



inevap
DURANGO
INSTITUTO DE EVALUACIÓN DE POLÍTICAS
PÚBLICAS DEL ESTADO DE DURANGO

Evaluación Diagnóstica de Salud Materna y Perinatal de los Servicios de Salud de Durango

Programa Anual de Evaluación 2023

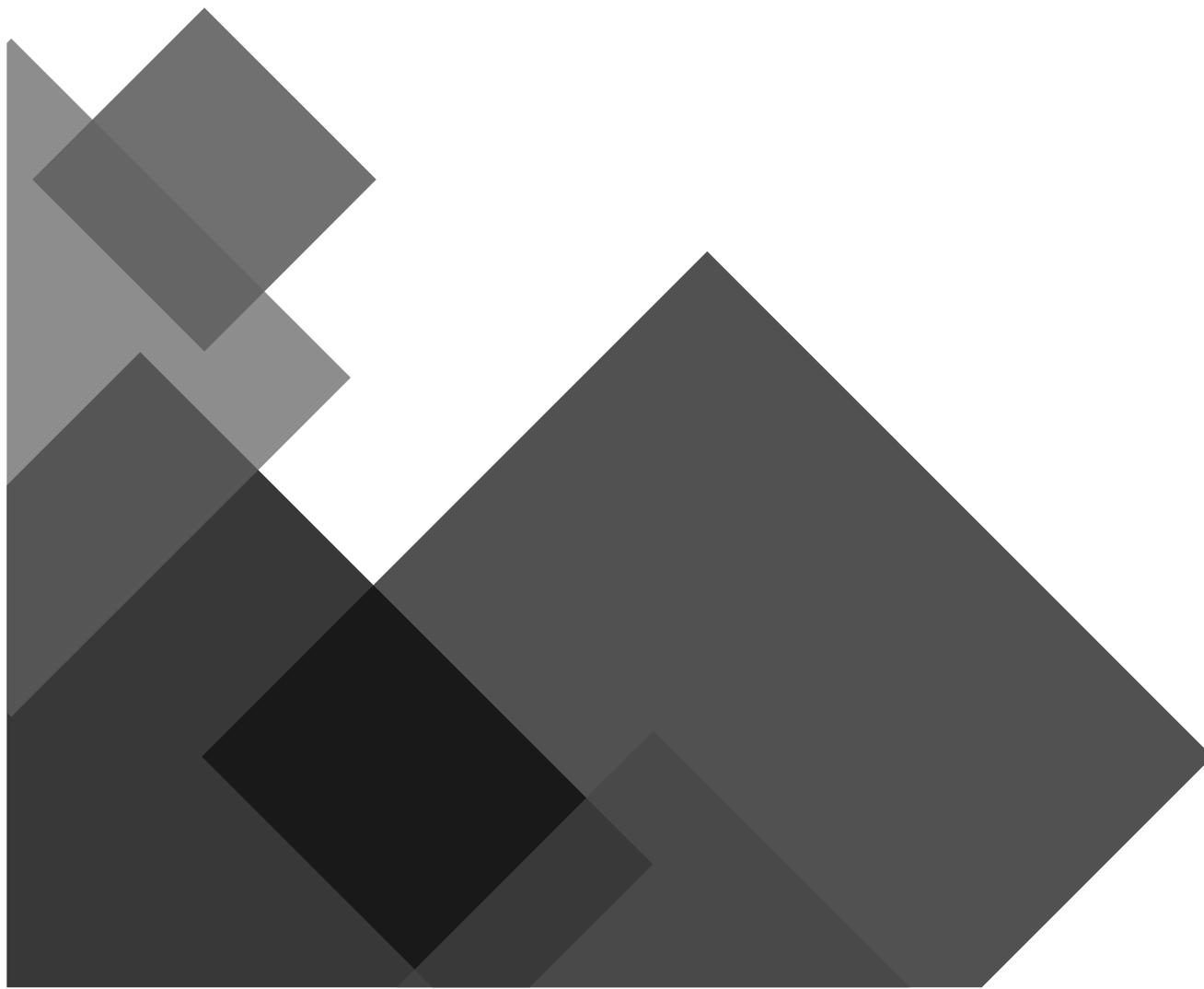




inevap
DURANGO
INSTITUTO DE EVALUACIÓN DE POLÍTICAS
PÚBLICAS DEL ESTADO DE DURANGO

Evaluación Diagnóstica de Salud Materna y Perinatal de los Servicios de Salud de Durango

Programa Anual de Evaluación 2023



Evaluación Diagnóstica del Programa de Salud Materna y Perinatal.

Instituto de Evaluación de Políticas Públicas del Estado de Durango
Blvd. de las Rosas #151
Fraccionamiento Jardines de Durango
C.P. 34200
Durango, Durango

Citación sugerida:

Instituto de Evaluación de Políticas Públicas del Estado de Durango. Evaluación Diagnóstica del Programa de Salud Materna y Perinatal, Durango: Inevap, 2023.

DIRECTORIO

INSTITUTO DE EVALUACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS DEL ESTADO DE DURANGO

Consejo General **Emiliano Hernández Camargo**
Consejero Presidente

Isaura Leticia Martos González
Consejera Propietaria

Francisco Antonio Vázquez Sandoval
Consejero Propietario

Coordinaciones **Sergio Humberto Chávez Arreola**
Coordinador de la Política de Evaluación

Omar Ravelo Rivera
Coordinador de Seguimiento de la
Evaluación

Rafael Rodríguez Vázquez
Coordinador de Investigación y
Proyectos Especiales

Daniela Miroslava Villa Hernández
Coordinadora de Vinculación

Karla Gabriela Chávez Verdín
Coordinadora de Administración y
Finanzas

Erika Bustamante Alderete
Coordinadora de Archivos y Gestión
Documental

**Equipo técnico
de la evaluación** Sergio Humberto Chávez Arreola
Rafael Rodríguez Vázquez

Resumen ejecutivo

Marco de la evaluación

El Instituto de Evaluación de Políticas Públicas del Estado de Durango (Inevap) es el organismo constitucional autónomo encargado de coordinar y realizar las evaluaciones de las políticas y programas públicos que operan los poderes ejecutivo, legislativo y judicial, otros órganos constitucionales autónomos, los municipios, y las entidades paraestatales y paramunicipales del estado de Durango.

El objetivo del Inevap es generar información para mejorar las intervenciones públicas a partir del trabajo independiente, objetivo, transparente, colaborativo y de calidad. Las evaluaciones del Inevap reportan sobre asuntos de interés público, e incorporan análisis sobre los factores subyacentes de éxito de un programa o política pública, contribuyen a la cultura de transparencia y guían sobre referentes y buenas prácticas en el diseño y la implementación de las intervenciones públicas. El trabajo de Inevap ayuda a todo aquel que usa recursos públicos a reflexionar sobre los resultados obtenidos para mejorar los servicios públicos.

Los Lineamientos Generales para la Evaluación de las Políticas Públicas y de los Programas Presupuestarios del Estado de Durango vigentes establecen las bases para el cumplimiento de la función de evaluación del Inevap. Estos lineamientos definen que las evaluaciones deben apearse a los modelos de Términos de Referencia (TdR) que emita el Inevap, los cuales especifican la intervención pública, instrumentos, acciones, resultados y alcances que sean objeto de evaluación.

Previo a la decisión de evaluar, el Inevap realizó una valoración de evaluabilidad que estimó la disposición y preparación de las intervenciones para ser evaluadas. Los resultados de dicha valoración fueron el principal insumo para configurar los objetivos, hipótesis y preguntas de evaluación que se documentan en estos TdR. De esta forma, el diseño de la evaluación responde a las características de las intervenciones y se sincroniza con las necesidades de información de sus responsables.

La Secretaría de Salud de Durango (SSD) presentó como propuesta de evaluación al Programa de Salud Materna y Perinatal, la cual fue sujeta a una valoración de evaluabilidad, donde se pudo apreciar que los funcionarios conocen la importancia de la evaluación para realizar mejoras a los programas públicos, sin embargo, con base en lo mencionado por los responsables de dicha intervención se tiene poco margen de maniobra para realizar cambios debido a que esta es dictada a nivel nacional, sin embargo, se pudo detectar que existe la oportunidad de realizar una evaluación que pueda caracterizar la situación de la mortalidad materna a nivel local, la cual permita mejorar los servicios médicos e incida en la disminución de la muerte materna.

Descripción de la intervención evaluada

El Programa de Salud Materna y Perinatal tiene como propósito fundamental reducir los rezagos en la atención de todas las mujeres, sus parejas y sus recién nacidos durante la etapa pregestacional, el embarazo (prenatal), parto y la etapa neonatal (comprende las primeras 4 semanas de la vida de un bebé), y que las intervenciones efectivas, preventivas e integrales y de calidad logren el impacto en

las mujeres y que manifiesten satisfacción por el trato digno y respetuoso que reciben de los prestadores de servicios de salud.

En el estado de Durango, el programa está dividido en dos, por un lado, el de Salud Materna y, por otro, el de Salud Perinatal, para su funcionamiento se cuenta con una asignación presupuestal del Ramo General 33, el Ramo 12, así como del recurso proveniente del Instituto de Salud para el Bienestar (Insabi).

El PSMP busca que las mujeres en edad fértil reciban información y servicios de salud orientados a un embarazo saludable, un parto seguro y un puerperio sin complicaciones. El PSMP prevé diversas actividades:

1. Promover la realización de consultas de control prenatal
2. Realizar pruebas de VIH a mujeres embarazadas
3. Coordinar la realización del procedimiento de cesárea en mujeres con embarazo de alto riesgo
4. Incorporar a mujeres con evento obstétrico como aceptantes de métodos anticonceptivos
5. Registrar a pacientes con riesgo perinatal para su seguimiento oportuno
6. Promover que la atención de eventos obstétricos en lugares de difícil acceso se otorgue por personal capacitado no médico
7. Promover la incorporación de mujeres como donantes en bancos de leche humana
8. Promover la realización de tamiz auditivo
9. Promover la realización de tamiz metabólico

Principales resultados de la evaluación

En general, **el PSMP de los SSD conoce y entiende las características más relevantes de las mujeres que fallecieron por causas maternas.** Esta evaluación reconoce que SSD, a través de la Subdirección de Salud Sexual y Reproductiva y del Departamento de Salud Materna y Perinatal, cuenta con un Diagnóstico de Salud 2022 exclusivo del problema de salud materna y perinatal. No se encontró evidencia de un diagnóstico para 2023, por lo que conviene que se aseguren medidas para su producción anual, en tanto la evolución del problema y las capacidades para atenderlo cambian año con año. El diagnóstico 2022 incluye un análisis sobre los determinantes de la salud materna y perinatal, un análisis epidemiológico, y un análisis de la capacidad física y humana en salud instalada en Durango. También incluye información sobre las acciones comunitarias que se han implementado y las propuestas de política pública sobre el problema de salud materna. Conviene que este documento de política se convierta en un documento recurrente e institucionalizado como para propiciar la deliberación sobre las políticas necesarias y la evolución del estado del problema en Durango. Su institucionalización dependería de la conformación de reglas formales orientadas a su construcción: lineamientos y reformas al reglamento interior de los SSD; y de rutinas diseñadas para la configuración del diagnóstico. Con todo, el diagnóstico 2022 documenta el problema de mortalidad materna que pretende atender, e identifica, cuantifica y localiza a la población afectada por el problema. En el diagnóstico se aprecia un entendimiento del problema público y de las opciones de política para abordarlo.

La intervención identifica los casos de mujeres que fallecieron por causas maternas. Por norma, las entidades federativas deben establecer un Comité Estatal de Prevención, Estudio y Seguimiento de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal. Este órgano se encarga de la integración de la información del análisis y conclusiones de los casos de muerte materna y perinatal que se presenten en la entidad federativa. La discusión colegiada propicia que se establezcan acciones para mejorar la organización de los servicios médicos.

En Durango, existe evidencia del funcionamiento del Comité Interinstitucional de Prevención, Estudio, y Seguimiento de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal (CIPESMMMP). Se reúne de manera periódica para tipificar los casos de muerte materna e identificar los factores médicos y no médicos predisponentes y agravantes en la ocurrencia de fallecimientos. También, se encarga de identificar los puntos críticos de intervención, mediante el análisis de eslabones críticos, conocido como línea de vida obstétrica.

El proceso de Notificación Inmediata de Muerte Materna en Durango se realiza sin demora. La Notificación Inmediata de Muerte Materna (NIMM) es un proceso de vigilancia activa de la mortalidad materna. El objetivo es que la Secretaría de Salud federal reciba de manera oportuna información de las defunciones relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio, así como de las defunciones tardías y por secuelas. La NIMM es el reporte de realizado lo más rápido posible (el estándar es de 24 horas después de la defunción) sobre un evento de defunción por causa materna. La notificación se recibe a través de la plataforma del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica mediante un formato de notificación, el cual se respalda por documentación comprobatoria: certificado de defunción y resumen clínico.

Propuesta de recomendaciones y observaciones

Al final, conviene que los SSD realicen los siguiente:

1. Institucionalizar la realización y actualización del diagnóstico de salud materna y perinatal.
2. Fortalecer el diseño del diagnóstico de salud materna y perinatal.
3. Fortalecer la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) del PSMP.
4. Diseñar indicadores y metas propuestos para la PSMP en Durango.
5. Insistir en una estrategia de implementación para el componente comunitario de salud materna.
6. Insistir en una estrategia de difusión del PSMP, o de la importancia de la salud materna y perinatal.
7. Mejorar el registro de las sesiones del Comité Estatal de Prevención, Estudio y Seguimiento de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal (CIPESMMMP).

Conclusiones

La mortalidad materna es un problema grave de salud pública, derechos humanos y desarrollo social (Coneval, 2012). La muerte materna es la muerte de una mujer debido a complicaciones del embarazo o parto, durante el embarazo o dentro de los 42 días posteriores al término de este. Las muertes maternas pueden prevenirse, por medio del desarrollo tecnológico y la atención oportuna y de

calidad en materia de salud. Las principales causas de defunción se reconocen como hemorragia obstétrica y por enfermedad hipertensiva en el parto y el puerperio.

Para abordar el problema de la mortalidad materna, el organismo Servicios de Salud de Durango (SSD) despliega el programa de Salud Materna y Perinatal (PSMP). El objetivo del PSMP es «reducir la morbilidad y mortalidad de las mujeres en embarazo y puerperio y de las personas recién nacidas [...] en un modelo de atención preventivo en cada uno de los niveles de atención médica, [...] en principios de interculturalidad y equidad de género».

Este informe forma parte de una primera fase de análisis evaluativo en torno al problema de mortalidad materna. Hacia adelante, se pretenden analizar otros componentes más operativos que se relacionan con la manera en la que una mujer decidió buscar atención, y cómo recibió esa atención; eventos varios, que desafortunadamente derivaron en una muerte materna. En general, el PSMP de los SSD conoce y entiende las características más relevantes de las mujeres que fallecieron por causas maternas.

Contenido

Resumen ejecutivo.....	7
Contenido.....	11
Glosario	12
Siglas y acrónimos	14
Introducción	15
Descripción de la intervención evaluada	16
Descripción del diseño y proceso de evaluación.....	17
Resultados de la evaluación.....	18
I. Situación diagnóstica-contextual de la mortalidad materna en Durango	18
II. Situación diagnóstica-contextual de la mortalidad materna en Durango	50
Fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas	54
Propuesta de recomendaciones y observaciones	56
Conclusiones	58
Ficha de la evaluación.....	60
Referencias.....	61
Anexos	62
1. Defunciones maternas según causas de defunción	62
2. Unidades de salud por nivel de atención y por institución administradora.....	65
3. Propuesta de lógica causal de Salud Materna y Perinatal.....	66
4. MIR del PSMP	67
5. Razón de Mortalidad Materna por entidad federativa	69

Glosario

Cuidados obstétricos de emergencia	Personal médico calificado que cuenta con las medicinas, suministros de sangre segura y otros equipos necesarios para atender complicaciones del embarazo y parto.
Eclampsia	Forma más grave de toxemia en el embarazo, y se caracteriza por convulsiones, hipertensión, proteinuria y edema general.
Enfoque formativo	Se refiere a una evaluación que busca mejorar el desempeño de la intervención, más que decidir sobre su valor y continuidad.
Evaluación	Análisis sistemático y objetivo de una intervención cuya finalidad es determinar su pertinencia, eficiencia, eficacia, impacto, sostenibilidad y coherencia, así como su valor y mérito.
Hallazgos	Evidencias obtenidas de una o más evaluaciones para realizar afirmaciones basadas en hechos.
Hemorragia obstétrica	Pérdida sanguínea de origen obstétrico, pérdida del 25% de la volemia, caída del hematocrito mayor a 10 puntos, presencia de cambios hemodinámicos o pérdida mayor a 150ml/min.
Intervención	Iniciativas de un gobierno o ente público para producir algún cambio o resolver un problema, tales como proyectos, programas, políticas, planes y estrategias.
Morbilidad materna	Lesión o incapacidad que ocurre durante el embarazo, parto o dentro de los 42 días posteriores al parto, ya sea aguda, crónica o ambas.
Muerte materna	La que ocurre a una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio de este, debida a cualquier causa relacionada con, o agravada por el embarazo su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.
Preeclampsia	Síndrome específico del embarazo que consiste básicamente en la aparición de hipertensión arterial después de la vigésima semana de gestación y la presencia de niveles elevados de proteína en la orina (proteinuria)..
Parto	Conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del feto de 22 semanas o más por vía vaginal, incluyendo la placenta y sus anexos.
Proporción de mortalidad materna	Número de muertes maternas por cada 100,000 nacimientos vivos durante el mismo período de tiempo.
Propuesta de recomendaciones y observaciones	Sugerencias emitidas por el equipo evaluador derivadas de los hallazgos identificados en evaluaciones cuyo propósito es contribuir a la mejora.

Puerperio	Periodo que sigue a la expulsión del producto de la concepción, en el cual los cambios anatómicos fisiológicos propios del embarazo se revierten al estado pregestacional. Tiene una duración de 6 semanas o 42 días.
Tasa o razón de mortalidad materna	Número de defunciones maternas durante un periodo de tiempo dado por cada 100,000 nacidos vivos en el mismo periodo.
Términos de Referencia	Documento donde se especifica el marco y las consideraciones técnicas y administrativas para realizar una evaluación.

Siglas y acrónimos

AFASPE	Acuerdo para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
CIPESMMMP	Comité Interinstitucional de Prevención, Estudio y Seguimiento de la Morbilidad Materna y Perinatal
CLUES	Clave Única de Establecimientos de Salud
CNEGSR	Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
Coneval	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social
FASSA	Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud
Inevap	Instituto de Evaluación de Políticas Públicas del Estado de Durango
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado
LGS	Ley General de Salud
MIR	Matriz de Indicadores para Resultados
MML	Metodología de Marco Lógico
NIMM	Notificación Inmediata de Muerte Materna
PAE	Programa Anual de Evaluación
PSMP	Programa de Salud Materna y Perinatal
RMM	Razón de Muertes Maternas
SINBA	Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud
SINERHIAS	Subsistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Salud
SMP	Salud Materna y Perinatal
SSD	Servicios de Salud del Estado de Durango

Introducción

La mortalidad materna es un problema grave de salud pública, derechos humanos y desarrollo social (Coneval, 2012). La muerte materna es la muerte de una mujer debido a complicaciones del embarazo o parto, durante el embarazo o dentro de los 42 días posteriores al término de este. Las muertes maternas pueden prevenirse, por medio del desarrollo tecnológico y la atención oportuna y de calidad en materia de salud. Las principales causas de defunción se reconocen como hemorragia obstétrica y por enfermedad hipertensiva en el parto y el puerperio.

Para abordar el problema de la mortalidad materna, el organismo Servicios de Salud de Durango (SSD) despliega el programa de Salud Materna y Perinatal (PSMP). El objetivo del PSMP es «reducir la morbilidad y mortalidad de las mujeres en embarazo y puerperio y de las personas recién nacidas [...] en un modelo de atención preventivo en cada uno de los niveles de atención médica, [...] en principios de interculturalidad y equidad de género».

Con esta evaluación, se pretende describir y analizar las características más relevantes de las mujeres que fallecieron por causas maternas en los últimos dos años. De manera específica, analizar el problema de mortalidad materna en Durango y las capacidades diagnósticas del PSMP; y analizar el proceso de Notificación Inmediata de Muerte Materna en Durango. Con ello, la evaluación diagnóstica generará hallazgos sobre las capacidades de análisis del problema público y las condiciones subyacentes de muertes maternas, particularmente, las que dependen de los SSD, como la prestación del servicio durante el proceso prenatal, en el parto y en el puerperio. Este entendimiento debería ayudar al PSMP y a los SSD a configurar una estrategia basada en evidencia sobre la mitigación de los riesgos que lleva a una mujer a padecer afecciones que ponen en peligro su vida, o en el peor de los casos, que desemboquen en su fallecimiento.

