Observatorio de Mortalidad Materna en México

Informe de actividades 2011-2015

Presentación

El Observatorio de Mortalidad Materna en México (OMM) surge en 2010 a fin de promover el cumplimiento del Objetivo de Desarrollo del Milenio 5, a través del cual el gobierno mexicano se compromete a disminuir la razón de mortalidad materna (RMM) a 22 para el año 2015 tomando como referencia 89 en 1990 (la RMM para 2012 es de 42). Es así que en 23 años se ha disminuido en menos de 50%. Por ello, se ha planteado el seguimiento de indicadores, el monitoreo de políticas públicas estratégicas y la difusión de estos resultados.

Desde su inicio, el OMM se concibió como un espacio multisectorial, multidisciplinario, con la participación de la academia, organizaciones de la sociedad civil a través del Comité promotor por una Maternidad segura, organizaciones internacionales que incluyen algunas agencias de Naciones Unidas, y funcionarios de gobierno de instancias estratégicas para el tema.

El trabajo del OMM se basa en principios éticos básicos: autonomía, promoción de los derechos sexuales y reproductivos y equidad de género, respeto a la diversidad y la diferencia, a las acciones positivas en poblaciones indígenas impulsando el respeto a sus tradiciones y costumbres y, al mismo tiempo, asegurando una atención digna y oportuna. La transparencia y la rendición de cuentas son ejes fundamentales.

El objetivo del OMM es contribuir a la toma de decisiones para mejorar el acceso a los servicios de salud y su calidad durante la atención del parto y de la urgencia obstétrica. Para ello, se plantea dar seguimiento a las políticas públicas del gobierno federal sobre salud materna para contribuir a su cumplimiento y, finalmente, dar seguimiento a las actividades de los diferentes integrantes del Sector Salud, para que éstas se lleven a cabo con transparencia y rendición de cuentas, promoviendo la relación entre gobierno y sociedad civil a través de reuniones locales, con organizaciones civiles, ciudadanía y funcionarios.

En estos cinco años (2011-2015) el OMM ha generado información relacionada a las muertes maternas en México que permite reconocer las debilidades del sistema de salud, las brechas en salud materna, el exceso de muertes maternas evitables. Para tal fin, se realiza un monitoreo de indicadores tradicionales de mortalidad materna y también se ha dado seguimiento a los indicadores propuesto en el Plan para acelerar la reducción de la mortalidad y de la morbilidad materna grave (el Plan) promovido por la Organización Panamericana de la Salud.

Adicionalmente el OMM realiza monitoreo de las políticas públicas y persigue: por un lado, evaluar aquellas políticas que se considera aportan estrategias importantes para disminuir la muerte materna, ya sea porque están encaminadas a asegurar una atención

universal y aquellas otras que, por su estructura, hacen posible la transparencia y la rendición de cuentas. Asimismo ha diseñado un modelo de monitoreo de bajo costo que permita a las y los ciudadanos interesados en el seguimiento de políticas públicas contar con instrumentos que les posibiliten su seguimiento y evaluación del desempeño.

Todo el trabajo del OMM es difundido a través de sus asociados, de un boletín periódico, su página web, su twiter y Facebook.

Estructura de funcionamiento del OMM

El OMM en cumplimiento con el propósito: movilizar la voluntad política de los actores significativos en los ámbitos gubernamentales y no gubernamentales en las esferas federal y estatal, ha establecido un Secretariado Técnico con responsables de cada uno de sus grupos de trabajo (Sistema de Indicadores y Análisis Estadístico, Sistema de Monitoreo, Seguimiento y Evaluación de Políticas Públicas, y Estrategia de Difusión y Comunicación), encargados de poner en marcha los proyectos del OMM, y un sistema para el seguimiento y rendición de cuentas de los grupos de trabajo, a través de un Consejo Coordinador. Estos grupos definieron para cada área de trabajo: Perfil del responsable del área; integrantes y sus características; su función; estrategias para la recolección de la información; identificación de puntos focales en organizaciones aliadas; definición de indicadores de seguimiento y evaluación, y análisis estadístico y elaboración de reportes.

1.- Sistema de Indicadores y Análisis Estadístico mediante el cual sea posible el análisis, evaluación, monitoreo y vigilancia sistemática de los procesos y resultados de políticas, estrategias, programas y servicios dirigidos a reducir la MM y que cuente con los mecanismos necesarios para garantizar el acceso a información confiable, oportuna y de manera periódica que haga posible su uso para el análisis.

2. Dar seguimiento a la alineación de las políticas, convenios, decretos y leyes nacionales en relación con las estrategias, programas e intervenciones puntuales que recientemente se han impulsado para atender la mortalidad materna. Identificando los actores significativos y sus responsabilidades en cada uno de los niveles de gobierno.

Recolectar, sistematizar y analizar informaciones como productos de un monitoreo y vigilancia sistemática de las intervenciones, producción de servicios y etiquetación y ejecución de presupuestos a fin de mejorar la salud materna.

Elaborar recomendaciones de políticas públicas que contribuyan a la reducción de la mortalidad materna fundamentadas en las perspectivas de derechos humanos, interculturalidad y género.

3.- Estrategia de Difusión y Comunicación. Difunde información estratégica, resultado de la aplicación del Sistema de Indicadores y del Monitoreo de Políticas Públicas, y recomendaciones que contribuyan a la reducción de la mortalidad materna, fundamentadas en las perspectivas de derechos humanos, interculturalidad y género; promueve la comunicación permanente con las y los actores estratégicos y con la ciudadanía en general; propicia canales de comunicación para difusión y participación de las usuarias de los servicios de salud, a fin de asegurar ese derecho y la exigibilidad de la

prestación del mismo; promueve un sentido de urgencia que genere el compromiso ciudadano y las movilizaciones ciudadana y gubernamental para contribuir a la reducción de la MM.

1.- Sistema de Indicadores y Análisis Estadístico

Indicadores y Numeralia

El Observatorio de Mortalidad Materna en México (OMM) tiene entre sus mandatos, crear un sistema de indicadores que facilite el análisis, la evaluación, el monitoreo y la vigilancia sistemática de procesos y resultados de políticas, estrategias, programas y servicios encaminados a reducir la mortalidad materna (MM), así como contar con los mecanismos necesarios para garantizar el acceso a información confiable, oportuna y periódica que haga posible su uso para el análisis y la prevención de las muertes maternas en México. La publicación de la Numeralia y de los Indicadores obedece a dicho mandato.

Hasta el momento se han publicado la Numeralia 2009, 2010, 2011, 2012 y 2013 e Indicadores 2009, 2010, 2011, 2012 y 2013. La Numeralia y los Indicadores 2014 se encuentran en proceso. La publicación de indicadores está organizada en dos partes. En la primera se presentan los indicadores de salud reproductiva a los que se da seguimiento en el Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) 5, que tiene dos metas: la 5A que se propone reducir, entre 1990 y 2015, la MM en tres cuartas partes, y la Meta 5B que se propone lograr, para el año 2015, el acceso universal a la salud reproductiva. La segunda parte de este documento es complementaria a la Numeralia 2011 e incluye información obtenida de la base de datos de mortalidad de la Dirección General de Información en Salud (DGIS) de la Secretaría de Salud (SSA) que, año con año, es publicada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) después de ser validada.

