

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

Raffaella Schiavon Ermani,<sup>i</sup> Adrián Gabriel Delgado Lara,<sup>ii</sup>  
Patricia Veloz Ávila,<sup>iii</sup> Edna ML Corona Sánchez<sup>iv</sup>



Foto: Acervo de la Dirección de Desarrollo Comunitario

i Directora General de IPAS México, A.C. Correspondencia: schiavonr@ipas.org

ii Asesor en Salud Pública de IPAS México, A.C. Correspondencia: adriandelgado@hotmail.com

iii Directora de Desarrollo Comunitario, Dirección General Adjunta de Salud Materna y Perinatal, CNEGSR. Correspondencia: patricia.veloz@salud.gob.mx

iv Subdirectora de Redes Sociales, Dirección de Desarrollo Comunitario, CNEGSR. Correspondencia: edna.corona@salud.gob.mx

**RESUMEN.** Se realizó una evaluación cualitativa y comparativa en nueve municipios de cinco estados de la República, con los objetivos de 1) identificar la situación de las intervenciones comunitarias en salud materna y, 2) formalizar recomendaciones para que las intervenciones comunitarias se desarrollen de acuerdo con el Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida (APV).

**MATERIAL Y MÉTODOS.** Se hizo un estudio de campo, de octubre a noviembre de 2011, en los estados seleccionados. Los universos de estudio y las actividades de campo se dividieron en dos grupos: 1) Población. Se incluyeron a usuarias embarazadas y puerperas, madrinas, funcionarias/os municipales, proveedores de primer y segundo niveles de atención y, 2) Servicios de salud. Para el análisis de la información cuantitativa se empleó el programa Excel (versión 2007). Se llevó a cabo el análisis por tipo de informante, realizando manualmente codificación mediante palabras clave relacionadas con temas específicos de cada acción evaluada. Se establecieron gradientes de desempeño basados en los testimonios de las/os informantes, los cuales se complementaron con observaciones de campo e información secundaria de los servicios estatales de salud.

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

**CONCLUSIONES.** Para mejorar la salud materna y reducir la mortalidad por causas asociadas al embarazo, parto y puerperio, se requiere de múltiples estrategias. Entre ellas, es fundamental fortalecer las intervenciones comunitarias y promover medidas participativas con los gobiernos municipales. Esta evaluación indica que las madrinas y los apoyos para el traslado y alojamiento de mujeres con complicaciones obstétricas son elementos comunitarios básicos de la red de apoyo a la salud materna, que permiten mejorar el acceso oportuno a los servicios de atención. Se requiere fortalecer la participación de las autoridades municipales para dar cabal cumplimiento a los objetivos y metas del Programa de APV. Las intervenciones comunitarias en salud necesitan mayor impulso y continuidad para garantizar la interacción con la población; en especial con los actores comunitarios relacionados con la salud de las mujeres.

## Justificación

La mortalidad materna representa uno de los indicadores básico de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el monitoreo de la salud reproductiva; su reducción es una de las principales metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. En México el número de muertes maternas sigue siendo inaceptablemente elevado por el nivel de desarrollo del país. En 2006, en el diagnóstico del Programa de Acción Específico Arranque Parejo en la Vida 2007-2012 (APV), se reportaron 1,166 muertes maternas con una razón de mortalidad materna de 60 defunciones por 100,000 nacidos vivos (NV) estimados.<sup>1</sup> En el mismo Programa, se señala que el mayor riesgo relativo de morir por causas obstétricas se encuentra entre las mujeres pobres y en las regiones con más rezago socioeconómico.

En 2006, en los municipios con menor Índice de Desarrollo Humano (IDH), la razón de muerte materna se estimó en 158 por 100 mil nacidos vivos, cifra tres veces superior a la que se registró en aquéllos con nivel de marginación bajo o muy bajo. En este año, el promedio nacional en la atención del parto por personal institucional era de 94.1%, sin embargo, en las zonas rurales, uno de cada tres partos, no era atendido por personal médico; y 13.5% de las mujeres que fallecieron, lo hicieron en su hogar sin haber recibido ninguna atención médica.<sup>1</sup>

En el Programa Nacional de Salud 2007-2012 se planteó reducir las desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas, que facilitaran el acceso de las mujeres embarazadas a los servicios de salud, a través de múltiples estrategias educativas y operativas. En el Programa APV, se comprometió la disminución en 24% de la razón de muerte materna a nivel nacional y de 50% en los 100 municipios con menor IDH.

En 2009, de acuerdo con datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) y la Dirección General de Información en Salud de la Secretaría de Salud, se registraron 1,207 defunciones maternas y la razón de muerte materna fue de 62.2 por 100,000 nacidos vivos estimados. En 2009, la razón de muerte materna fue de 130 por 100,000 nacidos vivos estimados, en los municipios con menor IDH. Las cifras para 2010 indican que la mortalidad materna fue ligeramente menor a mil defunciones, con una razón de 51.5 defunciones por 100,000 NV.<sup>2</sup> La Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2009 reporta una creciente cobertura institucional del parto: en el periodo 2004-

2009 la atención del parto por personal institucional se incrementó a 95.3%; en las áreas rurales, el 84.4% de los partos fue atendido por personal médico.<sup>3</sup>

## Material y métodos

Se realizó un estudio cualitativo transversal y comparativo. El trabajo de campo se realizó de octubre a noviembre de 2011 en los estados de Guerrero, Hidalgo, Nayarit, Puebla y Tlaxcala. Se hizo una selección de municipios, incluyendo aquellos donde se hubieran desarrollado al menos cuatro de siete intervenciones comunitarias:

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

Con este filtro, se seleccionaron nueve municipios:

ESTADO	MUNICIPIO
1) Guerrero	José Joaquín Herrera
	Heliodoro Castillo
2) Hidalgo	Huejutla
	Tenango de Doria
3) Nayarit	El Nayar (Jesús María)
	Cuetzalan
4) Puebla	Huehuetla
	Tlatlauquitepec
5) Tlaxcala	Huamantla

El trabajo de campo se realizó aplicando las siguientes técnicas de investigación: observación directa no participativa, entrevistas semiestructuradas y listas de verificación. Los instrumentos para levantar información de campo se aplicaron en el periodo anteriormente señalado; se contó con cédulas de registro de información que fueron aplicadas a los actores involucrados:

- a) Beneficiarias embarazadas
- b) Familias de las usuarias
- c) Autoridades o habitantes del municipio
- d) Madrinan o padrinos del programa

A cada intervención se asignó una calificación ponderada:

CÉDULAS DE INVESTIGACIÓN	PONDERACIÓN
A) Información y sensibilización a la población	15%
B) Acciones para la identificación de mujeres embarazadas a través de censos	5%
C) Apoyo al traslado	15%
D) Alojamiento de mujeres en posadas AME	15%
E) Acciones para la difusión de los apoyos de la Red Social	10%
F) Acciones para el registro de información	10%
G) Madrinan y padrinos comunitarios	30%

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

1. Población. Previo consentimiento informado, se entrevistó a 27 usuarias embarazadas y puérperas, 11 madrinan, ocho funcionarias/os municipales, 17 proveedores de primer y segundo niveles de atención, para indagar conocimiento, participación y experiencias en las intervenciones comunitarias.

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

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

Mediante entrevistas, se indagó sobre la participación de las autoridades estatales y municipales, en la gestión de apoyos para la referencia de embarazadas, así como la existencia de acuerdos entre estas autoridades jurisdiccionales y los gobiernos municipales.