Este informe forma parte de una primera fase de análisis evaluativo en torno al problema de mortalidad materna. Hacia adelante, se pretenden analizar otros componentes más operativos que se relacionan con la manera en la que una mujer decidió buscar atención, y cómo recibió esa atención; eventos varios, que desafortunadamente derivaron en una muerte materna.

La primera parte de esta evaluación analiza la situación diagnóstica y contextual de la mortalidad materna en Durango. En esta sección, se analizarán los principales indicadores asociados a las defunciones por causas maternas: evolución, grupos etarios, y por causas de defunción. Para esta sección, también se precisarán las estrategias de política pública existentes de los SSD para atender y mejorar la atención materna en Durango, y para reducir la mortalidad materna de la población en riesgo. Como el PSMP asume una teoría de cambio y una lógica causal, se valorará la coherencia de esta y su pertinencia alrededor del problema público que se pretende atender.

La segunda parte de esta evaluación abordará el proceso de Notificación Inmediata de Muerte Materna alrededor de los procedimientos clave, los cuales son vigilados por la coordinación del PSMP en todas las unidades médicas donde se registra una muerte por causas maternas.

Finalmente, el documento concluirá con un análisis de las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas diagnósticas del problema de mortalidad materna en Durango y ofrecerá recomendaciones al margen de estas capacidades para ajustar la estrategia de política pública de los SSD.

Descripción de la intervención evaluada

El Programa de Salud Materna y Perinatal tiene como propósito fundamental reducir los rezagos en la atención de todas las mujeres, sus parejas y sus recién nacidos durante la etapa pregestacional, el embarazo (prenatal), parto y la etapa neonatal (comprende las primeras 4 semanas de la vida de un bebé), y que las intervenciones efectivas, preventivas e integrales y de calidad logren el impacto en las mujeres y que manifiesten satisfacción por el trato digno y respetuoso que reciben de los prestadores de servicios de salud.

En el estado de Durango, el programa está dividido en dos, por un lado, el de Salud Materna y, por otro, el de Salud Perinatal, para su funcionamiento se cuenta con una asignación presupuestal del Ramo General 33, el Ramo 12, así como del recurso proveniente del Instituto de Salud para el Bienestar (Insabi).

El PSMP busca que las mujeres en edad fértil reciban información y servicios de salud orientados a un embarazo saludable, un parto seguro y un puerperio sin complicaciones. El PSMP prevé diversas actividades:

1. Incrementar el acceso en las etapas pregestacional, prenatal, parto, puerperio y neonatal a servicios con alta calidad.
2. Promover la nutrición efectiva en forma temprana y específica, en las etapas pregestacional, prenatal y neonatal.
3. Contribuir a reducir la morbilidad materna y perinatal, con enfoque de interculturalidad, priorizando grupos de alta marginación y de riesgo.
4. Promover la formación, actualización y desarrollo de recursos humanos para la atención integral, pregestacional, prenatal, del parto, puerperio y del neonato.
5. Contribuir a prevenir embarazos de alto riesgo impulsando el acceso a métodos anticonceptivos, respetando la libre decisión de las mujeres.
6. Apoyar en la gestión de insumos y equipamiento en unidades médicas que atienden la salud materna y perinatal.
7. Fortalecer la vinculación de los procesos de gestión, vigilancia, monitoreo, seguimiento y evaluación para la acción y rendición de cuentas.

Descripción del diseño y proceso de evaluación

Los objetivos de la Evaluación Diagnóstica del Programa Salud Materna y Perinatal tienen un enfoque formativo y se alinean con el paradigma orientado al uso de los resultados del ejercicio evaluativo.

Objetivos de la evaluación

Principal	Describir y analizar las características más relevantes de las mujeres que fallecieron por causas maternas en los últimos dos años.
Específicos	<ul style="list-style-type: none">• Analizar el problema de mortalidad materna en Durango y las capacidades diagnósticas del programa• Analizar el proceso de Notificación Inmediata de Muerte Materna en Durango

Las hipótesis que guían la Evaluación Diagnóstica del Programa Salud Materna y Perinatal derivan del encuentro de las necesidades de información y los requerimientos de la intervención para alcanzar sus resultados esperados. Estas hipótesis se vinculan con los objetivos y secciones de la evaluación, y apoyan la configuración de su resumen ejecutivo.

Hipótesis de la evaluación

Principal	La intervención conoce y entiende las características más relevantes de las mujeres que fallecieron por causas maternas.
Adicionales	<ul style="list-style-type: none">• La intervención identifica los casos de mujeres que fallecieron por causas maternas.• El proceso de Notificación Inmediata de Muerte Materna en Durango se realiza sin demora.

La Evaluación Diagnóstica del Programa Salud Materna y Perinatal tiene un enfoque formativo y se alinea con el paradigma orientado al uso de los resultados del ejercicio evaluativo. Para su desarrollo, dicha evaluación es predominantemente cualitativa, con un alcance descriptivo y utiliza técnicas no experimentales como:

- Análisis documental
- Observación directa
- Análisis comparado
- Entrevistas a profundidad
- Grupos de enfoque

La vertiente diagnóstica es enfática en analizar la documentación existente en los SSD sobre la mortalidad materna y aquella relativa a la política pública de atención prenatal, en el parto y en el puerperio. Se propone el análisis estadístico de fuentes y bases de datos referentes a los casos de muertes maternas por diferentes variables de interés: grupo etario, municipio de ocurrencia, por causas de defunción, por estado civil, por escolaridad y por derechohabiencia. Es posible utilizar análisis espacial y de georreferencia; pero debe advertirse que la información de la georreferenciación de las unidades de salud es de baja calidad (coordenadas no coinciden), por lo que se debe tener cautela en el procesamiento y presentación de esta información. Por estas limitaciones, no será posible analizar información relativa a la cercanía de las unidades de salud a las localidades y a indicadores de cohesión social como la accesibilidad a carretera pavimentada (GACP).

Resultados de la evaluación

I. Situación diagnóstica-contextual de la mortalidad materna en Durango

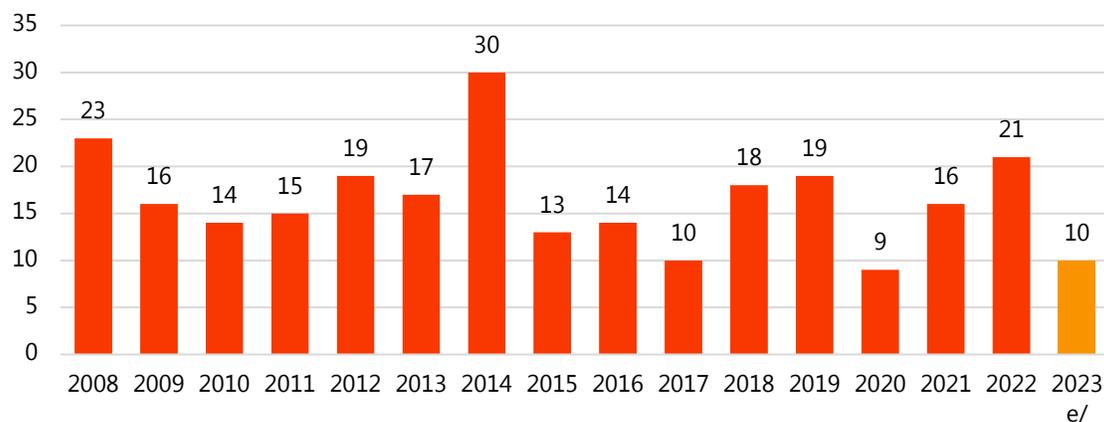
1. ¿Cuál es la situación del problema de la mortalidad materna en Durango?

La mortalidad materna es un problema grave de salud pública, derechos humanos y desarrollo social (Coneval, 2012). La muerte materna es la muerte de una mujer debido a complicaciones del embarazo o parto, durante el embarazo o dentro de los 42 días posteriores al término de este. Las muertes maternas pueden prevenirse, por medio del desarrollo tecnológico y la atención oportuna y de calidad en materia de salud. Las principales causas de defunción se reconocen como hemorragia obstétrica y por enfermedad hipertensiva en el parto y el puerperio.

Evolución

Las defunciones por causas maternas en Durango se han presentado con notable variabilidad, reconocida incluso por los Servicios de Salud de Durango (SSD) (SSD, 2022). Durango no ha rebasado las 30 defunciones maternas, al menos, desde 2014. Las muertes maternas han fluctuado alrededor de 16-17 defunciones en promedio. Desde el inicio de esta década, las muertes maternas han ido en aumento; pero se anticipa que en 2023 se revierta la tendencia positiva. Al cierre de la semana epidemiológica 40 de 52 de 2023, se han presentado 10 muertes maternas.

Gráfica 1.
Muertes maternas en Durango, 2008-2023^{e/}
Número



Desde el inicio de esta década, las muertes maternas han ido en aumento.

^{e/} 2023 a la semana epidemiológica 40.

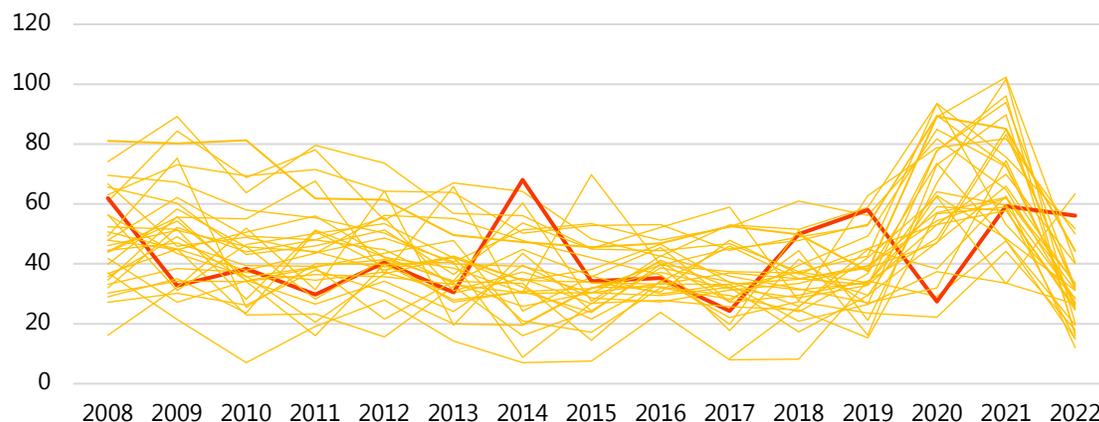
Fuente: elaboración propia con información de Servicios de Salud de Durango.

Otro indicador relevante para entender la situación de la mortalidad materna es la razón de mortalidad materna (RMM). Se define como el número de defunciones maternas durante un período de tiempo por cada 100,000 nacidos vivos en el mismo periodo. Por RMM, Durango es la segunda entidad federativa con la mayor RMM, solo por debajo de Tlaxcala. En 2021, Durango era la entidad 21 por RMM; en 2020, ocupaba el lugar 32; en 2019, el tercer lugar; en 2018, el séptimo lugar. La RMM se ha comportado con relativa variabilidad. En 2017, la RMM alcanzó las 24.28 defunciones por cada 100,000 nacimientos vivos. En 2018, la RMM ascendió a 49.95; 2019, a 58.05; 2020, se redujo a

19.3; en 2021, aumentó a 59.33; y en 2022, la RMM alcanzó un nivel por encima de la media nacional (30.4) de 56.1. En la gráfica 2, la RMM en Durango está representada por la línea naranja.

Gráfica 2.**Razón de muertes maternas en Durango y en el resto de las entidades federativas, 2008-2022**

Muertes maternas por cada 100,000 nacimientos vivos



Al 2022, Durango es la segunda entidad federativa con la mayor RMM. La línea naranja es Durango.

Fuente: elaboración propia con información de Servicios de Salud de Durango y Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud.

Edad

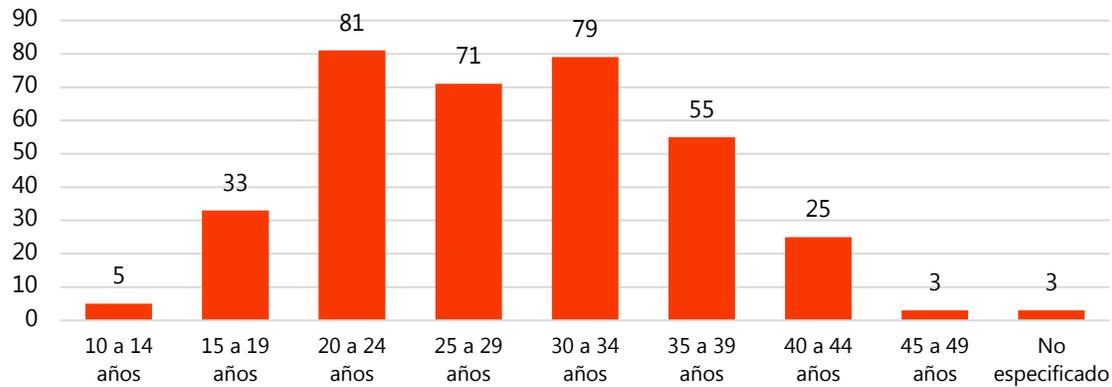
Desde 2002 hasta 2022, se han contabilizado 355 muertes maternas. Por grupo etario, las muertes maternas en Durango se han concentrado en los grupos de edad de 20 a 24 años (81 defunciones) y de 30 a 34 años (79 defunciones). Las defunciones entre la edad de 20 a 34 años concentran el 65.07% de las defunciones a lo largo de 20 años (gráfica 3). Similarmente, el grupo etario de 20 a 34 años concentró el 57.14% de las muertes por causa materna en 2022. En 2022, se registraron 3 muertes maternas en el grupo de 15 a 19 años; 3 en el de 20 a 24 años; 3 en el de 25 a 29 años; 6 en el de 30 a 34 años; y 6 en el de 35 a 39 años.

Por tasa específica de mortalidad materna, el grupo de edad con el mayor riesgo de muerte materna son los grupos de 35 a 39 años y 40 a 44 años. Las estimaciones con la información disponible de nacimientos y defunciones por grupos de edad en 2022, se encontró una tasa específica de mortalidad materna de 72.69 para el grupo de edad de 15 a 19 años; 41.40 para 20 a 24 años; 45.48 para 25 a 29 años; 123.48 para 30 a 34 años; y 261.89 para 35 a 39 años. Naturalmente, el riesgo más alto de las mujeres mayores indica desgastes asociados a la edad que implica un aumento de las posibilidades de complicaciones durante el embarazo, el parto y el puerperio. En consecuencia, la política de atención debe ser especialmente más cuidadosa con las mujeres embarazadas de 35 o más años, especialmente a las que se les detecte embarazos de alto riesgo (Aguirre, 1997).

Aun con estas cifras, no debe descartarse el riesgo para las mujeres del grupo de 15 a 19 años. Aunque menos grave, debe ponerse especial atención para disminuir los patrones de embarazo adolescente (Aguirre, 1997).

Gráfica 3.
Muertes maternas por grupo etario en Durango, 2002-2022

Número



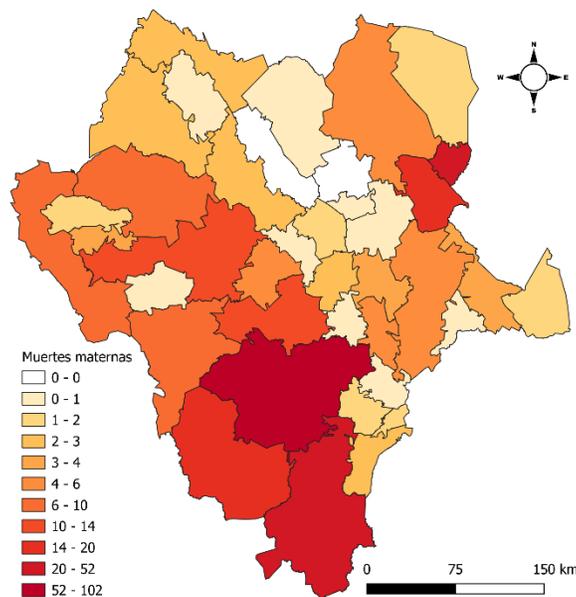
Las defunciones entre la edad de 20 a 34 años concentran el 65.07% de las defunciones a lo largo de 20 años.
Fuente: elaboración propia con información de Servicios de Salud de Durango y Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud.

Municipio de residencia

Entre 2002-2022, las 355 muertes maternas contabilizadas han ocurrido prácticamente en todos los municipios del estado; unos con más frecuencia que otros. Durango, Gómez Palacio y Mezquital son los municipios con el mayor número de muertes maternas.

Figura 1.
Muertes maternas por municipio de residencia, 2002-2022

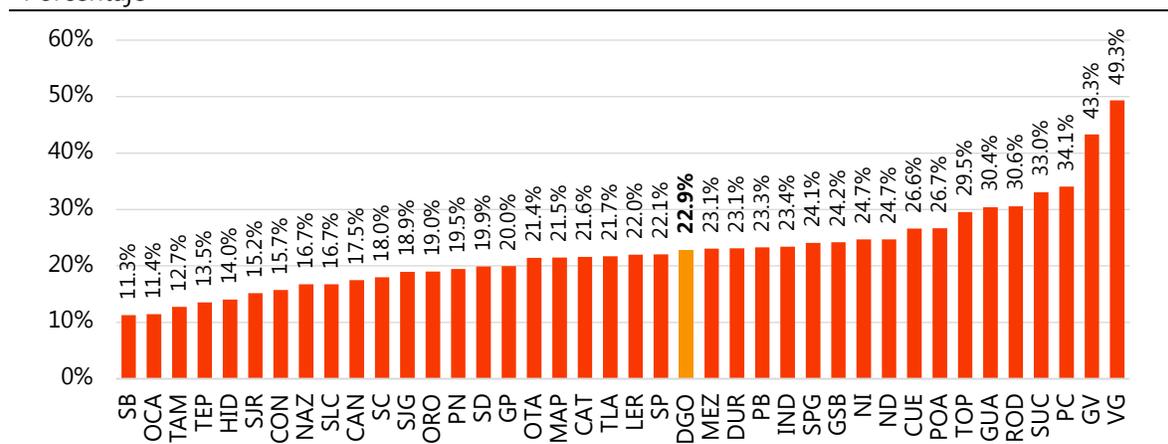
Número



Las muertes maternas se concentran en Durango, Gómez Palacio, Mezquital, Lerdo y Pueblo Nuevo.
Fuente: elaboración propia con información de Servicios de Salud de Durango y Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud.

Mezquital destaca como caso paradigmático. En los últimos años, las muertes por causas maternas en Mezquital han sucedido en mujeres de condición indígena. El municipio se ha caracterizado por bajos niveles de acceso a los servicios públicos; en consecuencia, los niveles de pobreza y pobreza extrema son particularmente altos en Mezquital.¹ Pero paradójicamente, Mezquital no es el municipio con la mayor parte de su población con carencia por acceso a los servicios de salud; de hecho, los niveles de acceso son equiparables al del municipio de Durango (ambos 23.1% de la población) (Coneval, 2021).

Gráfica 4.
Población con carencia por acceso a los servicios de salud en Durango por municipios, 2020
Porcentaje



La gráfica 4 muestra la proporción de población con carencia por acceso a los servicios de salud por municipios al 2020, en el extremo superior se encuentra Vicente Guerrero (49.3%), y en el inferior San Bernardo (11.3%).
Fuente: elaboración propia con datos de la medición multidimensional de la pobreza 2020 del Coneval.

Incluso, SSD reconoce que llevar las intervenciones gubernamentales de planificación familiar, control prenatal, anticoncepción después del evento obstétrico, control de puerperio y la vigilancia de neonatos es especialmente difícil. SSD argumenta que los hospitales de Mezquital tienen plantillas incompletas, sin médicos especialistas y con poca capacitación (SSD, 2022).

Causas de las defunciones

Las defunciones pueden ocurrir por aborto, complicaciones venosas en el embarazo, parto y puerperio, enfermedad hipertensiva del embarazo, hemorragia del embarazo, parto y puerperio, muerte obstétrica de causa no especificada, sepsis y otras infecciones puerperales, otras complicaciones del embarazo, parto y puerperio y por causas obstétricas indirectas. Las defunciones se clasifican de acuerdo con el estándar de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). La base de datos de defunciones incluye esta clasificación, pero para facilitar el análisis, se reclasificó el catálogo de muertes por causas maternas, según la recomendación de Coneval (2012). En esta

¹ 91.1% de la población de Mezquital se encuentra en pobreza multidimensional. Entre 2015 y 2020, la pobreza en Mezquital aumentó 2.3 puntos porcentuales.

clasificación se excluyeron las muertes que no se contabilizan para el cálculo de la RMM². La reclasificación propuesta se detalla en la tabla 1.

