia la contribución del programa a los objetivos superiores.

---

<sup>11</sup> [http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinai/s\\_index\\_gobmx.html](http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinai/s_index_gobmx.html)

Cuadro 3.8. Resultados MIR FASSA 2017 (Indicadores relacionados con el Programa Salud Materna y Perinatal)							
Nivel	Nombre del indicador	Variables		Resultado por variable	Resultado 2017	Meta 2017	Resultado Línea base (2016)
Fin	Razón de Mortalidad Materna de mujeres sin seguridad social	Variable 1	Muertes maternas de mujeres sin seguridad social	1	12.9	12.9	12.44
		Variable 2	Nacidos vivos de madres sin seguridad social	7,732			
		Variable n	100,000	12.9			
Propósito	Porcentaje de nacidos vivos de madres sin seguridad social atendidas por personal médico	Variable 1	Nacidos vivos de madres sin seguridad social atendidas por personal médico	8,137	99.8	99.8	99.83
		Variable 2	Nacidos vivos de madres sin seguridad social	8,152			
		Variable n	100	99.8			

**Fuente:** Elaborado por TECSO con base en información proporcionada por la dependencia.

Los resultados presentados cumplieron la meta establecida por el programa en ambos indicadores, teniendo como línea base 2016 donde para el fin, el resultado fue menor 0.5%, mientras que para el propósito se mantuvo el mismo resultado.

Ahora, si bien es cierto, el programa busca atender a todas las mujeres en periodo obstétrico del Estado, y retomando lo dicho en la LGS, éste debería tomar en cuenta las características socioeconómicas de su población, con el propósito de tener mayor precisión sobre la población atendida.

Para monitorear su desempeño, la dependencia argumenta que se cuenta con el Sistema de Información en Salud (SIS), que se valida y captura a diferentes niveles ya sea jurisdiccional, estatal y hospitalario y que además puede ser editable en cualquier momento, refiriéndose a la ya antes mencionada plataforma de los cubos dinámicos.

Sin embargo, la dependencia considera que la información, al ser editable, no es veraz ni oportuna y genera discrepancias; aunque la secretaría es la responsable de capturar los datos, teniendo acceso a información

desagregada en los tres niveles (Federal, estatal y municipal) en diversos temas en materia de salud.

La secretaría no menciona qué información recolecta el programa, sin embargo, en los cubos existen estadísticas sobre las proyecciones de la población (se pueden encontrar proyecciones sobre nacimientos, por derechohabiencia, entre otros); además del número de muertes maternas a nivel estatal, municipal y por tamaño de localidad; respecto a las muertes fetales se encuentra información a nivel estatal y municipal. Por lo que se puede considerar esta información para evaluar el desempeño del programa.

En conclusión, se tiene que existe una plataforma para el tema de salud en general y en específico para la salud materna y perinatal donde se genera la información por lo cual es importante, bajo la normativa vigente, alimentar de manera consistente esta plataforma con el fin de tener datos precisos sobre el programa. Además es sumamente importante capacitar al personal sobre el llenado de los formatos, ya sea de egresos hospitalarios, como los certificados de nacimientos y mortalidad, para que se reduzca el número de respuestas “No especificado” o “Se ignora” de los cuales se desprenden tanto subregistros como pérdidas de información relevante.



## 4. Cobertura y focalización

### 4.1. Análisis de cobertura.

Para el desarrollo de este apartado se analizó el Anexo 10 “Evolución de la Cobertura y el Anexo 11 “Información de la población atendida”, proporcionados por la dependencia.

A partir de lo anterior, se identificó como Población Potencial a las mujeres fértiles en edad reproductiva; como Población Objetivo las pacientes embarazadas de primera vez, y Población Atendida, los nacimientos. La dependencia parte de proyecciones según el histórico de años pasados para identificar el aproximado de las usuarias a atender.

Cumpliendo con la NOM-035-SSA3-2012: “8.1 Población 8.1.1 Las estimaciones de población, en cuanto a su volumen, estructura y distribución en el territorio nacional, son las proyecciones vigentes elaboradas por el CONAPO.” (DOF, 2012)

Por ello se constató que los datos proporcionados por la dependencia, en cuanto a la Población Potencial, fueran similares a las proyecciones de CONAPO. En el cuadro siguiente se muestra la comparación.

Cuadro 4.1. Mujeres en edad fértil (15-49 años) en Colima				
Año	MEF (Proyecciones CONAPO)	MEF (Anexo 10)	Diferencia	Porcentaje de diferencia
2013	194,283	191,870	2,413	1.2%
2014	197,444	194,786	2,658	1.3%
2015	200,461	197,451	3,010	1.5%
2016	203,328	203,329	-1	N/A
2017	206,085	206,085	N/A	N/A

**Fuente:** Elaborado por TECSO con base en los Cubos Dinámicos de la Dirección General de Información en Salud y en información proporcionada por la dependencia.

Como se puede apreciar, la diferencia entre los datos, de los primeros tres años, no es significativa ya que en promedio es de 1.3%; mientras que para 2016 lo reportado por la dependencia supera en una unidad al dato de CONAPO; en 2017 los datos son coincidentes. Esto demuestra que, para el caso de la Población Potencial, se ha tomado en cuenta la norma ya antes mencionada.

Sin embargo, en cuanto a la Población Objetivo y Población Atendida, revisando diferentes fuentes, no se encontraron cifras oficiales que fueran las mismas o similares a las presentadas por la dependencia, como se muestra a continuación:

<b>Cuadro 4.2. Evolución de la cobertura (Anexo 10)</b>				
<b>Año</b>	<b>Población Objetivo (Pacientes embarazadas de primera vez)</b>	<b>Población Atendida (Nacimientos)</b>	<b>Diferencia entre embarazos de primera vez y nacimientos</b>	<b>Cobertura</b>
2013	7,009	7,968	959	113.68%
2014	5,910	8,010	2,100	135.53%
2015	5,788	7,309	1,521	126.27%
2016	6,129	6,831	702	111.45%
2017	1,475	1,655	180	112.20%

**Fuente:** Elaborado por TECSO con base en información proporcionada por la dependencia.

La cobertura, de acuerdo a la dependencia, se ha mantenido arriba del 100% en todos los años, no obstante, no se tiene claridad en si los nacimientos se refieren al total de las mujeres embarazadas por primera vez o a las que no cuentan con seguridad social.

