

Evaluación del impacto de las intervenciones comunitarias del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, en la salud materna; 2007-2010



Informe final

Coordinación General

Dra. Raffaella Schiavon Ermani

Diseño de la Investigación

Mtra. Perla Sofia Vázquez Díaz

Dr. Carlos Mauricio Alvarez García

Mtro. Adrián Gabriel Delgado Lara

Investigación de campo

Lic. Sandra Hernández Bautista

Lic. Graciela Domínguez Luna

Mtra. Lina Rosa Berrio Palomo

Mtro. Adrián Gabriel Delgado Lara

Análisis e Informes

Mtro. Gustavo Quiroz Mendoza

Mtro. José Rubén Ramírez Sánchez

Mtra. Erika Marisol Troncoso Saavedra

Mtro. Adrián Gabriel Delgado Lara

RESUMEN

OBJETIVOS DE LA EVALUACIÓN

- Identificar la situación de las intervenciones comunitarias en salud materna.
- Formalizar recomendaciones para que las intervenciones comunitarias se desarrollen de acuerdo al Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida
- Disponer de información específica para la rendición de cuentas al cierre de la Administración Gubernamental.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó una evaluación cualitativa y comparativa en cinco estados de la República.

RESULTADOS: La coordinación con los gobiernos municipales y la participación comunitaria favoreció, en la mayoría de los casos observados, la operación de las Posadas y del Transporte AME. La participación y el liderazgo de actores jurisdiccionales favorecieron la vinculación y coordinación con ese nivel de Gobierno. El apoyo más valorado por las usuarias es la acción de las madrinas y padrinos obstétricos.

CONCLUSIONES: Para mejorar la salud materna y reducir la mortalidad por causas asociadas al embarazo, parto y puerperio, se requiere de múltiples estrategias. Entre ellas, es fundamental fortalecer las intervenciones comunitarias y promover medidas participativas a nivel de los gobiernos municipales.

La presente evaluación de la estrategia de las madrinas obstétricas y los apoyos para el traslado y alojamiento de mujeres con complicaciones obstétricas indica que estos elementos son componentes básicos de la red de apoyo a la salud materna y perinatal que permiten mejorar el acceso oportuno a los servicios de atención. Para ello, se requiere fortalecer la participación de las autoridades municipales para dar cumplimiento a los objetivos y metas del Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida.

Por parte de los trabajadores de la salud se deberá impulsar un mayor conocimiento de las intervenciones comunitarias, así como la interacción con la población en general y en especial con los actores comunitarios relacionados con la salud de las mujeres.

Justificación

La mortalidad materna es uno de los indicadores de la Organización Mundial de la Salud para el monitoreo de la salud reproductiva y su reducción es una de las principales metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

En México el número de muertes maternas sigue siendo inaceptablemente elevado por el nivel de desarrollo del país. En 2006, en el diagnóstico del Programa Específico de Acción Arranque Parejo en la Vida 2007-2012 (APV), se reportaron 1,166 muertes maternas con una razón de mortalidad materna de 60 defunciones por 100,000 nacimientos estimados¹. En el mismo Programa se señala que el mayor riesgo de morir por causas obstétricas se encuentra en las mujeres pobres y de las regiones con más rezago socioeconómico. En el 2006, en los municipios con menor Índice de Desarrollo Humano la razón de muerte materna se estimó en 158 defunciones por cada 100 mil nacidos vivos, cifra tres veces superior a la que se registra en aquéllos con nivel de marginación bajo o muy bajo. El desigual desarrollo socioeconómico de las entidades federativas se expresa en disparidades sumamente pronunciadas en el riesgo de morir por causas maternas; en Guerrero, por ejemplo, se registró la razón de mortalidad materna más alta del país, con un valor de 128 defunciones por cada 100 mil nacidos vivos, cifra casi cuatro veces superior a la de Yucatán, con la menor mortalidad materna (30.4 por 100 mil nacidos vivos) en el 2006.

¹ Programa Específico de Acción Arranque Parejo en la Vida (APV) 2007-2012. Secretaría de Salud, 2007

Las discrepancias sociales patentizan que la mortalidad materna es una injusticia social asociada a la mayor vulnerabilidad de las mujeres que viven en condiciones socioeconómicas desfavorables (las indígenas, las que viven en pequeñas localidades rurales y las que residen en zonas urbanas marginadas). En el 2006, la atención del parto por personal institucional era de 94.1%, sin embargo, en las zonas rurales, uno de cada tres partos, no era atendido por personal médico. En el 2006, 13.5% de las mujeres que fallecieron, lo hicieron en su hogar sin haber recibido ninguna atención médica.²

Existen obstáculos para que las mujeres acudan y sean atendidas con respeto y calidad en las unidades de salud, ya sea para su control prenatal, la atención del parto, la vigilancia del puerperio y fundamentalmente en todo caso de emergencia obstétrica. Tales barreras incluyen: el aislamiento y la dispersión geográfica, la falta de caminos o de recursos económicos para pagar un transporte público, las concepciones culturales que prevalecen entre la población que asignan un valor secundario a la salud de la mujer, el desconocimiento de las señales de alarma obstétrica, la dependencia de las mujeres de la aprobación de su pareja para asistir a las unidades médicas, la desconfianza de la población hacia los servicios de salud por experiencias previas de rechazo y maltrato, así como la falta de personal, insumos y equipo en las unidades médicas.

² Programa Específico de Acción Arranque Parejo en la Vida (APV) 2007-2012, Secretaría de Salud, 2007

Ante este panorama, en el Programa Nacional de Salud 2007-2012 se planteó reducir las brechas o desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas. En el Programa de APV, se comprometió la disminución en 24% de la razón de muerte materna a nivel nacional y de 50% en los 100 municipios con menor índice de desarrollo humano. En 2009, de acuerdo con datos del INEGI y la Dirección General de Información en Salud de la Secretaría de Salud, se registraron 1,207 defunciones maternas y la razón de muerte materna fue de 62.2 por cada 100,000 nacidos vivos estimados. Las cifras para 2010, indican que la mortalidad materna es ligeramente mayor a mil defunciones.³ En el 2009, 9.4% de las defunciones maternas ocurrieron en el hogar y en los municipios con menor Índice de Desarrollo Humano, la razón de muerte materna fue de 130 por cada 100,000 nacidos vivos estimados. Los extremos de la razón de mortalidad materna, en las entidades federativas, se reportaron en Guerrero, con la RMM más alta (106 por 100 mil nacidos vivos) y en Colima, con la RMM más baja (29.5 por 100 mil nacidos vivos).

La ENADID 2009, por otro lado, reporta una creciente cobertura institucional del parto: en el periodo 2004-2009 la atención del parto por personal institucional se incrementó a 95.3%; en las áreas rurales, el 84.4% de los partos fue atendido por personal médico⁴.

³ Informe Semestral del Programa Específico de Acción Arranque Parejo en la Vida, Diciembre de 2011, Secretaría de Salud, 2011

⁴ ENADID 2009, Principales Indicadores de Salud Reproductiva, Salud Materna pp 44, CONAPO, disponible en

Material y métodos

Se realizó un estudio cualitativo transversal y comparativo. El trabajo de campo se realizó de octubre a noviembre de 2011 en los estados de Guerrero, Hidalgo, Nayarit, Puebla y Tlaxcala, seleccionados por su participación en las intervenciones comunitarias y sus índices de mortalidad materna; así como por la colaboración de los servicios estatales de salud para el desarrollo de las intervenciones.

Considerando que las intervenciones comunitarias iniciaron en 2007 y que cada uno de sus componentes fue implementado a diferente velocidad y focalización en los 2, 445 municipios del país, y considerando su aplicación con diferentes modelos de implementación/municipio/año de operación, se decidió hacer una selección de los municipios de intervención con base en los siguientes indicadores:

- Fomento a la intervención comunitaria y fortalecimiento de sus redes sociales para la prevención de la mortalidad materna reflejada en los niveles de participación municipal de madrinas y padrinos reportados.
- Aplicación integral de los componentes del modelo de intervención del programa de redes sociales en salud materna y perinatal.
- Implementación y reporte de continuidad de la Posada y el Transporte AME, mediante componentes de proyectos sociales o reporte directo.

- Tipos de condiciones de acceso a recursos de información, participación de actores no gubernamentales, condiciones de seguridad y baja dispersión regional.

Con estas condiciones se revisaron 145 municipios de intervención y se seleccionaron para su evaluación a nueve municipios en donde se hubieran desarrollado al menos cuatro de siete intervenciones comunitarias:

1. Acciones de información y sensibilización
2. Identificación de mujeres embarazadas (Censo de Embarazadas)
3. Traslado oportuno (Transporte AME)
4. Acciones para apoyar el alojamiento (Posadas AME)
5. Acciones para la difusión de los apoyos de la red social
6. Acciones de registro e información
7. Madrinan / padrinos obstétricos

ESTADO	MUNICIPIOS
Guerrero	José Joaquín Herrera
	Heliodoro Castillo
Hidalgo	Huejutla
	Tenango de Doria
Nayarit	El Nayar (Jesús María)
Puebla	Cuetzalán
	Huehuetla
	Tlatlauquitepec
Tlaxcala	Huamantla

La evaluación buscó identificar experiencias y lecciones que permitieran la utilización de los resultados para el aprendizaje mediante la implementación y difusión de prácticas específicas y su aplicación en la actualización y capacitación de los equipos de salud.

En todos los estados se trabajó con el personal de las jurisdicciones sanitarias donde se ubican los municipios seleccionados; de común acuerdo con los directores jurisdiccionales y sus equipos de trabajo, se seleccionaron uno o dos centros de salud vinculados con las intervenciones comunitarias.

El trabajo de campo se realizó por personal con experiencia en salud reproductiva y acciones comunitarias (una socióloga, una pedagoga, una antropóloga y un médico sanitarista). Este personal aplicó las siguientes técnicas de investigación: observación directa no participativa, entrevistas semiestructuradas y listas de verificación.

Los instrumentos para levantar información de campo se aplicaron en los municipios seleccionados durante octubre y noviembre de 2011; para esto se contó con cédulas de registro de información que se elaboraron considerando los componentes del modelo de intervención del programa. Las cédulas fueron aplicadas a los actores involucrados que consideramos fueran :

- a) Beneficiarias embarazadas,
- b) Familias de las usuarias,
- c) Autoridades o habitantes del municipio,

d) Madrinas o padrinos del programa.

A cada intervención se le asignó una ponderación dentro de la recopilación de información:

GEDULAS DE INVESTIGACIÓN	PONDERACIÓN
A) INFORMACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN A LA POBLACIÓN,	15%
B) ACCIONES PARA LA IDENTIFICACIÓN DE MUJERES EMBARAZADAS A TRAVÉS DE CENSOS	5%
C) APOYO AL TRASLADO	15%
D) ALOJAMIENTO DE MUJERES EN POSADAS AME	15%
E) ACCIONES PARA LA DIFUSIÓN DE LOS APOYOS DE LA RED SOCIAL	10%
F) ACCIONES PARA EL REGISTRO DE INFORMACIÓN	10%
F) MADRINAS Y PADRINOS COMUNITARIOS.	30%

Los universos de estudio y las actividades de campo se dividieron en dos grupos:

1. Población. Se entrevistó, previo consentimiento informado, a 27 usuarias embarazadas y puerperas, 11 madrinas, ocho funcionarios municipales, 17 proveedores de primer y segundo niveles de atención. Con estos informantes se indagaron conocimiento, participación y experiencias en las intervenciones comunitarias.