Tabla 1.	
Reclasificación de las causas de muertes maternas	
Reclasificación para el informe	Causas (CIE)
Aborto (A)	O00-O06
Enfermedad hipertensiva del embarazo (EHE)	O10-O16
Hemorragia del embarazo, parto y puerperio (HEPP)	O20, O44-O46, O67, O72
Otras complicaciones principalmente del embarazo y parto (OCEP)	O21, O23-O43, O47-O66, O68-O71, O73-O84
Sepsis y otras infecciones puerperales (S)	A34, O85-O86
Complicaciones venosas en el embarazo, parto y puerperio (CVEPP)	O22, O87
Otras complicaciones principalmente puerperales (OCP)	O88-O92
Muerte obstétrica de causa no especificada (MOCNE)	O95
Causas obstétricas indirectas (COI)	B20-B24, F53, M830, O98-O99

Fuente: Coneval (2012).

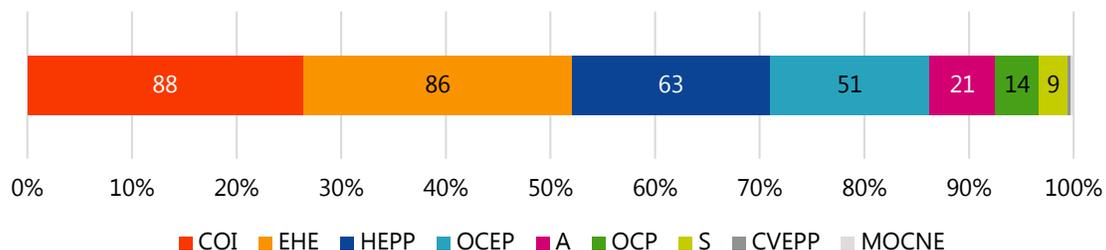
Bajo esta reclasificación, se encontró que en el periodo 2002-2021, las causas más comunes de muertes maternas son la enfermedad hipertensiva del embarazo (86 defunciones y 25.75% de las defunciones) y hemorragia del embarazo (63 defunciones y 18.86% de las defunciones), sin considerar causas obstétricas indirectas (88 defunciones y 26.35% de las defunciones). De las causas más comunes, le siguen otras complicaciones del embarazo y parto (15.27% de las defunciones), aborto (6.29% de las defunciones), otras complicaciones puerperales (4.19%) y sepsis (2.69% de las defunciones).

En enfermedad hipertensiva del embarazo, la subcausas más comunes son eclampsia y preeclampsia, ya sea en el embarazo o en el puerperio. En hemorragia del embarazo, se registraron como causas más comunes aquellas otras hemorragias inmediatas que ocurren postparto y en el tercer periodo del parto. También se han registrado muertes cuyas causas se registraron como enfermedades del sistema circulatorio, respiratorio o digestivo que complican el embarazo, parto o puerperio.

El anexo 1. Número y porcentaje de defunciones maternas según causas de defunción ofrece información sobre las defunciones por causas maternas, según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE).

² Solo se analizaron las defunciones en el periodo 2002-2021 debido a que la estadística 2022 no incluye el estándar CIE para hacer la reclasificación.

Gráfica 5.
Muertes maternas por causas de defunción, 2002-2021
Número



La gráfica 5 muestra que las causas más comunes de muertes maternas son la enfermedad hipertensiva del embarazo y hemorragia del embarazo.

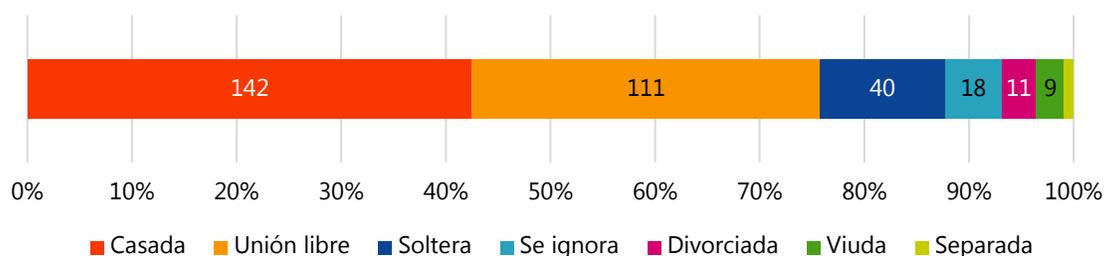
Nota: COI: Causa Obstétrica Indirecta; EHE: Enfermedad Hipertensiva del Embarazo; HEPP: Hemorragia del Embarazo, Parto y Puerperio; OCEP: Otras Complicaciones del Embarazo y Parto; A: Aborto; OCP: Otras Complicaciones Puerperales; S: Sepsis y Otras Infecciones Puerperales; CVEPP: Complicaciones Venosas en el Embarazo, Parto y Puerperio (1 defunción y 0.30%); MOCNE: Muerte Obstétrica de Causa No Especificada (1 defunción y 0.30%).

Fuente: Servicios de Salud de Durango y Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud.

Características sociodemográficas de las mujeres que fallecieron

Entre 2002 y 2021, las mujeres que fallecieron por causas maternas tuvieron un rango de edad entre 13 a 46 años. El promedio de edad es de 28.7 años. Por estado civil, el 42.51% de las mujeres fallecidas por causas maternas eran casadas (142 defunciones); 33.23% se encontraban en unión libre (111 defunciones); 11.98% eran solteras (40 defunciones); 3.29% eran divorciadas (11 defunciones); 2.69% eran viudas (9 defunciones). En el 5.39% de los casos, se desconoce el estado civil.

Gráfica 6.
Muertes maternas por condición de estado civil, 2002-2021
Número



La gráfica 6 muestra que el 42.51% de las mujeres fallecidas por causas maternas eran casadas (142 defunciones).

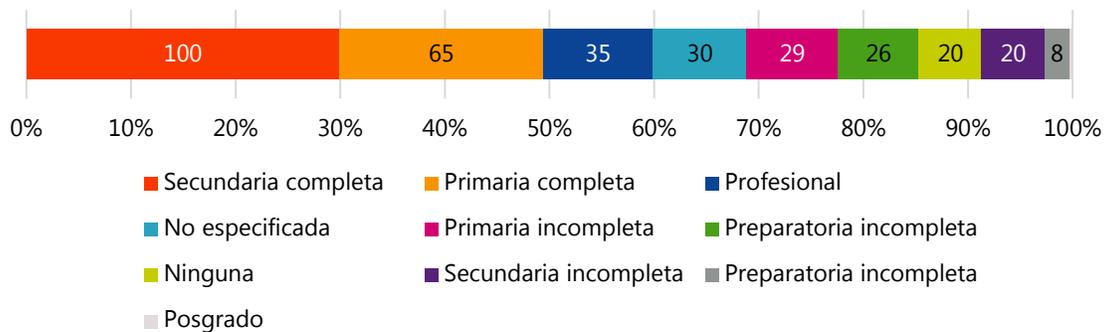
Fuente: Servicios de Salud de Durango y Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud.

Por nivel de escolaridad, cerca de una tercera parte de las defunciones (29.94% o 100 defunciones) solo tenían, al menos, la educación secundaria completa. 19.46% de las mujeres fallecidas por causas maternas tenían hasta la primaria completa (65 defunciones); 10.48% tenían al menos educación profesional de licenciatura (35 defunciones); 8.68%, primaria incompleta (29 defunciones); 7.78%,

preparatoria incompleta (26 defunciones); 5.99%, secundaria incompleta (20 defunciones); 5.99%, ninguna educación (20 defunciones) 2.4%, preparatoria incompleta (8 defunciones); en el 8.68% de los casos no se especificó (30 defunciones).

En las defunciones por causas maternas más recientes (2020 y 2021), la mayoría de las mujeres que fallecieron (39.29%) tenían hasta la educación secundaria. El 90.91% de esas mujeres tenían entre 20 y 39 años. Esto sugiere la existencia de mecanismos, como la educación para reducir la mortalidad materna. La ausencia de educación en las mujeres es un factor significativamente asociado con la mortalidad materna (Yego, D'Este, Byles, Stewart Williams, & Nyongesa, 2014). Y en México, el bajo nivel de educación de las mujeres es un determinante social de muertes maternas (Rodríguez, 2018). La inversión para mejorar la calidad de vida, a través de la educación, tiene el mayor impacto para reducir la mortalidad materna (McAlister & Baskett, 2006); incluso, el nivel de educación de la mujer es un determinante social importante para construir modelos predictivos y explicativos de la RMM (Koch, Calhoun, Aracena, Gatica, & Bravo, 2014).

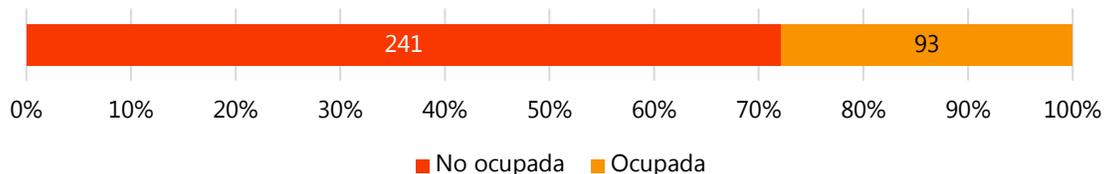
Gráfica 7.
Muertes maternas por condición de escolaridad, 2002-2021
Número



La gráfica 7 muestra que cerca de una tercera parte de las defunciones (29.94% o 100 defunciones) solo tenían, al menos, la educación secundaria completa.

Fuente: Servicios de Salud de Durango y Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud.

Gráfica 8.
Muertes maternas por ocupación, 2002-2021
Número



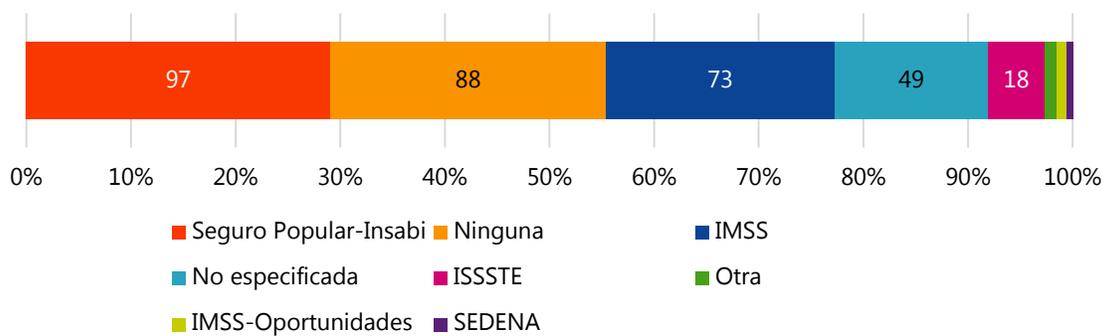
La gráfica 8 muestra que cerca de tres cuartas partes de las mujeres que fallecieron no estaban ocupadas en alguna actividad económica.

Fuente: Servicios de Salud de Durango y Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud.

Por ocupación, 72.16% de las mujeres que fallecieron por causas maternas en el periodo no estaban ocupadas o no trabajaban. Es decir, cerca de tres cuartas partes de las mujeres que fallecieron no estaban ocupadas en alguna actividad económica.

Por adscripción a una institución de salud, el 29.04% de las mujeres que fallecieron por causas maternas (97 defunciones) estaban adscritas al entonces Seguro Popular o al reciente Insabi. El 23.35% (88 defunciones) no eran derechohabientes de ninguna institución de salud. El 21.86% eran derechohabientes del IMSS; 5.39% del ISSSTE; 0.90% de IMSS-Oportunidades; 0.60% de SEDENA. 14.67% de los fallecimientos no se les especificó alguna institución de salud.

Gráfica 9.
Muertes maternas por condición de derechohabiencia, 2002-2021
Número



La gráfica 9 muestra que el 29.04% de las mujeres que fallecieron por causas maternas (97 defunciones) estaban adscritas al entonces Seguro Popular o al reciente Insabi.

Fuente: Servicios de Salud de Durango y Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud.

Lugar de defunción

En el periodo 2002-2021, las defunciones por causas maternas sucedieron en su mayoría en unidades médicas hospitalarias; especialmente, en unidades de los SSD. En menor medida, pero igualmente importantes, 10% de las defunciones ocurrieron ya sea en el hogar o en la vía pública. SSD reconoce que este tipo de fallecimientos implica falta de atención prenatal y la falta de acercamiento de las mujeres a las unidades médicas. Con todo, debe analizarse cuántas de estas muertes efectivamente se deben a la decisión de no asistir a una unidad médica hospitalaria, y cuántas se deben debido a la falta de acceso o lejanía de la mujer a un hospital de los SSD. 7% de las mujeres que fallecieron por causas maternas no recibieron atención médica. En 2021, se registraron 18 defunciones; en 2 de ellas, no se registró atención médica.

2. ¿Cuáles son las estrategias de los Servicios de Salud de Durango para mejorar la salud materna?

Para abordar el problema de la mortalidad materna, SSD despliega el programa de Salud Materna y Perinatal (PSMP). El objetivo del PSMP es:

«[...] reducir la morbilidad y mortalidad de las mujeres en embarazo y puerperio y de las personas recién nacidas [...] en un modelo de atención preventivo en cada uno de los niveles de atención médica, [...] en principios de interculturalidad y equidad de género.»

En esencia, el PSMP busca que las mujeres en edad fértil reciban información y servicios de salud orientados a un embarazo saludable, un parto seguro y un puerperio sin complicaciones. El PSMP prevé diversas actividades:

10. Promover la realización de consultas de control prenatal
11. Realizar pruebas de VIH a mujeres embarazadas
12. Coordinar la realización del procedimiento de cesárea en mujeres con embarazo de alto riesgo
13. Incorporar a mujeres con evento obstétrico como aceptantes de métodos anticonceptivos
14. Registrar a pacientes con riesgo perinatal para su seguimiento oportuno
15. Promover que la atención de eventos obstétricos en lugares de difícil acceso se otorgue por personal capacitado no médico
16. Promover la incorporación de mujeres como donantes en bancos de leche humana
17. Promover la realización de tamiz auditivo
18. Promover la realización de tamiz metabólico

En complemento a estas actividades, el PSMP también prevé:

1. Intervenciones de información, comunicación y educación para la salud, incluyendo las otorgadas en clubes de embarazadas
2. Intervenciones de desarrollo comunitario y fortalecimiento de redes sociales en salud
3. Acciones de información y promoción de la salud materna y señales de alarma obstétrica
4. Fortalecimiento de los módulos mater para manejo de riesgo reproductivo y de riesgo obstétrico
5. Atención prenatal oportuna y de calidad
6. Prevención de la transmisión vertical de VIH y sífilis
7. Atención del trabajo de parto, parto y cesárea segura acorde con la evidencia
8. Atención oportuna de la emergencia obstétrica
9. Anticoncepción postevento obstétrico
10. Atención en el puerperio
11. Abordaje humanizado de la pérdida gestacional y depresión posparto
12. Favorecimiento del apego inmediato y lactancia materna
13. Atención integral del proceso reproductivo en las redes de servicios de salud
14. Comité Estatal de Referencia y Contrarreferencia

15. Seguimiento de casos de mujeres embarazadas con prueba reactiva de VIH
16. Estrategia para la atención de mujeres migrantes o en contextos de desastre
17. Análisis y vigilancia de la morbilidad materna severa
18. Análisis y vigilancia de la mortalidad materna

En realidad, el PSMP es el instrumento de política nacional de salud. Emanado del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR), unidad de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud de la Secretaría de Salud. En Durango, la implementación depende de la Subdirección de Salud Sexual y Reproductiva (antes Subdirección de Atención a la Salud de la Mujer)³ y del Departamento de Salud Materna y Perinatal.

Atención pregestacional

Los SSD cuentan con una estrategia para desplegar el PSMP en Durango. En el Programa Anual de Trabajo (PAT) de la Subdirección de Salud Sexual y Reproductiva y del Departamento de Salud Materna y Perinatal se detallan las líneas estratégicas para el cuidado de las mujeres en embarazo y puerperio. Para el PAT, la consulta pregestacional es de especial importancia para determinar el riesgo reproductivo de las mujeres. El PAT detalla a la población en riesgo (SSD, 2022):

- Mujeres con antecedentes de patología crónica órgano funcional
- Mujeres con antecedentes de patología crónica infecciosa
- Mujeres con antecedentes de embarazos previos y etiquetada como morbilidad materna extrema
- Mujeres con antecedentes de factores de riesgo sociales identificados en cualquier tipo de contacto con el sistema de salud; o bien, con antecedentes obstétricos de riesgo: dos o más cesáreas, dos o más abortos, periodo intergenésico⁴ de menos de dos años con antecedente de cesárea anterior, edad mayor de 35 años y menor de 15 años.

Para la atención pregestacional, se prevén acciones vinculadas con la identificación y la atención para propiciar el embarazo saludable: censo de mujeres en edad fértil, consulta pregestacional a través del contacto del personal de salud, identificación y referencia de mujeres con factores de riesgo, capacitación en atención y seguimiento de mujeres con riesgo reproductivo, y vinculación con la estrategia de telemedicina.

Control prenatal

El PAT de los SSD para el PMSM en Durango también prevé la calidad del control prenatal. SSD reconoce que esta ha sido una gran área de oportunidad para evitar los aumentos en la morbilidad y la mortalidad materna.

Los SSD prevén abordar el control prenatal mediante el censo de mujeres embarazadas que lleven algún control prenatal. Para aquellos casos en los que la mujer no ha recibido ninguna consulta, se

³ Cambio de denominación aprobado en la Segunda Reunión Ordinaria de la Junta de Gobierno de los SSD, de fecha 12 de mayo de 2022. Publicado en el [P.O. No. 13 Ext del 28 de junio de 2022](#).

⁴ Es el espacio de tiempo que existe entre la culminación de un embarazo y la concepción del siguiente embarazo (Adams, Delany, & McCarthy, 1997).

pretende localizar a la persona, ya sea por teléfono o por visita domiciliaria, para propiciar una consulta de control prenatal. También, se prevé una estrategia de capacitación a personal del primer nivel de atención relativa a la calidad del control prenatal y a la identificación de riesgos obstétricos. Esta última intenta generar capacidades para referir a pacientes al segundo nivel de atención, más especializado.

Al respecto, el PAT reconoce algunos obstáculos para el control prenatal: la identificación oportuna de embarazadas durante el primer trimestre de gestación y la frecuencia de las consultas de control prenatal. Particularmente, los SSD argumentan la importancia de priorizar los esfuerzos de control prenatal en la zona indígena de Mezquital. Las barreras culturales, incluidas el idioma, dificultan la sensibilización sobre la importancia del control prenatal en mujeres indígenas embarazadas. Mezquital forma parte de los municipios que históricamente han presentado cantidades importantes de muertes maternas, por lo que la atención puede ser focalizada para este grupo poblacional.

El control prenatal también incluye el control nutricional (ácido fólico y sulfato o fumarato ferroso) para evitar que los casos de anemia crónica se agraven durante el embarazo. Para ello, SSD debe garantizar la dotación de estos insumos y el abastecimiento de tiras reactivas para los hematómetros disponibles.

También, se prevé realizar detecciones de infecciones de las vías urinarias (IVU) y de diabetes gestacional. Para ello, los SSD deben asegurar que se realicen las pruebas necesarias y dotar los insumos necesarios a las unidades de salud. Por un lado, se debe garantizar la disponibilidad de material reactivo de orina, y la realización de curvas de tolerancia a la glucosa, o en su defecto, de pruebas de glucosa capilar.⁵ Adicionalmente, está prevista la vacunación en mujeres embarazadas y la prevención de embarazo adolescente, aunque esta última estrategia realmente depende del Programa Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes y Planificación Familiar.

Finalmente, el PMSM en control prenatal prevé la estrategia de referencia y contrarreferencia obstétrica relacionadas con las rutas críticas extrahospitalarias y los protocolos de traslado seguro, incluidas, las redes de apoyo cuando una ambulancia no esté disponible.

Puerperio

El PAT prevé estrategias para el puerperio de las mujeres: la consulta de puerperio, y en su caso, las visitas domiciliarias para puérperas de alto riesgo. La difusión también forma parte de la estrategia, incluso focalizada en lenguas indígenas y alemán bajo (población menonita).

Anticoncepción postevento obstétrico

El PAT del PSMP considera la anticoncepción después del evento obstétrico como media para reducir la mortalidad materna. Las estrategias relacionadas incluyen: asesoría en métodos anticonceptivos durante la atención prenatal y la resolución obstétrica en el hospital y la vigilancia en el abasto de métodos anticonceptivos.