Se incluyen en la publicación Indicadores los porcentajes de datos sociodemográficos y de acceso a servicios de salud de las variables seleccionadas con su distribución completa, con el objetivo de que se tenga acceso a la información desagregada para cada entidad federativa de la República Mexicana. Además de la adscripción étnica de las fallecidas a través del identificador conocido como “Hablante de lengua indígena”, se incorpora información relativa a los antecedentes de atención materna de las fallecidas, datos que no se encuentran disponibles en la base de mortalidad publicada por el INEGI y solamente se localizan en la base que elabora la DGIS. Se realiza una sistematización a partir de otras variables de interés: lugar de ocurrencia de la muerte, condición de aseguramiento de la fallecida y causa de muerte relacionada con el aborto, aun cuando ésta no es parte de las principales causas de muerte materna en los estados y la tasa de mortalidad materna. Todo esto permite al Observatorio dar seguimiento al número de muertes por institución. Desde el 2013 se incluyó el análisis de las muertes tardías con la causas de muerte O96X, O97X y C58X.

A diferencia de los Indicadores la Numeralia brinda una mirada rápida a la información más relevante por entidad federativa, con el objetivo de resaltar aquellos aspectos particulares en el comportamiento de la MM de acuerdo con la entidad de residencia habitual, la condición de aseguramiento en salud de la mujer y la ocurrencia de

la defunción, por ello no pretende que el o la lectora tenga una visión comparable por entidad federativa o por lugar de defunción. Esta información en su conjunto, como se señaló, podrá ser consultada en la publicación de los indicadores.

Para la Numeralia 2011 se incluyeron dos estimaciones de la RMM. La primera utiliza como denominador las estimaciones anteriores presentadas por el CONAPO con base en las proyecciones de la población de México 2005-2030. En la segunda estimación se utilizaron las nuevas estimaciones del CONAPO, que recién se publicaron en el año 2012, obtenidas a partir de la conciliación demográfica 1990-2010 y de las proyecciones nacionales y por entidad 2010-2050, realizadas con los resultados definitivos del Censo de Población y Vivienda 2010, así como de los censos de 1990 y 2000 y de los Conteos de Población de 1995 y 2005. Cualquier lector podrá identificar los cambios en esta razón a partir de la modificación del denominador.

De esta manera, en 2011 si se estima la RMM con las proyecciones de nacidos vivos del CONAPO que se han utilizado para dar seguimiento a la MM desde el periodo 1990 - 2010, podemos reconocer que la RMM por ejemplo para 2011, con el número de nacidos vivos estimados fue de 50.7 y, con las proyecciones actuales, esta RMM fue de 43.2. Para tener una serie comparable se reestimó toda la serie completa 2002-2011, de otro modo se puede tener una falsa impresión de que se ha obtenido una caída importante de las muertes. Por ello, en la publicación del 2011 se decidió incluir ambas mediciones a fin de que las y los lectores puedan realizar comparaciones con las Numeralias 2009 y 2010 publicadas por el OMM.

Para la mejor comprensión de la dimensión del problema de la MM en cada entidad federativa se ha incluido su RMM, que servirá para reconocer cuáles son las entidades que están enfrentando de mejor manera esta situación. El lector podrá comparar estos datos con las Numeralias 2009, 2010, 2011, 2012, 2013 y 2014. En la Numeralia 2011 y 2012, 2013 y 2014 además de seguir incluyendo la adscripción étnica de las fallecidas a través del identificador conocido como “hablante de lengua indígena”, se incorpora información relativa a los antecedentes de atención materna de las fallecidas, datos que no se encuentran disponibles en la base de mortalidad publicada por el INEGI y solamente se localizan en la base que elabora la DGIS. Se incorporan otras variables de interés: el lugar de ocurrencia de la muerte, la condición de aseguramiento de la fallecida y la causa de muerte relacionada con el aborto, aun cuando ésta no es parte de las principales causas de muerte materna de los estados. Para el 2015, el Observatorio incluirá en su página web un documento metodológico que permitirá a las y los interesados conocer la codificación de las variables originales y su nueva codificación, además de que se explican los procedimientos de cálculo.

El OMM ha puesto en marcha talleres de capacitación para sus integrantes en el uso de los cubos dinámicos y en el programa STATA a fin de que puedan acceder a la información disponible en bases de datos y en formato de cubos dinámicos sobre mortalidad materna. También proporciona información por municipios a aquellas personas interesadas en contar con datos sistematizados, son las periodistas las que solicitan este tipo de información así como los asociados. Las corridas particulares que el OMM ha

proporcionado son municipales de diferentes entidades federativas así como de grupos de edad como mayores de 35 años o adolescentes.

El trabajo del OMM y su vinculación con la DGIS para obtener información de manera más oportuna han tenido como consecuencia que los cubos dinámicos del SINAIS se actualizan con mayor celeridad. En el 2014, para la base de 2013, al mismo tiempo que el OMM recibió la base de datos la información estaba disponible para todo el público en general, esto no ocurrió en los dos años previos. Esto no ha ocurrido en este 2015, para la base de 2014.

Medición de avance a nivel subnacional de los indicadores del plan de aceleración de la reducción de la mortalidad materna y morbilidad materna grave en los estados de la república mexicana publicado por la Organización Mundial de la Salud.

El Plan para acelerar la reducción de la mortalidad y de la morbilidad materna grave (el Plan) fue aprobado por unanimidad por los Cuerpos Directivos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en septiembre de 2011 y tiene como objetivos generales: a) Contribuir a acelerar la reducción de la mortalidad materna, b) Prevenir la morbilidad materna grave, y c) Fortalecer la vigilancia de la mortalidad y morbilidad maternas.

Para el logro de estos objetivos, el Plan comprende cuatro áreas estratégicas: i) Prevención de embarazos no deseados y de las complicaciones derivadas de ellos, (ii) Acceso universal a servicios de maternidad asequibles y de calidad dentro del sistema coordinado de atención de salud, (iii) Recursos humanos calificados, y (iv) Información estratégica para la acción y la rendición de cuentas. Para estas líneas estratégicas propone indicadores para su seguimiento.

La ejecución del Plan es materia privativa de los países latinoamericanos y del Centro Latinoamericano de Perinatología/Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP/SMR) así como de las oficinas de la OPS en esos países, que podrán brindar cooperación técnica para favorecer su implementación. En el año 2012 el Observatorio de Mortalidad Materna en México (OMM) a través de su Secretaria Técnica se dio a la tarea de estimar los indicadores que propone el Plan para México y elaboró un documento metodológico para su estimación a través de las fuentes públicas disponibles.

En 2013 el OMM llevó a cabo dos talleres para promover la estimación de estos indicadores en las entidades federativas y se realizó la estimación de los indicadores disponibles en las 32 entidades. El OMM tiene entre sus mandatos elegir indicadores estratégicos a fin de dar seguimiento al avance de la disminución de la mortalidad materna. Los indicadores del Plan son una excelente herramienta para este seguimiento y dan la oportunidad para la sensibilización y la formación en este tema, no solamente de los asociados del OMM sino de profesionales del Sistema de salud. El Plan abre un nuevo tema para el seguimiento, la morbilidad materna grave, para la cual México no tiene una estrategia claramente definida.

Para este proyecto se contó con la activa participación de la DGIS y de las instancias de Planeación, epidemiología y salud reproductiva del Instituto de Salud del Estado de Chiapas. Este proyecto permitió evaluar la factibilidad de los indicadores

propuestos, en las entidades federativas, identificar áreas de oportunidad y establecer vínculos con los funcionarios locales encargados de la planeación y seguimiento de indicadores.

Mapeo de Boletines de epidemiología, seguimiento cada semana epidemiológica

A partir de 2013 se han elaborado mapas semanales que dan seguimiento al número de muertes maternas que publica la Dirección General de Epidemiología. Esta es una de las publicaciones más consultadas en el OMM, ya que pueden ser descargables y es información preliminar pero que tiene dos semanas de atraso, Para este 2016, al 29 de enero ya se habían publicado los boletines de la semana 1 y 2.

Documentos metodológicos

El OMM cuenta con documentos de la estimación de los indicadores que publica, lo que permite replicar su metodología a lo largo del tiempo.