2. Servicios de salud. Se realizaron visitas a las cinco sedes de sistemas estatales de salud, ocho centros de salud, cuatro hospitales integrales rurales, cinco hospitales generales, tres posadas maternas, siete jefes jurisdiccionales y cinco tomadores de decisión el nivel estatal

Para el análisis de la información cuantitativa se empleó el programa Excel (versión 2007). Las entrevistas se analizaron por tipo de informante y se realizó manualmente codificación mediante palabras clave relacionadas con temas específicos de cada acción evaluada.

Se establecieron gradientes de desempeño basados en los testimonios de las y los informantes, los cuales se complementaron con observaciones de campo e información secundaria de los servicios estatales de salud.

Resultados

En la evaluación de las intervenciones comunitarias en salud materna se procedió a levantar información de usuarios y prestadores de servicios de salud, a través de la aplicación de un cuestionario que en una primera parte rescató información de embarazadas, familiares de ellas, madrinas/padrinos obstétricos y personal de salud. Adicionalmente, se identificaron los procesos que favorecen la existencia y disponibilidad de Transporte y Posadas AME.

En una segunda parte del cuestionario, se exploraron las experiencias de apoyo, la información de las usuarias y la participación de madrinas/padrinos obstétricos en los cuidados maternos.

A través de entrevistas, se indagó acerca de la participación de las autoridades estatales y municipales, especialmente en la gestión de apoyos para la referencia de casos complicados, así como la existencia de acuerdos entre estas autoridades jurisdiccionales y los gobiernos municipales.

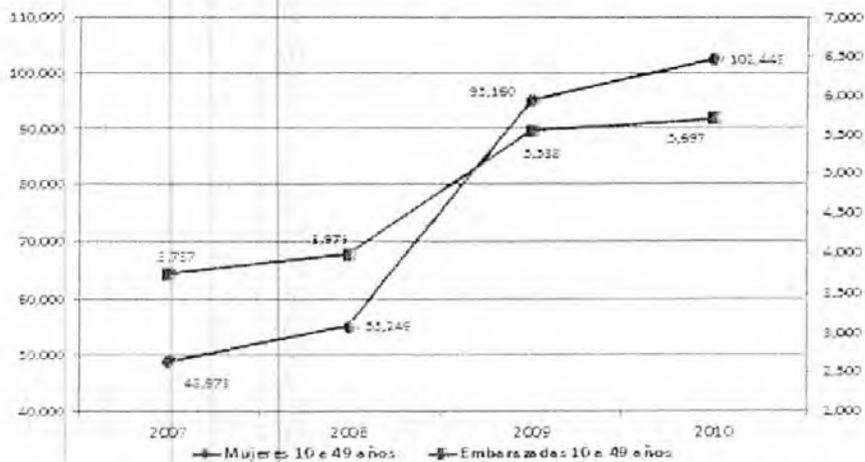
A.- Información básica

Se identificó que en los municipios seleccionados de los cinco estados incluidos en la evaluación, la población de mujeres de 10 a 49 años se incrementó de un poco menos de 49 mil en 2007 a 102,443 en 2010 (incremento del 52%). Esta cifra se consideró como el universo de trabajo en donde se realizaron las intervenciones comunitarias de salud materna. El número de embarazadas tuvo un comportamiento ascendente al pasar de 3,737, en el año 2007, a 5,697 en 2010. En el periodo en evaluación, entonces, se registra un incremento de 65 por ciento de embarazadas en quienes se aplicaron las intervenciones comunitarias.

Figura 1.



Evaluación externa
 Intervenciones comunitarias en salud materna del CNEGySR, 2007-2010
 Mujeres y embarazadas de 10 a 49 años, estados evaluados

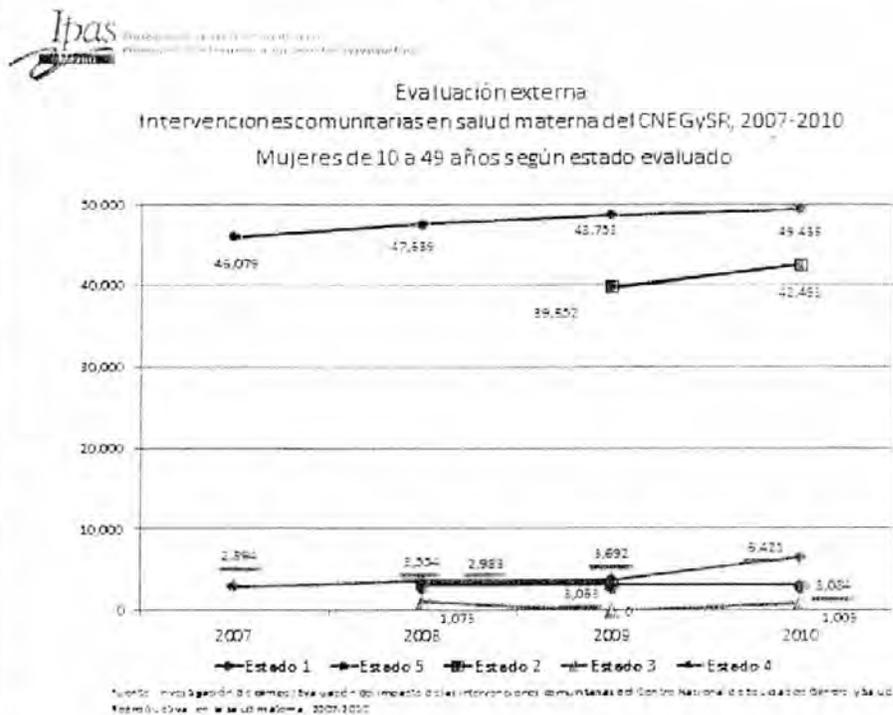


Fuente: Investigaciones de campo, Evaluación del Impacto de las Intervenciones Comunitarias en Salud Materna del CNEGySR, 2007-2010.

La participación en las estrategias comunitarias de los cinco estados evaluados no se dio en la misma proporción, uno de ellos (Estado 5) aporta en 2007 y 2008 más del 85% de la población de mujeres de 10 a 49 años y de las embarazadas. A partir de 2009, se incorpora el Estado 2 que aporta el 41% de la población. En ambos estados, se incluyen municipios urbanizados y ciudades medias como cabeceras municipales.

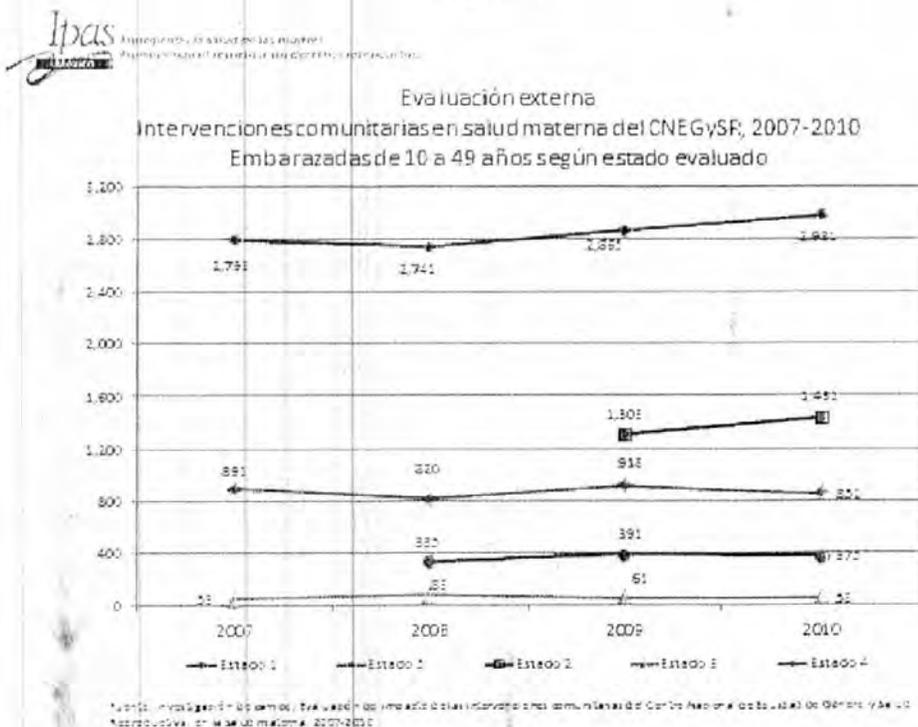
La aportación de los otros tres estados es significativamente menor, ya que incluyen municipios poco poblados o rurales. Los porcentajes de aportación son, para el Estado 1, del 3%, Estado 3 del 1% y Estado 4 del 6%.

Figura 2.



La aportación al número de embarazadas incluidas en las intervenciones comunitarias, varía de manera semejante; el Estado 5, en 2007 y 2008, significó el 75 y 69 por ciento respectivamente, del total de embarazadas. En todo el periodo en evaluación, este Estado participó con 61% del total de embarazadas, los demás estados contribuyeron de la siguiente forma: Estado 1:5.5%, Estado 2:12.2%, Estado 3:1.4%, Estado 4:19%.

Figura 3.



B.- Evaluación de intervenciones

En el trabajo de campo se evaluaron cinco intervenciones:

- Embarazada con Madrina/Padrino Obstétrico
- Embarazada con Plan de Seguridad
- Embarazada con apoyo en Posada AME
- Embarazada con apoyo de Transporte AME
- Embarazada referida a otra unidad de salud

Se asumió, de acuerdo con la Guía de Operación de las Redes Sociales en Salud Materna y Perinatal⁵, que las madrinas y padrinos obstétricos son valiosos por su contribución para:

- Lograr que las mujeres embarazadas, especialmente las que viven en zonas pobres ya sea rurales y/o indígenas, acudan a los Servicios de Salud para que sean atendidas durante todo su embarazo y hasta la cuarentena por el personal de salud.
- Acompañar y dar seguimiento a través de visitas domiciliarias a las embarazadas, parturientas y púerperas durante las consultas médicas y en caso de urgencias obstétricas.
- Dar a conocer las señales que ponen en peligro la vida de la mujer y de su bebé durante el embarazo, parto y cuarentena, así como el directorio de las unidades médicas a las cuales puede acudir en caso de presentarse alguna urgencia obstétrica, a través de la elaboración del Plan de Seguridad.