⁵ Conocida como glucemia capilar, es la que evalúa el nivel de glucosa por medio de una gota de sangre (pinchazo en un dedo) y un aparato de lectura que recibe tiras reactivas.

Desarrollo comunitario

Los SSD consideran que el trabajo comunitario es fundamental para la prevención de la morbilidad y mortalidad materna, especialmente en el contexto de Durango, donde la dispersión poblacional y la diversidad de los grupos poblacionales son factores que obstaculizan un despliegue tradicional de las estrategias de control prenatal y puerperal. El trabajo comunitario de los SSD en materia de salud materna prevé capacitaciones al personal de salud que enfatiza el trato digno y respetuoso a las mujeres; incluso, la estrategia prevé capacitaciones y credencializaciones a parteras tradicionales. También, se prevén campañas de difusión y pláticas informativas, a través de brigadistas, promotores y enlaces interculturales sobre la identificación de factores de riesgo durante el embarazo, parto y puerperio. El establecimiento de redes de apoyo para el traslado de mujeres embarazadas en zonas de difícil acceso a los centros de salud también forma parte del desarrollo comunitario previsto por los SSD.

Salud perinatal

La salud perinatal se refiere al cuidado de la salud del recién nacido hasta los 28 días. La estrategia de los SSD en salud perinatal está enfocada en el tamizaje neonatal, el cual consiste en la detección oportuna de los recién nacidos que hayan nacido con una sospecha de enfermedad metabólica. El objetivo es otorgar tratamiento oportuno de los neonatos para evitar complicaciones de retraso, e incluso, la muerte. De hecho, en México, el tamiz neonatal es obligatorio para todos los recién nacidos.

Las enfermedades detectadas por el tamiz metabólico son:

- Hipotiroidismo congénito (HC)
- Hiperplasia suprarrenal congénita (HSC): alteraciones hormonales severas que ponen en riesgo la vida, la integridad física y psicológica (como causa de trastorno en la diferenciación de genitales)
- Galactosemia clásica⁶
- Fenilcetonuria⁷
- Fibrosis quística
- Deficiencia de glucosa-6-fosfato deshidrogenasa (G6PD) o favismo⁸

Presupuesto

Durante 2022, el PSMP en Durango tuvo una asignación presupuestal de \$8,019,615.05, financiados con recursos federales provenientes del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) y del Acuerdo para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas

⁶ Deficiencia parcial o total de la actividad enzimática de la galactosa-1-fosfato-uridiltransferasa (GALT) que, tras la ingesta de leche materna, ocasiona rechazo al alimento, letargia, hipotonía, hepatomegalia, disfunción renal tubular y sepsis.

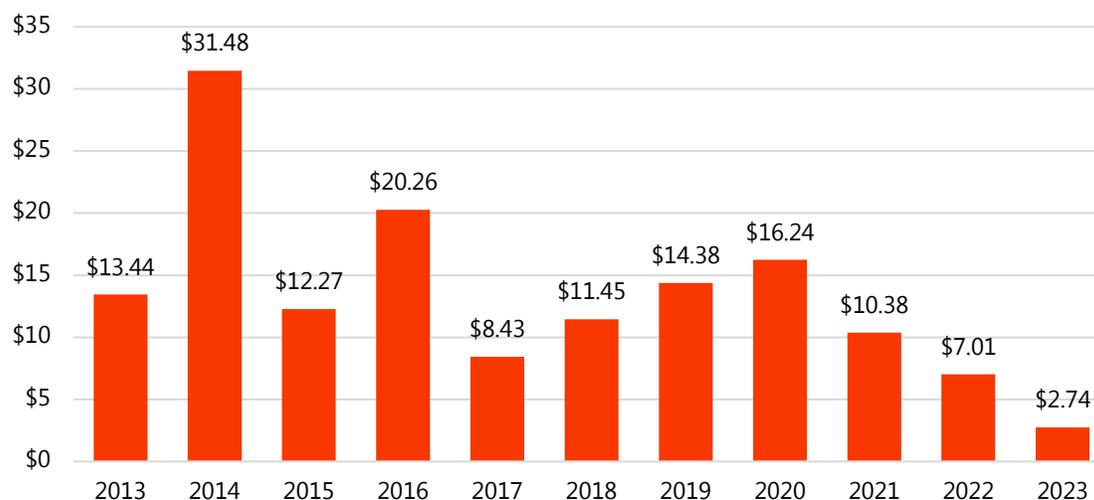
⁷ Cuando un bebé nace sin la capacidad para descomponer la fenilalanina (aminoácido), esta se acumula y puede dañar el sistema nervioso central y ocasionar daño cerebral.

⁸ Cuando una persona carece o tiene cantidades insuficientes de G6PD, la cual ayuda a que los glóbulos rojos trabajen apropiadamente.

(AFASPE). Estos recursos presupuestarios quedan comprometidos para el cumplimiento de metas específicas por medio del despliegue de acciones puntuales durante el año.

A lo largo de 10 años de asignaciones federales a los esfuerzos de Salud Materna y Perinatal a través de AFASPE, el presupuesto no se ha comportado de manera estable. En 2021 comenzó una tendencia a la baja en la asignación presupuestaria. En 2022, se asignaron 7.01 millones de pesos en términos reales, cifra menor en 32.40% en términos reales. No se encontró evidencia de la firma de un convenio AFASPE para 2023. No se encontró evidencia de la firma de un convenio AFASPE para 2023. Y la reciente reforma al FASSA puede poner en riesgo el financiamiento de la atención materna y perinatal en Durango.⁹

Gráfica 10.
Presupuesto asignado en términos reales a Salud Materna y Perinatal en Durango, 2013-2023
Millones de pesos



La gráfica 10 muestra el presupuesto asignado al PSMP en términos reales desde 2013 a 2022.

Nota: Deflactor implícito del PIB Base 2020 = 100.

Fuente: Sistema de Información para la Administración del Fondo para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas y Servicios de Salud de Durango.

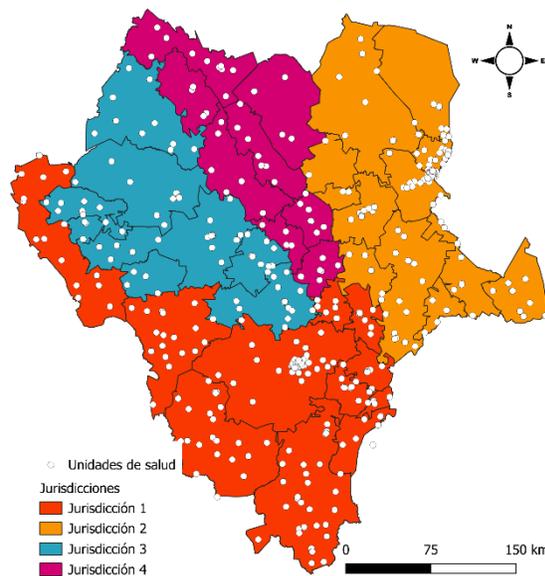
⁹ En diciembre de 2023, se aprobó una reforma que adiciona y deroga diversas disposiciones de la Ley de Coordinación Fiscal (LCF) y de la Ley General de Salud (LGS) para consolidar la federalización del Sistema de Salud para el Bienestar. La reforma implica que las entidades federativas firmen convenios con Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-Bienestar) para trasladar parte de los recursos que les corresponden a los estados por concepto del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA). Ver: [Dictamen de las Comisiones Unidas de Salud, y de Hacienda y Crédito Público, con proyecto de decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley de Coordinación Fiscal y de la Ley General de Salud, para consolidar la federalización del Sistema de Salud para el Bienestar.](#)

Capacidad instalada

Para el despliegue de las actividades de salud, los SSD distribuyen su trabajo a través de cuatro jurisdicciones sanitarias:

1. Jurisdicción Sanitaria Número 1 – Durango: Durango, Guadalupe Victoria, Mezquital, Nombre de Dios, Pánuco de Coronado, Poanas, Pueblo Nuevo, San Dimas, Súcil, Tamazula y Vicente Guerrero.
2. Jurisdicción Sanitaria Número 2 – Gómez Palacio: Cuencamé, General Simón Bolívar, Gómez Palacio, Lerdo, Mapimí, Nazas, Peñón Blanco, San Juan de Guadalupe, San Luis del Cordero, San Pedro del Gallo, Santa Clara y Tlahualilo.
3. Jurisdicción Sanitaria Número 3 – Santiago Papasquiaro: Canatlán, Canelas, Guanaceví, Otáez, Santiago Papasquiaro, Tepehuanes, Topia y Nuevo Ideal.
4. Jurisdicción Sanitaria Número 4 – Rodeo: Coneto de Comonfort, Hidalgo, Indé, Ocampo, El Oro, Rodeo, San Bernardo, San Juan del Río.

Figura 2.
Oferta institucional de unidades de salud por jurisdicción sanitaria, 2023

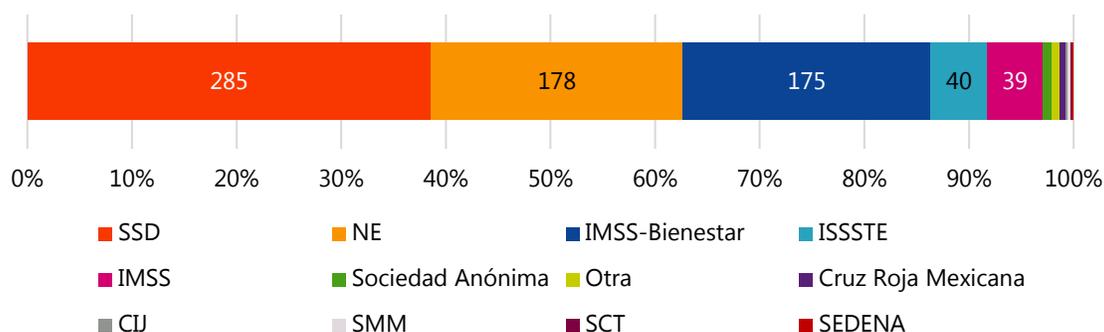


La figura 2 muestra la distribución de las jurisdicciones sanitarias de los SSD en Durango.

Fuente: elaboración propia con información de SSD.

Gráfica 11.
Unidades de salud por institución administradora en Durango, 2023

Número



La gráfica 11 muestra la capacidad física de unidades de salud en Durango por institución administradora. SSD: Servicios de Salud de Durango; NE: No Especificado; IMSS-Bienestar: Instituto Mexicano del Seguro Social Bienestar; ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado; IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social; CIJ: Centros de Integración Juvenil; SMM: Servicios Médicos Municipales; SCT: Secretaría de Comunicaciones y Transportes; SEDENA: Secretaría de la Defensa Nacional.

Fuente: elaboración propia con información del Catálogo CLUES – DGIS Salud.

De acuerdo con el catálogo de Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) a agosto de 2023, en Durango existen 739 unidades de salud en operación y que se consideran como oferta de servicios de salud. El 38.57% (285 establecimientos) dependen de los SSD directamente; el 23.68% (175 establecimientos) son unidades del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en su vertiente IMSS-Bienestar; otro 5.25% (39 establecimientos) son del IMSS; 5.41% (40 establecimientos) son unidades del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Por nivel de atención¹⁰ ofrecida, 624 establecimientos (84.44%) son unidades de primer nivel; 88 (11.91%) son de segundo nivel; solo 2 (0.27%) son de tercer nivel; y 25 unidades (3.38%) no les aplica el nivel de atención.

Los SSD administran 285 unidades sanitarias. 245 se dedican a la consulta externa, 26 para hospitalización y 14 de ellas son de apoyo. Por nivel de atención, 245 de ellos son de primer nivel de atención; 24 de segundo nivel; y 2 de tercer nivel. Es decir, los SSD administran 7 hospitales generales, 17 hospitales integrales, 1 hospital especializado (Centro Estatal de Cancerología), 1 hospital de salud mental, 1 Centro Estatal de Transfusión Sanguínea, 1 Laboratorio Estatal de Salud Pública, 1 centro antirrábico de control canino, 58 unidades médicas móviles, y 15 unidades de especialidades médicas (UNEMES). Sobre las condiciones, no se proporcionó información sobre el estado físico de los establecimientos de salud. Pero los SSD reconocen la existencia de unidades en mal estado que dificultan el desempeño de las actividades del personal de salud y la atención de los usuarios (SSD, 2022).

La información disponible sobre el personal de salud proviene de la Secretaría de Salud federal, a través del Subsistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura, (SINERHIAS). Según esta información a junio de 2023, los SSD contaban con 8,107 personas dedicadas al sector público de salud: 2,515 como personal médico y 5,592 como personal no médico. Naturalmente, la Jurisdicción Sanitaria 1 – Durango concentra dos terceras partes del personal médico de todo el estado (67.67%).

SSD afirmó en su Diagnóstico de Salud (2022) una tasa de 1.332 médicos por cada 1,000 habitantes. Para los SSD, el número de médicos se encuentra dentro de los parámetros aceptables (SSD, 2022). Con base en la información del SINERHIAS, la Jurisdicción Sanitaria 1 – Durango tiene 1.78 médicos por cada mil habitantes; la 2 – Gómez Palacio, 0.85 médicos por cada mil habitantes; la 3 – Santiago Papatzi, 1.04 médicos por cada mil habitantes; y la 4 – Rodeo, 1.55 médicos por cada mil habitantes. Estos resultados parecen equiparar las estimaciones del diagnóstico de los SSD. La Jurisdicción Sanitaria 2 – Gómez Palacio es la que posee la menor tasa de médicos por cada mil habitantes, por lo que conviene prestar atención para asegurar los recursos en salud en la jurisdicción de Gómez Palacio, en donde se atienden potencialmente a más de 668,857 habitantes.

¹⁰ Primer nivel de atención se refiere al más cercano a la población; es decir, de primer contacto. Se considera como la puerta de entrada al sistema de salud. Se caracteriza por establecimientos de baja complejidad como consultorios, policlínicas, centros de salud, en los que se resuelven alrededor del 85% de los problemas de salud. En el segundo nivel de atención se prestan servicios de medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia, cirugía general y psiquiatría. En el tercer nivel de atención se atienden problemas de poca prevalencia y de alta especialidad y tecnología.

Tabla 2.
Personal de salud de los SSD por jurisdicción sanitaria en Durango, junio 2023

Personal	Durango	Gómez Palacio	Rodeo	Santiago Papasquiario	Total
Personal médico	1,702	568	91	154	2,515
Médicos generales, especialistas y odontólogos	1,040	399	66	109	1,614
Personal médico en adiestramiento ^{a/}	588	139	22	37	786
Médicos en otras actividades ^{b/}	74	30	3	8	115
Personal no médico	3,596	1,428	210	358	5,592
Personal de enfermería en contacto con paciente	1,667	798	100	142	2,707
Personal de enfermería en otras labores ^{c/}	77	42	6	9	134
Otro personal profesional ^{d/}	456	109	13	30	608
Personal técnico ^{e/}	322	131	11	58	522
Otro personal ^{f/}	1,074	348	80	119	1,621

^{a/} incluye a pasantes de medicina, odontología, internos de pregrado y residentes.

^{b/} incluye a médicos en labores administrativas, de enseñanza, en epidemiología, anatomo-patología y otros.

^{c/} incluye a personal en labores administrativas, de enseñanza o de investigación.

^{d/} incluye a profesionales de química, biología, trabajo social, farmacobiología, nutriología y psicología.

^{e/} incluye a personal de odontología, trabajo social, electromedicina, de laboratorio, estadística, rehabilitación física, radiología, dietistas, promotores de la salud y personal en bancos de sangre.

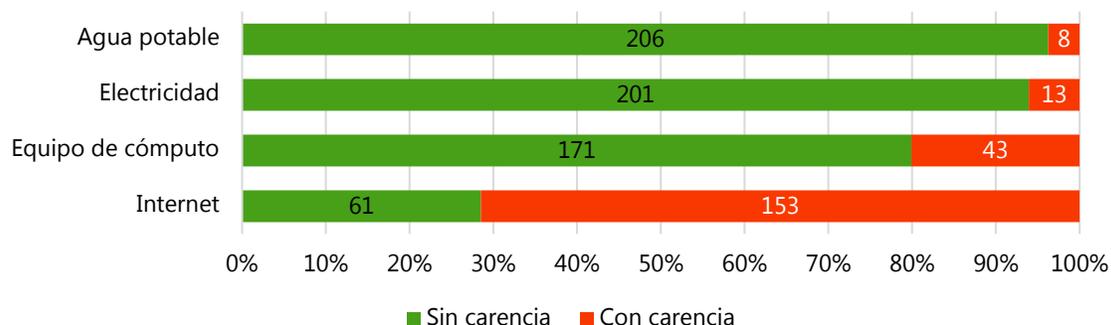
^{f/} incluye personal administrativo, de archivo clínico, de conservación y mantenimiento, de intendencia y de lavandería.

Fuente: elaboración propia con datos de Datos abiertos – Recursos en salud (SINERHIAS) de la Secretaría de Salud 2023.

Según la información del SINERHIAS, se reportó información de 272 unidades de salud. Por las condiciones de infraestructura. De estas 272 unidades, 58 de ellas son unidades móviles, por lo que no se consideran en el análisis. El resto que registró asciende a 214 unidades de salud. De estas 214 unidades de salud que registraron información, 206 (96.26%) cuentan con acceso a agua potable; 8 de ellas (3.74%) no tienen acceso a agua potable. Las unidades de salud que no cuentan con agua potable se concentran en la Jurisdicción Sanitaria 1 – Durango, particularmente en los municipios Durango (1), Mezquital (2), Tamazula (2), Pueblo Nuevo (1) y San Dimas (1). En su mayoría se tratan de unidades de salud rurales de un núcleo básico.

De las 214 unidades de salud que no son unidades móviles, solo 201 (93.93%) tienen acceso a energía eléctrica; 13 (6.07%) no tienen electricidad. Las unidades que no cuentan con acceso a electricidad se concentran en la Jurisdicción Sanitaria 1 – Durango: Mezquital (5), Pueblo Nuevo (3), San Dimas (2) y Tamazula (1); el resto, en la Jurisdicción Sanitaria 3 – Santiago Papasquiario: Santiago Papasquiario (1) y Guanaceví (1). Estas unidades de salud sin acceso a electricidad son todas rurales de un núcleo básico.

Gráfica 12.
Disponibilidad de servicios en las unidades de salud que no son móviles en Durango, 2023
Número



La gráfica 12 muestra la disponibilidad de servicios (agua potable, electricidad, equipo de cómputo e internet) en las unidades médicas que no son móviles.

Nota: No se incluyen a 58 unidades médicas registradas como móviles.

Fuente: elaboración propia con información de Datos abiertos – Recursos en salud (SINERHIAS) de la Secretaría de Salud 2023.

La atención prenatal puede ocurrir en cualquier unidad de salud, pero la atención del parto únicamente en una unidad médica que posea áreas de tocología. De todas las unidades médicas que no son móviles, solo 24 de 214 unidades reportaron la existencia de un área de tocología o de tococirugía para la atención del parto. Todos estos son hospitales generales o integrales. A su vez, la presencia de ambulancias es de vital importancia en caso de emergencias obstétricas que requieran el traslado de una paciente. Las unidades de salud reportaron en el SINERHIAS un total de 75 ambulancias en funcionamiento repartidas en todo el estado. A su vez, se identificaron en el SINERHIAS 46 ambulancias en todo el estado asignadas a los hospitales generales e integrales (comunitarios). Solo el Hospital Integral de la Guajolota y el Hospital Integral de Mezquital reportaron no tener con ambulancias en funcionamiento.

También, el acceso de una unidad de salud a equipo de cómputo y conexión a internet es especialmente importante para asegurar la comunicación en emergencias, la coordinación y el intercambio y envío de información, tanto a las oficinas centrales de los SSD, a las jurisdicciones sanitarias, como a las plataformas de información federales. De las 214 unidades de salud que no son móviles, 43 (20.09%) de ellas no tienen computadoras funcionales (laptop o escritorio); 171 (79.91%) sí cuentan con, al menos, una computadora funcional. 44 unidades móviles de las 58 registradas (75.86%) en el SINERHIAS y con CLUES tampoco cuentan con computadoras funcionales; el resto, 14 (24.14%) sí tienen, al menos, una computadora funcional. De las 214 unidades de salud que no son móviles, solo 61 (28.50%) reportaron tener acceso a internet; el resto, 153 (71.50%) reportaron no tener acceso a internet. El resultado es que la mayoría de las unidades de salud cuentan con computadora, pero 153 de las 171 (89.47%) que tienen computadora no tienen acceso a internet. Ninguna unidad médica móvil cuenta con acceso a internet.