## Resultados

### A. Información básica

En los municipios seleccionados de los cinco estados, la población de mujeres de 10 a 49 años se incrementó significativamente, de poco menos de 49 mil en 2007 a 102,443 en 2010 (52%). Esta cifra se consideró como el universo de trabajo en donde se realizaron las intervenciones comunitarias evaluadas. El número de embarazadas se incrementó de 3,737, en el año 2007, a 5,697 en 2010, con un incremento de 34.4% (Fig.1).

Figura 1. Evaluación externa. Intervenciones comunitarias en salud materna del CNEGSR, 2007-2010 Mujeres y embarazadas de 10 a 49 años, estados evaluados

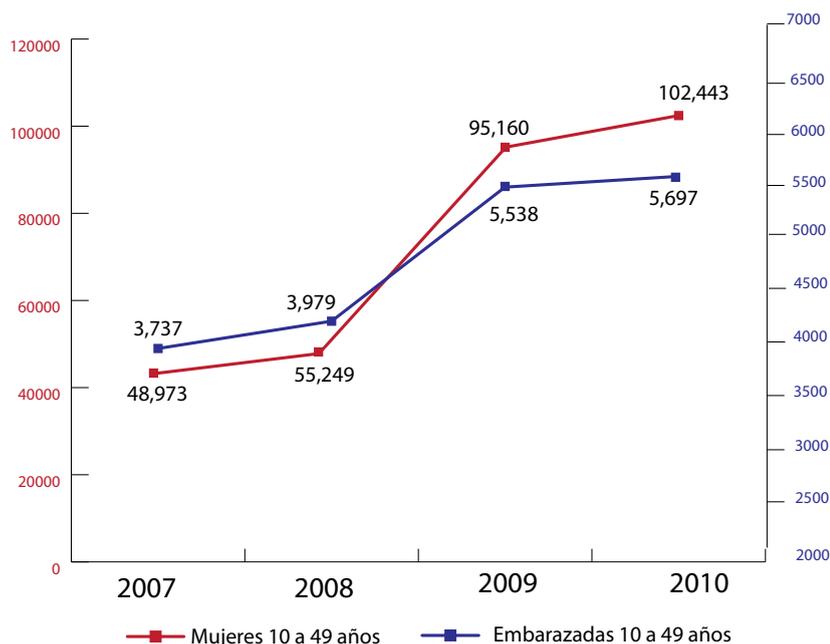


Figura 2. Evaluación externa. Intervenciones comunitarias en salud materna del CNEGSR, 2007-2010 Mujeres y embarazadas de 10 a 49 años, según estado evaluado

Los estados evaluados no aportan en la misma proporción a la población en estudio: el Estado 5 participa en 2007 y 2008 con más del 85% de la población de mujeres de 10 a 49 años y de las embarazadas. A partir de 2009, se incorpora el Estado 2, que aporta 41% de la población. En ambos estados se incluyen municipios urbanizados y ciudades medias como cabeceras municipales. La aportación de los otros tres estados es significativamente menor, ya que incluyen municipios poco poblados o rurales. Los porcentajes de aportación son, para el Estado 1, del 3%, para el Estado 3, del 1% y para el Estado 4, del 6% del total (Fig. 2).

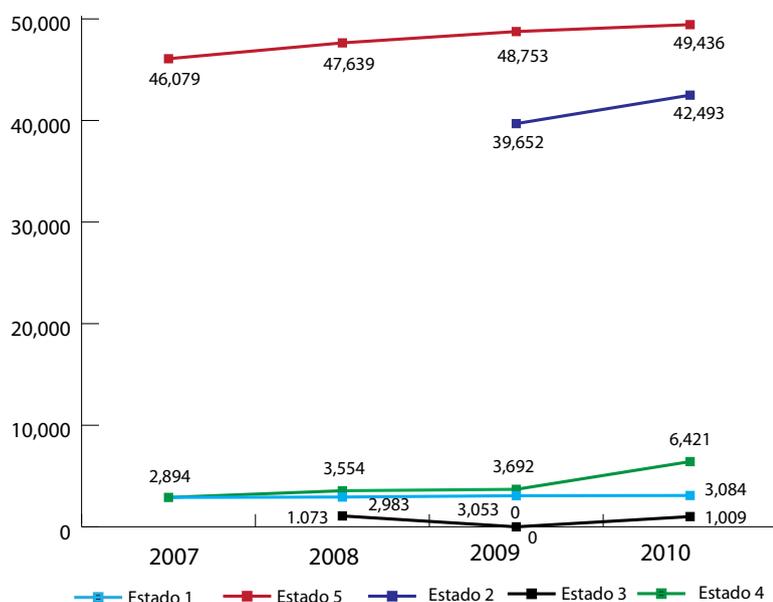
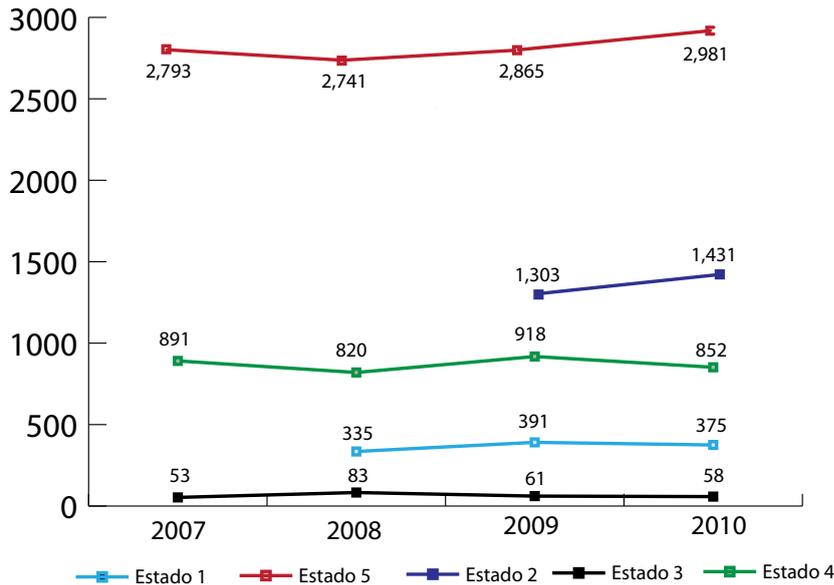
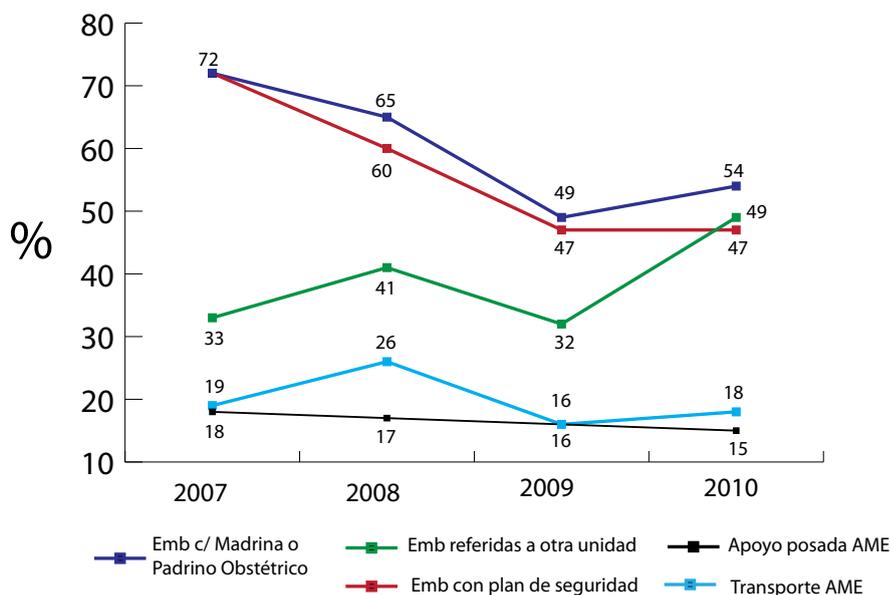