Estos proyectos han contado con el apoyo de la Fundación MacArthur durante 2012 y 2013, OPS en el 2014 y para la publicación en papel en el 2013 se contó con el apoyo de CPMSM y World Vision México. Desde el 2014 no cuenta con un financiamiento permanente.

2. Sistema de Monitoreo, Seguimiento y Evaluación de Políticas Públicas

El monitoreo de las políticas públicas en el OMM persigue por un lado, evaluar aquellas políticas que se considera aportan estrategias importantes para disminuir la muerte materna, ya sea porque están encaminadas a asegurar una atención universal y aquellas otras que, por su estructura, hacen posible la transparencia y rendición de cuentas. Por otro lado, el Observatorio también se interesa en proponer modelos de monitoreo de bajo costo que permita a las y los ciudadanos interesados en el seguimiento de políticas públicas, contar con instrumentos que les posibiliten su seguimiento y evaluación del desempeño.

La rendición de cuentas es el medio por el cual se explica a la sociedad las acciones que realiza el gobierno con los recursos públicos y acepta, consecuentemente, las responsabilidades de las mismas. Una condición para la rendición de cuentas es la transparencia, abrir la información generada por las instituciones al escrutinio público para revisarla, analizarla y, si fuera el caso, proponer medidas correctivas necesarias para un desempeño más eficiente y efectivo. Para ello se requiere de un marco normativo de rendición de cuentas y transparencia en la política pública, que permita el acceso de manera oportuna, a información estratégica que incluya mínimamente, la definición explícita de: a) los objetivos de políticas o programas, b) los responsables de su ejecución en los distintos niveles de gobierno, y c) los procesos implicados en su ejecución (López y Merino, 2010).[1]

[1] López Ayllón, S., Merino, M., 2010, *La rendición de cuentas en México: perspectivas y retos*: http://www.bibliojuridica.org/libros/6/2800/4.pdf (consultado: 13 de noviembre, 2012).

Asimismo, este ejercicio es factible en un marco de relaciones entre Estado y sociedad en donde se conciba, legitime y garantice la participación y control social de la política pública, incluyendo su monitoreo y evaluación, lo cual implica que el espacio "público" no se considere territorio exclusivo de actuación del Estado, sino también de la sociedad civil y que los mecanismos de participación social contemplen no sólo el seguimiento de la política, sino la difusión y seguimiento de resultados, y el establecimiento de un espacio institucionalizado de retroalimentación efectiva entre los responsables de los programas y quienes realizan ejercicios de monitoreo y evaluación, a fin de aprender de los resultados para reafirmar, fortalecer y/o corregir rumbos y avanzar en una mejora sustancial del desempeño e impacto de la política pública.

Las actividades de contraloría social del OMM han sido posibles por la confluencia de varios elementos:

- la trayectoria de incidencia política y del *expertise* en el tema de algunas de las organizaciones que lo conforman,
- la instauración de espacios organizativos institucionalizados (Acuerdo 005-2009 de la reunión del Gabinete Social, en el cual se establece la necesidad de promover observatorios de salud materna por la SSA y el Instituto Nacional de las Mujeres), compromisos derivados del Acuerdo 005-2009 en el Consejo Nacional de Salud,
- la inclusión de la academia y de expertos en el tema,
- la inclusión, entre sus asociados, de actores clave que laboran en la administración pública, y
- la trayectoria de control social desarrollada por el CPMSM a través de las reuniones técnicas instauradas desde 2008 y que se han convertido en un referente en el trabajo del OMM.

Durante 2011-2015 el OMM ha dado seguimiento a dos convenios, encaminados al mejoramiento de la salud materna, que se impulsaron en la segunda parte del sexenio 2006-2012 y que constituyen los primeros ejercicios de contraloría social del OMM:

Acuerdo para el Fortalecimiento de las Acciones de Salud Pública en los Estados

El primero de ellos es el que corresponde al monitoreo del Acuerdo para el Fortalecimiento de las Acciones de Salud Pública en los Estados (AFASPE), mecanismo para transferir recursos financieros e insumos, desde la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud (SPPS) de la SSA a los Servicios Estatales de Salud (SESA), destinados a los 32 PAE a través de la firma de un Acuerdo Marco.

Los PAE son los instrumentos rectores en diversos problemas de salud que se elaboran de manera consensuada, basados en las mejores prácticas y en la evidencia científica disponible, con el objetivo de plantear estrategias para la solución de problemas de salud nacionales así como definir la dirección que todas las instituciones y niveles de gobierno deberán seguir para avanzar de manera conjunta y armónica en los principales

retos que enfrenta el Sistema Nacional de Salud.[2] En el caso particular de la salud materna, se dio seguimiento al Convenio AFASPE en el PAE APV.

A partir de la descentralización de los servicios de salud en el país, los recursos para el funcionamiento de los SESA se han canalizado a través de los Fondos de Aportaciones del Ramo 33, particularmente en el caso de salud a través del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA). De acuerdo con la Auditoría Superior de la Federación (ASF) se observa que en 2010, 83% de los recursos recibidos en las entidades federativas se ejerció para el pago de nómina, 16.7% se utilizó para gastos de naturaleza corriente y 0.3% para erogaciones de inversión (ASF, s/f:7).[3]

Los ordenamientos jurídicos que rigen la fiscalización de recursos se encuentran en los Artículos 79 y 139 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 85 de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, Artículos 48 y 49 de la Ley de Coordinación Fiscal y Artículos 8 y 9 del Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal (ASF, s/f).[4]

Aunque el fondo de aportaciones es uno de los presupuestos más importantes para el funcionamiento de los SESA, la federación a través de la SPPS de la SSA, realiza transferencias monetarias y de insumos para el fortalecimientos de los PAE; sin embargo, hasta 2008 esta transferencia de recursos implicaba una carga administrativa enorme ya que en palabras de la propia SPPS, cada unidad administrativa y órgano desconcentrado suscribía convenios específicos con las entidades federativas: uno para la transferencia de recursos presupuestarios y otro para la transferencia de insumos, por lo que se firmaban cerca de 400 convenios al año (sólo convenios principales) más convenios modificatorios. Adicionalmente, no se identificaba el destino del gasto, se anotaba el presupuesto a nivel de programa-monto de los recursos; todo ello representaba una gestión difícil en la suscripción de los convenios, lo que determinaba retraso en la transferencia de recursos, dificultaba el seguimiento de proyectos e impactos así como la comprobación y rendición de cuentas (SPPS, 2012:2).

A partir de 2008 se elabora el AFASPE y se inicia el desarrollo de una aplicación informática: Sistema de Información para la Administración del Fondo de Aportaciones para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas (SIAFFASPE), a fin de propiciar la eficiencia, eficacia y transparencia del manejo de recursos presupuestales para el cumplimiento de metas y objetivos institucionales. En esta plataforma el presupuesto queda a nivel de partida presupuestal y se conceptualizan los elementos de planeación y los programático-presupuestales: programas, estrategias, líneas

---

[2] SSA, 2008, *Programa de acción de planificación familiar y anticoncepción*, México, p. 7: http://www.spps.salud.gob.mx/interior/programas/programas.html (consultado: diciembre, 2010).
[3] ASF, Auditorías al FASSA: http://www.ofsnayarit.gob.mx/capacitacion/2010/0615_1m01.pdf (consultado: 1 de diciembre, 2012).
[4] En este caso se refiere al presupuesto de 2010.

de acción, actividades, indicadores, intervenciones, fuentes de financiamiento y catálogos (SPPS, 2012:3)[5] alineados con los PAE.