Además el número de nacimientos es una cifra mayor, en todos los casos, respecto a los embarazos de primera vez, lo cual puede deberse a que los nacimientos no son de madres de primera vez sino del 2do, 3er o más hijos o a que, algunas de las madres no sean residentes de Colima, en ese sentido podrían generarse estrategias con los Estados colindantes en materia de salud, en particular con la salud materna y perinatal.

Por lo que ya se mencionó anteriormente, se sugiere que la cobertura ubique a las embarazadas sin derechohabencia ya que una de las metas estatales, según el programa SMP de Colima, es "Mantener en 100% la cobertura de atención del parto por personal capacitado en la población no asegurada", mientras que si lo que se pretende tener como población atendida son los nacimientos, se tendría que tomar como dato los nacimientos atendidos de las mujeres embarazadas sin derechohabencia.

De lo anterior se concluye que los datos proporcionados por la dependencia sobre la Población Potencial y Población Atendida no son claros por lo que es importante matizar las poblaciones, para tener mayor claridad sobre la cobertura del programa.

## 5. Operación

### 5.1. Análisis de los procesos establecidos en las ROP o normatividad aplicable.

Para este sub-apartado es menester decir que un Diagrama de Flujo debe ser específico y preciso ya que la mejora continua de los procesos parte de él. Sin embargo, al ser un programa con diversos procesos, éste debe estar compuesto por varios diagramas.

En ese sentido la dependencia proporcionó el proceso general para la generación de las bases de datos en materia de salud, que entre sus principales actividades está el registrar actividades al otorgar el servicio, generar el informe de los datos registrados, la captura de éstos, y revisar si se tienen inconsistencias para posteriormente generar las bases de datos que a la postre se publicarán en los cubos dinámicos de la DGIS. Todas estas actividades tienen distintos responsables y actores que forman parte de la realización de estadísticas.

En el Manual de procesos del Sistema de Información en Salud 2015 se explican de forma detallada las actividades enunciadas en el diagrama. Dicho manual ha sido elaborado con el fin de que las distintas dependencias tengan un proceso de integración de la información.

En cuanto a los datos que se puedan obtener para la salud materna y perinatal en la MIR FASSA 2017, como se ha visto, en el Fin, Propósito y Componente 1, se deben tener datos sobre las muertes maternas de mujeres sin seguridad social, así como de nacidos vivos de madres sin seguridad social y sobre el número de médicos generales y especialistas por cada mil habitantes; en ese sentido el diagrama de flujo es parte de un proceso relevante para la SMP.

Sobre la información sistematizada del programa, en los cubos dinámicos se pueden encontrar las características de las usuarias del servicio, desde su edad, hasta si son o no derechohabientes.

Asimismo, la NOM-007-SSA2-2016, establece en su apartado de registro e información que:

“Las personas responsables de obstetricia y de pediatría de los establecimientos para la atención médica deben efectuar el registro de las atenciones obstétricas y a las personas recién nacidas, mediante formatos específicos que serán llenados por el personal de salud que preste el servicio y concentrados por las personas responsables del área de estadística correspondiente.” (DOF, 2016)

Tomando esto en cuenta, se sugiere que la dependencia defina estos formatos, que correspondan con las características de las usuarias y que se apeguen a la normatividad correspondiente.

Asimismo, atendiendo esta norma se estaría cumpliendo con los criterios mínimos para la atención de la mujer en periodo obstétrico durante todo el proceso (embarazo, parto y puerperio), así como del recién nacido.

Además, de que esta NOM tiene complementariedad con otras 28 normas oficiales mexicanas como lo son la NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico; NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada y la NOM-031-SSA2-1999, Para la atención de la salud del niño, entre otras.

Se concluye que si bien el programa no da apoyos, éste tiene criterios de elegibilidad claros como lo son todas las mujeres embarazadas y los recién nacidos; a su vez, en los cubos dinámicos se encuentran las características de éstas que son alimentadas por los establecimientos de salud, sin embargo, es importante tener claridad en ello y establecer mecanismos que den seguimiento a las acciones que el programa realiza.

## 5.2. Mejora y simplificación regulatoria.

La SSyBS señala que no ha habido cambios sustantivos en el programa durante los últimos tres años al no tener evaluaciones externas que sugieran cambios o Mejoras.

No obstante, en las evaluaciones del desempeño hechas a FASSA por OSAFIG han tenido como recomendación en común que se establezcan para este programa en específico realizar acciones para cumplir las metas que se establecen en la MIR, un primer paso para ello podría ser generar una MIR propia con el fin de establecer metas y objetivos sobre la SMP enfocadas al contexto colimense.

En cuanto a los problemas que tiene la unidad administrativa para la transferencia de recursos a las instancias ejecutoras la Secretaría señala que “El retraso o falta de pago a proveedores que surten insumos ejecutables del programa, así como la comprobación tardía de la ministración de recursos.”

El artículo 77 bis 5, inciso A de la LGS señala, entre otras cosas que a la Secretaria de Salud le competen:

“En su función rectora, constituir, administrar y verificar el suministro puntual de la previsión presupuestal que permita atender las diferencias imprevistas en la demanda esperada de servicios...” y “Transferir con oportunidad a las entidades federativas, los recursos que les correspondan para operar, por conducto de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, las acciones del Sistema de Protección Social en Salud...” (LGS, 2017)

Atendiendo a esta normativa el suministro de los recursos para la ejecución del programa debe tener un plazo definido para que con ello no se retrase la repartición de los insumos. Por lo que se sugiere la dependencia tome esto en cuenta con el fin de mejorar en este rubro.