Figura 3. Evaluación externa. Intervenciones comunitarias en salud materna del CNEGSR, 2007-2010 Embarazadas de 10 a 49 años, según estado evaluado



El número de embarazadas incluidas en las intervenciones comunitarias varía de manera semejante. El Estado 5, en 2007 y 2008, incluyó el 75 y 69% respectivamente, del total de embarazadas. En todo el periodo en evaluación, este Estado participó con 61% del total de embarazadas, los demás estados contribuyeron de la siguiente forma: el Estado 1, 5.5%, el Estado 2, que se incorpora solo a partir de 2009, 12.2%, el Estado 3, 1.4% y el Estado 4, 19% del total de mujeres embarazadas (Fig. 3).

Figura 4. Evaluación externa. Intervenciones comunitarias en salud materna del CNEGSR, 2007-2010 Intervención evaluada, porcentaje, 2007 a 2010



#### B. Evaluación de intervenciones

Se evaluaron cinco intervenciones en las mujeres embarazadas: 1) que tuvieran asignada/o Madrina/Padrino Obstétrico, 2) que tuvieran Plan de Seguridad, 3) que tuvieran apoyos en Posada AME, 4) con Transporte AME y, 5) embarazadas referidas a otra unidad de salud.

No está entre los objetivos del estudio analizar el impacto de cada estrategia sino su aplicación en los municipios señalados; por ejemplo, se asume, de acuerdo con la Guía de Operación de las Redes Sociales en Salud Materna y Perinatal,<sup>4</sup> que entre mayor sea el porcentaje de embarazadas con madrina o padrino, mejor y más oportuna será la atención durante el embarazo, parto y puerperio, por personal calificado y en servicios institucionales (Fig. 4).

El porcentaje de embarazadas con madrina o padrino fue de 72 en el primer año evaluado y desciende a 54 en 2010 en todos los municipios analizados. Se debe considerar que en el año 2007, el 72% de las embarazadas significó que 2,691 embarazadas tenían madrina o padrino obstétrico; para el año 2010, el porcentaje referido representó que 3,076 mujeres tuvieran madrina o padrino obstétrico. Un fenómeno similar ocurrió para mujeres embarazadas con plan de seguridad.

Se identificó un incremento en las embarazadas referidas a otra unidad. En 2007 fue de 33%, mientras que en 2010, casi 50% de las embarazadas fue referida a otra unidad. Esto puede relacionarse con la detección oportuna de probables complicaciones y/o con la referencia a unidad de mayor capacidad resolutive.

En el periodo evaluado, el apoyo de Posada AME fue disponible, en promedio, para 18% de las embarazadas; el apoyo con Transporte AME se encontraba disponible en promedio para el 20% de las embarazadas. Ambas intervenciones deben interpretarse reconociendo que no todas las embarazadas requieren este tipo de apoyos.

### C. Contribuciones de cada estado evaluado

Las intervenciones comunitarias evaluadas tuvieron comportamientos diferentes en los estados analizados.

La cantidad más alta de embarazadas con madrina o padrino se registró en el Estado 5. Los estados 1, 2 y 4 tuvieron incrementos en la cobertura de embarazadas con madrinas/padrinos conforme avanzó el periodo de implementación de las intervenciones. Esta información no se registró en el Estado 3 (Fig. 5).

Figura 5. Evaluación externa. Intervenciones comunitarias en salud materna del CNEGSR, 2007-2010  
Embarazadas con madrina/padrino obstétrico, según estado evaluado

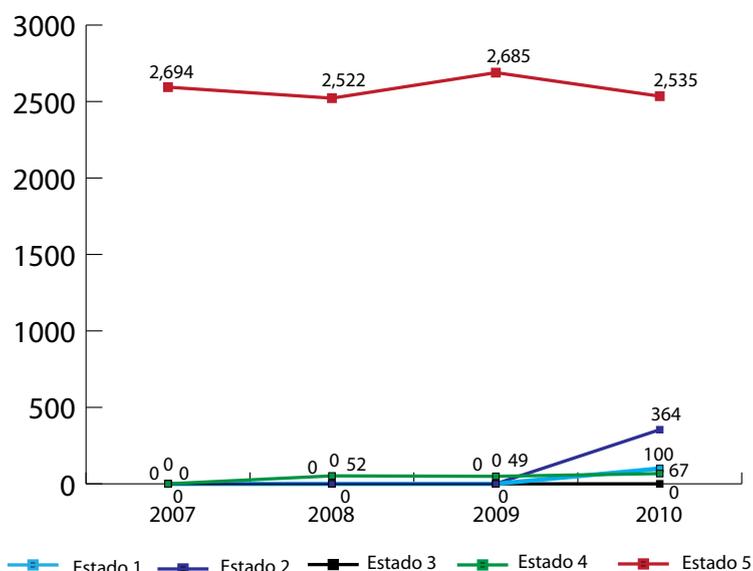


Foto: Acervo de la Dirección de Desarrollo Comunitario

Figura 6. Evaluación externa. Intervenciones comunitarias en salud materna del CNEGSR, 2007-2010  
Embarazadas con Plan de seguridad, según estado evaluado

En números absolutos, las mujeres embarazadas con Plan de Seguridad se mantienen durante el periodo de la evaluación, 2,680 en 2007 y 2,674 en 2010; la mayor contribución proviene de los estados 2 y 5. Los estados 1 y 4 incrementan su participación partiendo de cero. El Estado 3 tampoco contaba con registro de información sobre esta intervención (Fig. 6).

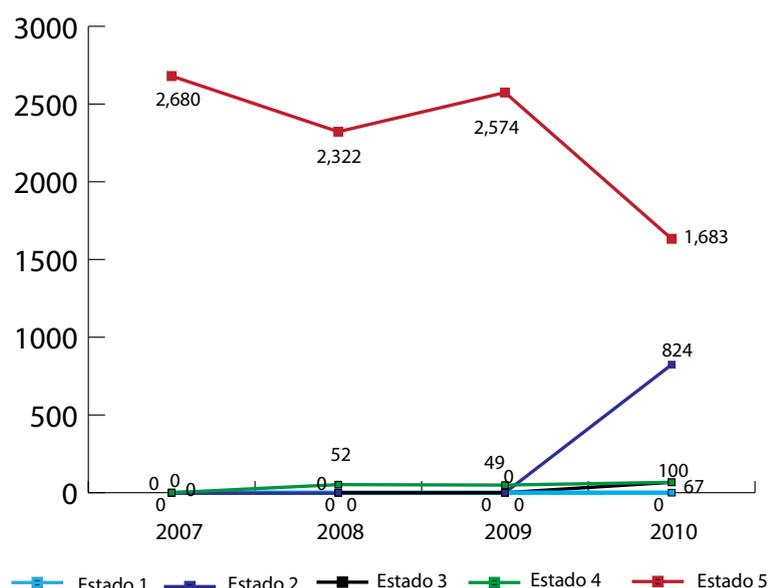


Figura 7. Evaluación externa. Intervenciones comunitarias en salud materna del CNEGSR, 2007-2010  
Embarazadas referidas a otra unidad, según estado evaluado

En cuanto a las embarazadas referidas a otra unidad de salud, en el Estado 5 se realiza el mayor número de canalizaciones, seguido del Estado 2. En general, en 2010 se observa un aumento de referencias en todos los sitios estudiados. Cabe mencionar que estos municipios no cuentan con hospital resolutorio, por lo que se asume que las referencias fueron apropiadas e incluso, que la cantidad de mujeres referidas podría ser mucho mayor (Fig. 7).