El diseño de un modelo de convenio específico unifica la presentación de información y permite una mejora en la rendición de cuentas. Se semiautomatiza la generación de convenios específicos y sus correspondientes convenios modificatorios, lo que facilita los trámites administrativos (SPPS, 2012:3).

Por todo esto es que el OMM se interesó en 2011 en dar seguimiento a este nuevo modelo de gestión por resultados, que promueve la transparencia y rendición de cuentas. En esta primera etapa del monitoreo del AFASPE del PAE APV, el OMM se introduce en los procesos de planeación, gestión y ejecución del Convenio en tres estados de la República Mexicana: Guerrero, Oaxaca, Veracruz, Colima y Tlaxcala. Este monitoreo tuvo dos características su ejecución fue responsabilidad del Secretariado Técnico del OMM y a partir de este monitoreo se realizó una primer propuesta del Modelo de Monitoreo de la Política Pública (MMPP).

En la segunda etapa se monitorearon Chiapas, Querétaro, San Luis Potosí y Sonora, la diferencia básica de este primer monitoreo, es que su ejecución estuvo a cargo de activistas e investigadores locales de las entidades federativas monitoreadas y se validó la propuesta de MMPP. Como resultado de este monitoreo al modelo se le añadieron dos módulos el de devolución de resultados y el de difusión de resultados. Se realizaron acuerdos de mejora del desempeño firmados en cuatro entidades de la República, todos de ellos se llevaron a cabo en 2013 junto con la devolución de resultados.

En la tercer etapa de este proyecto se planteó la replicación del Modelo de monitoreo de políticas públicas propuesto, en el seguimiento de resultados que tiene este Acuerdo en la mejora de atención de las mujeres, así como en la verificación y comprobación del gasto y aplicarlo no solamente al PAE APV sino al Programa de Acción Específico Prevención y Atención a la Violencia Familiar y de Género (PAE PAVFG).

Se conformaron los siguientes grupos de trabajo: Mexfam al término de 2013 manifestó su interés de continuar en Querétaro y San Luís Potosí y ampliar su trabajo a Oaxaca y Veracruz. El Observatorio de Zacatecas manifestó su interés de trabajar en Zacatecas. Fundar manifestó su interés de llevar a cabo el monitoreo en Guerrero. El Comité por una maternidad segura en Veracruz, externó su interés de realizarlo en Veracruz y el Comité de Jalisco de llevarlo a cabo en ese estado. En dos estados se evaluaría el PAE PAVFG y en seis estados el PAE APV.

Dentro de los principales hallazgos de este tercer monitoreo se encuentran: a) Persiste la falta de acceso público a la plataforma SIAFFASPE, con la consecuencia de que la información esté supeditada a la voluntad política de los funcionarios que tienen entrada a la misma o bien, al ser mediada por el IFAI, a través de una solicitud de información se

[5] SSA, SPPS, 2012, *Acuerdo para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en los Estados*, presentación *ppt*, 45 diapositivas, presentación proporcionada en sesión de trabajo con la Dirección de Operación de la SPPS, marzo 2, 2012.

pueden obtener respuestas que no se apegan a lo solicitado y se tengan que volver a requerir, habiendo que esperar los tiempos que este medio especifica (un mes en promedio, que puede ser extendido a varios más si no se obtiene la información demandada en la primera solicitud). En el nuevo contexto de la reforma de la Ley de Transparencia en México, el acceso a través del IFAI estaría en posibilidades de perderse. b) No se han elaborado mecanismos para un tránsito transexenal, que garantice que las y los nuevos funcionarios conozcan la operación del Convenio AFASPE, principalmente en aquellos estados donde, además del cambio de administración, también lo hubo de partido político. c) Continúa la falta de publicación en los sitios web oficiales de las instituciones involucradas en el AFASPE (SESA, SEFINA, SSA) de los informes trimestrales, comprobación del gasto (certificación del gasto) y devolución a la Tesorería de la Federación, en todas las entidades de este estudio, lo que dificulta conocer cómo se ejerció el gasto y su alineación y cumplimiento con las metas establecidas en el Convenio. d) No se han creado mecanismos para que los convenios modificatorios no retrasen la llegada de recursos a las entidades, a pesar de que dichos convenios generalmente favorecen con un alza el presupuesto y su retraso ocasiona que las entidades se queden sin tiempo para licitar la compra de insumos o realizar las contrataciones de personal. e) La comprobación del gasto por parte de las entidades federativas no ocurre al finalizar el Convenio, la mayoría de entidades continúa comprobando en el primer semestre -o más- del siguiente año, por lo que solicitar esta información en los primeros meses del año siguiente no garantiza el acceso a la misma, pues en muchas entidades está incompleta. f) Un logro de este monitoreo ha sido el acceso, en una de las entidades federativas, al presupuesto final aprobado para 2013 del PAE APV y sus partidas presupuestarias. No se había obtenido esta información en los monitoreos anteriores. g) El segundo convenio modificatorio tuvo lugar el 4 de diciembre, lo cual ocasionó un considerable retraso en el ejercicio del gasto (p. ej. Querétaro que sub ejerció el 40%).

Para el 2013 la meta señalaba

4.4.1 El 100% de los hospitales que otorgan atención obstétrica deben contar con una Posada AME.

La designación presupuestal para el fortalecimiento de estas posadas estuvo en un rango de casi 1.250 millones en Zacatecas y el que tuvo mayores recursos para esta meta fue Guerrero con 25 millones. Entre los hallazgos que destacan es que uno de los estados era imposible asignar ese dinero a las posadas porque se encontraba en litigio de una Organización en manos de la esposa del exgobernador, funciona como albergue pero no recibieron ningún dinero. Es así que esta ONG en manos de esta persona se había adueñado de la infraestructura y de los terrenos de los SESA en Zacatecas. El seguimiento específico del funcionamiento de las Posadas AME arrojó que no se encuentran en las capitales de los estados donde se ubican las principales unidades médicas resolutivas (a excepción de Guadalajara). En Guadalajara se verificó que se les había otorgado un apoyo en mobiliario y material de limpieza. En Guerrero, oficialmente se ejecutaron financiera y administrativamente 25 millones que se avalan con notas, pero durante la reunión de devolución de resultados el responsable de los Albergues señaló que el programa solamente recibió 2.5 millones.

Es decir que el seguimiento preciso de una meta como resultado arroja una serie de irregularidades.

En resumen, de los resultados de estos monitoreos podemos concluir que el AFASPE cuenta con las siguientes fortalezas: a) Favorece la rendición de cuentas y la transparencia, b) Es un acuerdo con obligatoriedad de hacerse público, c) Los estados se comprometen al cumplimiento de metas definidas, y d) Se especifican el monto total de la transferencia (recursos e insumos) y las fechas de ministración.

Sus debilidades son las siguientes: a) No están claramente delimitadas las responsabilidades en el cumplimiento de metas, b) No incluye fuentes ni mecanismos de verificación de metas, c) No incluye a la sociedad civil, ni a los observatorios para el acceso más fácil y expedito a los informes, d) La elaboración de convenios modificatorios (SSA) retarda la transferencia de recursos y dificulta su ejercicio: Al no ser un recurso etiquetado por el Congreso, no sigue lineamientos de progresividad y no regresividad, no es clara y transparente la designación de presupuesto para los estados, e) Frecuentemente hay discordancia entre las comprobaciones de gastos en las entidades federativas y las metas propuestas.