### 5.3. Eficiencia y economía operativa del programa.

En esta sección se identifica y cuantifican los gastos en los que incurre la dependencia para generar los servicios (Componentes) que ofrece y cómo los desglosa en los siguientes conceptos:

a. **Gastos en operación:** se deben incluir los directos (gastos derivados de los subsidios monetarios y/o no monetarios entregados a la población atendida, considere los capítulos 2000 y/o 3000 y gastos en personal para la realización del programa, considere el capítulo 1000) y los indirectos (permiten aumentar la eficiencia, forman parte de los procesos de apoyo. Gastos en supervisión, capacitación y/o evaluación, considere los capítulos 2000, 3000 y/o 4000);

b. **Gastos en mantenimiento:** requeridos para mantener el estándar de calidad de los activos necesarios para entregar los bienes o servicios a la población objetivo (unidades móviles, edificios, etc.). Considere recursos de los capítulos 2000,3000 y/o 4000;

c. **Gastos en capital:** son los que se deben afrontar para adquirir bienes cuya duración en el programa es superior a un año. Considere recursos de los capítulos 5000 y/o 6000 (Ej. terrenos, construcción, equipamiento, inversiones complementarias); y

d. **Gasto unitario:** Gastos Totales/población atendida (Gastos totales = Gastos en operación + gastos en mantenimiento). Para programas en sus primeros dos años de operación se deben de considerar adicionalmente en el numerador los Gastos en capital.

La dependencia señala que el Estado de Colima tuvo un presupuesto para el programa SMP de **\$7, 500, 000.00**, procedentes del FASSA, para el año **2017**, misma cantidad que para el año anterior.

Sin embargo, dicho presupuesto no es coincidente con los gastos desglosados del programa; ya que se tiene un total de **\$3, 551, 125.00** que representan el **47.3%** del total del presupuesto reportado, por lo que no se tienen referencia del restante **52.7%**, así se puede ver en el cuadro siguiente:

Cuadro 5.1. Total de gastos desglosados del Programa SMP, 2017				
Capítulo por gasto	Partida		Concepto de Gasto	Total
2000: Materiales y suministros	2100	Materiales de administración, emisión de documentos y artículos	Papelería	\$250, 000.00
	2500	Productos químicos, farmacéuticos y de laboratorio	Medicamentos	\$3,001, 125.00
3000: Servicios Generales	3700	Servicios de traslado y viáticos	Viáticos	\$200, 000.00
	3800	Servicios oficiales	Congresos y convenciones	\$100, 000.00
<b>Fuente:</b> Elaborado por TECSO con base en información proporcionada por la dependencia.				

Se observa que no se reportaron gastos en los capítulos 1000: servicios personales, 4000: Transferencias, asignaciones, subsidios y otras ayudas, 5000: Bienes, muebles e inmuebles y 6000: Obras públicas.

Sobre los otros capítulos, el presupuesto asignado para medicamentos fue el mayor al tener un porcentaje del **84.5%**, siendo este un recurso material que va directamente a la población atendida colocándose como un gasto en operación.

En ese sentido, el gasto per cápita del presupuesto de medicamentos, tomando en cuenta los datos presentados por la dependencia acerca de las pacientes embarazadas de primera vez (1,475) y de los nacimientos (1,655), el gasto sería de **\$958.82** por persona.

Ahora bien, bajo el supuesto de que todo el dinero fuera destinado a las mujeres embarazadas de primera vez el gasto estaría en **\$2,034.66**, mientras que si éste se destinara únicamente a los nacimientos sería de **\$1,813.36**.

Mientras que el presupuesto asignado para congresos y convenciones fue el más bajo, teniendo sólo el 2.8%, colocándose en el concepto de gastos en mantenimiento ya que a partir de éstos se puede tener calidad en la distribución de los bienes y servicios que se otorgan.

En cuanto a los recursos de la SSyBS, la dependencia señala como fuentes de financiamiento el ramo 33 (FASSA), el ramo 12 (salud), así como los recursos estatales; a su vez los montos asignados y ejercidos fueron los mismos para cada una de las fuentes. En el cuadro siguiente se muestra la asignación presupuestal por cada una de las fuentes, comparadas con la información pública.

**Cuadro 5.2. Recursos de la Secretaría de Salud y Bienestar Social del Estado de Colima, por fuente de financiamiento**

Fuente	Monto (Proporcionado por la dependencia)	Monto (Información pública)	Diferencia en los montos
RAMO 33	\$1,301,688,443	\$1,269,831,000	\$31,857,443
RAMO 12	\$114,118,202	\$116,575,728	-\$2,457,526
RECURSOS ESTATALES	\$62,641,330	\$67,819,744	-\$5,178,414
<b>Total</b>	<b>\$1,478,447,975</b>	<b>\$1,454,226,472</b>	<b>\$24,221,503</b>
		<b>\$1,684,554,265*</b>	

**Fuente:** Elaborado por TECSO con base en información proporcionada por la dependencia, Presupuesto de egresos del Estado de Colima para el ejercicio fiscal 2017 y Programa anual de trabajo del SIAFFASPE. \*Total información pública.

Como se puede apreciar, los montos reportados por la dependencia muestran algunas diferencias respecto a lo encontrado en la información pública. Para el ramo 33 lo reportado por la secretaría es mayor, teniendo una diferencia del **2.4%**.

Asimismo, para el caso del ramo 12 y los recursos estatales existe una reducción en los montos señalados por la SSyBS, respecto a los públicos. Sobre el primero se obtuvo una reducción porcentual del **2.2%**; mientras que para el segundo, se constató una diferencia del **8.3%**.

En cuanto al total de los recursos, el número público es mayor al de la dependencia, así como a la suma de los montos de las distintas fuentes públicas. Mientras que la diferencia entre el dato de la dependencia y el público es del **15.8%**.

A manera de conclusión, se puede decir que los datos públicos y los presentados por la SSyBS presentan algunas inconsistencias por lo que se sugiere establecer criterios adecuados, para, de esta forma, sea posible contar con una adecuada economía.