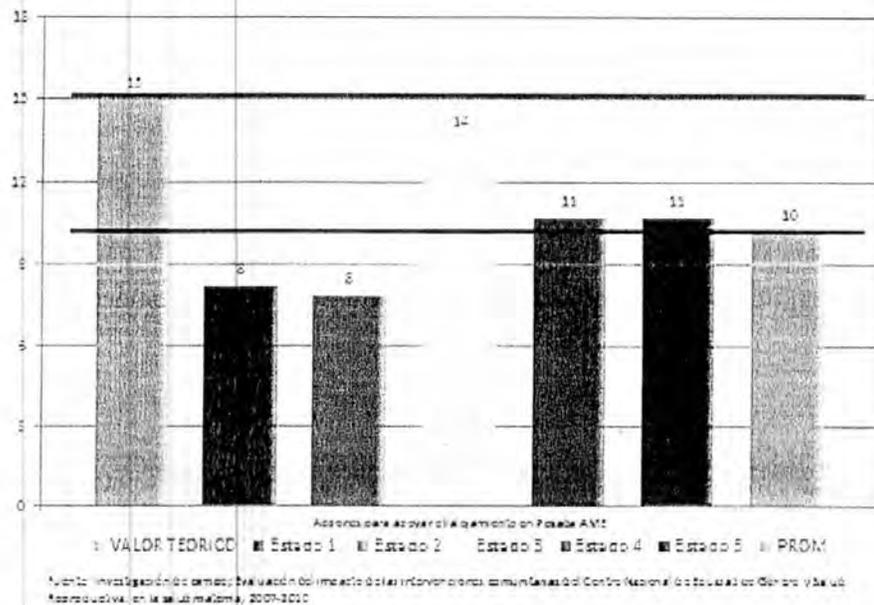
⁵ Redes Sociales en Salud Materna y Perinatal, Guía de Operación, 2010 Secretaría de Salud Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

Figura 13



Evaluación externa: intervenciones comunitarias en salud materna de CNEGySR, 2007-2010

Evaluación de campo; calificación por intervención
Acciones para apoyar el alojamiento en Posadas AME



Esta intervención deberá ser reforzada con el apoyo de los gobiernos municipales, la coordinación de las jurisdicciones sanitarias y los gobiernos de los estados, ya que por su naturaleza no apoyan sólo a las embarazadas de la localidad sino de varias localidades en la sede de los hospitales generales o de especialidad.

D) Alojamiento de mujeres en Posadas AME

La Guía citada (páginas 21 a 24) señala que la Posada AME es "... un espacio físico ubicado cerca de un hospital con capacidad resolutive que cuenta con camas, cocina, baño, patio/jardín, estancia y centro de lavado para que las mujeres que residen en localidades dispersas o que se ubican a más de dos horas de un servicio de salud y que requieren atención especializada durante el embarazo, el parto o el puerperio, puedan recibir hospedaje y alimentación junto con sus hijos y/o familiares durante el tiempo necesario".

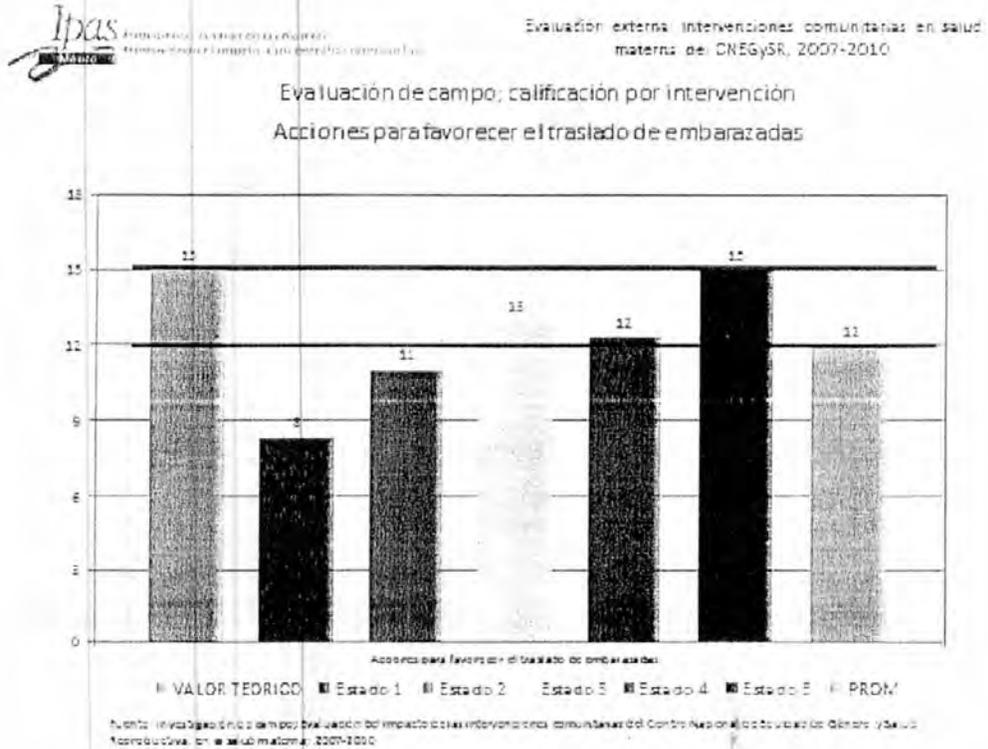
Durante la evaluación de la intervención se exploraron los siguientes aspectos:

- Sabe lo que es una Posada AME
- Ubica la posada más cerca de su comunidad
- La posada está a menos de 10 minutos del Hospital
- Conoce los servicios que se le otorgan en la posada (descanso, aseo, alimentos, etc.)
- Conocen quienes deben acudir a las Posadas AME
- Existe registro de pacientes atendidas en la posada
- Existe evidencia de supervisión hospitalaria 2 veces/día

La calificación teórica para esta intervención fue de 15 puntos y el Estado 3 presentó la calificación más alta con 14 puntos. El Promedio de los cinco estados evaluados es de 10 puntos y los estados 1 y 2 son los de más baja calificación, cercana al 50 % del valor teórico.

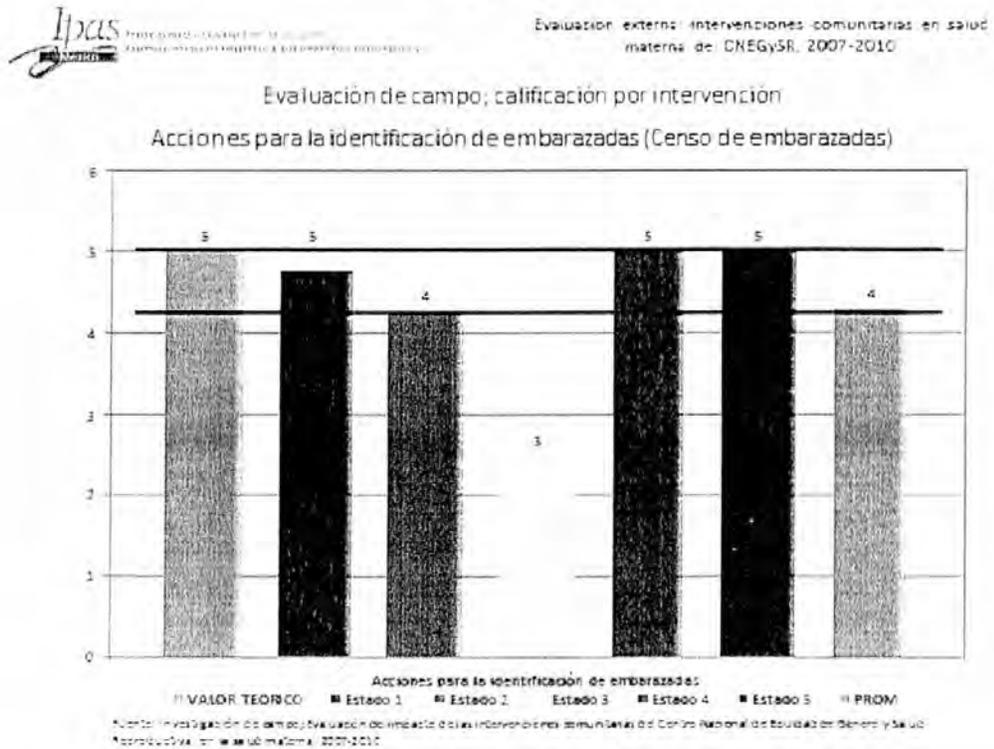
- Existe apoyo municipal o de autoridades

Figura 12



La calificación teórica fue de 15 puntos, registrada en el Estado 5, los cuatro estados restantes se ubican en torno al promedio de los estados evaluados (12 puntos), llama la atención que el Estado 1 se ubique en una cifra cercana a el 50% de la calificación teórica. En este Estado se deberán reforzar las acciones de esta intervención.

Figura 11



C) Apoyo al Traslado AME

De acuerdo con la Guía de Operación de las Redes Sociales en Salud Materna y Perinatal, recién citada (páginas 19 y 20), para calificar esta Intervención se exploraron los siguientes aspectos:

- La comunidad cuenta con un vehículo para traslado de pacientes embarazadas
- Existe lista de quien (es), que día (s), y en que horarios se encuentra el vehículo
- Se difunde en la comunidad el calendario de responsables de traslado
- Hay disponibilidad de fondos para traslado

En la intervención B) **Acciones para la identificación de mujeres embarazadas**, se indagaron los siguientes aspectos:

- Se realiza censo de embarazadas y mujeres en puerperio
- El censo cuenta con datos significativos para la ubicación de pacientes embarazadas
- Cada cuando se actualiza el censo? (mínimo debe ser cada 3 meses)
- La información se encuentra disponible

Lo anterior de acuerdo con la Guía de Operación de las Redes Sociales en Salud Materna y Perinatal que señala *“Para proporcionar un apoyo oportuno y efectivo a las mujeres durante el embarazo, el parto o el puerperio, las redes sociales necesitan saber quiénes son, dónde viven, qué tan avanzado está su embarazo, qué riesgos tiene y qué apoyos necesita para acudir a las unidades médicas. Para obtener esta información se realiza un censo de embarazadas y de mujeres en la cuarentena a través de visitas casa por casa”*⁶,

En esta intervención la calificación teórica fue de 5 puntos, misma que fue alcanzada por los estados 1,4 y 5.

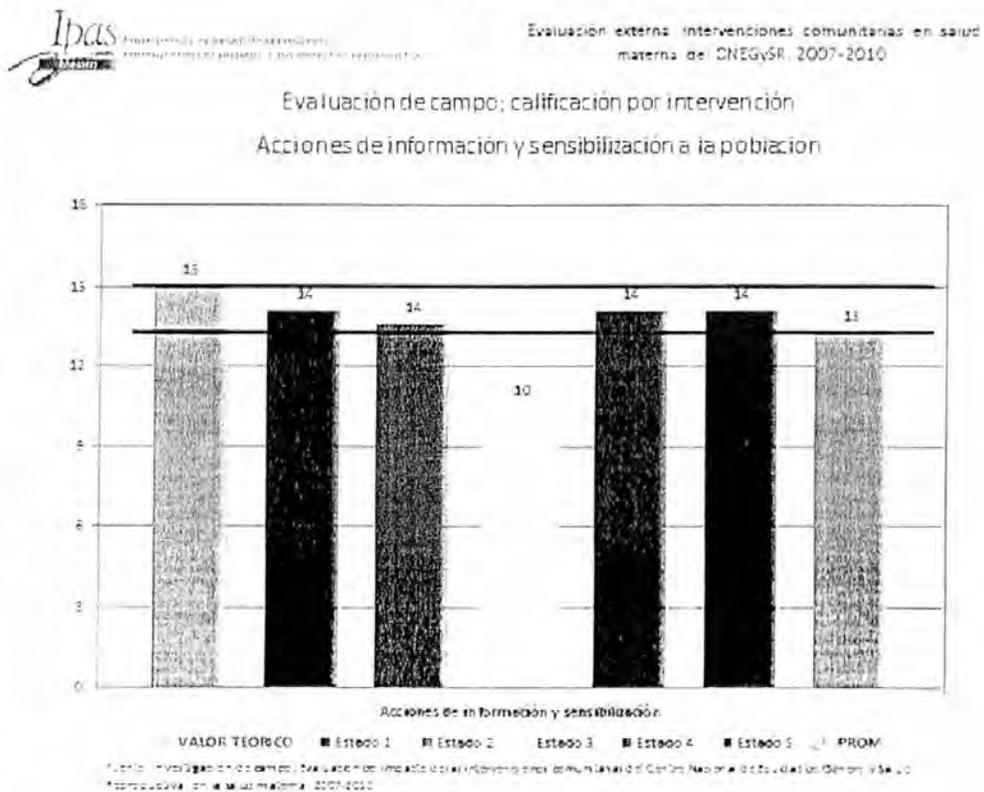
La puntuación menor se obtuvo en el Estado 3 y la calificación promedio de esta intervención fue de 4 puntos.