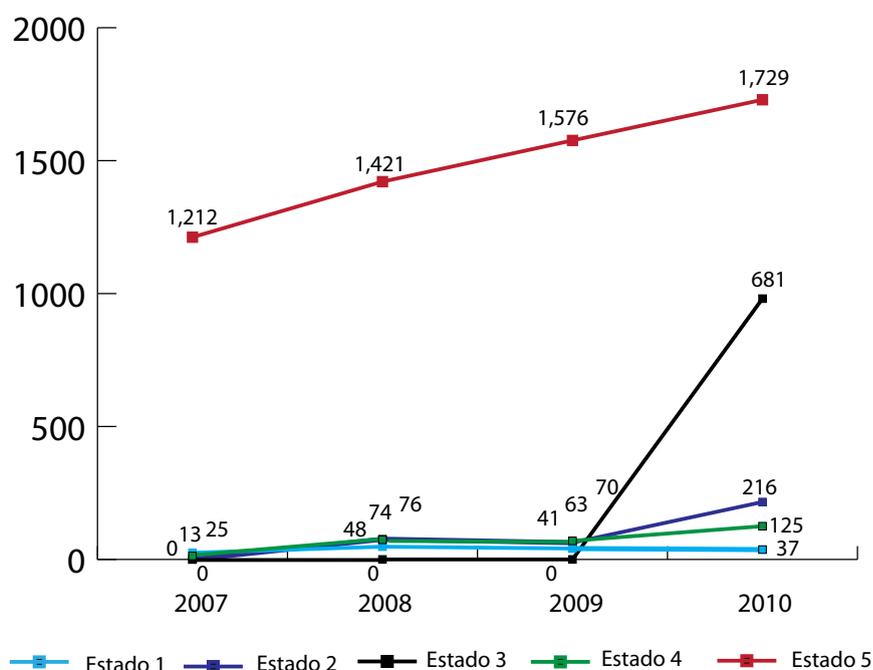


Figura 8. Evaluación externa. Intervenciones comunitarias en salud materna del CNEGSR, 2007-2010  
Embarazadas con Apoyo de Posada AME, según estado evaluado

El apoyo para el alojamiento de embarazadas en una Posada AME tuvo variaciones; en los estados 2 y 3 no se brinda este apoyo a las embarazadas. En el Estado 1, se apoya al 7% de las embarazadas, en el Estado 4 al 15% y en el Estado 5 al 23% de ellas. En el Estado 4, el número de mujeres atendidas en Posadas aumentó de manera importante a lo largo del periodo analizado (Fig. 8).

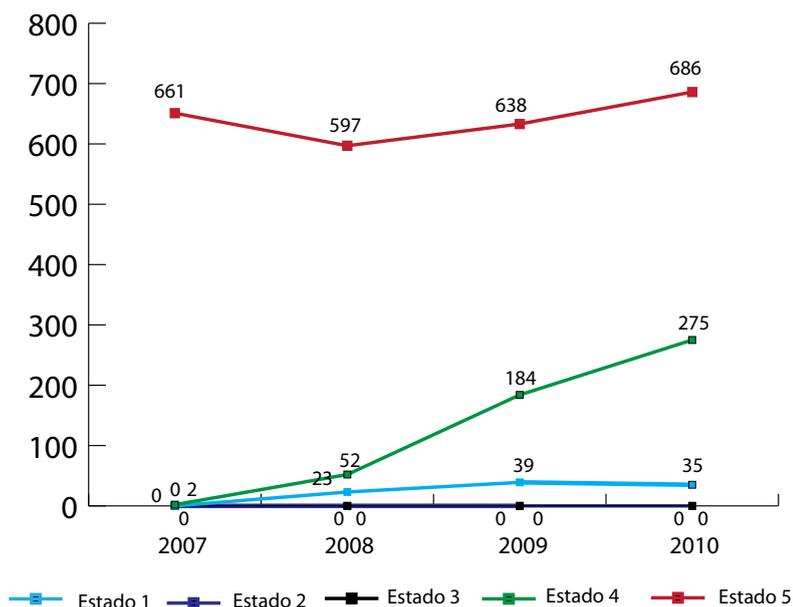


Foto: Acervo de la Dirección de Desarrollo Comunitario

Figura 9. Evaluación externa. Intervenciones comunitarias en salud materna del CNEGSR, 2007-2010  
Embarazadas con Apoyo de Transporte AME, según estado evaluado

En la evaluación del Transporte AME, las variaciones van desde 1.1% de embarazadas en el Estado 2 hasta 24.3% en el Estado 5. En los estados 1 y 4 se apoyó al 14.4 y al 13.2% de las embarazadas, respectivamente. No se dispone de información en el Estado 3 (Fig. 9).