## 5.4. Sistematización de la información.

De acuerdo a lo dicho por la dependencia “las fuentes informáticas con las que se cuenta son el Sistema de Información en Salud (SIS), el cual puede ser validado y capturado por diferentes niveles (jurisdiccional, estatal y hospitalario) sin embargo la información es editable aun al cierre de año para la corrección de errores humanos lo cual no permite que sea veraz y oportuna, lo que además genera discrepancia entre subsistemas.”

Además se cita la página web de los cubos dinámicos de la DGIS, del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS), en ese sentido se hace referencia a las estadísticas nacionales las cuales son alimentadas, a través de los Cubos, por todas las dependencias que forman parte del Sistema Nacional de Salud (SNS), tal como se establece en la NOM-035-SSA3-2012:

“**5.1** Los integrantes del SNS deben generar, integrar y entregar la información en Salud de acuerdo a lo establecido en la presente norma y de conformidad con las disposiciones jurídicas aplicables.” (DOF, 2012)

Asimismo, en dicha norma se menciona que, entre otras características, dicha información debe ser veraz y oportuna:

“**7.8** La información generada en todos los componentes del SINAIS, debe cumplir con los siguientes atributos de calidad:

**a) Oportunidad.-** Se refiere a la prontitud en la disponibilidad de la información, medida a partir del tiempo transcurrido desde la fecha de ocurrencia del evento o desde la fecha de solicitud...

**e) Veracidad.-** Se refiere a la concordancia entre la información captada y la realidad.” (DOF, 2012)

Por lo cual, si bien la información es editable en cierto periodo de tiempo determinado, ésta debe de contar con las características que especifica la norma. Tomando en cuenta también lo que establece la NOM-024-SSA3-2012 que tiene como objetivo “[...] adecuar los criterios bajo los cuales se deben generar, procesar, conservar, interpretar y asegurar el intercambio de información entre Sistemas de Información de Registro Electrónico para la Salud [...]”

Por ello se sugiere que para las estadísticas sobre la SMP la SSyBS de Colima se coordine con las diferentes áreas que estén involucradas con el proceso de la sistematización de la información para, de esta forma, aportar los datos certeros para una correcta planeación.

## 5.5. Cumplimiento y avance en los indicadores de gestión y productos.

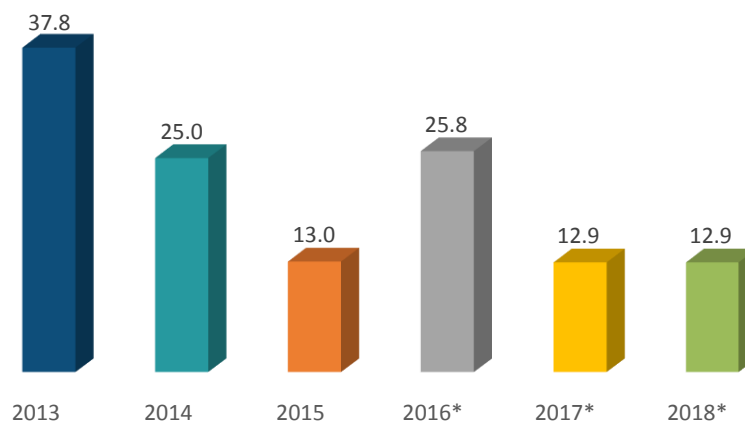
Como ya se ha mencionado en apartados anteriores, no se cuenta con una MIR específica del programa, no obstante, para este sub-apartado se toma en cuenta la MIR FASSA 2017 a nivel de Fin y Propósito (indicadores de resultados) y el Componente 1 (indicador de gestión).

La dependencia menciona que no se tienen avances para 2017 de estos indicadores ya que su frecuencia de medición es de un año, no obstante, en la página de transparencia de Colima se encontraron avances al cuarto trimestre.

De acuerdo a las fichas técnicas la meta para el Fin “Razón de Mortalidad Materna de mujeres sin seguridad social” es de 12.9; en lo reportado al último trimestre el avance de dicha meta era del 100%.

Lo anterior es posible, tomando en cuenta el logro de los resultados en la reducción de la RMM que ha tenido el Estado en los últimos tres años (2013-2015), como se aprecia en la siguiente gráfica:

**Gráfica 5.1. Histórico Razón de Mortalidad Materna de mujeres sin seguridad social, Colima**



**Fuente:** Elaborado por TECSO con base en las fichas técnicas de la MIR FASSA 2017 proporcionada por la dependencia y DGIS/SS. \*Estimados.

Como se ve, el comportamiento del indicador es descendente ya que de 2013 a 2015, se tuvo un decremento del **24.8%**; sin embargo, se desconoce

por qué el estimado para el año siguiente es creciente, tomando en cuenta la tendencia de la RMM para Colima.

La Razón de Mortalidad Materna se mide de la siguiente forma: (Número de muertes maternas de mujeres sin seguridad social/Número de nacidos vivos de madres sin seguridad social) \*100,000 por entidad de residencia en un año determinado.

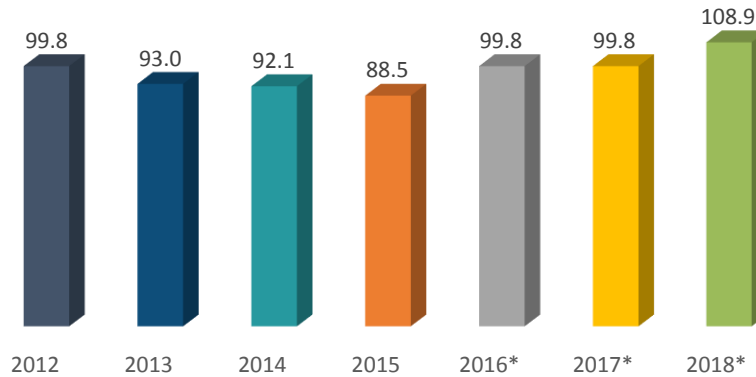
En el Estado, se nota de manera más notoria el aumento de las muertes maternas de un año a otro ya que la entidad tiene poca población (en 2015, de acuerdo al INEGI, eran 711, 235 habitantes); aunque en números el cambio no es tanto.

