



TÉRMINOS DE REFERENCIA PARA LA EVALUACIÓN DE OPERACIÓN, RESULTADOS E IMPACTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD MATERNO-INFANTIL DEL GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL 2006-2010

1.- Introducción

Uno de los principales componentes del bienestar de las personas se encuentra intrínsecamente relacionado con su estado de salud. Es por eso que el acceso a los servicios de salud, tanto preventivos como curativos, se convierte en un asunto fundamental para la población en general y, muy especialmente, para quienes debido a los recientes pero continuos procesos de flexibilización y precarización laborales, carecen cada vez en mayor número de seguridad social, experimentando, además, la casi nula posibilidad de acceder a servicios privados de salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera la salud como uno de los derechos fundamentales de todo ser humano¹; la Asamblea Mundial de la Salud, en su Resolución 58.33 de 2005 agregó que “todos tenemos derecho a acceder a los servicios sanitarios y que nadie debe sufrir dificultades financieras por hacerlo”². En consecuencia, todos los Estados miembros de la OMS, como es el caso de México, tienen que emprender acciones para alcanzar este objetivo.

En México, el derecho a la protección de la salud se encuentra consagrado en el artículo 4 Constitucional, que en su tercer párrafo dice: “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud”; por otra parte, el artículo 2 del ordenamiento

¹ www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf

² http://medmun.org.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=729:boletin-temas-de-salud-ano-16-no-146-ago-2009&catid=90:mundo-hospitalario-ano-xviii-no155-agosto-2009. El texto en inglés dice: “Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance”, en www.who.int/health_financing/strategy/en/



supremo, en su apartado B, fracción III, faculta a los tres niveles de gobierno para emprender acciones que aseguren el acceso a los servicios de salud.

Por su parte, la Ley General de Salud establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia en este objetivo por parte de la Federación y las entidades federativas como componentes del Sistema Nacional de Salud.

Por otro lado, a partir de la descentralización de los servicios de salud llevada a cabo en el año de 1997³, el Gobierno del Distrito Federal cuenta con atribuciones para proceder a la planeación, organización y desarrollo de un sistema de salud para la entidad; en el artículo 1 Bis de la Ley de Salud del Distrito Federal se enmarcan los objetivos que deberán alcanzarse para garantizar este derecho.

Estas funciones se vieron respaldadas en el año 1999, con la creación de la Secretaría de Salud del DF. Posteriormente, en el año 2001, dio inicio el Programa de Acceso Gratuito a los Servicios Médicos y Medicamentos para las personas residentes en el DF que carecen de seguridad social laboral (PSMMG), que se convirtió en una de las principales estrategias en la prestación de servicios en materia de salud en la entidad, principalmente al transformarse en Ley en 2006.

Desde 2005, el PSMMG ha convivido con la aplicación del Seguro Popular en la Ciudad. Así mismo, los servicios de primer y segundo nivel han estado atendiendo a población no derechohabiente de ninguno de los dos programas anteriores (único caso en que el servicio se cobra con base en un estudio socioeconómico), que reside principalmente en el Estado de México, la que representó el 12.4% en el año 2009⁴; no obstante, la Asamblea Legislativa del DF, en el mes de

³ www.salud.df.gob.mx/ssdf/dmdocuments/conv.%20coord.%20descentralizacion.pdf

⁴ Agenda estadística 2009, pág. 43. http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/media/Agenda_2009/index.html

noviembre del mismo año solicitó una ampliación del presupuesto destinado a la salud, debido a que de los cuatro millones de consultas que se otorgan, casi una cuarta parte corresponde a personas residentes en otras entidades federativas.⁵

Consciente de la importancia del tema, el Consejo de Evaluación del Desarrollo Social del DF (Evalúa-DF), emitió en 2008 la convocatoria para evaluar el diseño y la operación del PSMMG. El informe final correspondiente planteó, entre otros hallazgos, que la introducción del Seguro Popular ocasionó una modificación sustantiva en la forma en la que aquel había venido operando, fundamentalmente en torno a la universalidad del derecho a la salud, situación que se mantiene a la fecha.