Tabla 3.
Unidades de salud de los SSD por jurisdicción sanitaria en Durango, 2023
Número

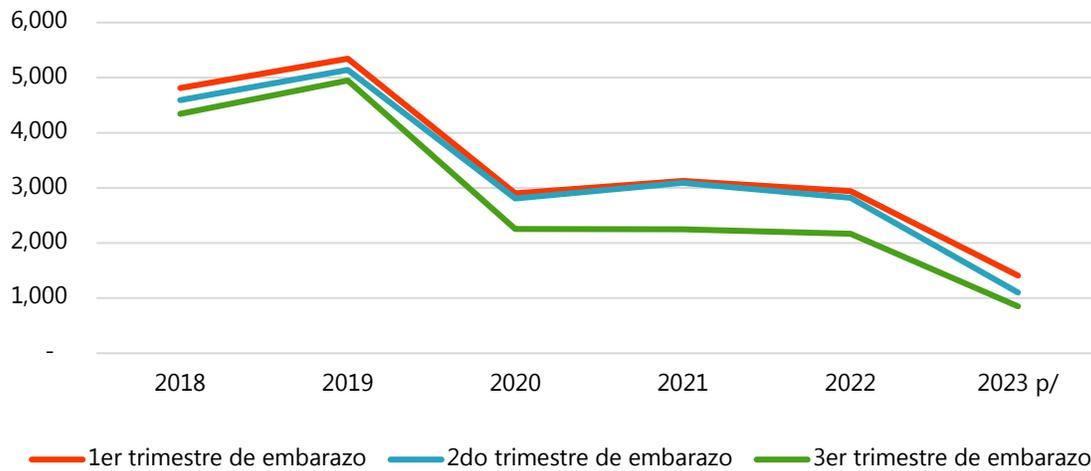
Unidad	Durango	Gómez Palacio	Rodeo	Santiago Papasquiario	Total
Almacenes	2	1	1	1	5
Antirrábicos	1	-	-	-	1
Centro Estatal de Transfusión Sanguínea	1	-	-	-	1
Centros de salud con servicios ampliados	4	1	-	-	5
Hospital especializado	1	-	-	-	1
Hospital general	2	3	1	1	7
Hospital integral (comunitario)	9	4	2	2	17
Hospital de Salud Mental	1	-	-	-	1
Laboratorios	1	-	-	-	1
Oficinas administrativas	2	1	1	1	5
Otros establecimientos	1	-	-	-	1
Rural de 01 núcleo básico	40	28	14	13	95
Rural de 02 núcleos básicos	1	2	-	-	3
Unidad de especialidades médicas (UNEMES)	7	6	-	2	15
Unidad móvil	42	5	1	10	58
Urbano de 01 núcleo básico	17	14	4	4	39
Urbano de 02 núcleos básicos	4	9	2	-	15
Urbano de 03 núcleos básicos	6	4	2	1	13
Urbano de 04 núcleos básicos	-	-	-	1	1
Urbano de 06 núcleos básicos	-	1	-	-	1
Total	142	79	28	36	285

Fuente: elaboración propia con datos del Catálogo CLUES – DGIS Salud.

Consultas maternas

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que la atención prenatal tenga un mínimo de seis a ocho contactos o consultas, distribuidas a lo largo de la etapa gestacional. De acuerdo con la información del Subsistema de Prestación de Servicios (SIS) de la Secretaría de Salud federal, las consultas de primera vez, distribuidas por trimestre (tres trimestres para un embarazo de nueve meses) disminuyeron notablemente en el periodo de pandemia por Covid-19 (2020-2022) y se han mantenido relativamente estables; los niveles de consultas maternas no se han recuperado a los niveles de prepandemia. Y por subsecuencia, es decir, las consultas subsecuentes tras la primera consulta, en cualquier periodo gestacional, existen algunos centros de salud con muy bajos niveles de consultas subsecuentes tras la primera consulta en cualquier trimestre de embarazo.

Gráfica 13.
Consultas maternas de primera vez por trimestre de embarazo en Durango, 2018-2023 p/
Número



La gráfica 13 muestra la evolución de las consultas maternas de primera vez desde 2018 a 2023.
p/ son cifras preliminares a agosto de 2023.

Fuente: elaboración propia con información de Datos abiertos – Subsistema de Prestación de Servicios (SIS) de la Secretaría de Salud 2023.

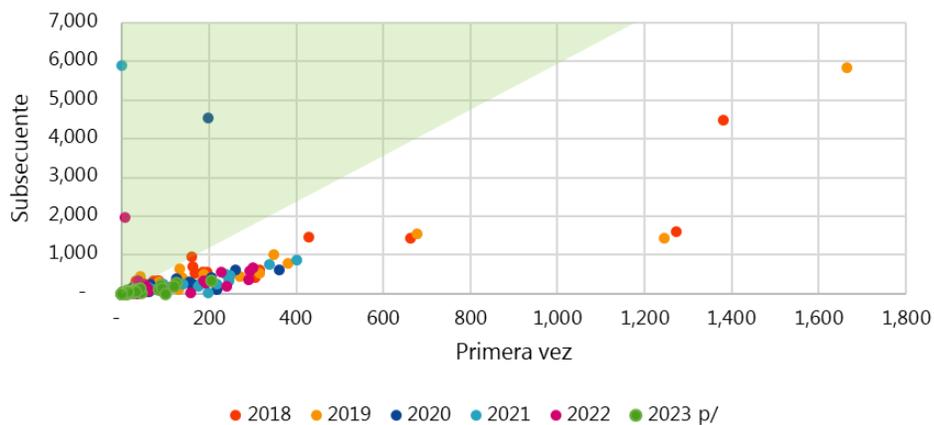
La mayor parte de las unidades de salud que registran consultas maternas tienen una baja razón de subsecuencia.¹¹ Es decir, no todas las consultas de primera vez se materializan en consultas subsecuentes para el seguimiento prenatal. La recomendación de entre seis a ocho consultas como mínimo implica una razón 6:1 de subsecuencia, es decir, seis consultas subsecuentes por cada consulta de primera vez. Las regiones en verde de la gráfica 13 representan este estándar, por lo que es evidente que no se tiene un logro adecuado de consultas prenatales subsecuentes. Existe un desafío para que los SSD socialicen e insistan, de manera más efectiva, la importancia de las consultas prenatales durante todo el embarazo. Esta información puede ser de utilidad para focalizar la capacitación en las unidades de salud con bajo índice de subsecuencia de consultas sobre la importancia de las consultas prenatales para un embarazo saludable.

¹¹ Razón entre el número de consultas maternas de primera vez y el número de consultas subsecuentes.

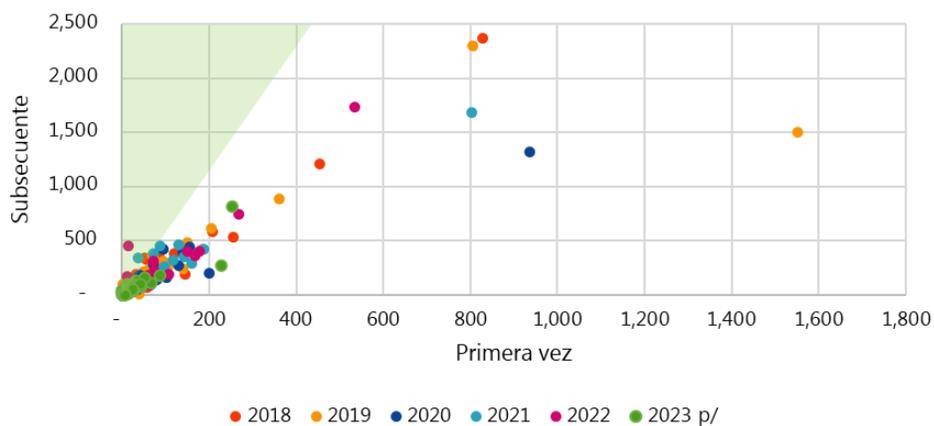
Gráfica 14.
Consultas maternas de primera vez y subsecuentes en las unidades de salud por jurisdicción sanitaria en Durango, 2018-2023 P/

Consultas

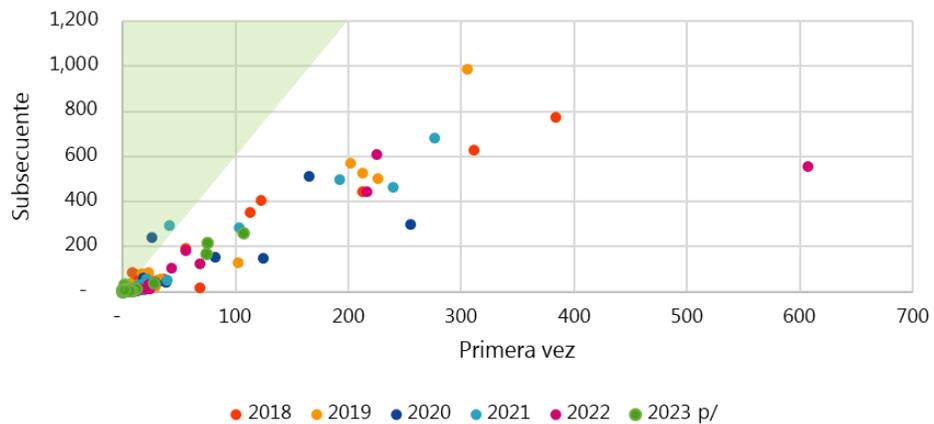
Durango



Gómez Palacio



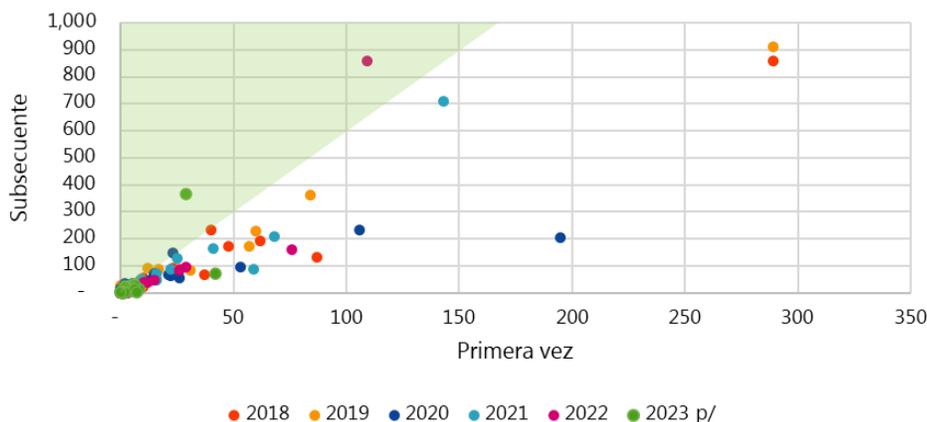
Santiago Papasquiaro



Gráfica 14.
Consultas maternas de primera vez y subsecuentes en las unidades de salud por jurisdicción sanitaria en Durango, 2018-2023 p/

Consultas

Rodeo



La gráfica 14 muestra la relación entre las consultas maternas de primera vez y las consultas subsecuentes reportadas por las unidades de salud, por año y por jurisdicción sanitaria. Las regiones verdes muestran el estándar mínimo de seis consultas subsecuentes por cada consulta de primera vez. Cada punto representa una unidad médica.

p/ son cifras preliminares a agosto de 2023.

Fuente: elaboración propia con información de Datos abiertos – Subsistema de Prestación de Servicios (SIS) de la Secretaría de Salud 2023.

Parteras tradicionales

De acuerdo con los SSD, en Durango existen alrededor de 56 parteras tradicionales que se encargan de asistir en el parto de las mujeres. Esta actividad forma parte de un componente comunitario que impulsa el PSMP. A la fecha de este informe, los SSD estaban levantando un censo de parteras.¹² De acuerdo con la información, no se identificaron a parteras en las jurisdicciones de Santiago Papasquiaro y Rodeo.

En los últimos cinco años, se han capacitado a 27 parteras tradicionales y se han entregado 36 maletines de insumos mínimos para parteras que incluye: guantes, estetoscopio, tijeras, pinzas Kelly y cintas métricas.

Tabla 4.
Parteras tradicionales capacitadas por los SSD, 2019-2023

Jurisdicción	2019	2020	2021	2022	2023
1 – Durango	20	0	0	0	0
2 – Gómez Palacio	1	2	2	2	0
3 – Santiago Papasquiaro	Sin parteras registradas				
4 – Rodeo	Sin parteras registradas				

Fuente: Departamento de Salud Materna y Perinatal de los SSD.

¹² [Inician censo de parteras para certificación.](#)

Capacitación

Los SSD, a través del Departamento de Salud Materna y Perinatal, cuenta con una estrategia de capacitación comprehensiva de los componentes que atiende: salud materna, desarrollo comunitario, salud perinatal, ácido fólico, y lactancia materna. Las temáticas incluyen:

- Capacitaciones de Salud Materna y Perinatal a personal del Programa de Fortalecimiento a la Atención Médica, el cual se ocupa de las Unidades Médicas Móviles.
- Ferias de la Salud
- Búsqueda Intencionada y Reclasificación de Muertes Maternas
- Jornada Nacional de Salud Pública
- Subsistema de Prestación de Servicios
- Semana Mundial de la Lactancia Materna
- Cursos Lactarios Hospitalarios
- Puerperio
- Capacitaciones puntuales a unidades hospitalarias

Conviene que algunas capacitaciones formen parte de una estrategia integral para el fortalecimiento del componente comunitario en materia de salud materna y perinatal.

3. ¿La intervención de Salud Materna y Perinatal identifica, caracteriza y dimensiona el problema público que pretende atender?

Esta evaluación reconoce que SSD, a través de la Subdirección de Salud Sexual y Reproductiva y del Departamento de Salud Materna y Perinatal, cuenta con un Diagnóstico de Salud 2022 exclusivo del problema de salud materna y perinatal. No se encontró evidencia de un diagnóstico para 2023, por lo que conviene que se aseguren medidas para su producción anual, en tanto la evolución del problema y las capacidades para atenderlo cambian año con año.

El diagnóstico 2022 incluye un análisis sobre los determinantes de la salud materna y perinatal, un análisis epidemiológico, y un análisis de la capacidad física y humana en salud instalada en Durango. También incluye información sobre las acciones comunitarias que se han implementado y las propuestas de política pública sobre el problema de salud materna. Conviene que este documento de política se convierta en un documento recurrente e institucionalizado como para propiciar la deliberación sobre las políticas necesarias y la evolución del estado del problema en Durango. Su institucionalización dependería de la conformación de reglas formales orientadas a su construcción: lineamientos y reformas al reglamento interior de los SSD; y de rutinas diseñadas para la configuración del diagnóstico.

Con todo, el diagnóstico 2022 documenta el problema de mortalidad materna que pretende atender, e identifica, cuantifica y localiza a la población afectada por el problema. En el diagnóstico se aprecia un entendimiento del problema público y de las opciones de política para abordarlo.

Figura 3.

Contenido del Diagnóstico de Salud en Salud Materna y Perinatal, 2022

Antecedentes

Justificación

Determinantes de la salud

Análisis epidemiológico

Daños a la salud

Factores de riesgo

Capacidad física y humana instalada

Análisis de la mortalidad materna

Acciones comunitarias

Propuestas

Salud Perinatal

Lactancia materna

Acciones de lactancia materna

Banco de leche humana

Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas

Fuente: SSD.

En general, el diagnóstico de salud permite identificar los determinantes, los indicadores y las necesidades en materia de salud, con el objetivo de que esta información sirva para formular estrategias para abordar los retos, desafíos y problemas de la política de salud estatal. Al respecto, el Inevap reconoce la existencia de un diagnóstico pormenorizado y focalizado en el problema de salud materna y perinatal.

Un diagnóstico de salud debe cumplir con elementos mínimos para que este provea una base razonable para la toma de decisiones en la política de salud. Los antecedentes ayudan a enmarcar el alcance del diagnóstico sobre el estado y los municipios en donde se despliega la política de atención a la salud materna y perinatal; el diagnóstico de los SSD incluye este apartado. El diagnóstico de salud debe incluir factores demográficos que analicen la composición de la población objetivo del programa de salud materna y perinatal. Por ejemplo, debe incluirse información sobre la población en edad biológica para embarazarse, y otros indicadores demográficos (tasa de crecimiento, tasa de natalidad, tasa de fecundidad/fertilidad). El diagnóstico local en salud materna y perinatal solo incluye información general de la población y no hace énfasis en la población de referencia del programa, mucho menos, en los municipios. También, el diagnóstico debe analizar los factores socioeconómicos de la población de interés. Usualmente, se incluye información sobre las características de los hogares, las viviendas, los ingresos, las actividades económicas, las condiciones de escolaridad (analfabetismo, grado de escolaridad), e incluso, información sobre la dieta típica de la población. El diagnóstico de los SSD solo incluye información general sobre las condiciones de la vivienda, de pobreza y de educación. En un diagnóstico de salud, los factores medioambientales dan cuenta sobre las características geográficas de influencia del programa, sobre el acceso a medios de comunicación (camino, transporte, medios de comunicación), sobre el acceso al saneamiento básico (agua, drenaje, servicios de gestión de residuos sólidos). El diagnóstico de los SSD solo incluye información general sobre la geografía del estado y cómo están organizados los SSD en jurisdicciones sanitarias.

El diagnóstico de salud debe incluir un análisis sobre los daños a la salud como reflejo de los factores demográficos, socioeconómicos y medioambientales, usualmente en los últimos cinco años. Por ejemplo, es común encontrar información de indicadores de salud pública: tasa de morbilidad, tasa de mortalidad, y para el caso de salud materna, información sobre la razón de mortalidad materna. El diagnóstico de los SSD incluye esta información y las principales causas de morbilidad y mortalidad en Durango. Más adelante, el diagnóstico debe realizar un análisis pormenorizado sobre los daños a la salud en la población de referencia. Particularmente, en salud materna debe realizarse un análisis de la mortalidad materna y de la razón de mortalidad materna, las causas de defunciones maternas y otras características de las mujeres que han fallecido por causas maternas. Afortunadamente, el diagnóstico de los SSD es exhaustivo en este análisis particular. E incluso, el diagnóstico de Durango ofrece información sobre los eventos obstétricos. Finalmente, un diagnóstico de salud debe incluir, al menos, un análisis de los recursos disponibles para la atención en salud: recursos humanos, recursos materiales, recursos financieros. En este apartado, se analiza la capacidad de recursos humanos existentes para la población de referencia: médicos, enfermeras, personal técnico e incluso, recursos comunitarios; por los recursos materiales, se analiza la disponibilidad de unidades de salud y el material y equipo disponible, por ejemplo, para la atención prenatal y perinatal (anticonceptivos, aparatos de hematimetría, etc.). Al último, el análisis de los recursos financieros debe dar cuenta de la disponibilidad presupuestaria y los esfuerzos de gasto público que se destinan a la atención de la

salud materna y perinatal. Esto ayuda a detectar brechas posibles de financiamiento y priorizar el programa de adquisiciones. Al respecto, el diagnóstico de los SSD incluye información sobre la capacidad humana instalada, pero solo a nivel de la razón de médicos pro cada 1,000 o 3,000 habitantes. El diagnóstico de los SSD no ofrece información sobre el número absoluto de personal médico o de enfermería, aunque se reconoce que conocer el número de médicos o enfermeras en cualquier momento del año es difícil. Por otro lado, el análisis de la capacidad física del diagnóstico de los SSD incluye información sobre las unidades de salud disponibles, por lo que se considera dentro de lo aceptable. Pero el diagnóstico de los SSD no ofrece información sobre el esfuerzo de gasto a la atención de la salud materna y perinatal, ni siquiera, de forma histórica. En general, se puede concluir que el diagnóstico de los SSD cumple con la mayor parte de los elementos que se esperan en un diagnóstico de salud materna y perinatal, aunque algunas secciones y apartados pueden mejorar la presentación y precisión de la información relativa a la población de referencia.

Tabla 5.
Elementos valorados en el Diagnóstico de Salud en Salud Materna y Perinatal, 2022

Elemento evaluado	Diagnóstico de Salud Materna y Perinatal 2022	Observaciones
<i>Antecedentes</i>	✓	El apartado de antecedentes es aceptable.
<i>Factores demográficos</i>	–	El análisis demográfico no analiza a detalle las características de la población (mujeres).
<i>Factores socioeconómicos</i>	–	El análisis socioeconómico no analiza a detalle las características socioeconómicas para la población de referencia (mujeres) y no se incluye información como ingresos, actividades económicas o dieta típica.
<i>Factores medioambientales</i>	–	El análisis medioambiental no incluye información sobre acceso a caminos, transporte y medios de comunicación.
<i>Daños a la salud</i>	✓	El apartado de daños a la salud es aceptable.
<i>Análisis de daños a la salud</i>	✓	El análisis de daños a la salud materna y perinatal es aceptable.
<i>Recursos para la salud</i>	–	El análisis de recursos para la salud no incluye información sobre la disponibilidad detallada del personal médico ni información sobre el presupuesto destinado a la atención de la salud materna y perinatal. Tampoco se detalla información sobre el estado de la infraestructura en salud ni el equipamiento en las unidades de salud.