En ese sentido, en cubos dinámicos se cuenta con información de las cifras de muertes maternas en general, así como desagregada para la RMM, por lo que se puede apreciar que **en 2010 no se tuvo ninguna muerte de este tipo**; mientras que de 2011 a 2015 se tienen 5, 3, 3, 4 y 3 respectivamente, obteniendo una media de **3.6** muertes.

Finalmente, aunque el dato se reporte en una fuente oficial debe unificarse, o bien revisar la estrategia llevada a cabo en 2010 para que en el Estado no hubieran muertes maternas, y ser retomada en 2018.

Para el Propósito “Porcentaje de nacidos vivos de madres sin seguridad social atendidas por personal médico” la meta establecida es de 99.8%; misma que se cumplió. En los resultados que Colima ha tenido la tendencia es parecida.

**Gráfica 5.2. Histórico de nacidos vivos de madres sin seguridad social atendidos por personal médico, Colima (Porcentaje)**

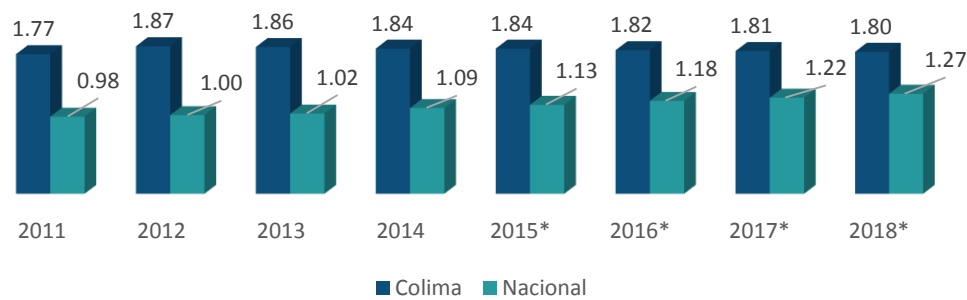


**Fuente:** Elaborado por TECSO con base en las fichas técnicas de la MIR FASSA 2017 proporcionada por la dependencia y DGIS/SS. \*Estimados.

Con excepción de 2015, los resultados están arriba del 90%, por lo que se espera que, de acuerdo a las estimaciones, **para 2018 se llegue al 108.9%**; teniendo un aumento de **9.1** puntos porcentuales respecto al 2017, en ese sentido se recomienda que se sigan fortaleciendo los planes y estrategias que hasta ahora han contribuido con el avance del indicador.

Finalmente, el Componente "Médicos generales y especialistas por cada mil habitantes (Población no derechohabiente)" se tuvo un avance de 1.81 médicos, teniendo un cumplimiento del 100%. Dicho resultado está por encima de la nacional, a continuación se muestran datos de 2011 a 2018.

**Gráfica 5.3. Histórico médicos generales y especialistas por cada mil habitantes (población no derechohabiente)**



**Fuente:** Elaborado por TECSO con base en las fichas técnicas de la MIR FASSA 2017 proporcionada por la dependencia.  
\*Estimados.

Los resultados del indicador se han mantenido alrededor de 1.82 médicos generales y especialistas por cada mil habitantes, dentro de estos especialistas se encuentran los gineco-obstetras que se encargan de la atención materna, esto es importante tomando en cuenta que debe existir atención especializada para las mujeres en periodo obstétrico para una mejor atención del parto, por lo que se recomienda se siga en la misma tónica ya que entre más especialistas para la atención de las mujeres embarazadas se tengan, se contribuye con la reducción de las muertes maternas en Colima.

En conclusión los indicadores retomados de la MIR del fondo, a nivel estatal han tenido resultados positivos, lo cual puede deberse a una correcta planeación sobre la atención materno infantil en la entidad por lo cual, para seguir en el mismo camino, se recomienda generar una MIR específica del programa para una mejor planeación sobre un tema tan relevante como lo es este.

## 5.6. Rendición de cuentas y transparencia.

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos menciona en el artículo 6° que “El derecho a la información será garantizado por el Estado.” Y que “Toda persona tiene derecho al libre acceso a información plural y oportuna, así como a buscar, recibir y difundir información e ideas de toda índole por cualquier medio de expresión.” (CPEUM, 2017)

A su vez, la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Colima señala en el artículo 5° que:

“La población tiene derecho a estar informada de manera continua y eficiente sobre las actividades que lleven a cabo las autoridades estatales y municipales y en general, sobre los acontecimientos de su entorno local y regional.” (CPELSC, 2017)

Además la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública en su artículo 15° afirma lo siguiente:

“En la generación, publicación y entrega de información se deberá garantizar que ésta sea accesible, confiable, verificable, veraz, oportuna y atenderá las necesidades del derecho de acceso a la información de toda persona.” (DOF, 2017)

Además de propiciar la participación ciudadana en la toma de decisiones públicas:

“Promover, en coordinación con autoridades federales, estatales y municipales, la participación ciudadana y de organizaciones sociales en talleres, seminarios y actividades que tengan por objeto la difusión de los temas de transparencia y derecho de acceso a la información...” (DOF, 2017)

Atendiendo a este marco normativa es que se debe contar con mecanismos de transparencia y rendición de cuentas, bajo esa tónica en la página web de transparencia de la Secretaría de Salud y Bienestar Social del Estado de Colima existe información acerca del FASSA<sup>12</sup>, sin embargo, no se tiene información específica del programa.

---

<sup>12</sup> [http://www.saludcolima.gob.mx/transparencia/#go\\_18](http://www.saludcolima.gob.mx/transparencia/#go_18)

No obstante lo anterior, existen procedimientos para recibir y dar trámite a las solicitudes de acceso a la información; de la misma forma los resultados principales del fondo están difundidos en la página.

Los documentos normativos también aparecen en la web tales como el Reglamento Interior de los Servicios de Salud del Estado de Colima y el Programa Sectorial de Salud, los cuales se encuentran vigentes.

En términos generales, la dependencia cuenta con mecanismos de rendición de cuentas y transparencia, en cuanto al FASSA. Sin embargo, no hay información específica sobre la SMP, para lo cual es necesario que se genere información y publicarla en su página web.