⁶ Redes Sociales en Salud Materna y Perinatal, Guía de Operación, 2010 Secretaría de Salud Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, pp 15-17

La calificación teórica ponderada para esta intervención era de 15 puntos, la cual no fue alcanzada por ningún estado. Las calificaciones más altas (14 puntos) se obtuvieron en los estados 1,2, 4 y 5. El Estado 3 obtuvo la calificación de 10 puntos; el promedio de los cinco estados evaluados es de 13 puntos en esta intervención.

El aspecto con menos respuestas afirmativas es **La comunidad cuenta con una red de apoyo social para la atención de mujeres embarazadas**, misma que podría estar condicionada por que el concepto de “red social” puede no ser del conocimiento de los entrevistados.

Figura 10.



- Cuenta con atención médica oportuna y de calidad
- Sabe usted que todos los embarazos pueden complicarse
- Conoce algún plan para reducir los riesgos y complicaciones de las mujeres embarazadas
- Ubica su Unidad Médica o Centro de Salud más cercano
- La comunidad cuenta con una red de apoyo social para la atención de mujeres embarazadas
- Ante una emergencia ubica las Unidades y Hospitales que brindan atención a mujeres embarazadas
- Identifica los signos y síntomas de alarma obstétrica (dolor de cabeza, visión borrosa, zumbido de oídos)
- Acude puntualmente al control prenatal
- Recibe información de la importancia del control prenatal
- Existe evidencia de transmisión de mensajes (folletos, pinta de barda, perifoneo)
- Aparte de usted alguna otra persona de la familia conoce los signos y síntomas de alarma obstétrica



D.- Evaluación de campo, calificación por intervención

Como se anotó en la página 11, se aplicaron cédulas de registro de información que consideran las intervenciones. Estas cédulas se aplicaron a beneficiarias embarazadas, familias de las usuarias, autoridades o habitantes del municipio y madrinan o padrinos del programa. A cada intervención se le asignó una calificación ponderada que debería sumar 100 puntos como calificación ideal o teórica.

CÉDULAS DE INVESTIGACIÓN	PONERALIDAD
A) INFORMACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN A LA POBLACIÓN,	15%
B) ACCIONES PARA LA IDENTIFICACIÓN DE MUJERES EMBARAZADAS A TRAVÉS DE CENSOS	5%
C) APOYO AL TRASLADO AME	15%
D) ALOJAMIENTO DE MUJERES EN POSADAS AME	15%
E) ACCIONES PARA LA DIFUSIÓN DE LOS APOYOS DE LA RED SOCIAL	10%
F) ACCIONES PARA EL REGISTRO DE INFORMACIÓN	10%
F) MADRINAS Y PADRINOS COMUNITARIOS.	30%

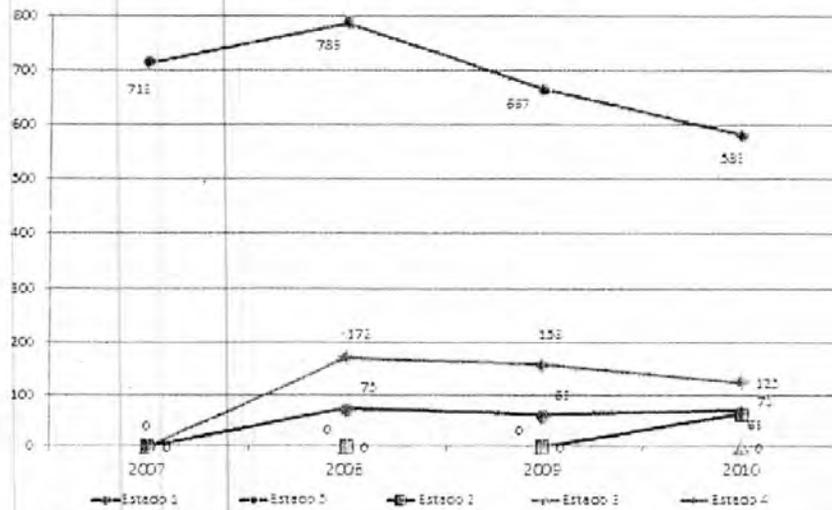
Los resultados se presentan en las páginas siguientes:

En la intervención A.- Información y sensibilización a la población se evaluaron los siguientes aspectos:

Figura 9



Evaluación externa
 Intervenciones comunitarias en salud materna del CNEGySF, 2007-2010
 Embarazadas con Apoyo de Transporte AME, según estado evaluado



Fuente: Investigación de campo y evaluación del impacto de las intervenciones comunitarias del Centro Nacional de Desarrollo de Salud Reproductiva en la salud materna, 2007-2010

embarazadas. En el Estado 1, en promedio se apoya al 7% de las embarazadas, en el Estado 4 al 15% y en el Estado 5 al 23% de ellas.

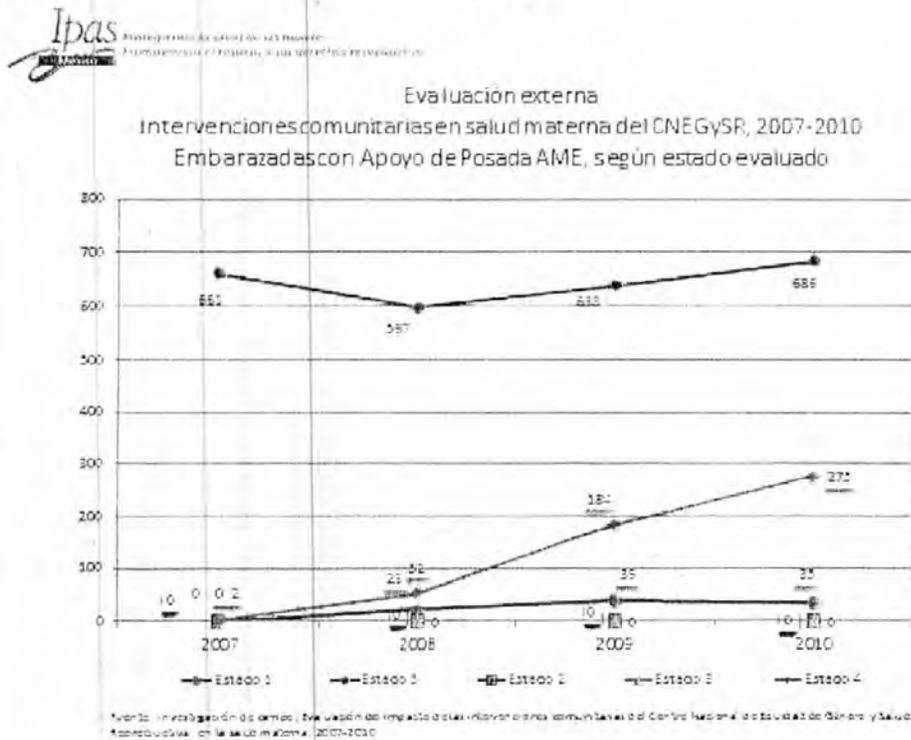
Solo en el estado 4, sin embargo, se observa un aumento del número absoluto de mujeres atendidas en Posadas a lo largo del periodo analizado. Sobre esta intervención, deberán realizarse estudios más puntuales para estimar el porcentaje promedio de mujeres que puedan necesitar de este apoyo, en los diferentes municipios intervenidos, para que sirvan como indicadores de planeación y como parámetro para futuras evaluaciones.

Para la evaluación del apoyo para el traslado de embarazadas denominado en el Proyecto como Transporte AME, no se dispone de información en el Estado 3, sea porque no se registra o bien porque esta intervención no se realizó. Las variaciones de esta intervención van desde 1.1% de embarazadas con Transporte AME en el Estado 2 hasta 24.3% en el Estado 5. En los estados 1 y 4 se apoyó al 14.4 y al 13.2% de las embarazadas, respectivamente. Sin embargo, a lo largo del periodo analizado, no se detecta tendencia alguna a la mejoría en este parámetro.

Cabe para el transporte AME, la misma observación que se hace para las Posadas AME, es decir un estudio que estime las necesidades promedio de transporte que necesiten las mujeres embarazadas en municipios con características similares, que permitan, nuevamente, planear e implementar la infraestructura mínima requerida y que sirvan como parámetros de evaluación de futuros trabajos.

El Estado 3 es el único donde las cifras de embarazadas referidas varía muy poco, pasando de 25 en 2007 a 37 en 2010. Es posible que las embarazadas se hubieran desplazado por medios ajenos al Programa o que a nivel local hubieran resuelto su problema de atención materna.

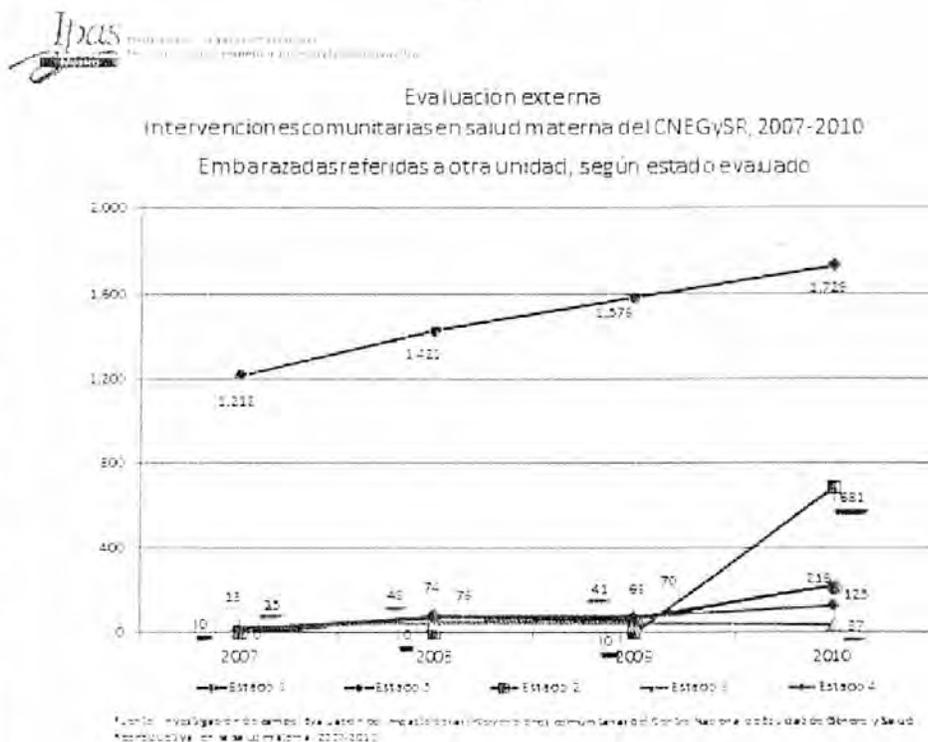
Figura 8



El apoyo de la red social a las embarazadas para su alojamiento en una Posada AME, tuvo variaciones que son necesarias destacar. De acuerdo a la información recabada, en los estados 2 y 3 no se brinda este apoyo a las