Nota: ✓ es aceptable o cumple con requerimientos; – cumple con algunos de los requerimientos; ✗ no aceptable o no cumple con requerimientos.

Fuente: elaboración propia con adaptación de Barragán (2008), Castillo & Hernández (2014) y USAID (2017).

Conviene que la elaboración del diagnóstico de salud materna y perinatal se convierta en una práctica recurrente, en una rutina institucionalizada para cada año. Este diagnóstico tiene el potencial de

convertirse en un documento que guíe la selección de prioridades programáticas para la atención del problema de salud materna y perinatal, e incluso, para la asignación de recursos presupuestarios que se transfieren a través del AFASPE en Durango. Debe reconocerse que los esfuerzos de los SSD para este diagnóstico son notables, y el margen para mejorar puede aprovecharse para incorporar otros elementos que enriquezcan el análisis. Al respecto, no debe perderse de vista que el problema de mortalidad materna usualmente se considera como un indicador de la calidad de una sociedad, en tanto que existen redes institucionales para prevenir muertes relacionadas con el embarazo. Un embarazo saludable no debe derivar en una muerte, jamás.

Para mejorar la calidad del diagnóstico, los SSD pueden aprovechar la información disponible en México para desarrollar los diferentes apartados: Inegi, para las características demográficas y factores socioeconómicos, Coneval y el Instituto Federal de Telecomunicaciones (IFT), para los factores medioambientales, el SINERHIAS y los reportes de gasto del AFASPE para los recursos para la salud.

Tabla 6.
Fuentes de información sugeridas para la elaboración del Diagnóstico de Salud en Salud Materna y Perinatal

Apartado del diagnóstico	Producto informativo sugerido
Factores demográficos	Inegi: Censo de Población y Vivienda, 2020, Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH), 2022 Salud: Análisis de la Atención Materna (Subsistema Automatizado de Egresos Hospitalarios, Subsistema de Prestación de Servicios, Subsistema de Información sobre Nacimientos)
Factores socioeconómicos	Inegi: Censo de Población y Vivienda, 2020, Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH), 2022 Coneval: Medición multidimensional de la pobreza estatal 2022 y municipal 2020
Factores medioambientales	Coneval: Grado de Accesibilidad a Carretera Pavimentada (GACP) Inegi: Encuesta Nacional sobre Disponibilidad y Uso de Tecnologías de la Información en los Hogares (ENDUTIH), 2022 IFT: Banco de Información de Telecomunicaciones – Servicio de Televisión Abierta, de Radio, de Telefonía, de Acceso a Internet
Análisis de los daños a la salud	Salud: Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS), Análisis de la Atención Materna (Subsistema Automatizado de Egresos Hospitalarios, Subsistema de Prestación de Servicios, Subsistema de Información sobre Nacimientos)
Recursos para la salud	Salud: Subsistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Atención de la Salud (SINERHIAS), registros administrativos sobre disponibilidad de insumos.

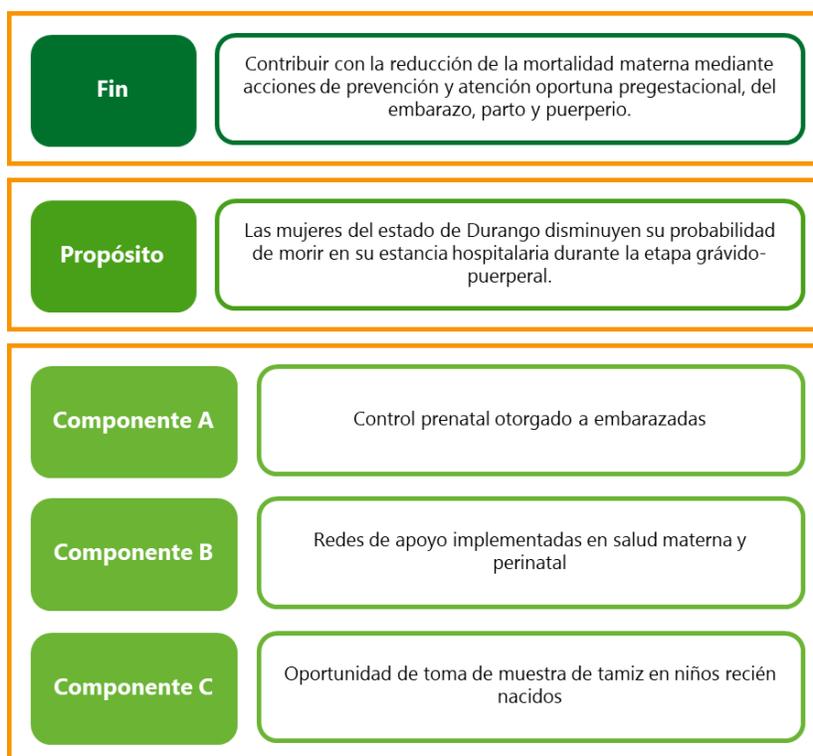
Fuente: elaboración propia.

4. ¿La intervención de Salud Materna y Perinatal identifica la cadena causal que la conecta con sus resultados esperados?

Esta evaluación reconoce que los SSD, a través de la Subdirección de Salud Sexual y Reproductiva y del Departamento de Salud Materna y Perinatal, identifican una cadena causal sobre la que se espera materializar objetivos concretos de política. Al respecto, esta cadena causal está formalizada en una Matriz de Indicadores para Resultados (MIR), elaborada por medio de la Metodología de Marco Lógico (MML).

Según la MIR propuesta para dar forma a la cadena causal de resultados esperados en la disminución de la mortalidad materna, se prevé que la dotación de control prenatal, de redes de apoyo regionales para apoyar la salud materna y perinatal, así como de diagnóstico perinatal a través del tamiz auditivo y metabólico a los recién nacidos disminuya la probabilidad de muerte por causas maternas durante la estancia hospitalaria.

Figura 4.
Resumen narrativo de la MIR de Salud Materna y Perinatal de los SSD, 2023



Nota: no se ofrecen las actividades de la MIR toda vez que no se consideran parte del análisis de la teoría del cambio.

Fuente: Departamento de Salud Materna y Perinatal de los SSD.

El control prenatal a las mujeres embarazadas implica la dotación de consultas maternas durante la etapa gestacional, tanto por primera vez como subsecuentes. Durante las consultas, está previsto la realización de pruebas para la detección de VIH y sífilis en las embarazadas, estudios clínicos de laboratorio, el suministro de ácido fólico y en general, la detección de los casos de morbilidad y de

embarazos de alto, mediano y bajo riesgo. Es importante destacar que el Departamento de Salud Materna y Perinatal no ofrece las consultas de manera directa, sino establece algunas guías para que las consultas maternas cubran los elementos y actividades mencionados. Por tanto, resulta conveniente que el componente de control prenatal otorgado pueda ser analizado con mayor detenimiento para evitar concluir que las consultas prenatales dependen exclusivamente del departamento.

Luego, la constitución de redes de apoyo en salud materna y perinatal implican diversas estrategias de apoyo comunitario: asignación de madrinas y padrinos a la mujer embarazada, la creación de red de apoyo y de traslado en los municipios, la capacitación de parteras tradicionales, la creación de clubes de embarazadas y la administración. Al respecto, estas acciones son intervenciones de coordinación del departamento y están previstas en la dimensión comunitaria de la estrategia federal de Salud Materna y Perinatal.

Finalmente, la toma de muestras para el tamiz auditivo y metabólico en los recién nacidos y hasta los 28 días de nacimiento implica el levantamiento y envío de muestras, y en menor medida, la capacitación del personal médico en la atención neonatal (nacimiento y reanimación).

El anexo 3. Propuesta de lógica causal de Salud Materna y Perinatal propone una teoría del cambio basada en un instrumento concreto de política: la persuasión (Stone, 2022). La persuasión como iluminación invoca a un ideal racional que ofrece la razón como base de la formulación de políticas públicas (Stone, 2022). La premisa es que la persuasión racional se asocia con la voluntad, y si se puede educar a la gente, no se necesita obligarla ni inducirla a comportarse de acuerdo con un marco deseado. En este sentido, debe reconocerse que las mujeres embarazadas tienen el derecho de decidir por sí mismas sobre su salud (Goldberg, 2009).

Bajo este modelo de intervención, simplemente decirles a las mujeres que deberían hacer durante su embarazo no funciona (Lothian, 2009). La persuasión implica el uso de ejemplos, imágenes, palabras e historias que las mujeres entiendan. Se trata de diálogo franco y no de preguntas y discusiones. Una plática unilateral en el sentido tradicional no es persuasión (Lothian, 2009). Se propone que la estrategia de persuasión permita a las mujeres acceder y consumir información contextualizada a través de una fuerte presencia en diferentes medios y prominentes para la comunidad. Uno de los desafíos es guiar a las mujeres hacia un embarazo seguro, el cual inicia, a menudo, desde la primera consulta en el primer trimestre.

En resumen, la persuasión pretendería inducir a la demanda por los servicios de salud en las mujeres embarazadas a lo largo de la etapa gestacional. Por ejemplo, la gráfica 13 de la pregunta anterior muestra bajos niveles de consultas subsecuentes tras la primera consulta en cualquier trimestre del embarazo. Con todo, es importante trabajar también con la oferta de los servicios de salud a través del trabajo profesional del personal médico de primera línea con las pacientes. Entonces, el modelo de teoría de cambio también incorpora elementos del fortalecimiento de capacidades del personal sanitario, especialmente en la atención de urgencias obstétricas. Incluso, la capacitación a los medios tradicionales de parto forma parte del incremento de la oferta para un embarazo seguro.

Debe advertirse que la decisión de una mujer a acercarse a una unidad de salud depende de su disponibilidad en el territorio y que a la mujer no le tome demasiado tiempo. Por otro lado, la atención hospitalaria del parto requiere también accesibilidad, pero su oferta es más reducida. Por tanto, los medios intermedios para la atención como las Posadas Amiga de la Mujer Embarazada (Posadas AME)¹³ juegan un papel importante, así como la presencia de redes de apoyo de la comunidad para trasladar a las pacientes embarazadas para la labor de parto. Para que la oferta sea estable, se requiere que los SSD garanticen la dotación completa del personal en las unidades de consulta y hospitalarias, así como de insumos necesarios para completar las consultas prenatales, así como llevar un parto seguro; y en caso de urgencias obstétricas, capacidades para referir y transferir a las pacientes. Aun cuando esta estabilidad en la oferta no depende del Departamento de Salud Materna y Perinatal, es importante que se considere como parte de la cadena de resultados. Debe pensarse que la estrategia de Salud Materna y Perinatal no es solo una responsabilidad del Departamento de Salud Materna y Perinatal, sino de todo el sistema de los SSD. La MIR no es del departamento, sino de los SSD como un esfuerzo sectorial para mitigar el problema de la mortalidad materna y garantizar una atención de salud materna y perinatal de calidad.

Supuestos de la intervención

Por otro lado, los supuestos son los factores o condiciones suficientes, aunque externos, para propiciar el éxito de la política. Por su naturaleza externa, la coordinación de la política debe tener capacidades para monitorear su ocurrencia.

En la MIR de Salud Materna y Perinatal, los supuestos están débilmente documentados y no ofrecen mayores detalles sobre aquellos factores o condiciones externas a la política que son suficientes para avanzar hacia los resultados esperados de la intervención. De hecho, solo se documentaron supuestos generales y no necesariamente asociados a cada nivel de objetivos. Se documentó un supuesto tanto para el Fin y el Propósito, y esto representa una falla metodológica que impide determinar aquellos factores o condiciones suficientes para el logro de la política.

Más aun, los componentes comparten un supuesto que no refleja aquellos mecanismos o condiciones de primer orden que deben ocurrir tras el «consumo» de los componentes por la población objetivo de la política. Es decir, no existen elementos para determinar qué debe ocurrir para que las mujeres disminuyan la probabilidad de morir en el hospital tras el «consumo» de controles prenatales, de redes de apoyo y de la toma de muestra para tamices en los recién nacidos. No se documentaron supuestos para las actividades, aun cuando se entiende que las actividades forman parte de los procesos operativos normales de la implementación de la política.

¹³ Las Posadas AME son un espacio físico ubicado cerca de un hospital resolutorio del parto que cuenta con dormitorios, cocina, baño y estancia enfocada para que las mujeres, que residen en localidades dispersas o que viven a más de dos horas de un servicio de salud especializado durante el embarazo, parto o puerperio, puedan recibir hospedaje y alimentación para ellas, sus hijos y familiares. Por ejemplo, una mujer con fecha probable de parto (al menos 3 días), que tenga como única opción una partera tradicional, o una mujer en trabajo de parto que no requiera una cama de hospital, o una mujer que requiera vigilancia durante el puerperio, o una madre de recién nacido en condiciones complicadas pueden ser apoyadas. Los SSD administran dos Posadas AME: una en el Hospital Materno Infantil del municipio de Durango; otra en el Hospital General de Santiago Papasquiaro, en el municipio del mismo nombre.

Con todo, la MIR utilizada por el PSMP está incompleta y no se considera de calidad. Por tanto, se recomienda que los SSD y el Departamento de Salud Materna y Perinatal reflexione sobre la propuesta de teoría del cambio del anexo 3. Propuesta de lógica causal de Salud Materna y Perinatal y realice los ajustes necesarios para apuntalar el diseño de la política de salud materna y perinatal en Durango.

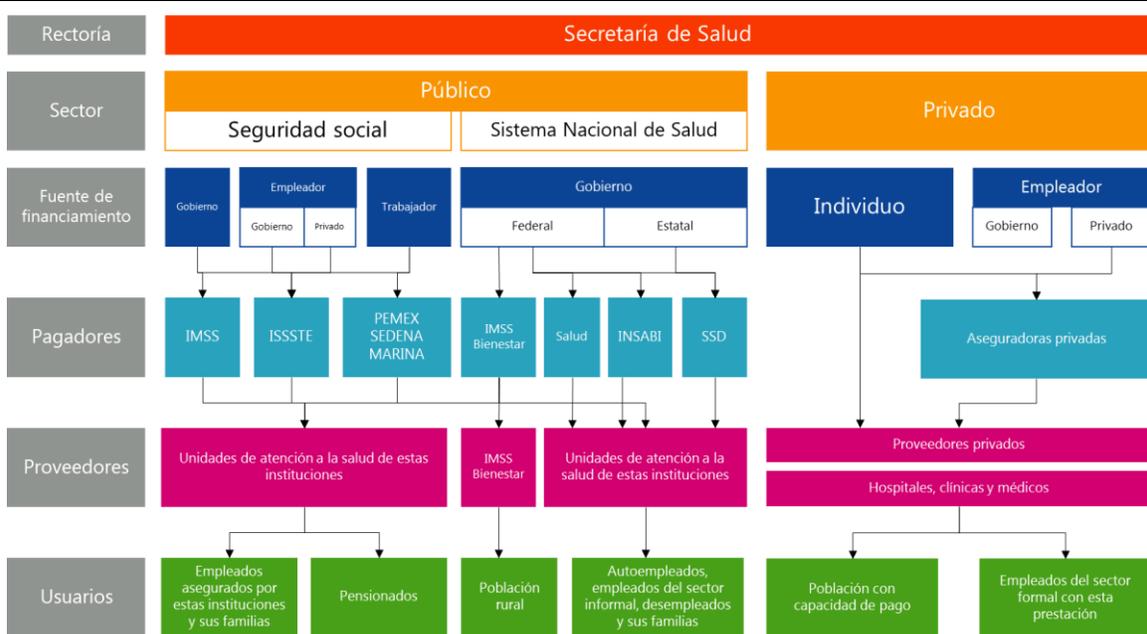
5. ¿Los objetivos de la intervención son congruentes con el problema público de mortalidad materna que pretende atender?

El objetivo que pretende el PSMP es que las mujeres de Durango disminuyan su probabilidad de morir en su estancia hospitalaria durante la etapa grávido-puerperal. A partir de ello, el PSMP contribuiría a la reducción de la mortalidad materna. Se reconoce la congruencia de los objetivos del PSMP con el problema de mortalidad materna en Durango. En particular, la MIR del PSMP aborda en diferentes niveles de objetivos las estrategias encaminadas para propiciar el logro de los objetivos.

Sin embargo, es importante que la intervención del PSMP reconozca y establezca objetivos encaminados a la reducción de las brechas e inequidades de las mujeres embarazadas. El artículo 4° de la CPEUM establece el derecho de toda persona a la protección de la salud. Más recientemente, el Estado mexicano debe configurar un sistema de salud para el bienestar y garantizar la extensión progresiva de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas sin seguridad social. Análogamente, la Ley General de Salud (LGS) establece el derecho que tiene toda persona a la protección de la salud y sienta las bases institucionales para el Sistema Nacional de Salud (SNS).

La fragmentación del SNS dificulta la articulación de políticas públicas efectivas para garantizar el derecho constitucional a la salud; y como consecuencia, la reducción de brechas e inequidades de las personas, especialmente de mujeres embarazadas, se convierte en una complejidad (Coneval, 2022).

Figura 5. Estructura del Sistema Nacional de Salud en México, 2022



La fragmentación del SNS dificulta la articulación de políticas públicas efectivas para garantizar el derecho constitucional a la salud.

Fuente: Coneval (2022).

Ante estos desafíos, la intervención no es explícita a la hora de abordar la falta de acceso a los servicios de salud. Como se argumentó en la pregunta anterior, aun cuando el acceso no depende del

Departamento de Salud Materna y Perinatal, es importante que se considere como parte de la cadena de resultados. Debe pensarse que la estrategia de Salud Materna y Perinatal no es solo una responsabilidad del Departamento de Salud Materna y Perinatal, sino de todo el sistema de los SSD. La MIR no es del departamento, sino de los SSD como un esfuerzo sectorial para mitigar el problema de la mortalidad materna y garantizar una atención de salud materna y perinatal de calidad.

De manera enunciativa, la intervención del PSMP reconoce a otros instrumentos de planeación como parte de una relación intergubernamental para garantizar los servicios de salud en las mujeres embarazadas, en parto y en puerperio. Se menciona al Programa Nacional de Salud 2019-2024 y al Plan Estatal de Desarrollo 2023-2028. Al respecto, es importante que se argumente la relación con estos objetivos y no solo se mencionen de manera nominal. El reconocimiento de la contribución hacia las prioridades globales de la administración es importante para argumentar las intervenciones gubernamentales sobre la base de los resultados que se esperan lograr.

II. Situación diagnóstica-contextual de la mortalidad materna en Durango

6. ¿Cuál es el proceso para la Notificación Inmediata de Muerte Materna?

La Notificación Inmediata de Muerte Materna (NIMM) es un proceso de vigilancia activa de la mortalidad materna.¹⁴ El objetivo es que la Secretaría de Salud federal reciba de manera oportuna información de las defunciones relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio, así como de las defunciones tardías y por secuelas.

La NIMM es el reporte de realizado lo más rápido posible (el estándar es de 24 horas después de la defunción) sobre un evento de defunción por causa materna. La notificación se recibe a través de la plataforma del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica mediante un formato de notificación, el cual se respalda por documentación comprobatoria: certificado de defunción y resumen clínico.

Para considerar una muerte por causa materna, se deben tener en cuenta algunas definiciones operacionales:

- *Defunción materna*: la que ocurre en una mujer embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, con independencia de la duración o sitio del embarazo, debido a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, pero no por causas externas. A su vez, se clasifica en:
 - *Defunción obstétrica directa*: la que resulta de complicaciones obstétricas del embarazo, parto y puerperio, de intervenciones, de omisiones, de tratamientos incorrectos o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de estas circunstancias.
 - *Defunción obstétrica indirecta*: la que resulta de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, agravada por los efectos fisiológicos del embarazo
- *Defunción materna tardía*: la que ocurre en una mujer por causas obstétricas directas o indirectas después de los 42 días, pero antes de un año de la terminación del embarazo.
- *Defunción materna por secuelas*: la que ocurren en una mujer por causas obstétricas directas que ocurre un año o más después del parto o aborto.