Recomendaciones para la mejora en la rendición de cuentas del AFASPE:

- En el Acuerdo deben quedar claramente delimitadas las responsabilidades en el cumplimiento de metas (Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva -CNEGySR-/SPPS). Modificar la *Cláusula Tercera Intervenciones, Indicadores y Metas.*
- En el Acuerdo se deben incluir fuentes y mecanismos de verificación de metas (SESA, CNEGySR) en la *Cláusula Tercera Intervenciones, Indicadores y Metas.*
- Asegurar la rendición de cuentas y transparencia de manera oportuna y expedita a través de **modificar la Cláusula sexta, inciso II, que debe decir: "entregar y publicar trimestralmente…"** o, en su defecto, abrir el acceso de la plataforma SIAFFASPE en donde se incluye el compromiso del gasto y los avances trimestrales.
- Mejorar la transparencia en la designación de presupuesto para los estados. La SPSS debe señalar en un documento metodológico los criterios de asignación de presupuesto a los estados a través de este Acuerdo.
- Etiquetar los recursos del AFASPE desde el Presupuesto de Egresos de la Federación para evitar la discrecionalidad y asegurar la progresividad y no regresividad.
- Fortalecer (CNEGySR) las capacidades de las/los funcionarios locales involucrados, para una operación más eficiente de los AFASPE, y
- Reforzar (SESA) a nivel de los estados, los procesos de comunicación entre las instancias de salud y las de finanzas, a efecto de mejorar su articulación en la operación de los AFASPE.
- Incluir en el Acuerdo la calendarización de los insumos.
- Publicar como lo hace la DGE los avances financieros vía internet.

Modelo de Monitoreo de Políticas Públicas

El Modelo de Monitoreo6 de Políticas Públicas es un método diseñado y desarrollado por el OMM para evaluar y dar seguimiento a políticas, programas o iniciativas en salud materna, pero puede ser utilizado por organizaciones civiles, instituciones de salud y tomadores/as de decisiones para dar seguimiento a otras políticas, programas o iniciativas. El Modelo consta de una Guía General en formato de tríptico y documento para consulta en internet y de un Manual Operativo detallado que incluye, para cada aspecto, la definición de: En qué consiste, cuál es su intención, qué se necesita y cuáles son los pasos a seguir.

Por otro lado, el OMM cuenta con varios grupos de trabajo, uno de los cuales es el de Monitoreo de Políticas Públicas, cuyos integrantes[7] realizaron diversas reuniones con el fin de definir la estrategia para llevar a cabo esta actividad. En la primera reunión se delimitó un mapa conceptual donde se identificaron los actores clave así como sus vínculos y funciones.

En la segunda reunión, sobre la propuesta metodológica, se definió qué sería importante monitorear y cómo hacerlo. Se acordó que serían dos estrategias fundamentales: trabajo de gabinete (documentación) a través de solicitudes de información presentadas directamente a secretarios/as de salud estatales y/o utilizando el nuevo sistema de solicitudes de información (INFOMEX)[8] del Instituto Federal de Acceso a la Información y Protección de Datos (IFAI); la segunda estrategia fue el trabajo de campo de corte cualitativo a partir de la selección de actores clave que participan en el proceso de planeación, operación y evaluación, a través de entrevistas temáticas. Esta versión fue utilizada en el monitoreo 2011 en cinco entidades federativas, realizado directamente por el Secretariado Técnico del OMM.[9]

Durante 2012 y 201310 se llevaron a cabo la validación y mejora del Modelo a partir de su replicación por investigadores y activistas de cuatro entidades federativas, externos al Secretariado Técnico, que dieron seguimiento al AFASPE. Como resultado de esta replicación se realizaron modificaciones al modelo inicial que fueron incluidas en una

---

[6] Monitorear: término no incluido en el diccionario de la Real Academia Española, no obstante se puede entender como la acción de observar el curso de uno o más parámetros para detectar eventuales anomalías. Esta acción implica contar con estrategias para recolección de información sobre actividades clave, así como para su sistematización, análisis y uso para toma de decisiones.

[7] Carlos Echarri, Paola Sesia, Daniela Díaz, Erika Troncoso, Lucía Aguilar, Jessica Lombana, Amalia Ayala, Javier Domínguez, Guadalupe Ramírez, Ernesto Alvarado, Lina Berrio, Evangelina Vázquez, Pilar Ochoa, Apolinar Membrillo, Miguel Ángel Luna Ruíz, Carmen Contreras, Hernán García, Dylis Walker, Rosario Cárdenas, Dolores González, Guadalupe Landerreche, Graciela Freyermuth, Dora Rodríguez y Laura Elena Martínez.

[8] Sistema electrónico creado por el IFAI con financiamiento del Banco Mundial, que facilita y mejora los procesos, tareas y avances en la gestión de solicitudes de información; brinda atención a aquellos organismos, entidades y dependencias que se hayan incorporado al sistema, para recibir y contestar eficientemente las solicitudes de información.

[9] La responsable de estos monitoreos fue la doctora Dora Rodríguez Soriano.

[10] En esta validación participaron, por el estado de Chiapas: Héctor Javier Sánchez Pérez de El Colegio de la Frontera Sur (ECOSUR); por Querétaro: Jennyfer Jiménez González de la Fundación Mexicana para la Planeación Familiar, A.C. (Mexfam); por San Luis Potosí: Denice Grissel Soriano Sahagún de Mexfam y, por Sonora: Lilia Encinas Norzagaray de la Universidad de Sonora, bajo la coordinación de Hilda Argüello Avendaño y Graciela Freyermuth Enciso.

segunda versión. Esta versión nuevamente fue puesta a discusión por un Grupo de Trabajo y el resultado de este trabajo y del propio Secretariado Técnico dio como resultado una guía que está disponible en versión de tríptico para impresión y de documento para consulta vía internet11 y un Manual Operativo,[12] cuyo objetivo es brindar orientación detallada sobre cómo dar seguimiento al funcionamiento de una política pública. Se divide en dos partes: un modelo general para el monitoreo de políticas públicas que puede ser aplicado para cualquier política, programa o iniciativa y una segunda parte en la que se ejemplifican las herramientas que se proponen con ejemplos del seguimiento del AFASPE del PAE APV.

Ambos proyectos el de AFASPE y el MMPP han contado en sus diversas fases con financiamiento de UNFPA, CNEGySR (a través del financiamiento de la investigadora responsable).y Hewlett.

Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica

En los años 2008 y 2009 se promovieron, desde la federación, con propuestas de la sociedad civil, dos iniciativas encaminadas a disminuir las barreras económicas y mejorar el acceso: Embarazo Saludable, que ha consistido en afiliar prioritariamente a todas las mujeres embarazadas y sus familias al Seguro Popular (SP) y la segunda es el Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la AEO (Convenio AEO) 13 firmado el 28 de mayo de 2009, en el que se establece que todas las mujeres que presenten complicaciones obstétricas deberán ser atendidas en cualquier unidad de salud del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) o SSA, sin importar su condición de afiliación. Esto implica establecer diversos mecanismos de coordinación interinstitucional que permitan una respuesta integrada ante la urgencia obstétrica. El Convenio señala que la AEO otorgada será gratuita para la usuaria y los gastos de las atenciones derivadas corren a cuenta de las instituciones participantes. El OMM desde su instalación formal marzo de 2011, se dio a la tarea de monitorear estas dos importantes iniciativas. Más aún porque ninguna de ellas contaba específicamente con fondos adicionales para su implementación. En este convenio se encuentran incluidos 414 hospitales clasificación en resolutividad alta, media y baja en razón de los recursos humanos, infraestructura, equipos e insumos con que disponen así como la capacidad para realizar traslados[14]. No todos los establecimientos de las institucionales participantes están incluidos en el convenio, a pesar de que puedan cubrir los criterios que se establecen. Básicamente este grupo de hospitales se limita a establecimientos del segundo nivel excluyendo al primer y tercer nivel de atención.