Por otra parte, si bien las principales causas de muerte en la entidad se encuentran relacionadas con las enfermedades del corazón, la diabetes y el cáncer, también existen datos preocupantes sobre la mortalidad materno-infantil ya que, de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana sobre la atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, la mayor parte de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y del niño podrían ser prevenidos, detectados y tratados con éxito⁶.

Al respecto, en 2008, la Secretaría de Salud y el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática reportaron que el DF tenía el cuarto lugar a nivel nacional en el número de defunciones maternas⁷ (76), después del Estado de México (162), Veracruz (101) y Chiapas (95)⁸. En cambio, el anuario “Mortalidad 1990-

⁵ <http://aldf.gob.mx/comsoc-sistema-salud-df-requiere-700-millones-pesos-adicionales-atender-pacientes-otras-entidades--5717.html>

⁶ NOM 007-SSA2-1993

⁷ Definida como la muerte de una mujer durante el embarazo o dentro de los 42 días posteriores a su terminación.

⁸ INEGI/Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Base de Datos de Defunciones 2008.

2008 Distrito Federal” informa de 69 casos para el mismo año, con una tasa de 52.9 por cada 100,000 nacidos vivos estimados en todo el DF⁹. Las principales causas de defunción materna en el DF fueron: edema, proteinuria y trastornos hipertensivos del embarazo (19 casos) y hemorragia del embarazo, parto y puerperio (14 casos). Por delegación, la tasa más alta correspondía a V. Carranza (140.9), seguida de Cuauhtémoc (96.1) y M. Hidalgo (93.6)¹⁰. La información correspondiente es analizada regularmente por los Comités Hospitalarios, los Jurisdiccionales y los Estatales y del DF.

Adicionalmente, el DF presentaba en 2008 el primer lugar en el número de muertes fetales¹¹ (1,479), seguido del Estado de México (1,208); misma posición identificada en relación con el bajo peso al nacer¹² con la que se muestra asociada, donde el Estado de México ocupa el primer lugar (13,984 casos) y el DF el segundo (13,783)¹³. En cambio, si consideramos la tasa de mortalidad infantil en el DF hasta cinco años, era de 17 casos por cada 1,000 nacidos vivos estimados, siendo las delegaciones con mayor incidencia: Cuauhtémoc (25.5), V. Carranza (22.4), Cuajimalpa (21.0) y Milpa Alta (20.7). En el caso de menores de un año, la tasa del DF era de 11.4 por cada 1,000 nacidos vivos estimados, la más baja del país después de Nuevo León (10.6)¹⁴; lo cual muestra que el problema del DF se concentra en la mortalidad fetal, y probablemente neonatal¹⁵, donde se dispone de

⁹ Se trata de 69 muertes en relación con los 130,452 nacimientos estimados en todo el DF, no sólo a los atendidos por los servicios de salud del GDF. Esta tasa ha venido fluctuando considerablemente en lo que va del siglo, pero es muy cercana a la registrada en 2002.

¹⁰ “Mortalidad 1990-2008 Distrito Federal, en www.salud.df.gob.mx/ssdf/media/Publicacion_Mortalidad_1990_2008/Index.html

¹¹ Se considera feto muerto a la completa expulsión o extracción del cuerpo de la madre del producto de la concepción, cualquiera sea la duración del embarazo posterior a la octava semana (antes es embrión), cuando el feto no da ninguna señal de vida al nacer. Puede ocurrir antes de iniciarse el trabajo de parto o durante él. La mortalidad fetal se calcula como el número de muertes fetales entre el total de nacidos (vivos y muertos).

¹² Menos de 2.5 Kgs., posible debido a complicaciones placentarias.

¹³ Secretaría de Salud. DGIS. Boletín de Información Estadística No. 28, Vol. III. 2008.