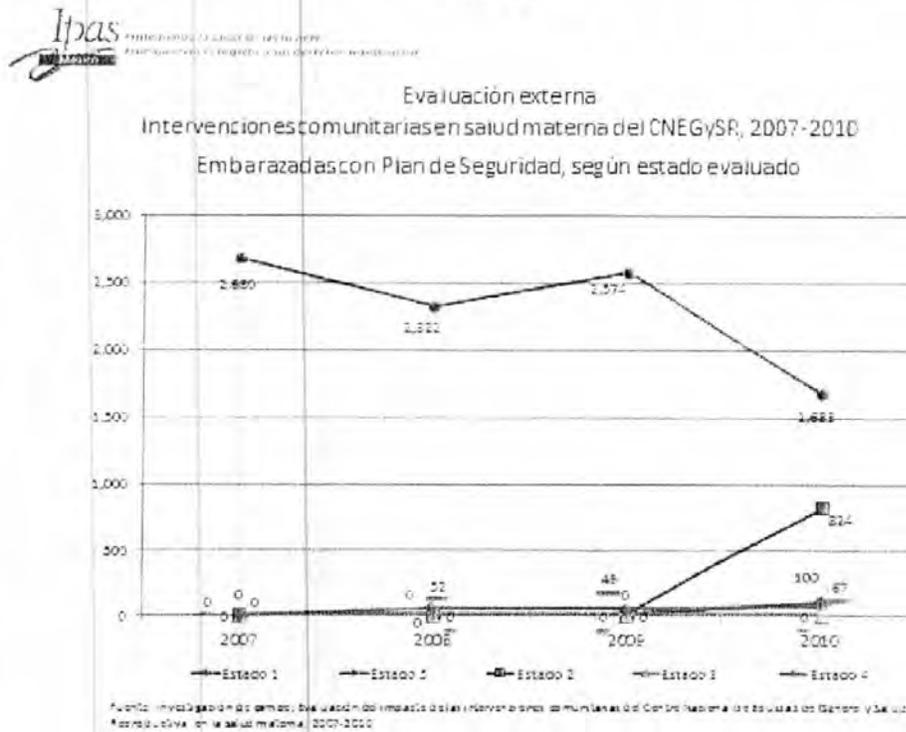
En cuanto a las embarazadas referidas a otra unidad de salud, se observó que el Estado 5 es donde se realiza el mayor número de envíos, seguido del Estado 2. En general, se observa un aumento de referencias en casi todos los municipios estudiados, principalmente en el 2010. Es importante mencionar que en ninguno de los municipios en donde se realizó la evaluación se cuenta con un hospital resolutivo, por lo que la cantidad de mujeres referidas podría ser mucho mayor, de forma especial en los estados 1, 3 y 4.

Figura 7.



dispuso de ella en el momento de la evaluación en campo. Los estados 1,2 y 4 tuvieron incrementos en la cobertura de embarazadas con madrinan/padrinos conforme avanzó el periodo de implementación de las intervenciones.

Figura 6.

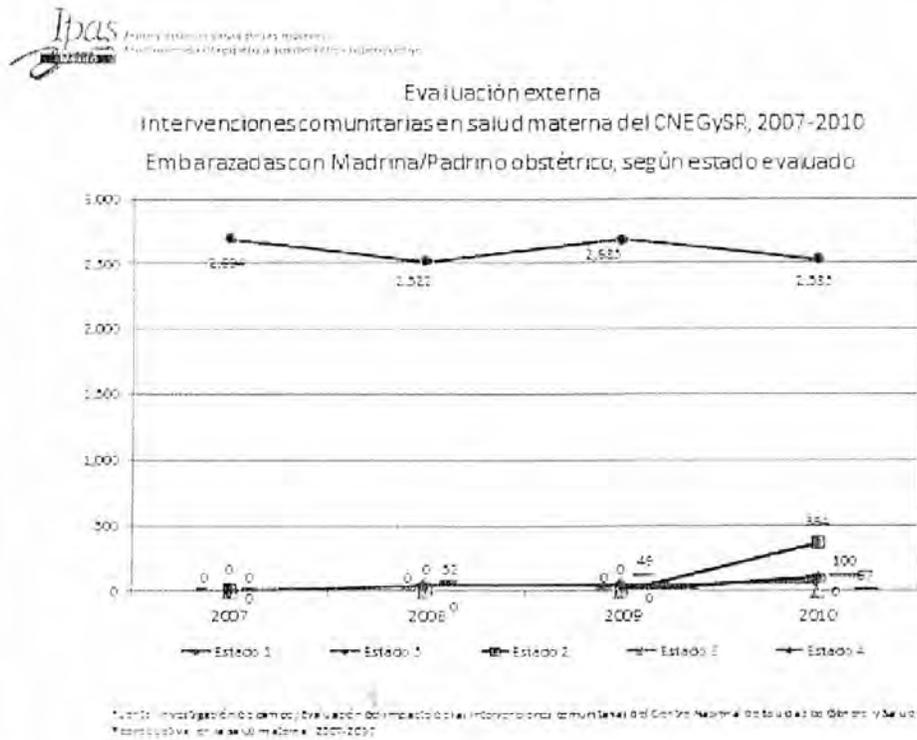


En general, la cantidad de embarazadas con Plan de Seguridad se mantiene durante el periodo de la evaluación, 2,680 en 2007 y 2,674 en 2010; la mayor contribución para mantener estas cifras se hace en los estados 2 y 5. Los estados 1 y 4 incrementan su participación partiendo de cero, sin embargo del Estado 3 no se tuvo información sobre esta intervención.

C.- Contribuciones de cada estado evaluado

De igual forma que existe una contribución diversa de mujeres y embarazadas de 10 a 49 años, cada una de las intervenciones comunitarias evaluadas tuvo comportamientos diferentes en los estados analizados.

Figura 5



La cantidad más alta de embarazadas con madrina o padrino se registró en el Estado 5; esta información no se registró en el Estado 3, por lo que no se

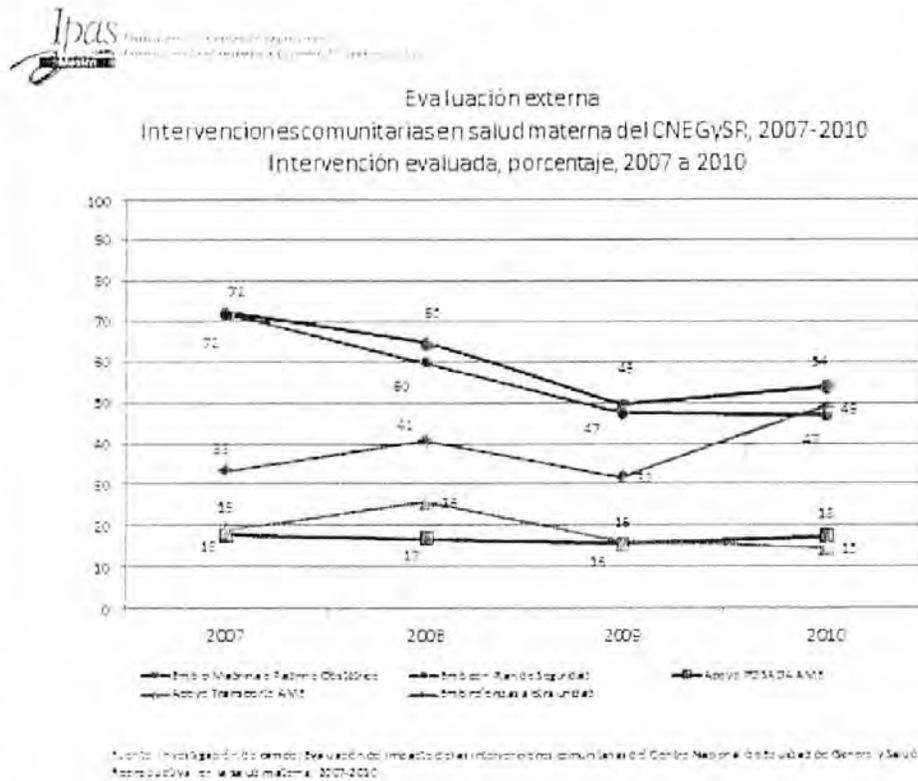
embarazadas significó que, en números absolutos, 2,691 embarazadas tenían madrina o padrino obstétrico y que el porcentaje del año 2010 representó que 3,076 mujeres tuvieran madrina o padrino obstétrico. El mismo fenómeno se observa, de manera muy similar, para mujeres embarazadas con Plan de Seguridad.

Por otro lado, se identifica un incremento en el porcentaje de embarazadas referida a otra unidad: en 2007 fue de 33, mientras que en 2010, casi la mitad de las embarazadas fue referida a otra unidad de salud. Esto puede relacionarse con la detección oportuna de probables complicaciones y/o con la referencia a otra unidad de mayor capacidad resolutive para su atención.

En cuanto a las embarazadas con apoyo de Posada AME, los datos indican que un promedio de 18 por ciento de ellas requirieron/accedieron a ese tipo de apoyo. Para la intervención de Transporte AME, la proporción fue un poco mayor, con un promedio de 20% en el periodo evaluado. Ambas intervenciones deben interpretarse a la luz del hecho de que no todas las embarazadas requieren este tipo de apoyos, sin embargo habrán de realizarse estudios puntuales sobre las mujeres que requieren estos apoyos de la red social y verificar que todas aquellas que lo ameritaban los recibieron. Estas estimaciones permitirían también identificar y planear las necesidades reales de apoyo de posadas y transporte en los diferentes municipios del país.

Por ello se toma como supuesto que entre mayor sea el porcentaje de embarazadas con madrina o padrino obstétrico, mejor y más oportuna será la atención durante el embarazo, parto y puerperio, por personal calificado y en servicios institucionales.

Figura 4



En la evaluación se observó que el porcentaje de embarazadas con madrina o padrino obstétricos fue de 72 en el primer año evaluado y desciende a 54 en 2010. Un comportamiento similar ocurrió con las embarazadas con Plan de Seguridad. Sin embargo, se debe considerar que en el año 2007, el 72% de las

Además de lo anterior se debe involucrar a representantes de las comunidades, ya que de acuerdo con la Guía en estos espacios deben recibir apoyo de la red social las:

- *Mujeres que requieren valoración y atención especializada en hospitales durante el control prenatal pero que no requieren ingreso hospitalario.*
- *Mujeres cuya fecha probable de parto es próxima (al menos 3 días) cuya única opción en la comunidad es la atención por partera tradicional.*
- *Mujeres que requieren vigilancia especializada durante el puerperio*
- *Madres de recién nacidos complicados que se encuentran hospitalizados.*
- *Mujeres que no cuentan con apoyo en sus comunidades para el cuidado de sus hijos. (Guía página 23)*

Sumado a lo anterior se requiere sistematizar la información de esta intervención, registrando:

- Mujeres ingresadas y atendidas en la Posada
- Motivo de ingreso (control prenatal, atención de parto, control del puerperio, atención a neonato).
- Días de estancia
- Localidad de procedencia
- Signos vitales y/o evolución del parto

Las acciones de registro de las actividades de las Posadas AME, no se realizan con regularidad. Estos registros son de vital importancia para su evaluación, seguimiento y continuidad.