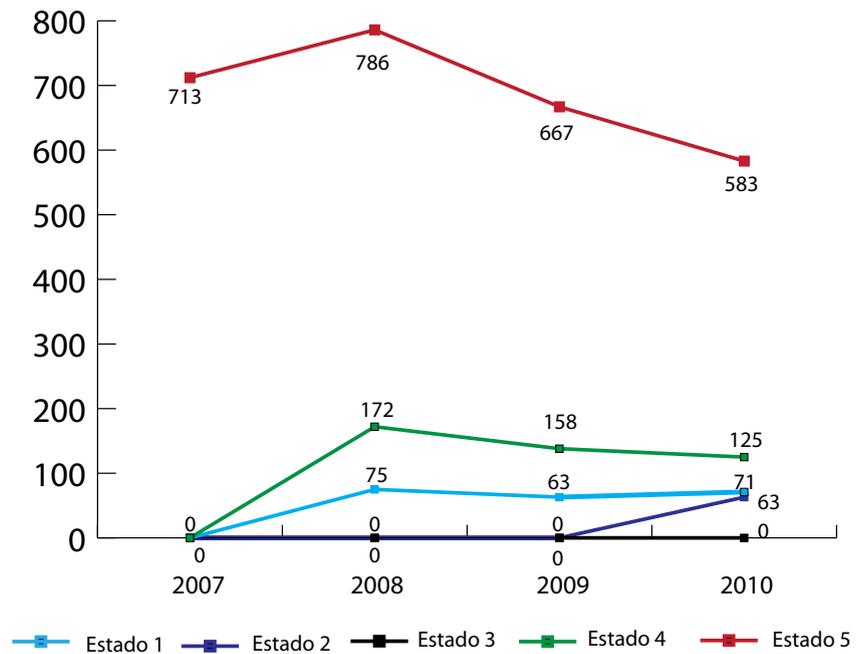


Foto: Acervo de la Dirección de Desarrollo Comunitario

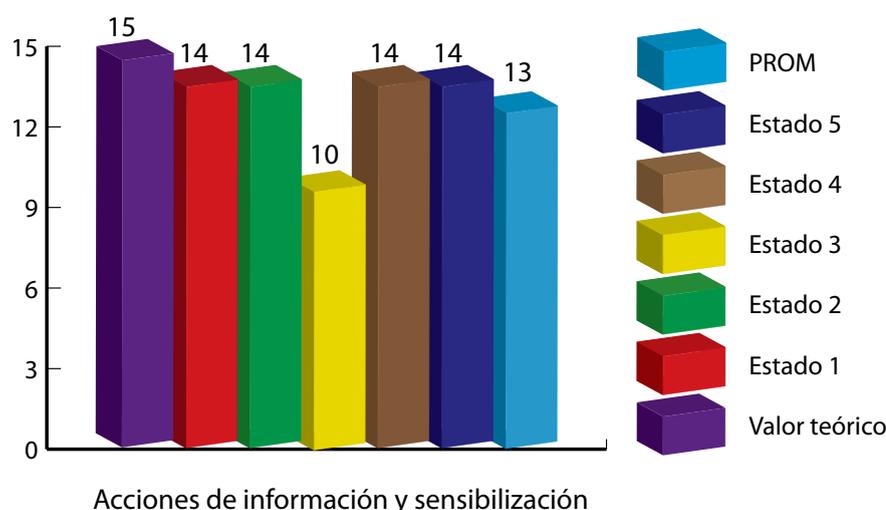
## D. Evaluación de campo, calificación por intervención

Al aplicar las cédulas a beneficiarias embarazadas, familias de las usuarias, autoridades o habitantes del municipio y madrinas o padrinos del programa; se obtuvieron los siguientes resultados:

### 1. Información y sensibilización a la población<sup>v</sup>

La calificación teórica ponderada para las acciones de información y sensibilización era de 15 puntos, la cual no fue alcanzada por ningún estado. Las calificaciones más altas (14 puntos) se obtuvieron en los estados 1, 2, 4 y 5. El Estado 3 obtuvo la calificación de 10 puntos; el promedio de los cinco estados evaluados es de 13 puntos en esta intervención. El aspecto con menos respuestas afirmativas fue "La comunidad cuenta con una red de apoyo social para la atención de mujeres embarazadas", que podría estar condicionado por una falta de reconocimiento del concepto de "red social" por parte de las personas entrevistadas (Fig. 10).

Figura 10. Evaluación de campo; calificación por intervención  
Acciones de información y sensibilización a la población



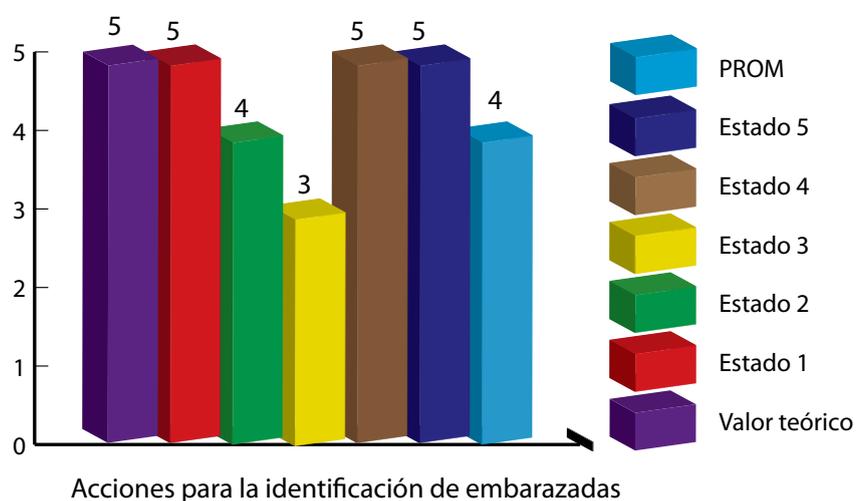
### 2. Acciones para la identificación de mujeres embarazadas

La Guía de Operación de las Redes Sociales en Salud Materna y Perinatal señala:

Las redes sociales necesitan saber quiénes son (las embarazadas), dónde viven, qué tan avanzado está su embarazo, qué riesgos tiene y qué apoyos necesita para acudir a las unidades médicas. Para obtener esta información se realiza un censo de embarazadas y de mujeres en la cuarentena a través de visitas casa por casa.<sup>4</sup>

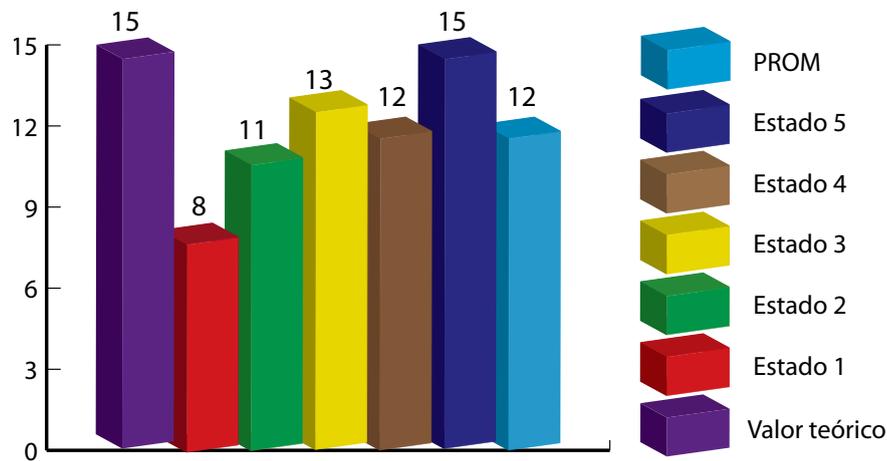
En esta intervención, la calificación teórica fue de 5 puntos, misma que fue alcanzada por los estados 1, 4 y 5. La calificación promedio de esta intervención, en todos los municipios, fue de 4 puntos (Fig. 11).

Figura 11. Evaluación de campo; calificación por intervención  
Acciones para la identificación de embarazadas (Censo de embarazadas)



<sup>v</sup> Para más información de los contenidos de cada una de las intervenciones, consultar la referencia bibliográfica 4.

Figura 12. Evaluación de campo; calificación por intervención  
Acciones para favorecer el traslado de embarazadas

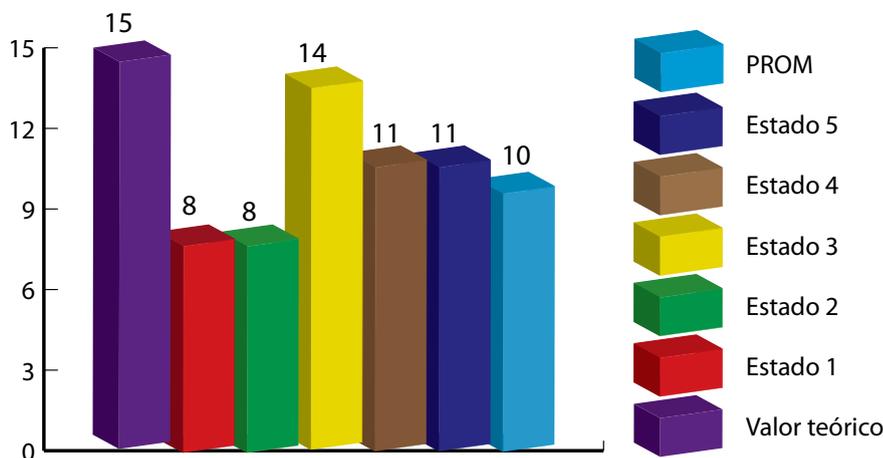


Acciones para favorecer el traslado de embarazadas

### 3. Apoyo al Traslado AME<sup>4</sup>

La calificación teórica fue de 15 puntos registrada en el Estado 5; los cuatro estados restantes se ubican en torno al promedio general (12 puntos). El Estado 1 se ubica cerca del 50% de la calificación teórica (Fig. 12).