## 6. Percepción de la población atendida

En concordancia con el artículo 51 Bis 3 de la Ley General de Salud, el cual dice que:

“Las quejas que los usuarios presenten por la atención médica recibida, deberán ser atendidas y resueltas en forma oportuna y efectiva por los prestadores de servicios de salud o por las instancias que las instituciones de salud tengan definidas para tal fin, cuando la solución corresponda a su ámbito de competencia.” (LGS, 2017)

La dependencia menciona que hay líneas telefónicas especializadas sobre el programa pero que no le son exclusivas ya que pertenecen al Régimen Estatal de Protección Social en Salud (REPSS), no obstante esto, existe un procedimiento para darle seguimiento.

La línea específica de la que habla la dependencia es 01 800 MATERNA la cual funciona todo el año y es parte de una estrategia nacional por parte del programa para informar y orientar sobre señales de alarma durante el embarazo, el parto y el puerperio, así como para atender las quejas. Para el año a evaluar no se recibieron reportes acerca del programa por lo cual se considera que **para Colima no se tuvieron quejas.**

Este sistema considera al “Modelo de Gestión para la Atención de Quejas, Sugerencias y Felicitaciones” MANDE, cuyo objetivo es dar respuesta, en todas las entidades médicas, a las quejas de los pacientes y sus familias sobre la atención brindada.

El programa SMP tiene una forma específica para atender las quejas y sugerencias de sus usuarios, es decir, dichos instrumentos corresponden con las características de las mujeres embarazadas lo cual es relevante porque con ello se puede cuantificar de mejor manera la percepción de la población atendida y con ello mejorar los mecanismos y atención de los servicios que ofrece el sector salud en esta materia.

## 7. Medición de resultados

El programa documenta sus resultados a nivel de Fin y Propósito con indicadores de la MIR FASSA 2017, para ello la SSyBS proporcionó las fichas técnicas de éstos.

El indicador a nivel de **Propósito** es el porcentaje de nacidos vivos de madres sin seguridad social atendidas por personal médico, dicha información tiene una frecuencia de medición anual y los datos se registran en la base de datos de los cubos dinámicos. El resultado del indicador permite conocer la atención que se les da a los recién nacidos de madres sin seguridad social.

Sobre el **Fin**, el indicador es la razón de mortalidad materna de mujeres sin seguridad social. A partir de este indicador se puede conocer el número de muertes de las mujeres durante el embarazo, parto o puerperio con relación a cada 100 mil nacimientos estimados en un año.

A continuación se muestran los resultados que se han tenido sobre el fin durante los últimos años a nivel nacional, así como del Estado de Colima.

Cuadro 7.1. Razón de Mortalidad Materna de mujeres sin derechohabencia			
Año	Nacional	Colima	Porcentaje de diferencia
2011	47.4	25.4	46.4%
2012	46.5	0.0	100%
2013	39.1	37.8	3.3%
2014	41.7	25.0	40.0%
2015	35.4	13.0	63.2%
2016*	33.4	25.8	22.7%
2017	32.1	12.9	59.8%
2018*	28.6	12.9	54.8%

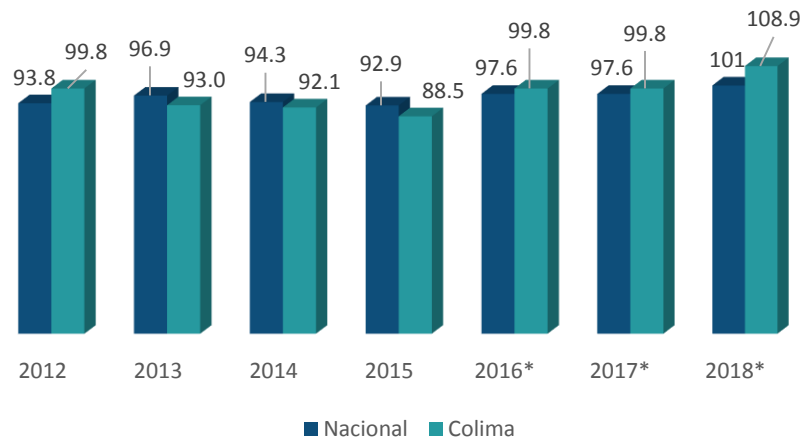
**Fuente:** Elaborado por TECSO con base en las fichas técnicas de la MIR FASSA 2017 proporcionada por la dependencia.  
\* Estimaciones

Como se puede ver, en general, se ha tenido una disminución de la RMM tanto a nivel nacional, como estatal, es menester mencionar que Colima se encuentra por debajo de la media nacional en todos los años presentados, lo cual coloca al Estado como uno de los más bajos a nivel nacional.

Durante el periodo 2012 a 2018 no se han registrado más de 3 muertes para la RMM, siendo el mayor número en 2013, teniendo una media de 2 muertes.

Ahora bien, sobre el Propósito se tiene lo siguiente:

**Gráfica 7.1. Porcentaje de nacidos vivos de madres sin seguridad social atendidas por personal médico**



**Fuente:** Elaborado por TECSO con base en las fichas técnicas de la MIR FASSA 2017 proporcionada por la dependencia.  
\*Estimados

Lo alcanzado a nivel nacional se encuentra arriba del 90% teniendo una alza importante de 2012 a 2013, en cuanto a Colima el porcentaje disminuyó para 2015, no obstante se estimó que para los años posteriores el porcentaje fuera ascendente llegando en 2017 al 99.8%, es decir, casi todos los partos de las mujeres sin seguridad social fueron atendidos por personal capacitado; en la página de transparencia de la dependencia se tiene evidencia de que dicho número se logró para el año evaluado.

En síntesis, el Estado de Colima, comparado con los estándares nacionales tiene resultados positivos en cuanto a la SMP, lo cual se puede atribuir a una adecuada planeación en este rubro.

En cuanto a las evaluaciones externas, se cuentan con las del desempeño al FASSA hechas por OSAFIG (2014, 2015 y 2016), como ya se ha mencionado anteriormente, no hay en específico evaluaciones para el programa, sin embargo, en éstas se evalúa el desempeño del programa "Salud Materna y Perinatal", antes llamado "Arranque pareja en la vida".