E) Acciones para la difusión de los apoyos de la red social

Es muy importante difundir entre las mujeres, sus parejas, familiares, la comunidad en general y el personal de los centros de salud y hospitales, la existencia de los servicios de transporte y de Posada AME. De poco serviría el esfuerzo de muchas personas/instituciones dispuestas a implementar estas acciones, si la embarazada y sus familiares no conocen su existencia. (Guía de Operación, Redes Sociales en Salud Materna y Perinatal, 2010 Secretaría de Salud CNEGySR; pp 25)

Para evaluar esta intervención se hicieron pesquisas sobre:

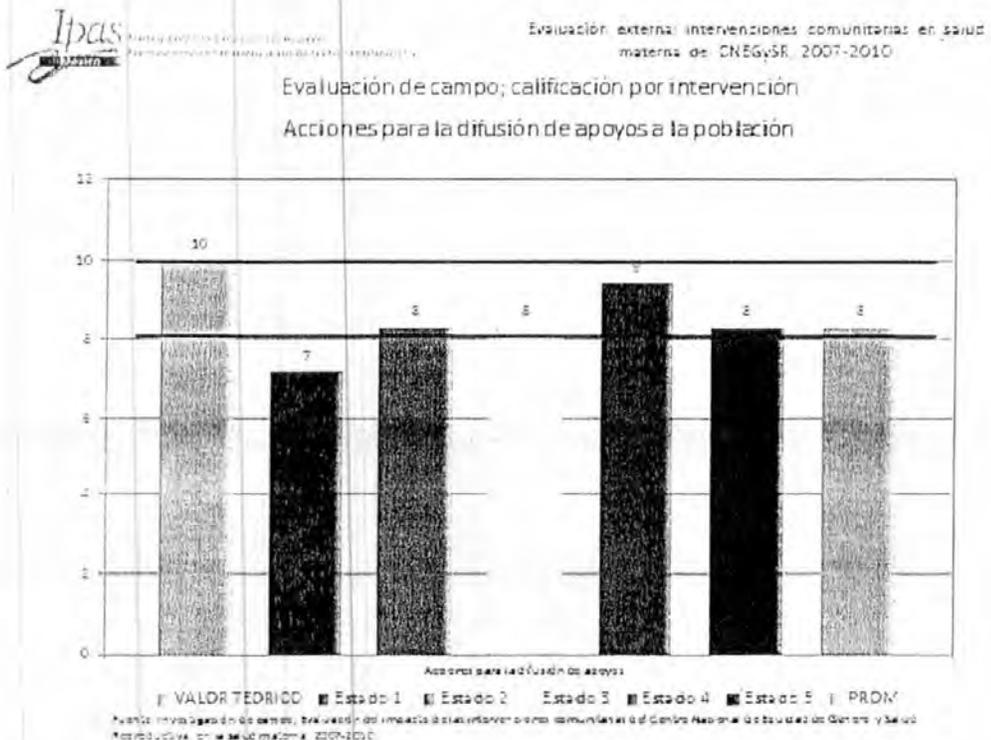
- Se difunde o difundió el servicio de transporte AME
- Se difunde o difundió el servicio de Posada AME
- Existe evidencia de folletos, laminas, carteles, etcétera; para la información y difusión de servicios

El valor teórico sobre la intervención fue de 10 puntos; la calificación más alta se identificó en el Estado 4 con un valor de 9. El promedio de la puntuación fue de 8, donde el Estado 1 obtuvo la calificación más baja con 7 puntos.

En esta intervención se requiere buscar alternativas locales para la difusión de los apoyos (Transporte y Posadas AME), se debe lograr que todas las mujeres en edad reproductiva, embarazadas y no embarazadas, conozcan los apoyos de la red social. Estas alternativas locales incluyen la asistencia y difusión de esta información a través de las reuniones ejidales, comunitarias, religiosas y

todas aquellas en donde se pueda informar sobre las intervenciones en salud materna y perinatal.

Figura 14



F) Acciones para el registro de información

En la evaluación de esta intervención se investigaron sólo dos aspectos:

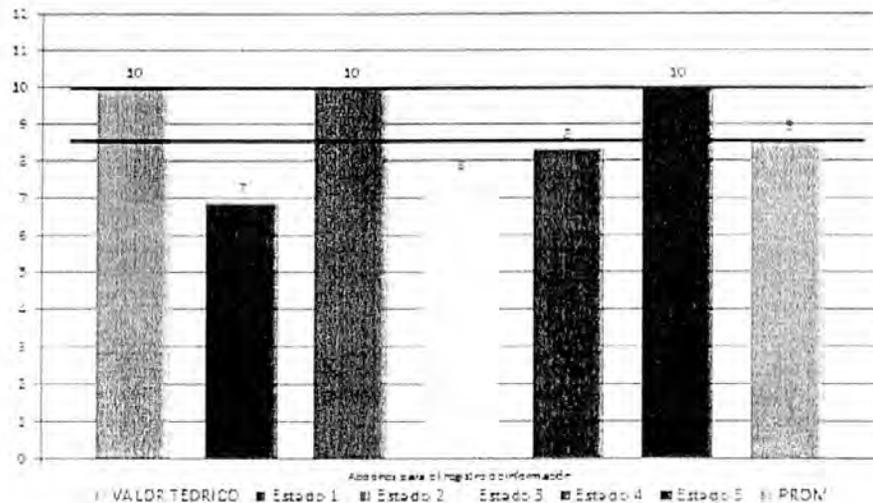
- Existe control de las actividades que se realizan en apoyo a las mujeres embarazadas.
- Se analiza el corte mensual de información (traslados, atenciones, informes)

La calificación teórica de esta intervención fue de 10 puntos. La puntuación de 10 fue lograda en los estados 2 y 5. El promedio de los cinco estados evaluados fue de 9 puntos, calificación en donde influye la calificación del Estado 1. En el Estado 1 no se realiza un análisis del corte mensual de información del proyecto, en los demás estados se hace pero no de forma consistente. Se debe hacer un esfuerzo para que en todas las localidades en donde se aplique el Programa se realice un registro y análisis de la información, esta acción facilita la evaluación de las acciones, permite espacios de reflexión y la propuesta de nuevas intervenciones comunitarias.

Figura 15


Evaluación externa: Intervenciones comunitarias en salud materna del CNEGySR, 2007-2010

Evaluación de campo; calificación por intervención
 Acciones para el registro de información



Fuente: Investigación de campo, Evaluación del impacto de las intervenciones comunitarias del Centro Nacional de Investigación y Salud Reproductiva en el subcontinente, 2007-2010.

F) Madrinas y padrinos comunitarios

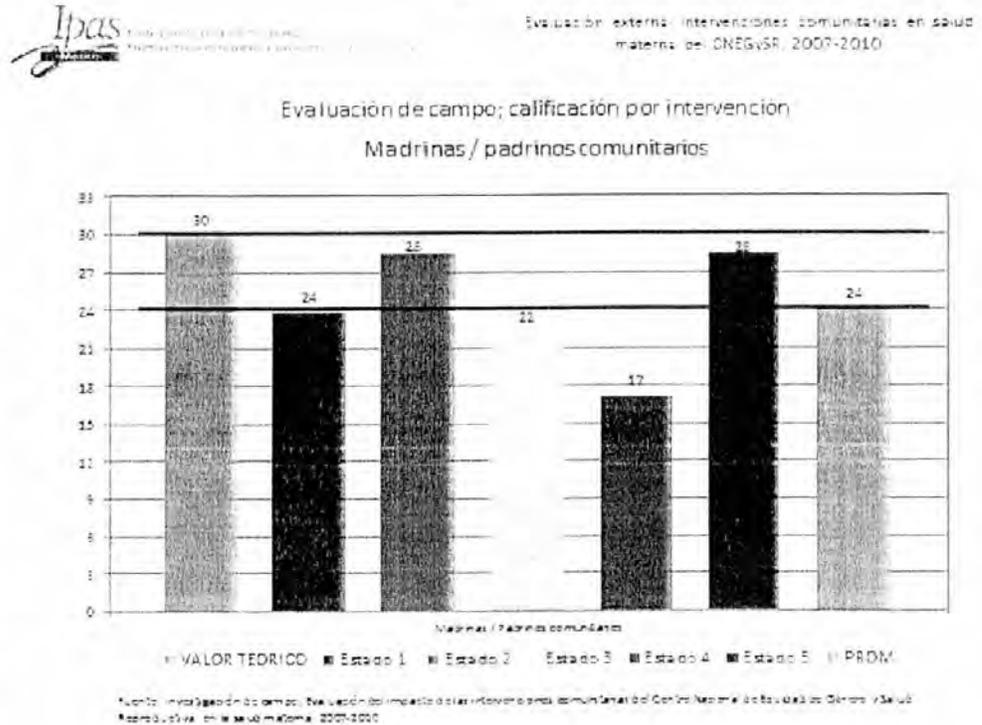
La Guía establece que las madrinas o padrinos comunitarios son “... una persona hombre o mujer que de manera voluntaria está dispuesta a acompañar y dar seguimiento al cuidado de la salud de una mujer (su ahijada) durante su embarazo hasta el término de la cuarentena”. (Guía de Operación, Redes Sociales en Salud Materna y Perinatal, 2010 Secretaría de Salud CNEGySR; pp 27)

Durante la evaluación se investigaron los siguientes aspectos:

- ¿Es usted voluntario?
- Recibe una compensación por sus acciones?
- Sabe el objetivo de ser Madrina/Padrino
- ¿Da a conocer los signos y síntomas de alarma?
- Menciona los signos y síntomas de alarma
- Elabora Plan de Seguridad para la embarazada
- Conoce los Hospitales resolutivos
- Sabe a donde referir un parto complicado
- Acompaña a las mujeres durante su consulta de control prenatal
- Realiza visitas domiciliarias
- Participa en reuniones comunitarias convocadas por el Comité o personal de Salud
- Avisa oportunamente al personal de salud de los casos potenciales de emergencia obstétrica
- Es portavoz de las demandas generadas por la población
- Recibe apoyo para la realización de sus actividades (Unidad de Salud, Autoridades locales)

La calificación ponderada para esta intervención fue de 30 puntos.

Figura 16.



Las calificaciones más altas se ubicaron en los estados 2 y 5. En tanto la calificación más baja se observó en el Estado 4. La calificación promedio fue de 24 puntos.

Es importante señalar que la figura de madrina o padrino comunitario u obstétrico en los estados 1, 2 y 5 fue asumida por parteras tradicionales, promotoras voluntarias y familiares directos de la embarazada.

Estos personajes recibieron capacitación específica y en el Estado 1 se logró disponer de un personaje intermedio entre la comunidad y los servicios de salud.