---

[11] http://omm.org.mx/images/stories/Documentos%20grandes/MMPP%20Gu%C3%ADa%20General%20FINAL,%20dic.%2018,%202013.pdf

[12] http://omm.org.mx/images/stories/Documentos%20grandes/Modelo_afaspe_20ag.pdf

[13] Convenio Interinstitucional entre SSA, ISSSTE e IMSS por el cual toda mujer que presente una emergencia obstétrica debe ser atendida en cualquier unidad médica de las instituciones mencionadas, sin discriminación por razón del estado de afiliación (desde mayo de 2009): http://maternidadsinriesgos.org.mx/web/wp-content/uploads/2009/07/convenio.pdf

[14] El Anexo 1 del Convenio enlista los hospitales participantes.

En 2010, a un año de la firma del Convenio Interinstitucional (IMSS/ISSSTE/SSA) el OMM realizó un monitoreo nacional sobre la producción de servicios, que incluyó algunas indagaciones sobre el Convenio (Freyermuth, 2012:80). Entre los resultados destacaron que 65% de los directores de los establecimientos de primer nivel conocía el Convenio y 87% de los directores de los establecimientos hospitalarios. Sin embargo, solamente la mitad de los directores de primer nivel contaba físicamente con el Convenio, mientras que en el segundo nivel 69% lo tenía en su poder. Tenían mayor conocimiento del Convenio los directores de hospitales de las instituciones de seguridad social respecto de las que atienden a población del SP/abierta, con una diferencia de 20 puntos porcentuales entre las instituciones para población SP/abierta. Las unidades de primer nivel habían enviado o canalizado a alguna de sus pacientes para resolver una urgencia obstétrica pero solamente en la mitad de los casos la referencia había sido a instituciones distintas de las suyas. Las instituciones para población SP/abierta envían 50% de las mujeres al mismo SESA y tanto el IMSS como el ISSSTE envían de igual manera 50% de las mujeres al SESA. En el caso del segundo nivel, al parecer el Convenio es más utilizado por parte de los SESA ya que 68% de las instituciones para población del SP o abierta señaló haber referido pacientes (76% del total) con urgencias obstétricas hacia el segundo nivel de otra institución de seguridad social (IMSS, ISSSTE) y, en el caso de estas instituciones de seguridad social, generalmente realizaron sus referencias al SESA (74%); es decir, que en este estudio se concluyó que el Convenio no ha permitido retener a mujeres sin seguridad social en los hospitales para aseguradas y la referencia, en estos casos, se sigue utilizando como un medio de reubicación de pacientes. También se reconoció que los más desinformados con respecto a la existencia del Convenio era el personal perteneciente a instituciones para población SP/abierta, las cuales tienen frecuentemente mayor necesidad de referir pacientes a hospitales con mayores recursos.

Estos resultados y la importancia del Convenio para mejorar el acceso a los servicios de salud y promover un uso más eficiente de los recursos llevaron al Observatorio a monitorear esta política pública en 2011 y 2012. El objetivo de este monitoreo fue describir y analizar el funcionamiento del Convenio identificando los aciertos y las limitaciones en su operación en cuatro entidades federativas: Oaxaca, Chiapas, Distrito Federal y Tabasco. Como resultado de este monitoreo se emitieron las siguientes recomendaciones: a) conformar redes interinstitucionales para la AEO, b) Difundir el Convenio entre el personal de salud y la población usuaria, c) Redefinir y actualizar del listado de unidades resolutivas para la AEO además de asegurar su acreditación. d) Reforzar otorgamiento gratuito de la AEO y e) Creación de padrón único de afiliación al Sector Salud.

En los acuerdos se priorizó el seguimiento a las redes interinstitucionales ya que eran inexistentes o seguían una lógica que no respondía a el acceso oportuno de la atención, por ello se consideró fundamental identificar estas redes a la luz del convenio general de colaboración para la atención de la urgencia obstétrica y con esta documentación incidir en la mejora de la atención, a esto respondió el monitoreo 2012-2013.

En 2012-2013 el OMM dio seguimiento a este Convenio en cuatro redes seleccionadas en los estados de Oaxaca, Tabasco, Chihuahua. En ese proyecto se describió y analizó el funcionamiento de las redes, y se concluyó que: 1) existe una limitada

colaboración entre instituciones, lo que retrasa la atención inmediata en muchos de los casos 2) No participan en el Convenio el IMSS-OP, SEMAR, SEDENA, PEMEX, 3) El programa IMSS-Oportunidades cuenta con establecimientos en regiones estratégicas en donde no existe ninguna otra unidad., 4) Hay necesidades de insumos, tecnologías y recursos humanos para brindar la AEO en las tres instituciones. 5) Existen establecimientos de la SSA, SESA, IMSS e ISSSTE con características adecuadas para la implementación del Convenio que no están incluidos en Anexo 1. 6) No todos los hospitales participantes en el Convenio cuentan con acreditación. 7) No existen redes de AEO interinstitucionales, lo que favorecería el correcto funcionamiento y operación del Convenio.

Se realizó la devolución de resultados a las tres instituciones participantes en los ámbitos estatales, y en él ámbito federal también se firmaron acuerdos de mejora del desempeño, entre los que destacan impulsar la certificación y/ o acreditación de los hospitales, ya que no estaban certificados todos los hospitales definidos para la atención de la urgencia obstétrica así como la publicación de esta información. Asegurar el transporte gratuito en los casos de emergencia obstétrica o incluirlo en Seguro Popular como gasto catastrófico. Contar con un padrón de beneficiarios del Sector Salud.

Para el periodo 2014-2016 el OMM dio seguimiento a la estrategia del convenio desde redes interinstitucionales e interestatales, y en los diferentes niveles de atención, incluyendo el análisis del funcionamiento del Acuerdo de Intercambio de Servicios Planificados que permite el acceso de las mujeres a un tercer nivel de atención con cuidados de alta especialidad. para este proyecto el OMM ha consolidado su vínculo con la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES) así como la Dirección de Sistemas Gerenciales quienes llevan lideran la estrategia del Convenio Interinstitucional de Colaboración para la Atención de las Emergencias Obstétricas. También ha involucrado a autoridades del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores (ISSSTE), IMSS-Prospera Centro Nacional de Equidad y Género (CNEGySR), Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES), autoridades estatales de los Servicios Estatales de Salud (SESA), desde los Secretarios de Salud, encargados (as) estatales de Salud Materna, así como representantes del IMSS, ISSSTE, IMSS-Prospera. Las gestiones desde el OMM han permitido contar con facilidades para el acceso a los distintos establecimientos e inclusive en algunos casos contar con el apoyo en la transportación.

A diferencia del proyecto de AFASPE este monitoreo se realiza desde el Secretariado Técnico a través de una investigadora de proyecto.

Este estudio se realizó en seis regiones que incluyen 15 estados: 1. Península Yucatán: Campeche, Yucatán, Quintana Roo, 2. Chiapas: Nodo Tapachula Nodo y Tuxtla-Gutiérrez, 3. Área Metropolitana: Distrito Federal y Estado de México, 4. Nororiente: Huasteca Potosina, Huasteca Hidalguense, Veracruz Norte y Tamaulipas, 5. Bajío: Aguascalientes, San Luis Potosí, Zacatecas, Jalisco y Guanajuato, 6. Guerrero: Nodo Montaña Grande y Nodo Costa Chica.

En total se monitorearon 88 establecimientos: 36 de los SESA, 24 del IMSS, 11 de IMSS-Prospera y 11 del ISSSTE, así como organismos públicos descentralizados cuatro

Hospitales Regionales de Alta Especialidad (HRAE) y dos Hospitales Federales de Referencia.

En diciembre del 2015 se concluyó el trabajo de campo y actualmente en etapa de análisis de información, en este año se elaborarán los resúmenes políticos y se realizará la devolución de resultados en el ámbito

Durante el presente año el OMM ha participado en reuniones como invitado del Comité de Arranque Parejo en la Vida, así como de la Comisión del Convenio, que da seguimiento al cumplimiento del mismo.