Figura 13. Evaluación de campo; calificación por intervención  
Acciones para apoyar el alojamiento en posadas AME



Acciones para apoyar el alojamiento en posada AME

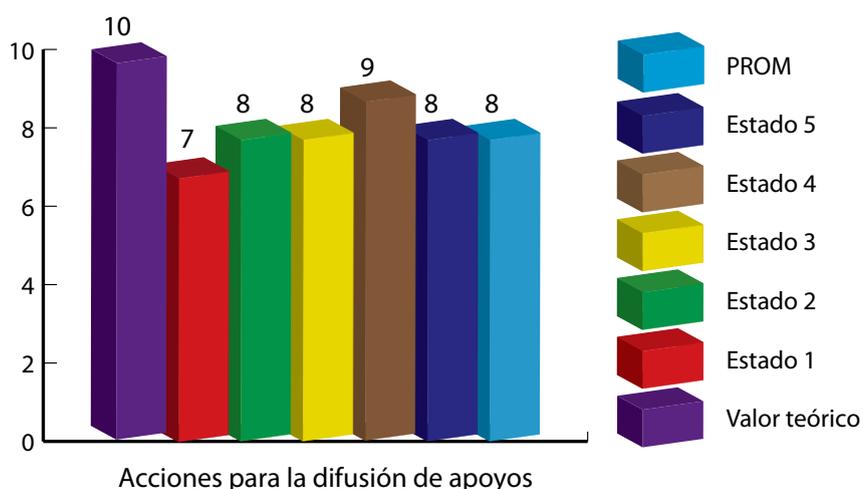
### 4. Alojamiento de mujeres en Posadas AME<sup>4</sup>

La calificación teórica para esta intervención fue de 15 puntos y el Estado 3 presentó la calificación más alta con 14 puntos. El Promedio de los cinco estados evaluados es de 10 puntos y los estados 1 y 2 son los de más baja calificación, cercana al 50% del valor teórico (Fig. 13).

### 5. Acciones para la difusión de los apoyos de la red social

El valor teórico sobre la intervención fue de 10 puntos; la calificación más alta se identificó en el Estado 4 con un valor de 9. El promedio de la puntuación fue de 8, y el Estado 1 obtuvo la calificación más baja con 7 puntos (Fig. 14).

Figura 14. Evaluación de campo; calificación por intervención  
Acciones para la difusión de apoyos a la población



### 6. Acciones para el registro de información

La calificación teórica de esta intervención fue de 10 puntos, y el promedio de los cinco estados evaluados fue de 9 puntos. Dos estados lograron la puntuación máxima (Fig. 15).

Figura 15. Evaluación de campo; calificación por intervención  
Acciones para el registro de información

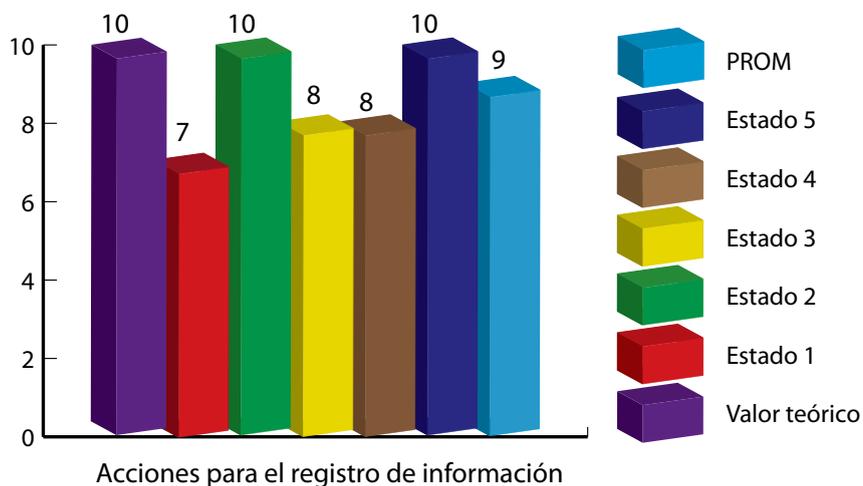
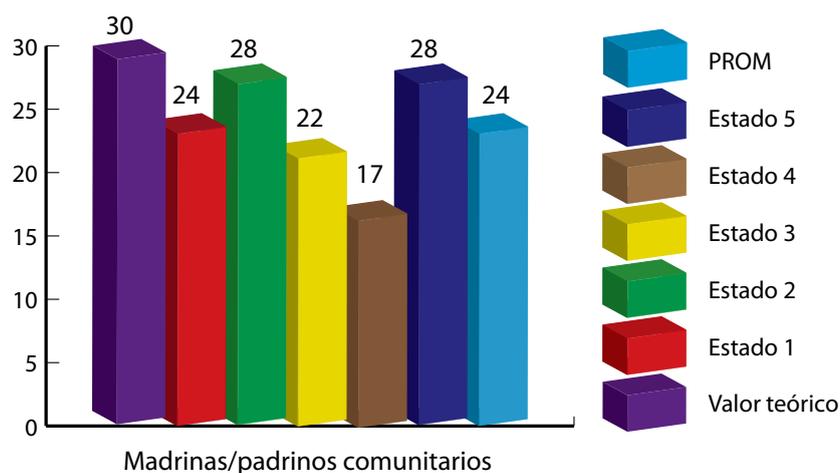


Figura 16. Evaluación de campo; calificación por intervención Madrinas/padrinos comunitarios



recibieron capacitación específica. En el Estado 1 se logró disponer de un personaje intermedio entre la comunidad y los servicios de salud. La estrategia desarrollada en el Estado 1 facilita la coordinación y los enlaces entre la comunidad y los servicios de salud a nivel de la Jurisdicción Sanitaria. Esta acción deberá ser evaluada por separado, analizando su replicabilidad en otros municipios o jurisdicciones sanitarias.

Cuadro 1. Evaluación externa; intervenciones comunitarias en salud materna del CNEGSR, 2007-2009 Evaluaciones a nivel municipal

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

## 7. Madrinas y padrinos comunitarios

La calificación ponderada para esta intervención fue de 30 puntos. Las calificaciones más altas se ubicaron en los estados 2 y 5. La calificación más baja se observó en el Estado 4. La calificación promedio fue de 24 puntos (Fig. 16).