En general, el proceso para la NIMM ocurre en 9 pasos cruciales que deben desarrollar las entidades federativas:

1. Aplicar la definición operacional
2. Llenar el formato de notificación inmediata de muerte materna
3. Notificar en la plataforma de muerte materna en las siguientes 24 horas de la defunción
4. Completar la información faltante del formato de notificación inmediata de muerte materna en no más de 72 horas después de la notificación en la plataforma
5. Recabar la copia del certificado de defunción y el resumen clínico

¹⁴ Diario Oficial de la Federación del 1 de noviembre de 2004: [ACUERDO por el que se establece la aplicación obligatoria en las instituciones públicas y privadas del Sistema Nacional de Salud, de los componentes sustantivos y estratégicos del Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida y de la vigilancia epidemiológica activa de las defunciones maternas.](#)

6. Adjuntar en la plataforma la copia del certificado de defunción y resumen clínico en no más de 5 días después de la notificación en la plataforma
7. Revisar las clasificaciones otorgadas por la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud federal
8. Validar la información capturada en la plataforma y solicitar los cambios necesarios a la Dirección General de Epidemiología
9. Integrar las defunciones para el cálculo de la RMM, del panorama epidemiológico u de indicadores de evaluación

Comité Estatal de Prevención, Estudio y Seguimiento de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal

Por norma, las entidades federativas deben establecer un Comité Estatal de Prevención, Estudio y Seguimiento de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal. Este órgano se encarga de la integración de la información del análisis y conclusiones de los casos de muerte materna y perinatal que se presenten en la entidad federativa. La discusión colegiada propicia que se establezcan acciones para mejorar la organización de los servicios médicos.

En Durango, existe evidencia del funcionamiento del Comité Interinstitucional de Prevención, Estudio, y Seguimiento de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal (CIPESMMMP). Se reúne de manera periódica para tipificar los casos de muerte materna e identificar los factores médicos y no médicos predisponentes y agravantes en la ocurrencia de fallecimientos. También, se encarga de identificar los puntos críticos de intervención, mediante el análisis de eslabones críticos, conocido como línea de vida obstétrica.

Tabla 7.
Sesiones del CIPESMMMP de los SSD, 2022-2023
Número

Mes	2022	2023
Enero	-	-
Febrero	1	-
Marzo	1	-
Abril	2	-
Mayo	1	-
Junio	1	1
Julio	2	-
Agosto	-	-
Septiembre	1	-
Octubre	1	-
Noviembre	1	-
Diciembre	2	-

El Comité Interinstitucional de Prevención, Estudio, y Seguimiento de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal (CIPESMMMP) se reúne de manera periódica para tipificar los casos de muerte materna e identificar los factores médicos y no médicos predisponentes y agravantes en la ocurrencia de fallecimientos.

Fuente: Departamento de Salud Materna y Perinatal de los SSD.

Con la información proporcionada, el CIPESMMMP de los SSD en 2022 sesionó en 13 ocasiones, y solo se tiene evidencia de una sola sesión realizada en 2023, a la fecha de este informe. Destaca que, en julio de 2022, se realizó una sesión exclusiva para analizar los casos de muerte materna en mujeres indígenas. El CIPESMMMP concluyó que gran parte de los casos de muertes maternas en mujeres indígenas suceden en el traslado o en el domicilio, y que usualmente, las mujeres indígenas son atendidas por parteras tradicionales o familiares. El CIPESMMMP debe indagar sobre los factores médicos y no médicos que favorecieron los fallecimientos; el comité concluyó que los recursos humanos adscritos a las unidades médicas móviles —pertenecientes al Programa de Fortalecimiento de la Atención Médica (PFAM)— y las parteras tradicionales no han recibido capacitación adecuada. En la sesión del Comité se argumentó que a las unidades médicas móviles les falta personal completo y, por esa razón, no han salido a campo. También, se documentó que algunas parteras no están registradas, y que más bien, son personas de la comunidad denominadas como «sobanderos»:

[...]

11:40 – [...] cuestiona: ¿por qué no se ha llevado capacitación al personal de PFAM y a las parteras y auxiliares de salud?

11:45 – [...] menciona que debido a que las unidades no se encontraban saliendo de manera regular por falta de personal, a las unidades que no se han trabajado se perdió el seguimiento por falta de compromiso [...]. [Hay] que reactivar caravanas y poder retomar las acciones.

11:50 – [...] comenta que muchas pseudo parteras fungían como parteras, pero no lo son y en su defecto acuden a «sobanderos», siendo el propio familiar quien lo atiende.

[...]

Fuente: extracto del acta del CIPESMMMP del 19 de julio de 2022.

Las sesiones del Comité finalizan con acuerdos y compromisos, a menudo, en forma de recomendaciones para mejorar la atención de la salud materna y perinatal. De la sesión del CIPESMMMP realizada el 19 de julio de 2022, se sugirió:

[...]

Acuerdos y compromisos de la sesión

1. Inaugurar y poner en funcionamiento la Posada AME de Mezquital
2. Actualizar el censo de partera(o)s
3. Gestionar insumos en especie para la Posada AME al Hospital Jesús María del Nayar de Nayarit
4. Capacitar al personal de PFAM en el llenado de partería y características de autopsia de la autopsia verbal
5. Retomar la capacitación a parteras por parte de la Jurisdicción Sanitaria, a través del personal de las Unidades Médicas Móviles
6. Curso de ultrasonido para el personal del Hospital de Huazamota

7. Programar reunión con Nayarit y verificar avances
[...]

Fuente: extracto del acta del CIPESMMMP del 19 de julio de 2022.

Este es un ejemplo de cómo el CIPESMMMP emite recomendaciones para prevenir la morbilidad y la mortalidad materna. Corresponde al Departamento de Salud Materna y Perinatal convocar a las sesiones de los comités, conforme se acumulan casos de muertes maternas para analizar. También, el departamento se encarga de dar seguimiento a los acuerdos y recomendaciones emitidas en cada sesión del CIPESMMMP. No obstante, no se encontró evidencia de que el departamento documente razonablemente el avance de estas recomendaciones, ni que los avances se presenten o se informen en sesiones subsecuentes del CIPESMMMP. En ocasiones, el contenido de las actas no es consistente para todos los casos y podría ser más exhaustivo. Conviene que los SSD y el Departamento de Salud Materna y Perinatal establezca procedimientos explícitos para convocar, sesionar, registrar el desarrollo de las sesiones y dar seguimiento a las recomendaciones que se emiten en el seno del CIPESMMMP.

Tabla 8.
Elementos valorados en las actas del CIPESMMMP, 2022

Elemento evaluado	Actas del CIPESMMMP	Observaciones
<i>Orden del día de la sesión</i>		El apartado de orden del día es aceptable.
<i>Seguimiento de acuerdos de sesiones anteriores</i>		No existe evidencia del seguimiento o avance de los acuerdos tomados en sesiones anteriores.
<i>Comprobación de asistencia</i>		Las actas incluyen información de los asistentes.
<i>Relatoría y/o minuta de la sesión</i>		La relatoría y/o minuta de la sesión no está disponible para todas las actas.
<i>Acuerdos y recomendaciones de la sesión</i>		El apartado de acuerdos y recomendaciones incluye a responsables y fechas probables de inicio.

Nota:  es aceptable o cumple con requerimientos;  cumple con algunos de los requerimientos;  no es aceptable o no cumple con requerimientos.

Fuente: elaboración propia y adaptación de Servicios de Salud Jalisco (2021).

Fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas

Tabla 9.

Fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas

Fortalezas		*
Los SSD cuentan con una estrategia para mejorar la salud materna en Durango.	2	
Los SSD cuentan con una estrategia de capacitación y de fortalecimiento de capacidades en salud materna y perinatal.		
Los SSD cuentan con un diagnóstico focalizado de la salud materna en Durango.	3	
La estrategia de atención de salud materna en Durango supervisa a las unidades de salud en atención materna.	3	
La estrategia de atención de salud materna en Durango cuenta con mecanismos para determinar los riesgos del embarazo que puedan poner en peligro la vida de la madre.	3	
Los SSD cuentan con procedimientos documentados de referencia y contrarreferencia para enviar a una paciente de una unidad operativa a otra de mayor complejidad y con capacidad resolutive.	3	
La estrategia de los SSD para mejorar la salud materna en Durango cuenta con una teoría del cambio documentada.	4	
El proceso de Notificación Inmediata de Muerte Materna está documentado y opera con normalidad.	6	
El Comité Estatal de Prevención, Estudio y Seguimiento de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal opera con regularidad para analizar y emitir recomendaciones sobre muertes maternas en Durango.	6	
Debilidades		*
La razón de mortalidad materna (RMM) continua relativamente en niveles altos.	1	
Las capacidades físicas de las unidades de salud presentan carencias de acceso a servicios indispensables.	2	
Alrededor del 5% de las unidades de salud que no son móviles no cuentan con electricidad.	2	
Asegurar la permanencia de recursos humanos capacitados en atención prenatal, en el parto y en el puerperio es un reto para los SSD.	2	
La elaboración del diagnóstico de salud materna es una práctica esporádica y no está institucionalizada.	3	
Algunos elementos del diagnóstico de salud materna en Durango no ofrecen información completa.	3	
Algunos elementos de la teoría del cambio de la estrategia de salud materna en Durango no se relacionan con intervenciones que el Departamento de Salud Materna y Perinatal puede realizar.	4 y 5	
No existe evidencia de que en las sesiones del Comité Estatal de Prevención, Estudio y Seguimiento de la Morbilidad y Mortalidad Materna se discutan o analicen los acuerdos, recomendaciones que se comprometen en sesiones anteriores.	6	
Oportunidades		*
A falta de personal capacitado, y derivado de las condiciones geográficas que dificultan el acceso a las unidades de salud, el componente comunitario puede tener un papel más importante para complementar la estrategia de salud materna en Durango.	2	
Amenazas		*
El financiamiento asignado a la atención de la salud materna en Durango ha disminuido desde 2020.	2	

Tabla 9.

Fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas

La reciente reforma a la Ley de Coordinación Fiscal y a la Ley General de Salud que implica la firma de convenios con IMSS-Bienestar para trasladar parte de los recursos del FASSA puede imponer presiones para el financiamiento de la atención materna y perinatal en Durango.	2
La Secretaría de Salud federal dejó de firmar los Acuerdos para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas (AFASPE).	2
Las consultas maternas de primera vez en Durango han disminuido para todos los trimestres de embarazo.	2
El coeficiente de subsecuencia de consultas maternas en Durango es muy bajo.	2

Nota: el símbolo (*) señala que en la columna debe incluirse el número de la pregunta de evaluación que sustenta la fortaleza, oportunidad, debilidad o amenaza mencionada.

Propuesta de recomendaciones y observaciones

Tabla 10.

Propuesta de recomendaciones y observaciones

#	Recomendación u observación	Temática	*	Acciones propuestas	Resultados esperados
1	Institucionalizar la realización y actualización del diagnóstico de salud materna y perinatal	Diseño	3	<ul style="list-style-type: none"> Realizar diagnósticos anuales sobre salud materna y perinatal. Incorporar las tareas de realización del diagnóstico de salud materna y perinatal en documentos normativos para facilitar su institucionalización. 	Mejor entendimiento del problema de salud materna y perinatal para tomar decisiones de planeación y programación de recursos e intervenciones focalizadas.
2	Fortalecer el diseño del diagnóstico de salud materna y perinatal	Diseño	3	<ul style="list-style-type: none"> Incorporar información detallada y relevante sobre la atención materna y perinatal en Durango, 	Mejor entendimiento del problema de salud materna y perinatal para tomar decisiones de planeación y programación de recursos e intervenciones focalizadas.
3	Fortalecer la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) del PSMP	Diseño	4	<ul style="list-style-type: none"> Reflexionar sobre la propuesta de teoría del cambio del anexo 1. Lógica causal de la PSMP. Ajustar la MIR para incluir el análisis derivado del diagnóstico fortalecido. 	Teoría del cambio que entiende las condiciones y factores subyacentes que deben existir para propiciar una mejor atención materna y perinatal y una disminución de la mortalidad materna.
4	Diseñar indicadores y metas propuestos para la PSMP en Durango	Indicadores	4	<ul style="list-style-type: none"> Proponer indicadores para la MIR del PSMP. Reflexionar sobre la experiencia de indicadores que se reportaban a la federación, a través de los recursos que se recibían del convenio AFASPE para el PSMP Ajustar las metas acordes con las unidades de medida esperados por el indicador 	Mejor monitoreo de la PSMP
5	Insistir en una estrategia de implementación para el componente comunitario de salud materna	Planeación	2	<ul style="list-style-type: none"> Realizar un documento rector para el fortalecimiento del componente comunitario, en tanto, el fortalecimiento de los recursos humanos, infraestructura e insumos no depende del departamento. 	Estrategia comunitaria para la atención de salud materna y perinatal documentada y focalizada.

Tabla 10.
Propuesta de recomendaciones y observaciones

#	Recomendación u observación	Temática	*	Acciones propuestas	Resultados esperados
6	Insistir en una estrategia de difusión del PSMP, o de la importancia de la salud materna y perinatal	Planeación	2	<ul style="list-style-type: none"> Realizar un documento rector de difusión y comunicación del PSMP con personal médico y no médico. 	Estrategia de difusión y comunicación en materia de salud materna y perinatal documentada y focalizada.
7	Mejorar el registro de las sesiones del Comité Estatal de Prevención, Estudio y Seguimiento de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal (CIPESMMMP)	Ejecución	6	<ul style="list-style-type: none"> Diseñar un procedimiento interno para la planeación y desahogo de las sesiones del CIPESMMMP. Dar seguimiento a los acuerdos de sesiones anteriores, monitorear los avances y realizar informes periódicos que se reflejen en el diagnóstico. 	Las sesiones del CIPESMMMP funcionan también para analizar los avances de las recomendaciones no vinculatorias.

Nota: el símbolo (*) señala que en la columna debe incluirse el número de la pregunta de evaluación que sustenta la recomendación u observación propuesta.

Conclusiones

La mortalidad materna es un problema grave de salud pública, derechos humanos y desarrollo social (Coneval, 2012). La muerte materna es la muerte de una mujer debido a complicaciones del embarazo o parto, durante el embarazo o dentro de los 42 días posteriores al término de este. Las muertes maternas pueden prevenirse, por medio del desarrollo tecnológico y la atención oportuna y de calidad en materia de salud. Las principales causas de defunción se reconocen como hemorragia obstétrica y por enfermedad hipertensiva en el parto y el puerperio.

Para abordar el problema de la mortalidad materna, el organismo Servicios de Salud de Durango (SSD) despliega el programa de Salud Materna y Perinatal (PSMP). El objetivo del PSMP es «reducir la morbilidad y mortalidad de las mujeres en embarazo y puerperio y de las personas recién nacidas [...] en un modelo de atención preventivo en cada uno de los niveles de atención médica, [...] en principios de interculturalidad y equidad de género».

Este informe forma parte de una primera fase de análisis evaluativo en torno al problema de mortalidad materna. Hacia adelante, se pretenden analizar otros componentes más operativos que se relacionan con la manera en la que una mujer decidió buscar atención, y cómo recibió esa atención; eventos varios, que desafortunadamente derivaron en una muerte materna.

En general, el PSMP de los SSD conoce y entiende las características más relevantes de las mujeres que fallecieron por causas maternas. Esta evaluación reconoce que SSD, a través de la Subdirección de Salud Sexual y Reproductiva y del Departamento de Salud Materna y Perinatal, cuenta con un Diagnóstico de Salud 2022 exclusivo del problema de salud materna y perinatal. No se encontró evidencia de un diagnóstico para 2023, por lo que conviene que se aseguren medidas para su producción anual, en tanto la evolución del problema y las capacidades para atenderlo cambian año con año. El diagnóstico 2022 incluye un análisis sobre los determinantes de la salud materna y perinatal, un análisis epidemiológico, y un análisis de la capacidad física y humana en salud instalada en Durango. También incluye información sobre las acciones comunitarias que se han implementado y las propuestas de política pública sobre el problema de salud materna. Conviene que este documento de política se convierta en un documento recurrente e institucionalizado como para propiciar la deliberación sobre las políticas necesarias y la evolución del estado del problema en Durango. Su institucionalización dependería de la conformación de reglas formales orientadas a su construcción: lineamientos y reformas al reglamento interior de los SSD; y de rutinas diseñadas para la configuración del diagnóstico. Con todo, el diagnóstico 2022 documenta el problema de mortalidad materna que pretende atender, e identifica, cuantifica y localiza a la población afectada por el problema. En el diagnóstico se aprecia un entendimiento del problema público y de las opciones de política para abordarlo.

La intervención identifica los casos de mujeres que fallecieron por causas maternas. Por norma, las entidades federativas deben establecer un Comité Estatal de Prevención, Estudio y Seguimiento de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal. Este órgano se encarga de la integración de la información del análisis y conclusiones de los casos de muerte materna y perinatal que se presenten en la entidad federativa. La discusión colegiada propicia que se establezcan acciones para mejorar la organización de los servicios médicos.

En Durango, existe evidencia del funcionamiento del Comité Interinstitucional de Prevención, Estudio, y Seguimiento de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal (CIPESMMMP). Se reúne de manera periódica para tipificar los casos de muerte materna e identificar los factores médicos y no médicos predisponentes y agravantes en la ocurrencia de fallecimientos. También, se encarga de identificar los puntos críticos de intervención, mediante el análisis de eslabones críticos, conocido como línea de vida obstétrica.

El proceso de Notificación Inmediata de Muerte Materna en Durango se realiza sin demora. La Notificación Inmediata de Muerte Materna (NIMM) es un proceso de vigilancia activa de la mortalidad materna. El objetivo es que la Secretaría de Salud federal reciba de manera oportuna información de las defunciones relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio, así como de las defunciones tardías y por secuelas. La NIMM es el reporte de realizado lo más rápido posible (el estándar es de 24 horas después de la defunción) sobre un evento de defunción por causa materna. La notificación se recibe a través de la plataforma del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica mediante un formato de notificación, el cual se respalda por documentación comprobatoria: certificado de defunción y resumen clínico.

Al final, conviene que los SSD realicen los siguiente:

8. Institucionalizar la realización y actualización del diagnóstico de salud materna y perinatal.
9. Fortalecer el diseño del diagnóstico de salud materna y perinatal.
10. Fortalecer la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) del PSMP.
11. Diseñar indicadores y metas propuestos para la PSMP en Durango.
12. Insistir en una estrategia de implementación para el componente comunitario de salud materna.
13. Insistir en una estrategia de difusión del PSMP, o de la importancia de la salud materna y perinatal.
14. Mejorar el registro de las sesiones del Comité Estatal de Prevención, Estudio y Seguimiento de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal (CIPESMMMP).

Ficha de la evaluación

Aspectos administrativos

- Responsable de la evaluación: Sergio Humberto Chávez Arreola
- Principales colaboradores (equipo evaluador): NA
- Organización evaluadora (si aplica): Instituto de Evaluación de Políticas Públicas del Estado de Durango
- Unidad administrativa de la dependencia o entidad responsable de la intervención evaluada: Servicios de Salud de Durango
- Titular de la unidad administrativa de la dependencia o entidad responsable de la intervención evaluada: Dra. Irasema Kondo Padilla
- Unidad administrativa de la dependencia o entidad responsable de la intervención encargada de dar seguimiento a la evaluación: Departamento de Salud Materna y Perinatal
- Forma de contratación del equipo u organización evaluadora (si aplica): NA
- Costo total de la evaluación (si aplica): NA
- Fuente de financiamiento de la evaluación (si aplica): NA
- Fecha de inicio de la evaluación (reunión de apertura): 12 de junio de 2023
- Fecha de conclusión de la evaluación (dictaminación por el Consejo General del Inevap): 20 de diciembre de 2023

Aspectos técnicos

- Objetivo de la intervención evaluada: Reducir los rezagos en la atención de todas las mujeres, sus parejas y sus recién nacidos durante la etapa pregestacional, el embarazo (prenatal), parto y la etapa neonatal (comprende las primeras 4 semanas de la vida de un bebé), y que las intervenciones efectivas, preventivas e integrales y de calidad logren el impacto en las mujeres y que manifiesten satisfacción por el trato digno y respetuoso que reciben de los prestadores de servicios de salud.
- Siglas de la intervención evaluada: PSMP
- Términos de Referencia de la evaluación: Términos de Referencia para la Evaluación Diagnóstica del Programa Salud Materna y Perinatal
- Tipo de evaluación: Diagnóstica
- Objetivo general de la evaluación: Describir y analizar las características más relevantes de las mujeres que fallecieron por causas maternas en los últimos dos años.
- Objetivos específicos de la evaluación: Analizar el problema de mortalidad materna en Durango y las capacidades diagnósticas del programa, analizar el proceso de Notificación Inmediata de Muerte Materna en Durango, clasificar los casos de muertes maternas de acuerdo con las causas relativas a la atención.
- Palabras clave de la evaluación (de 3 a 6 palabras): Muerte materna, Durango, Salud materna, Diagnóstico.