3. Estrategia de Difusión y Comunicación

El Grupo de Trabajo de Difusión contó en 2013 y 2014 con varias sesiones de capacitación en el tema de medios masivos a través de cursos organizados por la Fundación Hewlett, así como con asesoría de la empresa Cuadrante, Estrategia y Comunicación, para la mejora de su estrategia de comunicación. También ha tenido capacitación y soporte técnico de Alternativas en Comunicación. En 2013 se empezó a difundir la gacetilla (vía correo electrónico) que tiene como finalidad promover los avances del OMM en sus líneas estratégicas y de sus asociados, así como la difusión de la página web del Observatorio. A partir de 2014-2015 el OMM contó con un comunicólogo responsable de comunicación.

Gran parte de las mejoras que se han hecho tanto a los indicadores, boletines y medios digitales del OMM, se debe a los diversos talleres impartidos en la ciudad de México y Tuxtla Gutiérrez. Los cuales ha proporcionado al área de comunicación herramientas muy valiosas tales como:

1.- Diversas plataformas de mapeo digital tales como Tableau, Google tour builder, Arcgis y Mapa Digital del INEGI. (Talleres tomados en la ciudad de México durante el evento de MIGRAHACK)

2.- Manejo del sistema operativo Joomla, herramienta para manipular páginas de internet (Curso tomado en la ciudad de México)

3.- Google analytics, tabula, google refine son herramientas para el análisis de datos abiertos y estadísticos (Taller tomado en la ciudad de México en el curso DATOS ABIERTOS)

4.- Comunicación efectiva y mejorar la estrategia de comunicación, en el taller de Vianey Esquinca..

El sitio web empezó a funcionar en enero de 2012 con alrededor de 7 mil visitas en el mes de enero del 2012 y en el mes de agosto del 2015 (que contamos con cifras para los 30 días) el número de visitas fue de 23 800 visitas con dirección omm.org.mx es el principal medio de comunicación y difusión del OMM. Con las estadísticas de 8 meses y medio del 2015 (enero a 15 de septiembre del 2015)[15] se realizaron alrededor de 5 000 sesiones mensual en este portal cifra que se casi se triplicó en un año, el 18 de agosto con 1 863 sesiones la cifra más alta y el 1ero de mayo del 2015 con 12 sesiones. En el periodo de

[15] Cuando se cambió el diseño de la página los consultores no incluyeron el link a google analitics por lo que no contamos con estadísticas de octubre de 2015 a enero de 2016.

análisis se realizaron 45 813 sesiones con un total de 33 848 usuarios que visitaros 127 837 páginas, los visitantes accedieron en promedio a tres páginas y la duración promedio por sesión fue de un poco más de tres minutos. El 72.28% de las sesiones fueron de nuevos usuarios y 27.6 sesiones de visitantes asiduos. La mayor parte de los visitantes ingresan a través de buscadores 87.3% (39972) de forma directa 8.3% (3822) referidos por otras páginas 3.1% (1422) y por redes sociales 1.3% (597). A la sección de indicadores, para este periodo fue la más solicitada 40,476, incluye la sección de boletines de mortalidad materna, numeralia, indicadores, retrocesos y avances por entidad federativa, la sección de monitoreo tuvo 8032 visitas entre el modelo de monitoreo, el monitoreo de AFASPE, el CAE y otros monitoreos. En 2014 algunas de estas secciones se actualizaron y en el 2015 se rediseño la página a fin de utilizar toda la pantalla. Se rediseñaron las imágenes, colocación de la información, actualización de las secciones y de contenido. Es importante señalar que se tuvieron 8000 sesiones para descargar e Plan nacional de desarrollo y el programa sectorial 2013-2018.

Los 10 países que más vistan la página viven en México, Colombia, Perú, Ecuador, Estados Unidos, Venezuela, Guatemala Argentina, y España.

El segundo órgano informativo de importancia es La “Gacetilla”, que se empezó a editar desde el 2013; difunde información estratégica generada por sus Grupos de Trabajo (Indicadores y análisis estadístico y Monitoreo, seguimiento y evaluación de políticas públicas) y sirve de foro para la publicación de documentos e información de otras instancias, tanto gubernamentales como de la sociedad civil, relacionados con la salud materna y la morbimortalidad materna. Este documento no tiene periodicidad programada, se emite cuando se cuenta con información suficiente, alrededor de cinco o seis documentos. Se ha estado enviando a través del correo electrónico del Observatorio y tiene 976 destinatarios activos. La primera gacetilla se publicó en abril de 2013 y, a la fecha, se han emitido 23. En ella también se difunde la página web del Observatorio.

La página del OMM en Facebook antes del 2014 estaba registrada como un perfil de usuario, esto impedía analizar estadísticas y métricas que nos dieran un parámetro de cómo publicar correctamente la información del Observatorio de Mortalidad Materna. A partir de octubre del 2014 se migra el perfil a un perfil de página y ello conlleva al correcto análisis de nuestra fuente, en el 2015 cambiamos el nombre en el face de OMM por Observatorio de Mortalidad Materna ya que es más fácil que pueda ser identificado por cualquier tipo de usuario(a) y no solo por aquellos que conocen las siglas OMM.

Actualmente en Facebook se cuenta con un total de 2142 seguidores se duplicó el número de seguidos, de los cuales el 73% son mujeres, y el 60% de ellas oscila entre los 18 y 44 años de edad, el 25% son hombres. La mayor parte de los seguidores y seguidoras del OMM vía Facebook viven en México, Colombia, Perú, Ecuador, Estados Unidos, Venezuela, Chile, Guatemala, Argentina, Costa Rica, Ecuador y España.

Actualmente publicaciones como 25 años de buenas prácticas tuvo 9 579 impactos, de y se posteo en 15 965 páginas, ¿Violencia estructural y muerte prematura de mujeres? tuvo 4 324 impactos, cómo ser partera en México Documento publicado por la "Asociación Mexicana de Partería A.C 2014" tuvo 3660 impactos, Parteras, re-nacer entre mujeres que saben 3159 impactos, Mapas de las semanas epidemiológicas la de la semana 40, tuvo 3014 impactos. En 2014 el artículo con más impacto fue de 2 000.

Lo anterior indica claramente que la publicación de artículos, guías, catálogos y libros que tengan que ver con el cuidado durante y después del embarazo, y causas de

muerte materna, son temas que se tendrán que ir difundiendo por medio de conferencias, talleres, publicaciones, entrevistas y medios colectivos de comunicación.

Twitter

En twitter es una asignatura pendiente ya que por el momento contamos 761 seguidores y seguidoras entre los cuales se encuentran médicos, reporteros, políticos, estudiantes, amas de casa entre otros. Es evidente que nuestra estrategia es pobre en este sentido. Lo cual conlleva a ser muy específicos en la difusión de los mensajes y de seguir a las personas e instituciones correctas para difundir información con calidad.

Actualmente se escriben en promedio 3 tweet al día durante 5 días a la semana, con diferentes horarios, 9:30, 15:10 y 20:00 horas, lo que ha generado 3162 tweets. Esto garantiza el constante flujo y mayor alcance de información para diferentes tipos de público con acceso a este medio.