Los indicadores que tienen relación con el Fin y el Propósito del programa son “Porcentaje de nacimientos por cesárea” y “Porcentaje de nacimientos prematuros”. Con ello se pretendía reducir los nacimientos por cesáreas, lo cual tiene relación con la mortalidad materna ya que el tener una intervención clínica durante el parto puede resultar en complicaciones para las mujeres y más si no se realiza en las condiciones apropiadas.

Sobre los nacimientos prematuros, el objetivo consistía en reducir los de este tipo, lo cual también representa un grave problema para la salud de la madre, así como del recién nacido.

Los resultados que arrojan estas evaluaciones coinciden en que no se cumplen los objetivos y metas establecidas, por lo que se sugirió que se realizaran acciones para que los resultados sean favorables.

## 8. Análisis de fortalezas, oportunidades, debilidades, amenazas (FODA) y recomendaciones

FORTALEZAS	RECOMENDACIONES
La Razón de Mortalidad Materna de Colima es de las más bajas del país.	Se recomienda mantener la estrategia en salud materna y perinatal que se está llevando a cabo, y fortalecer la capacitación al personal médico para seguir reduciendo la RMM.
La mortalidad infantil en Colima se encuentra por debajo de la media nacional.	Se recomienda mantener la estrategia en salud materna y perinatal que se está llevando a cabo, y fortalecer la capacitación al personal médico para seguir reduciendo la tasa de mortalidad infantil.
El programa responde a políticas públicas a nivel internacional, nacional y estatal, así como a la normativa.	Se recomienda continuar con la implementación de programas que respondan a las políticas públicas superiores.
Las acciones del programa se complementan con otros programas, coadyuvando con el avance en materia de salud.	Se sugiere continuar con la visión de generar programas que se complementen con el fin de contribuir en la mejora en materia de salud del Estado.
Por primera vez se está realizando una evaluación de consistencia y resultados sobre el programa.	Continuar con la ejecución de este tipo de evaluaciones, mediante una planeación estratégica.

DEBILIDADES	RECOMENDACIONES
El programa no cuenta con una precisión para identificar y focalizar a su población.	Se recomienda diseñar un procedimiento para contar con información pertinente sobre la población que se busca atender.
El programa no cuenta con una Matriz de Indicadores para Resultados específica.	Es necesario realizar una Matriz de indicadores del programa para poder planificar con mayor precisión y conocer los avances y resultados de éste.
Los resultados del programa no se difunden en la página electrónica.	Se recomienda presentar los resultados del programa en la página y socializarlos con el personal de salud.
No se conoce el grado de satisfacción de la población del programa.	Realizar mecanismos, más allá de las líneas telefónicas, como encuestas, para conocer el grado de satisfacción.
El Estado tiene porcentajes altos de partos vía cesárea, en comparación con la media nacional.	Apegarse a la normativa, y fortalecer las capacitaciones del personal médico para atender partos complicados sin necesidad de acudir a la cesárea.

OPORTUNIDADES	RECOMENDACIONES
Contar con un mecanismo que le permita identificar de mejor manera a la población objetivo.	A partir de censos, encuestas, o informes de resultados anteriores, realizar un diagnóstico que identifique de forma precisa y oportuna la población que se pretenda atender.
Tener una aplicación informática que permita registrar información de forma adecuada.	Establecer un instrumento de captación en el que se pueda identificar de forma sistematizada, a nivel estatal, la información del programa.
Tomar en cuenta las recomendaciones hechas por OSAFIG, sobre FASSA de los años anteriores.	Se sugiere llevar a cabo las recomendaciones de estas evaluaciones sobre la salud materna y perinatal.

AMENAZAS	RECOMENDACIONES
<p>No se cuenta con evaluaciones externas propias del programa que permitan verificar más detalladamente la situación del mismo.</p>	<p>Se sugiere realizar la evaluación recomendada en este documento.</p>
<p>No se tiene una estructura programática que responda con la Salud Materna y Perinatal.</p>	<p>Generar la estructura programática, dada la relevancia del tema a nivel nacional e internacional.</p>

## 9. Conclusiones

- ▶ La razón de mortalidad materna, así como la mortalidad infantil en Colima se encuentran por debajo de la media nacional lo cual demuestra la importancia que la entidad le ha dado al tema de la salud materna y perinatal.
- ▶ El programa responde a políticas públicas y normativa a nivel internacional, nacional y estatal, de la misma forma las acciones del programa se complementan con otros programas de salud logrando de esta forma avanzar adecuadamente en esta materia.
- ▶ El programa no cuenta con un sistema de focalización determinado.
- ▶ Los indicadores estratégicos retomados de la MIR FASSA 2017 responden temáticamente con el programa.
- ▶ Los objetivos del programa responden no sólo a lo establecido en documentos de políticas públicas superiores, sino también al contexto del Estado, lo cual refleja una adecuada planeación.
- ▶ Se podría realizar una “Evaluación específica para el análisis de los resultados de los indicadores”, mediante los registros administrativos, para así tener información que permita identificar los resultados obtenidos a partir de la intervención del programa y estos sean tomados en cuenta para los tomadores de decisiones para una mejor gestión de los recursos.
- ▶ De acuerdo a lo proporcionado por la dependencia, la cobertura del programa es del 100%, es decir, en Colima se atiende al total de mujeres embarazadas y a los neonatos, lo cual habla de un adecuado sistema de salud.



- ▶ Los indicadores retomados de la MIR del fondo, a nivel estatal han tenido resultados positivos, lo cual puede deberse a una correcta planeación sobre la atención materno infantil en la entidad por lo cual, para seguir en el mismo camino, se recomienda generar una MIR específica del programa.
- ▶ Se cuenta con mecanismos de rendición de cuentas y transparencia, en cuanto al FASSA, sin embargo, no hay información específica sobre el programa.
- ▶ El programa tiene una forma específica para atender las quejas y sugerencias de sus usuarios, es decir, dichos instrumentos corresponde con las características de las mujeres embarazadas.
- ▶ Ha habido una disminución de RMM tanto a nivel nacional, como estatal, Colima se encuentra por debajo de la media nacional en todos los años presentados, lo cual coloca al Estado como uno de los más bajos a nivel nacional.