La figura de madrina o padrino comunitario en los estados 1, 2 y 5 fue asumida por parteras tradicionales, promotoras voluntarias y familiares directos de la embarazada, quienes

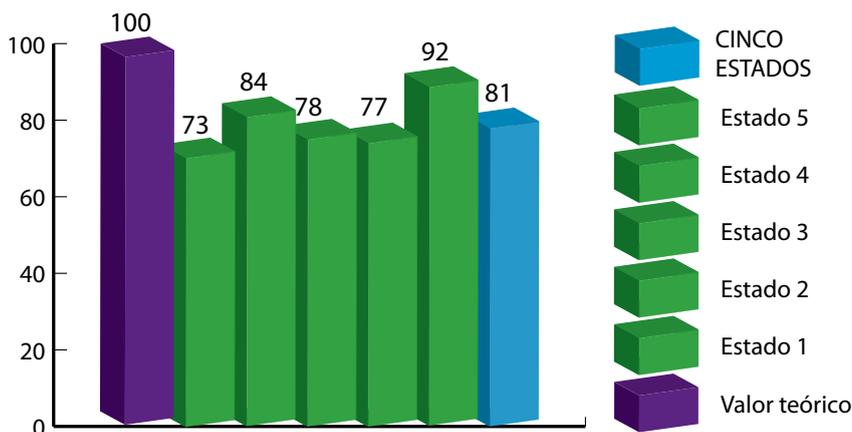
## E. Calificación de los municipios evaluados

La calificación de los municipios evaluados se presenta en el Cuadro 1. El promedio general fue de 81 puntos. Los municipios con calificaciones más altas son los identificados con 2.2 y 4.2. En ambos municipios se logró una calificación de 94 puntos. Las menores calificaciones se obtuvieron en el municipio 4.1 (65 puntos) donde las intervenciones para Posadas AME tuvieron una calificación baja; en ese mismo municipio, las acciones con las madrinas/padrinos comunitarios están en fase inicial. Otro municipio con calificación baja es el denominado 1.2 (67 puntos) donde se requiere reforzar el traslado y el alojamiento en Posadas AME. La diferencia en las calificaciones se debe en parte a que el inicio de las actividades no fue simultáneo, y a que las intervenciones se aplicaron de forma integral solo en los municipios del Estado 5.

## F. Calificación de los estados evaluados

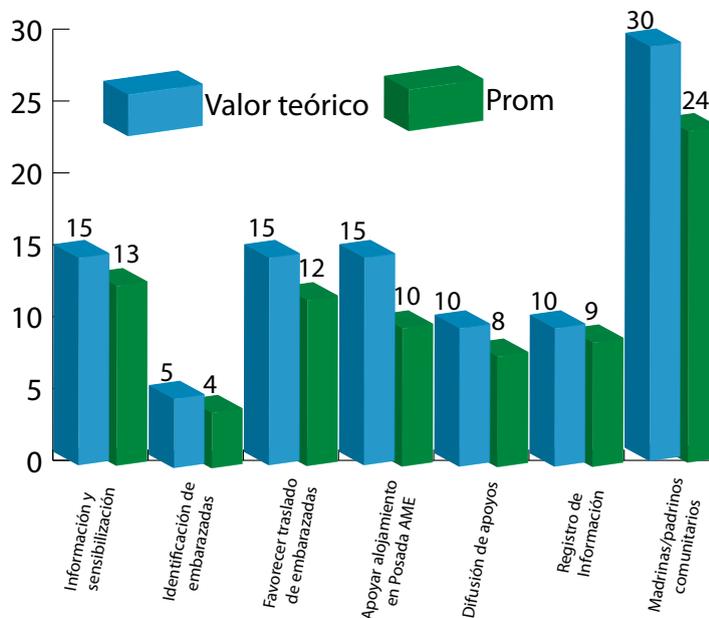
Se identificó el nivel de avance para alcanzar los valores teóricos óptimos de cada una de las intervenciones, teniendo como parámetro de comparación la guía Redes Sociales en Salud Materna y Perinatal.<sup>4</sup> La calificación de la evaluación de las intervenciones varía entre 73 y 92 puntos de un total teórico de 100, con un promedio de 81 puntos. Las calificaciones más altas son para los estados 5 y 2 (Fig. 17).

Figura 17. Evaluación de campo; calificación por estado  
Valor teórico/promedio general



Al evaluar el promedio general de cada intervención contra el valor teórico de cada una de ellas, se identificó que las intervenciones con menor variación son las de información y sensibilización, la identificación/censo de embarazadas, la difusión de apoyos, y el registro de la información. Las acciones para Traslado y Posada AME fueron las que se alejaron más de los valores esperados. Estas acciones son las que requieren de apoyos más estructurales, de continuidad y de financiamiento. En estas acciones deberán focalizarse los esfuerzos conjuntos y coordinados de los responsables de la operación, seguimiento y sustentabilidad del Programa (Fig. 18).

Figura 18. Evaluación de campo; calificación por intervención  
Valor teórico/promedio general



## I. Elementos cualitativos

### 1. Actores y procesos de la participación en intervenciones comunitarias

Los actores identificados para el desarrollo de las intervenciones comunitarias fueron tomadores de decisiones de la jurisdicción sanitaria, equipos médicos de unidades de primer nivel, autoridades municipales, transportistas, voluntarios, madrinas/padrinos obstétricos, parteras, parientes y usuarias. La vinculación de estos actores fue más favorable donde había mayor asignación y disponibilidad de recursos. En tres estados se documentó un mayor apoyo de las autoridades, equipos de salud, madrinas, parientes, voluntarios y usuarias para la referencia oportuna de mujeres con urgencias obstétricas.

Uno de los principales apoyos de los gobiernos estatales fue la asignación de ambulancias a los ayuntamientos, apoyos financieros para la referencia oportuna de embarazadas y las acciones de formación de madrinas/padrinos obstétricos y parteras tradicionales. En el Estado 4 se documentó pago a choferes o a taxis de la localidad para el transporte de casos críticos. En el Estado 2 existe un fondo que asegura la solvencia para traslados en situaciones de emergencia. En los otros tres estados, las autoridades municipales entrevistadas señalaron que apoyan los trabajos de los equipos de salud en comunidades de difícil acceso. Se identificaron algunos retos, los cuales se relacionan con problemas de seguimiento sistemático de los casos referidos y barreras culturales de accesibilidad a servicios de salud en zonas de diversidad cultural.

## 2. Instalación y operación de Transporte y Posadas AME

El Programa de Acción APV establece que las Posadas y el Transporte AME deben operar con participación de las comunidades. Se observó que cada estado o jurisdicción sanitaria realizan adaptaciones para la operación de los Transportes AME. En el Estado 1, se refirió que en diversas circunstancias, era necesario transportar a pie a las mujeres entre varias personas, en hamacas o camillas de varas, por falta de acceso a vehículos automotores.

Las Posadas AME, también denominadas “Casa Materna” y “Posada Materna”, son muy bien valoradas en los tres estados donde funcionan. Dan servicio a un promedio de tres mujeres por semana, quienes proceden de municipios cercanos, y están acompañadas en promedio por dos personas; los servicios son gratuitos para las usuarias y sus parientes. En el aseo y la preparación de los alimentos participan el voluntariado, parteras y familiares. Se informó que la atención no generaba pagos por parte de las usuarias.

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

La mayoría de las autoridades municipales entrevistadas señalaron que fueron convocadas por las jurisdicciones sanitarias para proveer acciones de apoyo a mujeres embarazadas y urgencias obstétricas, en particular el transporte y las posadas AME. En el Estado 2, los Municipios otorgan directamente financiamiento para el médico y las ambulancias.