Resultados

- El PSMP de los SSD conoce y entiende las características más relevantes de las mujeres que fallecieron por causas maternas. Esta evaluación reconoce que SSD, a través de la Subdirección de Salud Sexual y Reproductiva y del Departamento de Salud Materna y Perinatal, cuenta con un Diagnóstico de Salud 2022 exclusivo del problema de salud materna y perinatal. No se encontró evidencia de un diagnóstico para 2023, por lo que conviene que se aseguren medidas para su producción anual, en tanto la evolución del problema y las capacidades para atenderlo cambian año con año.
-

Referencias

- Adams, M., Delany, M., & McCarthy, B. (1997). The relation ship of interpregnancy interval to infant birthweiht and length of gestation among low risk woman. *Paediatric Perinat Epidemiol*, *11*, 48-62.
- Aguirre, A. (1997). Mortalidad materna en México: medición a partir de estadísticas vitales. *Estudios Demográficos y Urbanos*, *12*(1), 69-99. doi:doi.org/10.24201/edu.v12i1.988
- Coneval. (2012). *Evaluación Estratégica sobre Mortalidad Materna en México 2010: características sociodemográficas que obstaculizan a las mujeres embarazadas su acceso efectivo a instituciones de salud*. México, DF: Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social.
- Coneval. (2021). *Medición multidimensional de la pobreza en los municipios 2020*. Ciudad de México: Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social.
- Coneval. (2022). *Evaluación Estratégica de Salud. Primer Informe*. Ciudad de México: Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social.
- Goldberg, H. (2009). Informed decision making in maternity care. *The Journal of Perinatal Education*, *18*(1), 32-40.
- Koch, E., Calhoun, B., Aracena, P., Gatica, S., & Bravo, M. (2014). Women' s education level, contraceptive use and maternal mortality estimates. *Public Health*, 1-4. doi:dx.doi.org/10.1016/j.puhe.2014.01.008
- Lothian, J. (2009). Persuasion: The Key to Changing Women's Ideas About Birth. *The Journal of Perinatal Education*, *18*(4), 41-44. doi:10.1624/105812409X474807
- McAlister, C., & Baskett, T. (2006). Female Education and Maternal Mortality: A Worldwide Survey. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, *28*(11), 983-990. doi:doi.org/10.1016/S1701-2163(16)32294-0
- Rodríguez, R. (2018). Maternal mortality in Mexico, beyond millennial development objectives: An age-period-cohort model. *Plos One*, *13*(3), 1-17. doi:doi.org/10.1371/journal.pone.0194607
- SSD. (2022). *Diagnóstico de Salud 2022*. Durango, Durango: Secretaría de Sañud de Durango. Servicios de Salud de Durango.
- SSD. (2022). *Plan anual de trabajo 2022*. Durango: Dirección de Servicios de Salud del Estado de Durango. Subdirección de Atención a la Salud de la Mujer. Departamento de Salud Materna y Perinatal.
- Stone, D. (2022). *La paradoja de las políticas. El arte de la toma de decisiones políticas*. Ciudad de México: CIDE.
- Yego, F., D'Este, C., Byles, J., Stewart Williams, J., & Nyongesa, P. (2014). Risk factors for maternal mortality in a Tertiary Hospital in Kenya: a case control study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *14*(38), 1-9. Obtenido de <https://link.springer.com/article/10.1186/1471-2393-14-38>

Anexos

1. Defunciones maternas según causas de defunción

Tabla 11.
Defunciones maternas según causas de defunción, 2002-2021
Número y porcentaje

Código CIE	Causa de defunción materna	Número	Porcentaje
B206	Enfermedad por VIH, resultante en neumonía por pneumocystis carinii	1	0.30%
B227	Enfermedad por VIH, resultante en enfermedades múltiples clasificadas en otra parte	1	0.30%
O001	Embarazo tubárico	4	1.20%
O009	Embarazo ectópico, no especificado	2	0.60%
O020	Detención del desarrollo del huevo y mola no hidatiforme	2	0.60%
O021	Aborto retenido	2	0.60%
O031	Aborto espontáneo incompleto, complicado por hemorragia excesiva o tardía	1	0.30%
O050	Otro aborto incompleto, complicado con infección genital y pelviana	1	0.30%
O053	Otro aborto incompleto, con otras complicaciones especificadas y las no especificadas	1	0.30%
O060	Aborto no especificado incompleto, complicado con infección genital y pelviana	3	0.90%
O061	Aborto no especificado incompleto, complicado por hemorragia excesiva o tardía	1	0.30%
O064	Aborto no especificado incompleto, sin complicación	1	0.30%
O065	Aborto no especificado completo o no especificado, complicado con infección genital y pelviana	2	0.60%
O066	Aborto no especificado completo o no especificado, complicado por hemorragia excesiva o tardía	1	0.30%
O100	Hipertensión esencial preexistente que complica el embarazo, el parto y el puerperio	3	0.90%
O11X	Trastornos hipertensivos preexistentes, con proteinuria agregada	4	1.20%
O13X	Hipertensión gestacional [inducida por el embarazo] sin proteinuria significativa	2	0.60%
O140	Preeclampsia moderada	1	0.30%
O141	Preeclampsia severa	21	6.29%
O142	Síndrome HELLP	6	1.80%
O149	Preeclampsia, no especificada	2	0.60%
O150	Eclampsia en el embarazo	26	7.78%

Tabla 11.
Defunciones maternas según causas de defunción, 2002-2021
Número y porcentaje

Código CIE	Causa de defunción materna	Número	Porcentaje
O151	Eclampsia durante el trabajo de parto	3	0.90%
O152	Eclampsia en el puerperio	11	3.29%
O159	Eclampsia, en período no especificado	7	2.10%
O240	Diabetes mellitus preexistente insulinodependiente, en el embarazo	6	1.80%
O244	Diabetes mellitus que se origina con el embarazo	1	0.30%
O266	Trastornos del hígado en el embarazo, el parto y el puerperio	2	0.60%
O268	Otras complicaciones especificadas relacionadas con el embarazo	1	0.30%
O269	Complicación relacionada con el embarazo, no especificada	1	0.30%
O364	Atención materna por muerte intrauterina	4	1.20%
O429	Ruptura prematura de las membranas, sin otra especificación	3	0.90%
O432	Placenta anormalmente adherida	4	1.20%
O441	Placenta previa con hemorragia	5	1.50%
O450	Desprendimiento prematuro de la placenta con defecto de la coagulación	3	0.90%
O458	Otros desprendimientos prematuros de la placenta	1	0.30%
O459	Desprendimiento prematuro de la placenta, sin otra especificación	6	1.80%
O622	Otras inercias uterinas	1	0.30%
O639	Trabajo de parto prolongado, no especificado	1	0.30%
O654	Trabajo de parto obstruido debido a desproporción fetopelviana, sin otra especificación	1	0.30%
O662	Trabajo de parto obstruido debido a distocia por feto inusualmente grande	1	0.30%
O679	Hemorragia intraparto, no especificada	1	0.30%
O711	Ruptura del útero durante el trabajo de parto	2	0.60%
O712	Inversión del útero, postparto	2	0.60%
O713	Desgarro obstétrico del cuello uterino	1	0.30%
O720	Hemorragia del tercer período del parto	17	5.09%
O721	Otras hemorragias postparto inmediatas	29	8.68%
O722	Hemorragia postparto secundaria o tardía	1	0.30%
O730	Retención de la placenta sin hemorragia	1	0.30%
O753	Otras infecciones durante el trabajo de parto	2	0.60%
O758	Otras complicaciones especificadas del trabajo de parto y del parto	1	0.30%
O759	Complicación no especificada del trabajo de parto y del parto	16	4.79%

Tabla 11.
Defunciones maternas según causas de defunción, 2002-2021

Número y porcentaje

Código CIE	Causa de defunción materna	Número	Porcentaje
O85X	Sepsis puerperal	6	1.80%
O860	Infección de herida quirúrgica obstétrica	1	0.30%
O861	Otras infecciones genitales consecutivas al parto	2	0.60%
O873	Trombosis venosa cerebral en el puerperio	1	0.30%
O881	Embolia de líquido amniótico	2	0.60%
O882	Embolia de coágulo sanguíneo, obstétrica	10	2.99%
O900	Dehiscencia de sutura de cesárea	1	0.30%
O909	Complicación puerperal, no especificada	1	0.30%
O95X	Muerte obstétrica de causa no especificada	1	0.30%
O980	Tuberculosis que complica el embarazo, el parto y el puerperio	6	1.80%
O985	Otras enfermedades virales que complican el embarazo, el parto y el puerperio	4	1.20%
O987	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH] que complica el embarazo, el parto y el puerperio	1	0.30%
O988	Otras enfermedades infecciosas y parasitarias maternas que complican el embarazo, el parto y el puerperio	1	0.30%
O990	Anemia que complica el embarazo, el parto y el puerperio	3	0.90%
O991	Otras enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el sistema inmunitario cuando complican el embarazo, el parto y puerperio	1	0.30%
O992	Enfermedades endocrinas, de la nutrición y del metabolismo que complican el embarazo, el parto y el puerperio	5	1.50%
O993	Trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso que complican el embarazo, el parto y el puerperio	3	0.90%
O994	Enfermedades del sistema circulatorio que complican el embarazo, el parto y el puerperio	21	6.29%
O995	Enfermedades del sistema respiratorio que complican el embarazo, el parto y el puerperio	11	3.29%
O996	Enfermedades del sistema digestivo que complican el embarazo, el parto y el puerperio	15	4.49%
O998	Otras enfermedades especificadas y afecciones que complican el embarazo, el parto y el puerperio	15	4.49%

Fuente: elaboración propia con información de los registros de mortalidad materna de la DGIS, 2023.

2. Unidades de salud por nivel de atención y por institución administradora

Tabla 12.
Unidades de salud por nivel de atención y por institución administradora
Número

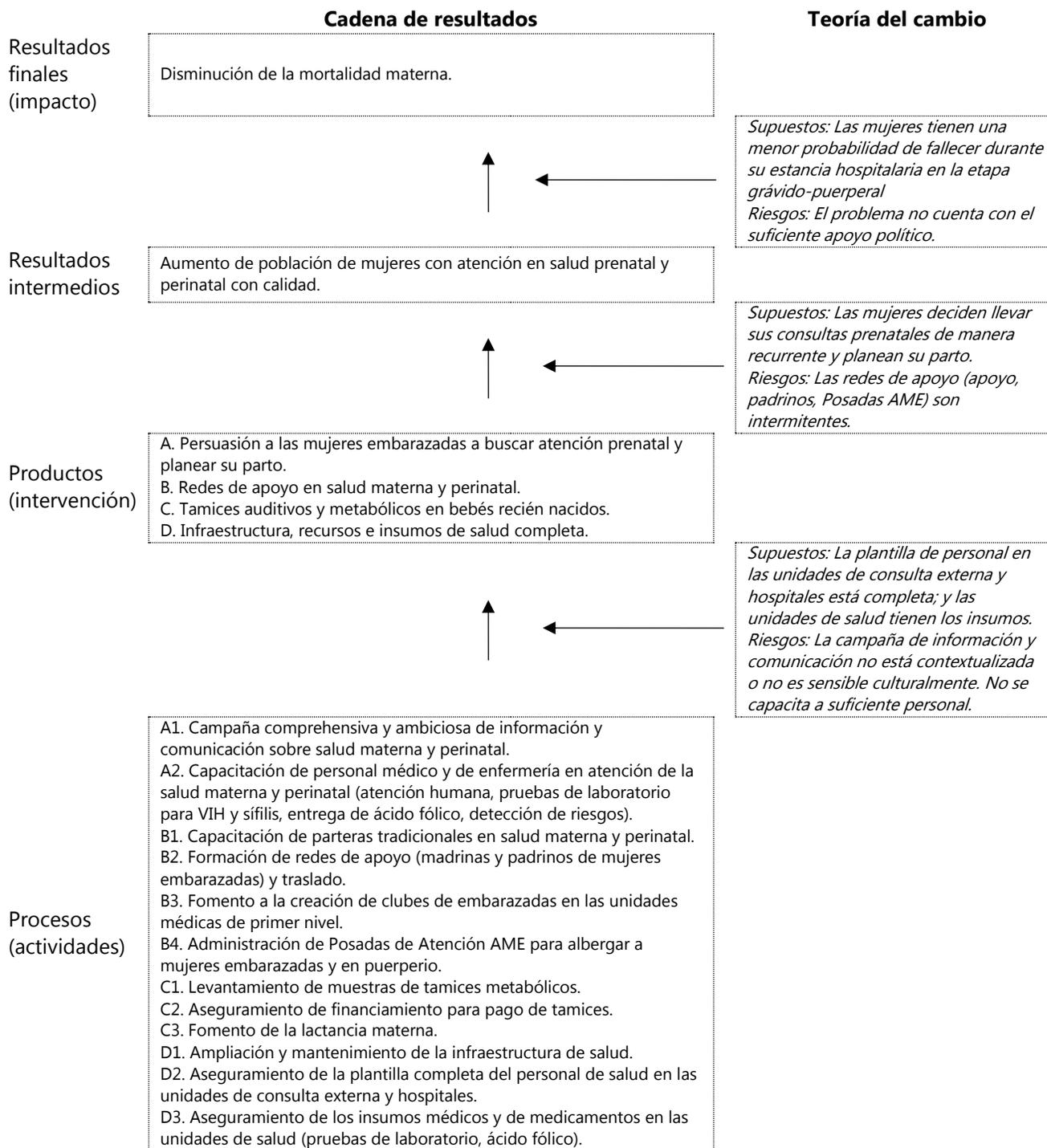
Nivel de atención	Número	Institución administradora	Número
Primer nivel	624	CJ	2
		Cruz Roja Mexicana	3
		ISSSTE	37
		IMSS	31
		IMSS-Bienestar	172
		SCT	1
		SSD	245
		SSM	1
		Sociedad Anónima	1
		No especificado	129
		Otra	2
Segundo nivel	88	Cruz Roja Mexicana	1
		ISSSTE	2
		IMSS	4
		IMSS-Bienestar	3
		SEDENA	1
		SSD	24
		SSM	1
		Sociedad Anónima	6
		No especificado	44
		Otra	2
Tercer nivel	2	SSD	2
No aplica	25	ISSSTE	1
		IMSS	4
		SSD	14
		No especificado	5
		Otra	1

Nota: SSD: Servicios de Salud de Durango; NE: No Especificado; IMSS-Bienestar: Instituto Mexicano del Seguro Social Bienestar; ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado; IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social; CJ: Centros de Integración Juvenil; SMM: Servicios Médicos Municipales; SCT: Secretaría de Comunicaciones y Transportes; SEDENA: Secretaría de la Defensa Nacional.

Fuente: elaboración propia con información del Catálogo CLUES – DGIS Salud.

3. Propuesta de lógica causal de Salud Materna y Perinatal

Figura 6.
Lógica causal de Salud Materna y Perinatal



Fuente: Mayne J (2008). Contribution Analysis: An Approach to Exploring Cause and Effect. *ILAC Brief No. 16*. Rome: The Institutional Learning and Change Initiative. Adaptado por Inevap. Traducción libre.

4. MIR del PSMP

Tabla 13.
Matriz de Indicadores para Resultados del PSMP en Durango, 2023

Nivel	Resumen narrativo	Indicadores	Medios de verificación	Supuestos
Fin	Contribuir con la reducción de la mortalidad materna mediante acciones de prevención y atención oportuna pregestacional, del embarazo, parto y puerperio.	Razón de Muerte Materna	SINAVE (informes semanales de muertes maternas)	Que existan mujeres embarazadas que soliciten los Servicios de Salud.
Propósito	Las mujeres del estado de Durango disminuyen su probabilidad de morir en su estancia hospitalaria durante la etapa grávido-puerperal.	Porcentaje de letalidad	Cubos dinámicos, Egresos hospitalarios, Análisis de CPESMMMYP	
Componentes	Control prenatal otorgado a embarazadas	Porcentaje de mujeres ingresadas al control prenatal	Cubos dinámicos	Que existan mujeres embarazadas, su familia y la población en general sensibilizadas y corresponsables del embarazo saludable, parto y puerperio seguros, y recién nacidos sanos.
	Redes de apoyo implementadas en salud materna y perinatal	Porcentaje de municipios con redes de apoyo en salud materna y perinatal	Cubos dinámicos	
	Oportunidad de toma de muestra de tamiz en niños recién nacidos	Porcentaje de niños a los que se les realizó toma de tamiz neonatal entre el número de Recién Nacidos en las unidades médicas de SSD	Portal de empresa procesadora de tamiz	
Actividades	Realizar exámenes de laboratorio para la detección oportuna de VIH y Sífilis a todas las embarazadas		Sin información	
	Realizar exámenes de laboratorio durante control prenatal completos según la Normatividad vigente			
	Capacitar a parteras tradicionales en salud materna y perinatal			
	Suministrar ácido fólico para la prevención de defectos al nacimiento a todas las embarazadas			
	Capacitar al personal médico y de enfermería en los diversos temas de salud materna			
	Dictaminar los casos de morbilidad extrema y muerte materna a través de los Comités de Prevención, estudio y seguimiento de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal			

Tabla 13.
Matriz de Indicadores para Resultados del PSMP en Durango, 2023

Nivel	Resumen narrativo	Indicadores	Medios de verificación	Supuestos
	Disminuir el número de cesáreas innecesarias mediante la instalación de salas de labor, parto y recuperación.			
	Asignar una madrina o padrino a toda mujer embarazada			
	Crear redes de apoyo y traslado municipales			
	Actualizar los censos de partería tradicional, identificarles y capacitarles			
	Crear clubs de embarazadas en todas las Unidades Médicas de primer nivel			
	Contar con un plan de seguridad por escrito			
	Activar Posadas de Atención (AME) que alberguen a mujeres embarazadas y/o puérperas			
	Brindar atención adecuada a niños durante su nacimiento			
	Capacitar personal médico y paramédico en reanimación neonatal (RENEO)			
	Realizar tamiz metabólico neonatal a todos los recién nacidos			
	Lograr que todas las Unidades Médicas se nominen y certifiquen como amigos del niño y de la niña para la difusión de la lactancia materna exclusiva			
	Dictaminar los casos de mortalidad neonatal a través de los Comités de Prevención, estudio y seguimiento de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal			

Fuente: Departamento de Salud Materna y Perinatal de los SSD.

5. Razón de Mortalidad Materna por entidad federativa

Tabla 14.

Razón de muertes maternas por entidad federativa, 2018-2022

Muertes por causas maternas por cada 100,000 nacimientos vivos

Entidad	2018	2019	2020	2021	2022
Aguascalientes	25.26	14.95	58.09	40.87	8.2
Baja California	36.5	45.1	53.17	69.91	40.1
Baja California Sur	25.59	44.87	38.3	62.64	12
Campeche	44.44	16.16	73.09	89.78	16.8
Chiapas	60.98	56.17	81.76	64.85	27
Chihuahua	51.56	58.82	93.54	75.63	51.7
Ciudad de México	48.97	52.85	89.54	72.88	26.2
Coahuila	37.33	33.64	59.1	57.84	24.6
Colima	8.23	34.28	29.11	47.7	15
Durango	45.8	56.6	19.3	59.33	56.1
Estado de México	28.64	32.84	53.12	57.8	25.4
Guanajuato	20.86	26.45	37.42	33.54	26.6
Guerrero	27.62	62.76	78.78	81.76	50
Hidalgo	31.67	26.97	31.97	74.48	25.2
Jalisco	33.47	39.17	54.41	61.96	31.2
Michoacán	34.8	39.44	57.06	62.23	33.6
Morelos	24.63	15.31	56.76	58.95	15
Nacional	35.71	37.9	60.96	66.54	30.4
Nayarit	47.86	53.19	89.07	102.32	40.5
Nuevo León	36.96	29.53	47.12	65.92	33.1
Oaxaca	49.84	37.59	89.27	85.12	44.3
Puebla	29.5	34.24	48.5	84.86	31.5
Querétaro	27.45	23.56	22.25	44.19	18
Quintana Roo	39.5	49.26	84.91	72.44	26.7
San Luis Potosí	17.28	29.44	62.79	48.44	31.1
Sinaloa	41.53	26.53	77.76	96.11	16
Sonora	31.33	33.59	64.08	59.61	28.4
Tabasco	37.44	42.61	93.53	53.15	28.5
Tamaulipas	35.06	33.02	77.92	93.92	32.1
Tlaxcala	25.85	42.05	62.34	33.34	63.4
Veracruz	35.03	38.58	47	83.24	32.5
Yucatán	51.19	21.1	67.04	101.66	20.1
Zacatecas	23.96	36.74	73.56	47.85	19.6

Fuente: Servicios de Salud de Durango y Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud.



inevap

DURANGO
INSTITUTO DE EVALUACIÓN DE POLÍTICAS
PÚBLICAS DEL ESTADO DE DURANGO