Se cuenta con una diseñadora que apoya a los asociados en la elaboración de material de información, educación y comunicación (IEC). En 2015 hemos definido una estrategia para publicar pequeña en papel de manera sustentable. En 2011 se publicó la Numeralia en papel y todas están disponibles en formato digital en la página. En 2012 se publicó el libro Monitoreos, Diagnósticos y Evaluaciones en Salud Materna y Reproductiva. Nuevas Experiencias de Contraloría Social. En 2015 se publicó el libro de 25 años de buenas prácticas para disminuir la mortalidad materna en México, que incluye experiencia de las organizaciones de la sociedad civil y la academia a fin de disminuir la muerte materna, consta de 33 artículos organizados en siete temáticas. Se han realizado tres presentaciones de libro que tuvo un tiraje de 1000 ejemplares y actualmente se ha agotado se encuentra disponible en pdf y en la página del OMM. Se ha realizado y difundido documentación de casos de muertes maternas y se han promovido notas de prensa a fin de difundir casos de muertes maternas cuando han ocurrido violaciones a los derechos humanos. Ésta es un área que requiere mayor fortalecimiento para mejorar la difusión de resultados del trabajo del OMM.

Recursos para su desarrollo y sustentabilidad

La conducción del OMM está a cargo de la sociedad civil, academia y organismos profesionales a través de los Grupos de Trabajo. El OMM tiene vinculación estrecha con el CPMSM que desde hace más de 15 años realiza trabajos interinstitucionales y multidisciplinarios para disminuir la MM. Una fracción de asociados del OMM es parte de este Comité. El Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS) ha proporcionado la infraestructura básica para la ubicación y funcionamiento del OMM. El Sistema de Naciones Unidas (OPS y Fondo de Población -UNFPA por sus siglas en inglés-) ha proporcionado apoyo financiero para productos específicos y asesoría técnica para la operación del OMM. Para el funcionamiento del Secretariado Técnico a partir de 2012 se ha recibido financiamiento de la Fundación MacArthur y la Fundación William and Flora Hewlett, el INMUJERES ha apoyado en las gestiones políticas necesarias para el monitoreo y financió el diseño de l apágina web inicial, la DGIS ha proporcionado asesoría técnica y las bases de datos con las que se elaboran las numeralias y los indicadores, también tenemos el apoyo de dos consultores una demógrafa y doctora en sociología Marisol Luna y un actuario y doctor en Salud Pública José Muños, que aseguran la calidad del trabajo de indicadores. La DGPLADES ha sido de ayuda fundamental en el monitoreo del CAEO.

En el primer taller de planeación en agosto del 2010 se realizó una estimación del presupuesto necesario para el OMM (anexo 1). En el que se consideraba una inversión de $2 718,000.00 para arrancar el OMM y contar con el funcionamiento del Secretariado Técnico. El compromiso inicial fue que el CNEGYSR proporcionaria 1,000,000.00 de pesos, INMUJERES 500,000.00 y la Task Force 80 mil dólares anuales. El CNEGYSR contrataría a la encargada del Monitoreo, Dora Rodríguez Soriano que fue contratada directamente en el 2010y 2011 por esta dirección. En el caso de la TASK Force de Naciones Unidas era necesario realizar proyectos especificos, mismos que se propusieron a inicios del 2011. Dado lo complicado de las negociaciones con los socios financiadores iniciales de los que no se obtuvieron los fondos acordados. El secretariado técnico, gestionó fondos adicionales con la Fundación MacArthur y la Fundación William and Flora Hewlett. En el cuadro siguiente incluímos el financiamianto por año y por origen de financiamiento estimado específicamente al OMM. En el añexo 2 se encuentra el financiamiento desglosado por concepto de gasto. En el año de 2012 recibió el OMM, a través del CIESAS, un financiamiento del CONEVAL, que permitió al OMM estrechar los lazos con la DGIS. Sin embargo, el financiamiento se utilizó para una consultoria con el CONEVAL que resultó en la evaluación estratégica sobre mortalidad materna, realizada en un lapso menor de 6 meses. No se incluye en el cuadro que adjuntamos porque en términos financieros no contribuyó con el OMM. Es más la publicación esta signada solamente por CONEVAL.

Como se puede observar en el cuadro 1, hasta el año 2015 se logró la solvencia económica para el desarrollo del OMM, es importante señalar que en el presupuesto inicial no se contemplaba trabajo de campo y como se ha narrado en las secciones anteriores, tenemos dos proyectos nacionales que implican trabajo de campo. La forma en la que ha podido funcionar el OMM, es la inclusión en su grupo de trabajo de personal en formación, es decir pregraduados de doctotado y que solamente trabajan para el OMM medio tiempo. En años anteriores pudimos incluir casi a todos estos jóvenes como personal becario. Actualmente las reglas financieras en el CIESAS, no permiten ya este tipo de contratación. Esto definitivamente tendrá una carga fiscal importante en la administración del OMM. Es así que las compensaciones tienen el tope que estipula las becas y en el caso de la coordinación del proyecto se ha regido por los criterios de compensación del propio CIESAS. Los indicadores y la Numeralia se contrata a través de consultorias anuales, y es también validada por parte de la Secretaría Técnica y de la DGIS.

Cuadro 1.- Presupuesto planeado y presupuesto ejercido, 2010-2015

Año	Presupuesto para funcionamiento de OMM sin trabajo de campo	Ingresos por fuente de financiamiento, OPS	CNEGYSR	UNFPA/AFASPE ENTIDADES	HEWLETT	MacArthur	Total
2010	$ 2,718,000.00	$ 70,000.00	$300,000.00				$ 370,000.00
2011	$ 2,718,000.00			$ 239,600.00			$ 239,600.00
2012			$382,497.50		$ 1,119,125.00		$ 1,501,622.50
2013		$ 240,299.25		$ 242,000.00	$ 1,076,250.00		$ 1,558,549.25
2014		$ 260,000.00		$ 260,000.00	$ 1,040,842.00	$ 440,020.89	$ 2,000,862.89
2015		$ 301,600.00			$ 1,390,800.00	$ 1,149,588.15	$ 2,841,988.15
2016					Proyecto aprobado para tres años por 400,000 dólares*	Financiamiento 2016 en espera de ser liberado	
*Se requiere un cofinanciamiento de 170 mil dólares de acuerdo con las negociaciones con la Fundación Hewlett							

El proyecto de Afaspe tuvo contrapartes en las entidades federativas a las que se les otorgaba una compensación que ha sido retribuida con el finanacimianto de UNFPA y de los proyectos regulares trasnanuales de Hewlett y Mac Arthur.

El OMM es una iniciativa multidisciplinaria, interinstitucional e intersectorial cuyos participantes unen sus experiencias y especialidades para monitorear políticas públicas, dar seguimiento a indicadores y compromisos de los responsables del sistema de salud, a fin de mejorar los servicios de salud y el acceso a los mismos. Es una práctica exitosa en la medida que conjunta esfuerzos de distintas personas e instituciones, desde el ámbito nacional hasta el local, en donde participan desde profesionistas de la salud y académicos, mujeres activistas y parteras tradicionales indígenas. El perfil de sus participantes y su compromiso son su mayor fortaleza. La sustentabilidad se ha logrado por las características del grupo que lo conforma y por la colaboración permanente de las organizaciones y los especialistas en el tema.

Elaboración:

Graciela Freyermuth Enciso, Secretaria Técnica, a partir de los siguientes documentos técnicos.

Febrero, 2016

Bibliografía

El observatorio de Mortalidad Materna en México. Una experiencia de contraloría social, 2012.

El Observatorio de Mortalidad Materna en México. Informe del secretariado técnico 2013.

El Observatorio de Mortalidad Materna en México. Informe del secretariado técnico 2014.

Argüello Hilda, Freyermuth Graciela. Informe Final para la fundación Hewlett, 2016.

Ramírez Guadalupe, Informe Anual para la Fundación Mac Arthur 2016.

Google Analitics, Patina web omm.org,mx

Observatorio de Mortalidad Materna en México, Propuesta de Conformación, OPS, 2010

Documentos históricos y fianancieros del OMM