En los estados 3 y 4 se observó una experiencia más desarrollada de coordinación; se ha institucionalizado la

colaboración de los presidentes municipales como parte de los programas y políticas de bienestar social, a partir de la formulación de planes municipales de desarrollo y proyectos a ser financiados por los fondos de Municipios por la Salud. En estos proyectos, los presidentes municipales gestionan apoyos para la ambulancia, la referencia de embarazadas, así como el mantenimiento de las unidades y el apoyo a las posadas y la capacitación de madrinas/padrinos comunitarios. En los estados 2 y 4, las parteras entrevistadas señalaron una vinculación notable con los servicios de salud, favorecida por el apoyo de los presidentes municipales. Estos últimos fueron identificados como patrocinadores de los programas de salud materna.

En los cinco estados, las funciones de madrinas son desempeñadas, en un porcentaje alto de los casos, por parteras. Las madrinas y padrinos obstétricos tuvieron la mayor valoración por parte de las usuarias; se reconoció la importancia de su apoyo durante el embarazo, el parto y el cuidado de las y los recién nacidos.

## Discusión

La evaluación de las intervenciones comunitarias en salud materna permitió identificar acciones relevantes para la implementación de políticas de salud que requieren de la vinculación y participación de actores comunitarios clave, para la consecución de los objetivos finales, es decir, la reducción de la mortalidad materna. Si bien la evaluación es limitada en términos de la muestra de municipios seleccionados y los resultados no permiten identificar tendencias homogéneas, hay observaciones y recomendaciones puntuales que pueden extraerse, así como lecciones generales sobre la aplicación y funcionamiento de las intervenciones a nivel comunitario.

En todos los municipios estudiados, se pudo documentar la aplicación y operación de las intervenciones comunitarias, lo que habla de un avance sustancial en un periodo de cuatro años. Sin embargo, se debe hacer un esfuerzo para que en todas las localidades en donde se aplique el Programa APV se sistematice el registro y análisis de la información, lo que facilita la evaluación de las acciones, permite espacios de reflexión y la propuesta de nuevas intervenciones comunitarias.

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

como partes del proceso de atención. Además, se observó que otro apoyo para las usuarias provino de sus redes de parentesco, que constituye la relación con mayor contenido simbólico y cultural en la red social de apoyo a las embarazadas.

Esta evaluación identificó la relevancia de la vinculación entre los servicios de salud y las comunidades. En el caso de los servicios, fue amplia la participación donde hubo mayor relación entre proveedores de servicios de salud y municipios. Esta coordinación fue mejor cuando se formalizó mediante convenios para su operación, lo que sugiere que los mismos deben institucionalizarse en un futuro inmediato. Un ejemplo concreto que ilustra la necesidad de más acompañamiento y fortalecimiento estructurales es la disponibilidad de transporte AME. Esta fue mayor en cabeceras municipales y unidades de segundo nivel; sin embargo, es indispensable que se disponga de Transporte AME, sobre todo en las comunidades más lejanas y marginales.

Se requiere además fortalecer los mecanismos locales para difundir los apoyos de la red social, logrando que todas las mujeres en edad reproductiva, embarazadas y no embarazadas los conozcan, en especial el Transporte y Posadas AME. Para ambos recursos, sería oportuno estimar el número/porcentaje promedio de mujeres embarazadas, a través de análisis periódico del censo de las mismas, para utilizarlos como indicadores de planeación de las necesidades de apoyo, transporte y alojamiento en posadas en cada municipio, y en consecuencia establecer acciones correctivas y adecuaciones locales que lleven a dar cumplimiento a los objetivos del Programa.

La operación y la sustentabilidad de tales intervenciones requieren de una mejor participación y coordinación, dentro de los ayuntamientos, entre comuneros, madrinas/padrinos, autoridades municipales, autoridades jurisdiccionales de salud y representantes de los servicios estatales de salud. En conjunto, todos ellos deben apoyar y gestionar recursos para que la solidaridad social de las comunidades se refuerce, para asegurar fondos que garanticen el traslado y alojamiento de las mujeres que lo ameriten y se brinde atención a la salud materna con calidad, aceptada culturalmente y participativa.

Finalmente, la participación activa de los gobiernos municipales resultó significativa por los apoyos otorgados y la movilización de recursos (ambulancias, dineros para pagar traslados, actualización de personal de salud, formación de personal comunitario). Sin embargo, se debe asegurar la permanencia de los apoyos, dar sustento

a largo plazo a las intervenciones comunitarias, lograr la institucionalización de los convenios e identificar en cada caso las barreras para la continuidad. Los mayores retos se encuentran de hecho en el contexto de la política local. Esto se corroboró, ya que el trabajo de campo coincidió con dos procesos electorales en entidades en donde se suspendió temporalmente el otorgamiento de algunos de estos servicios comunitarios. No se debe olvidar que “el éxito de los esfuerzos en la salud de la comunidad depende sustancialmente del contexto, incluyendo el grado de desarrollo de la infraestructura, los servicios y los recursos económicos”.<sup>5</sup>

## Conclusiones

La evaluación realizada a las intervenciones comunitarias en salud materna, en los municipios y jurisdicciones sanitarias estudiadas sugiere que las acciones informativas, la presencia y actuación de las madrinas obstétricas y sobre todo la coordinación y gestión para disponer de Transporte y Posadas AME, influyen en acercar a las mujeres embarazadas a la atención institucional del embarazo, parto, puerperio y aborto. Todas estas acciones impactan en la referencia y acceso oportuno de las mujeres embarazadas a servicios de salud.

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

Es indispensable incluir todos los componentes del modelo, desde la participación de la comunidad y en especial de agentes comunitarios específicos como las madrinas y los padrinos obstétricos, su fortalecimiento como agentes de salud en el nivel de atención primaria, hasta los elementos estructurales (transportes y posadas) que faciliten el acceso de las mujeres embarazadas a los servicios de atención de las emergencias obstétricas. Sin embargo, es esencial entender que solo en razón de la calidad y capacidad resolutoria de estos servicios, tales acciones comunitarias tienen el potencial de impactar en la reducción de las complicaciones y de las muertes maternas.

Estas conclusiones deben considerarse en el diseño y actualización de futuros programas de salud, retomando

la experiencia de las intervenciones comunitarias en salud materna. Con una mayor participación de los actores comunitarios se logrará mayor equidad y se creará un sistema de salud más participativo y democrático.

### Agradecimientos

Las autoras y el autor agradecen la gran disponibilidad de las usuarias, las madrinas y padrinos obstétricos, el personal de los servicios de salud, los munícipes y las autoridades estatales para la realización de la investigación de campo. También se reconocen las facilidades brindadas por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva para la Evaluación del impacto de las intervenciones comunitarias en la salud materna 2007-2010.

## Referencias Bibliográficas

1. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico Arranque Parejo en la Vida. 2007-2012. México; 2007.
2. Freyermuth G, Luna M, Ochoa P. Mortalidad Materna en México, Numeralia 2010; Observatorio de Mortalidad Materna. México: CIESAS, OPS, OMM; 2011. Disponible en [www.omm.org.mx](http://www.omm.org.mx)
3. CONAPO. ENADID 2009. Principales Indicadores de Salud Reproductiva, Salud Materna. México. Disponible en <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/SaludReproductiva/2009/7%20Salud%20materna.pdf>
4. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva/Secretaría de Salud. Redes Sociales en Salud Materna y Perinatal. Guía de Operación. México; 2010.
5. World Health Organization. The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health. A Global Review of the Key Interventions Related to Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health (RMNCH). Geneva; 2011.



Foto: Acervo de la Dirección de Desarrollo Comunitario