La estrategia desarrollada en el Estado 1 facilita la coordinación y los enlaces entre la comunidad (mujeres de 10 a 49 años) y la coordinación de los servicios de salud a nivel de la Jurisdicción Sanitaria.

Esta acción deberá ser evaluada por separado y analizar la factibilidad de réplica en otros municipios o jurisdicciones sanitarias.

G.- Calificación de los municipios evaluados

Se realizó el ejercicio de evaluación de cada una de las intervenciones en los municipios evaluados, se observó que se presentan diferencias en las calificaciones para cada uno, debido en parte a que el inicio de las actividades no fue simultáneo, y a que las intervenciones se aplicaron de forma integral sólo en los municipios del Estado 5.

En los municipios de los estados 1, 2, 3 y 4 las intervenciones se fueron implementando de acuerdo con las "velocidades" de cada localidad y del apoyo de la Jurisdicción Sanitaria y los Servicios Estatales de Salud.

El promedio de calificación fue de 81 puntos, lo que representa un avance sustancial en un periodo de sólo cuatro años. Los municipios con calificaciones más altas son los identificados con 2.2 y 4.2. En ambos municipios se logró una calificación de 94 puntos.

Las menores calificaciones se obtuvieron en el municipio 4.1 (65 puntos) donde las intervenciones para apoyar el alojamiento en Posadas AME tuvieron una calificación baja; en ese mismo municipio, las acciones con las madrinan/ padrinos comunitarios están en fase inicial. Otro municipio con calificación baja es el denominado 1.2 (67 puntos) donde se requiere reforzar las intervenciones comunitarias para apoyar el traslado y el alojamiento en Posadas AME.

En el municipio 4.3 se deberán fortalecer las acciones de identificación, promoción y formación de madrinan/padrinos comunitarios, ya que esa sola intervención incrementaría sustancialmente la calificación de esta unidad territorial.

En general en todos los municipios se debe lograr una mejor coordinación con los Ayuntamientos que asegure la operación y la sustentabilidad de las intervenciones, especialmente el Transporte y las Posadas AME.

TABLA 1:
 Evaluación externa: Intervenciones comunitarias en
 salud materna del CNEGySR, 2007-2009.
 Evaluaciones a nivel municipal

Clave Estado	Clave Mpio	Calificación general	Acciones de información y sensibilización	Acciones para la identificación de embarazadas	Acciones para favorecer el traslado de embarazadas	Acciones para apoyar el alojamiento en Posada AME	Acciones para la difusión de apoyos	Acciones para el registro de información	Madrinas / Padrinos comunitarios
Valores teóricos		100	15	5	15	15	10	10	30
Promedio de los Mpios. Evaluados		81	13	4	12	10	8	9	24
1	1.1	80	14	5	11	11	8	6	24
	1.2	67	14	5	6	5	6	8	24
2	2.1	73	12	4	7	5	7	10	28
	2.2	94	15	5	15	11	10	10	28
3	3.1	78	10	3	13	14	8	8	22
	4	4.1	65	14	5	13	5	8	10
4	4.2	94	14	5	11	14	10	10	30
	4.3	72	14	5	13	14	10	5	12
	5	5.1	92	14	5	15	11	8	10

H.- Calificación de los estados evaluados

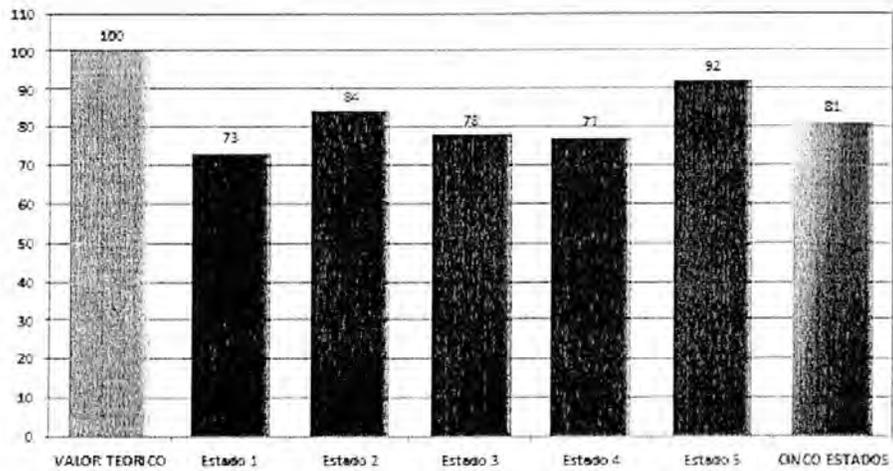
Se agruparon las calificaciones de los municipios y se identificó el nivel de avance para alcanzar los valores teóricos óptimos de cada una de las intervenciones, siguiendo como parámetro de comparación la Guía (Redes Sociales en Salud Materna y Perinatal, Guía de Operación, 2010 Secretaría de Salud Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva).

Figura 17



Evaluación externa: intervenciones comunitarias en salud materna del CNEGySR, 2007-2010

Evaluación de campo; calificación por Estado
 Valor teórico / promedio general



Fuente: Investigación de campo; Evaluación del impacto de las intervenciones comunitarias del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva en la salud materna, 2007-2010.

La calificación de la evaluación de las intervenciones en salud materna varía entre 73 y 92 puntos de un total teórico de 100 puntos, para cada uno de los cinco estados. La calificación promedio fue de 81 puntos.

Las calificaciones más altas son para los estados 5 y 2; en tanto la calificación más baja se obtuvo en el Estado 1.

Finalmente se evaluó el promedio general de cada intervención contra el valor teórico de cada una de ellas. Se identificaron que las intervenciones con menor variación entre valor teórico/promedio general, son:

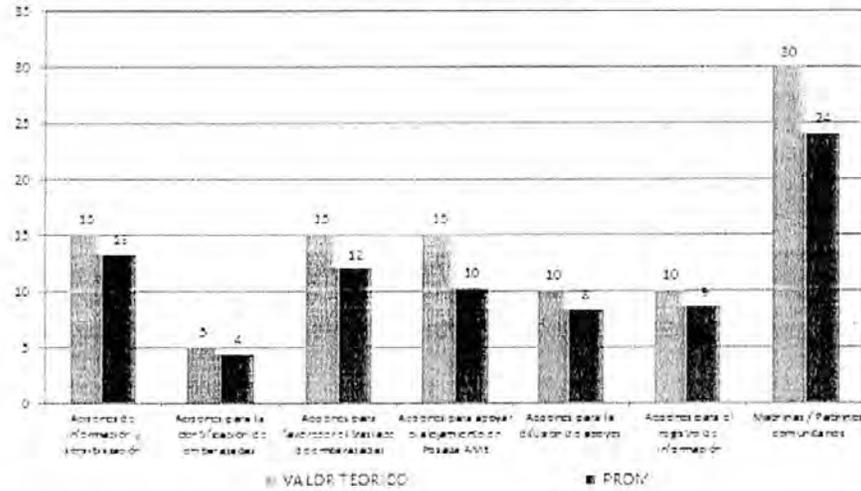
- acciones de información y sensibilización,
- acciones para la identificación de embarazadas,
- acciones para la difusión de apoyos, y
- acciones para el registro de la información.

En cambio las acciones para apoyar el traslado y la posada AME, así como las acciones de madrinas/padrinos obstétricos fueron las que se alejaron más de los valores esperados. Es evidente que estas acciones son las que requieren de apoyos más estructurales, de continuidad y de financiamiento. En este conjunto de tres acciones deberán de focalizarse los esfuerzos conjuntos y coordinados de los responsables de la operación, seguimiento y sustentabilidad del Programa.

Figura 18


 Evaluación externa: intervenciones comunitarias en salud materna del DNEGYSR, 2007-2010

Evaluación de campo: calificación por intervención
 Valor teórico / promedio general



Fuente: Investigación de campo: Evaluación de impacto de las intervenciones comunitarias del Centro Nacional de Salud de Género y el Reproductivo de la Secretaría de Salud, 2007-2010

Para asegurar la sustentabilidad en el futuro de las intervenciones comunitarias, deberán estar presentes, además de los comuneros y las madrinan/padrinos, las autoridades municipales, las autoridades jurisdiccionales de salud y representantes de los servicios estatales de salud. En conjunto, deben apoyar y gestionar recursos para que la solidaridad social de las comunidades se refuerce, para asegurar fondos que garanticen el traslado de las mujeres que lo requieran, que se disponga de alojamiento para todas las mujeres que lo ameriten y se brinde atención a la salud materna con calidad, aceptada culturalmente y con la participación de la población.

I.- Elementos cualitativos

1. Actores y procesos de la participación en intervenciones comunitarias

Los principales actores identificados en los cinco estados en cuanto al apoyo para el desarrollo de las intervenciones comunitarias fueron: tomadores de decisiones de la jurisdicción sanitaria, equipos médicos de unidades de primer nivel, autoridades municipales, transportistas, voluntarios, madrinas/padrinos obstétricos, parteras, parientes y usuarias. La vinculación de los actores fue más favorable donde había mayor asignación y disponibilidad de recursos.

Los efectos de la vinculación se observaron en diferentes grados en los cinco estados, sin embargo en las jurisdicciones de Guerrero, Nayarit y Puebla fue donde se documentó un mayor apoyo de las autoridades, equipos de salud, madrinas, parientes, voluntarios y usuarias para la referencia oportuna de mujeres con urgencias obstétricas.

Uno de los principales apoyos de los gobiernos estatales, fue la asignación de ambulancias a los ayuntamientos, los apoyos financieros para la referencia oportuna de casos complicados y las acciones de soporte a la formación de madrinas/padrinos obstétricos y parteras tradicionales. El personal de las unidades de salud señaló que, directamente o a través de la Jurisdicción Sanitaria, se coordinó con autoridades locales para disponer de transporte para la referencia de pacientes.

En general, actores comunitarios y usuarias comentaron que han desarrollado mecanismos para una identificación más eficiente de las mujeres embarazadas en general, y sobre todo de aquellas con riesgos de complicaciones, como la vigilancia por parte de madrinas/padrinos obstétricos comunitarios. La elaboración de censos de embarazadas se valora como una intervención útil y confiable por parte de los proveedores de servicios y los regidores de Salud de los ayuntamientos.

En el Estado 4, se notificaron casos de pago de choferes o a taxis de la localidad para el transporte de casos críticos. En el Estado 2 se comunicó la creación de un fondo para pagos y asegurar la solvencia de recursos para situaciones de emergencia. En los otros tres estados, las autoridades municipales entrevistadas señalaron que se apoyan los trabajos de los equipos de salud en comunidades de difícil acceso.

Se identificaron algunos retos de vinculación, los cuales se relacionan con problemas de seguimiento sistemático de los casos referidos y barreras culturales de accesibilidad a servicios de salud en zonas de diversidad cultural.

2. Instalación y operación de Transporte y Posadas AME

El Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida establece que las Posadas y el Transporte AME deben operar con la participación de las comunidades,

como resultado de la coordinación entre los actores para una atención oportuna y un manejo adecuado de las usuarias en estado crítico.

Se observó que en cada estado o jurisdicción sanitaria se realizaron adaptaciones para la operación de los Transportes AME de cada región. Un ejemplo de la adecuación, es que las ambulancias municipales están mejor equipadas. No obstante la mención de su disponibilidad, en los cinco estados se indicó que la demanda de traslados de mujeres embarazadas no era muy frecuente, por lo que este servicio se compartió con otro tipo de urgencias. En el Estado 1, se refirió que en diversas circunstancias no fue posible el acceso a vehículos automotores por lo que era necesario transportar a pie a las mujeres entre varias personas en hamacas o camillas de varas.