## 10. Bibliografía

Betran AP, Torloni MR, Zhang J, et al., (2015), What is the optimal rate of caesarean section at population level? A systematic review of ecologic studies, *Reproductive Health*, Vol.12, No.57.

Arámburu, M. E. (2012). Metodología para calcular la razón de mortalidad materna: un mejor registro y un indicador deficiente. *Realidad, datos y espacio. Revista Internacional de Estadística y Geografía*.

ASF, A. S. (2011). Tomo 1, Informe Ejecutivo. Informe del Resultado de la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2009.

ASF, A. S. (2011). Tomo 5, Gasto Federalizado. Informe del Resultado de la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2009.

Bissell, S., (2009), "La mortalidad materna en el ámbito internacional: estrategias para la renovación de un movimiento" en Freyermuth, G. y Sesia, P. (coord.), *La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura*, Serie Evidencias y experiencias en salud sexual y reproductiva. Mujeres y hombres en el siglo XXI, No. 2, México, Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México/Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en antropología Social, pp. 217.

CEFP, C. d. (2006). Ramo 33 Aportaciones Federales para Entidades Federativas y Municipios. En H. C. Legislatura, *Serie de Cuadernos de Finanzas Públicas 2006*. . México.

CONEVAL, SHCP, SFP. (2016). *Guía para el Diseño de la Matriz de Indicadores para Resultados*.

Cordero Muñoz, Luis, y cols., (2010), *Salud de la mujer indígena, Intervenciones para reducir la muerte materna*. Banco Interamericano de Desarrollo: 1-28.

DOF. (2012). NOM-024-SSA3-2012, *Sistemas de información de registro electrónico para la salud*. Intercambio de Información en Salud. Obtenido de [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5280847&fecha=30/11/2012](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5280847&fecha=30/11/2012)

DOF. (2012). NOM-035-SSA3-2012, *En materia de Información en Salud*. Obtenido de [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5280848&fecha=30/11/2012](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5280848&fecha=30/11/2012)

DOF. (2016). NOM-007-SSA2-2016, *Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida*. Obtenido de [http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016)

DOF. (2017). Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Obtenido de [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1\\_150917.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1_150917.pdf)

DOF. (2017). Ley de Coordinación Fiscal. Obtenido de [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/31\\_300118.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/31_300118.pdf)

DOF. (2017). Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública. Obtenido de [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LFTAIP\\_270117.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LFTAIP_270117.pdf)

DOF. (2017). Ley General de Salud. Obtenido de [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142\\_081217.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_081217.pdf)

Frenk Mora, Julio y cols., (2014). Salud y mujer en México en Corona Vasquez, T. y cols. La mujer y la salud en México, México, CONACYT, Academia Nacional de Medicina, Intersistemas.

Institute for Health Metrics and Evaluations (IHME), (2018). En línea: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/> Consultado el 26 de marzo de 2018.

María Graciela Freyermuth Enciso, José Alberto Muños Hernández y María del Pilar Ochoa Torres, (2017), From therapeutic to elective cesarean deliveries: factors associated with the increase in cesarean deliveries in Chiapas, International Journal for Equity in Health, Reprod Health Vol.16, No.88; pp.1-15.

Mireya Álvarez Toste, María del Carmen Hinojosa Álvarez, Sergio Salvador Álvarez, Reinaldo López Barroso, Guillermo González Rodríguez, Isabel Carbonell, Raúl Pérez González, (2011), Morbilidad materna extremadamente grave, un problema actual, Revista Cubana de Higiene y Epidemiología, Vol.49 No.3.

Observatorio de Mortalidad Materna en México (OMM), (2017), Numeralia Mortalidad Materna en México 2015, OMM/CIESAS. En línea: <http://www.omm.org.mx/index.php/iniciativas-nacionales/programas-en-marcha>, Consultado el 26 de marzo de 2018.

Observatorio de Mortalidad Materna en México (OMM), (2018). En línea: <http://www.omm.org.mx/index.php/iniciativas-nacionales/programas-en-marcha>, Consultado el 26 de marzo de 2018.

Organización de las Naciones Unidas (ONU), 2015. En línea: <http://www.onu.org.mx/agenda-2030/objetivos-de-desarrollo-del-milenio/>, Consultado el 26 de marzo de 2018.

PO. (2016). Ley de Ingresos del Estado de Colima para el ejercicio fiscal 2017. Obtenido de <http://www.colima->

estado.gob.mx/transparencia/archivos/portal/20170210143541100\_Ley-Ingresos-Estado-Colima-2017.pdf

PO. (2017). Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Colima. Obtenido [http://congresocol.gob.mx/web/Sistema/uploads/LegislacionEstatal/Constitucion/constitucion\\_local\\_25nov2017.pdf](http://congresocol.gob.mx/web/Sistema/uploads/LegislacionEstatal/Constitucion/constitucion_local_25nov2017.pdf)

PO. (2017). Ley de Salud del Estado de Colima. Obtenido de [www.congresocol.gob.mx/leyes/salud.doc](http://www.congresocol.gob.mx/leyes/salud.doc)

SIODM, 2018. En línea: <http://www.objetivosdedesarrollodelmilenio.org.mx/Default.aspx?Param=OBJODM0050,E>, Consultado el 26 de marzo de 2018.

SSA, S. d. (2005). Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos. México: SSA, Seguro Popular.

SSA, S. d. (2005). Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos. México: SSA, Seguro Popular.

Sustainable Development Goals Fund (SDGF), (2018). En línea: <http://www.sdgfund.org/es/de-los-odm-los-ods>, Consultado el 26 de marzo de 2018.

Vázquez Morales, Viridiana y Jesús Carlos Ruvalcaba Ledezma, (2016), La Salud Materna como Indicador de Inequidad en Salud Pública en Journal of Negative & No Positive Results, Vol. 1, Núm. 3:115-122.