En cuanto a las Posadas AME, se observaron varias denominaciones: "Casa Materna" y "Posada Materna". Las Posadas, en tres casos observados, se localizaron en zonas contiguas a un hospital. En los tres estados donde funcionaban, los servicios proporcionados eran gratuitos para las usuarias y sus parientes. Las usuarias valoraron en buenos términos su disponibilidad.

Las posadas maternas visitadas para la evaluación dan servicio a un promedio de tres mujeres por semana; se informó que las usuarias asisten acompañadas en promedio por dos personas. Las usuarias entrevistadas indicaron que procedían de municipios cercanos a la ubicación de la Posada y fue evidente asimismo la participación del voluntariado, parteras y familiares en su aseo y la preparación de los alimentos, los cuales estuvieron disponibles en los tres

casos. En todas las oportunidades, se informó que la atención no generaba pagos por parte de las usuarias.

3. Coordinación entre intervenciones comunitarias y la red de servicios médicos

Se indagó sobre la formalización de la colaboración y la disponibilidad de los recursos, especialmente del liderazgo de los jefes jurisdiccionales y su articulación con las autoridades locales. La mayoría de las autoridades municipales que se entrevistaron señalaron que fueron convocados por autoridades de las jurisdicciones sanitarias para apoyar acciones de referencia y atención oportuna de mujeres embarazadas y urgencias obstétricas, en particular el transporte y las posadas AME. En el Estado 2, este reconocimiento fue más notorio entre las autoridades municipales, debido a que otorgaban directamente el financiamiento para el médico y las ambulancias.

En el ámbito municipal, los proveedores y usuarias reconocieron la colaboración de las autoridades jurisdiccionales y estatales. Una de las experiencias más desarrolladas de participación se observó en los estados 3 y 4, donde se ha institucionalizado la colaboración de los presidentes municipales en iniciativas participativas de salud materna como parte de los programas y políticas de bienestar social, a partir de la formulación de planes municipales de desarrollo y proyectos a ser financiados por los fondos de Municipios por la Salud. En estos proyectos, los presidentes municipales

gestionan apoyos para la ambulancia municipal, la referencia de urgencias obstétricas a las clínicas de referencia, así como el mantenimiento de las unidades y el apoyo a las posadas y las capacitaciones para personal comunitario, entre ellos las madrinas/padrinos obstétricos.

Los mayores retos de continuidad se encuentran en el ámbito político. Uno de los principales factores que influyen en la interrupción del apoyo al transporte se vinculaba con cambios de autoridades municipales y estatales. Esto se corroboró en el terreno, debido a que el trabajo de campo coincidió con dos procesos electorales en entidades en donde se suspendió temporalmente el otorgamiento de algunos de estos servicios.

Las madrinas y padrinos obstétricos tuvieron la mayor valoración por parte de las usuarias; se reconoció la importancia de su apoyo durante el embarazo, el parto y el cuidado de los niños menores. Si bien se refirió en la mayoría de los casos que el apoyo provenía de las madrinas y padrinos de mujeres embarazadas, se mencionó que debería haber mayor coordinación con las Posadas AME. Se encontró que en los cinco estados, un porcentaje alto de parteras desempeñaban las funciones de las madrinas y padrinos obstétricos; la mayoría de estas parteras tradicionales habían tenido capacitación en los servicios estatales de salud. El apoyo otorgado por estas proveedoras pudo observarse en las Posadas AME; en los estados 2 y 4 las parteras entrevistadas señalaron una vinculación notable con los servicios de salud, favorecida por el apoyo de los presidentes municipales. Estos últimos fueron ampliamente identificados como patrocinadores de los programas de salud materna.

Discusión

La evaluación de las intervenciones comunitarias en salud materna permitió identificar algunas acciones relevantes para la implementación de políticas de salud que requieren de la vinculación y participación de actores comunitarios clave, para la consecución de los objetivos de atención a la salud materna.

Los resultados presentados no son homogéneos en la dinámica local; no obstante, en la mayor parte de los casos las intervenciones comunitarias se aplicaron con efectos favorables. Aun cuando no se dispone de información sobre la implantación y el funcionamiento de las intervenciones comunitarias en todo el país, la evaluación realizada en jurisdicciones seleccionadas de cinco estados permite extraer lecciones sobre la aplicación y funcionamiento de las intervenciones y la participación comunitaria.

El análisis de las intervenciones comunitarias muestra la relevancia de dos ámbitos de vinculaciones: el de los servicios y el de las comunidades.

En el caso de los servicios, fue mayor la referencia a su participación donde hubo mayor relación entre proveedores de servicios de salud y municipales, además de mayor conocimiento de los usuarios acerca de la forma de acceder al apoyo. Esta coordinación entre proveedores y representantes municipales fue más amplia cuando se formalizaba mediante convenios para su operación, lo que sugiere que los mismos deben institucionalizarse en un futuro inmediato.

En promedio, la disponibilidad de transporte AME fue más amplia en cabeceras municipales y unidades de segundo nivel; sin embargo, para que esta estrategia impacte de manera sistemática en el acceso oportuno a los servicios, es indispensable que se disponga de Transporte AME cerca de las comunidades más lejanas y marginales.

La situación referida identifica la necesidad de mayor acompañamiento y fortalecimiento estructurales de las capacidades locales para la atención de retos en materia de salud materna. Las respuestas recabadas a lo largo de esta evaluación resaltan la importancia del respaldo y la formalización de acuerdos, e identifican las barreras para la continuidad. Se debe considerar que existen factores que pueden modificar la vinculación entre los distintos actores que han hecho posible la operación de las intervenciones comunitarias en salud materna; algunos de esos factores son la fragilidad de los acuerdos con las autoridades municipales ante procesos políticos-electorales, regionales o locales, así como los cambios de administraciones municipales o de autoridades de distintos niveles. Todos estos retos ponen en riesgo la sustentabilidad de las acciones.

A nivel comunitario, las usuarias expresaron que una fuente importante de apoyo está constituida por los personajes comunitarios (madrinas/padrinos obstétricos), lo que resulta complementario con las acciones de los presidentes municipales y los proveedores de servicios, como partes del proceso de atención.

Sin embargo, se observó que el apoyo más relevante para las usuarias provino de sus redes de parentesco y que ésta es la relación con mayor contenido simbólico y cultural en la red social de apoyo a las embarazadas.

Este hecho concuerda con estudios publicados que muestran que las personas mejor identificadas como proveedoras de apoyo están adscritas a la familia, lo que permite recomendar que el Programa de Salud Materna podría aprovechar más este recurso dadas las ventajas sociales que representa para el cumplimiento de sus objetivos. La evaluación mostró que el siguiente nivel de vinculación local se establece con las madrinas/padrinos obstétricos y parteras, y que complementa la atención recibida del personal de los servicios de salud.

Finalmente, la participación activa de los gobiernos municipales resultó significativa por los apoyos otorgados y la movilización de recursos que se logra (ambulancias, dineros para pagar traslados, actualización de personal de salud, formación de personal comunitario).

Sin embargo, para asegurar la permanencia de los apoyos y dar sustento a largo plazo a las intervenciones comunitarias, se requieren mecanismos dirigidos a la institucionalización de los convenios. Conjuntamente se requiere realizar evaluaciones periódicas de las acciones comunitarias, especialmente en jurisdicciones sanitarias de mayor riesgo para algún daño a la salud materna y perinatal, que permita anticipar y planear con mayor detalle las

necesidades de apoyo, transporte y alojamiento en posadas, y que en consecuencia pueda establecer acciones correctivas y adecuaciones locales que lleven a dar cumplimiento a los objetivos del Programa.

Para finalizar citamos una publicación reciente que señala “El éxito de los esfuerzos en la salud de la comunidad depende sustancialmente del contexto, incluyendo el grado de desarrollo de la infraestructura, los servicios y los recursos económicos”⁷

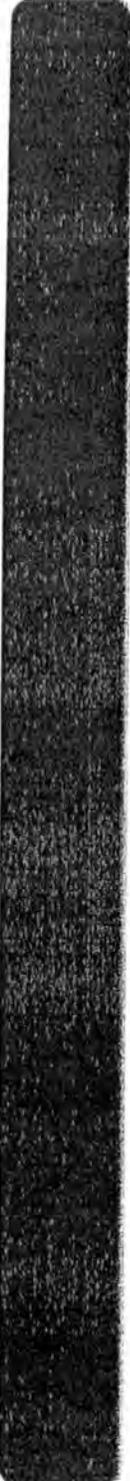
⁷ The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health, 2011. *A Global Review of the Key Interventions Related to Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health (RMNCH)* World Health Organization, Geneva, Switzerland, pp 9

Conclusiones

Las estrategias de intervención comunitaria incluyen acciones de sensibilización, acompañamiento, información y capacitación de diversos actores, así como acciones estructurales (transporte y posadas). La evaluación realizada a las intervenciones comunitarias en salud materna, en los municipios y jurisdicciones sanitarias estudiadas sugiere que las acciones informativas, la presencia y actuación de las madrinas obstétricas y sobre todo la coordinación y gestión para disponer de Transporte y Posadas AME, influyen en acercar las mujeres embarazadas a la atención institucional del embarazo, parto, puerperio y aborto.

Todas estas acciones redundan en la referencia y acceso más oportuno de las mujeres embarazadas a servicios de salud. Existe evidencia publicada, de la necesidad de fortalecer e incentivar la participación activa de las comunidades y de las autoridades locales en las zonas de mayor riesgo para mortalidad materna.

La amplia valoración de las redes sociales de apoyo (madrinas obstétricas) señala la importancia de incorporar a estos agentes comunitarios para lograr un acompañamiento más efectivo y la detección oportuna de riesgos obstétricos. El modelo actual de los servicios de salud y la participación real de las autoridades de distintos órdenes de gobierno, por sí mismos no bastan para lograr mejoras en la salud materna. Es indispensable incluir todos los componentes del modelo, desde la participación de la comunidad y en



especial de agentes comunitarios específicos como las madrinas y los padrinos obstétricos, hasta los elementos estructurales (transportes y posadas) que faciliten el acceso de las mujeres embarazadas a los servicios de atención de las emergencias obstétricas; pero también es esencial entender que solo en razón de la calidad y capacidad resolutive de estos servicios, tales acciones comunitarias tienen el potencial de impactar en la reducción de las complicaciones y de las muertes maternas.

Estas conclusiones deben considerarse en el diseño y actualización de programas, la Secretaría de Salud podría retomar la experiencia de las intervenciones comunitarias en salud materna al elaborar el programa del periodo de 2013 a 2018. Con una mayor participación de los actores comunitarios se logrará una mayor equidad y se creará un sistema de salud más participativo y democrático.



Agradecimientos

Los autores agradecen la gran disponibilidad de las usuarias, las madrinas y padrinos obstétricos, el personal de los servicios de salud, los municipales y las autoridades estatales para la realización de la investigación de campo.

También se reconocen las facilidades brindadas por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva para la **Evaluación del impacto de las intervenciones comunitarias en la salud materna 2007-2010**.