¹⁴ www.inegi.org.mx/sistemas/sisept/Default.aspx?t=mdemo55&s=est&c=23602

¹⁵ Desde el nacimiento hasta los 28 días de vida.

poca información. Así mismo, que las delegaciones V. Carranza y Cuauhtémoc presentan la mayor incidencia de mortalidad, tanto materna como infantil.

Es importante mencionar que, en el 2008, sólo se registró un deceso materno por el VIH¹⁶, de acuerdo con Censida; sin embargo, en el año 2010 se presentaron 58 nuevos casos de transmisión perinatal¹⁷, por lo que en noviembre pasado la Asamblea Legislativa del DF aprobó reformas a la Ley de Salud que previenen la transmisión materno-infantil de esta enfermedad mediante pruebas rápidas de detección, atención y tratamiento de las mujeres embarazadas infectadas.

Los datos presentados sorprenden dado el nivel relativamente alto del desarrollo de la infraestructura hospitalaria y los recursos médicos en el DF. La Encuesta de Salud y Nutrición (ENSANUT) de 2006 informa que las mujeres de entre 20 y 49 años que reportaron haber tenido al menos un hijo nacido vivo en el DF en los cinco años previos a la encuesta recibieron atención prenatal por parte de personal de salud en el 95.3 %, su primera revisión ocurrió durante el primer trimestre del embarazo en el 85.5% de los casos y el 99.4% de los partos fueron atendidos por un médico (sólo el 0.6% por partera). En cuanto a la institución que atendió los partos, el 35.2% se atendió en el IMSS, seguido por la SSA-Seguro Popular y el medio privado con un 33.3% y 22.9% respectivamente. Es importante destacar que no se mencionan los servicios de salud del DF, que atienden aproximadamente 60,000 partos anuales. En 2007, la entidad contaba con el 96.3% de nacimientos acaecidos en clínicas y hospitales (cuarto lugar en el país después de Colima, Aguascalientes y Baja California Sur)¹⁸.

¹⁶ Mortalidad 1990-2008 Distrito Federal, p. 33

www.salud.df.gob.mx/ssdf/media/Publicacion_Mortalidad_1990_2008/Index.html

¹⁷ Casos nuevos y acumulados de SIDA pediátricos (0-14 años), por categoría de transmisión y sexo. En: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/2010/15nov2010/casos_pediaticos.pdf

¹⁸ INEGI, "Mujeres y hombres en México 2009" en

www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/sociodemografico/mujeresyhombres/2009/MyH_2009_2.pdf

Si bien la alta incidencia de la muerte materna en otros estados de la república (algunos de los cuales presentan incluso fuertes problemas de subregistro), pudiera deberse a la dificultad para acceder a los servicios de salud por razones geográficas o económicas, en el DF las razones son múltiples. Una de las más importantes parece relacionarse con la falta de una oportuna demanda del servicio por parte de las mujeres durante el embarazo, lo que también explicaría la mortalidad fetal; otra se refiere a las pocas acciones en materia de promoción y prevención por parte de los propios servicios. La limitada demanda se puede explicar por múltiples razones (problema cultural, escasez de tiempo, dificultades con el transporte, etc.) en las que resulta necesario profundizar. Lo anterior se complementa con la población que llega de otras entidades, especialmente del Estado de México¹⁹, exclusivamente a atenderse al momento de parir, y que es la que presenta las peores condiciones de salud y de la cual no existe ningún seguimiento después de su alta. Finalmente, un dato adicional es que la mortalidad materna tiende a agravarse en los meses de noviembre, diciembre y enero (datos de 2007 y 2008), con fuerte incremento en los días domingos (entre 2007 y 2008), y en horario nocturno (especialmente en 2007, pero aún importante en 2008), lo que podría ser indicativo de insuficiencia de personal médico en dichos períodos.

Al respecto, el Programa Nacional de Salud 2007-2012 sostiene que en las zonas urbanas de las entidades más desarrolladas, como el DF, las muertes maternas se deben a padecimientos sistémicos subyacentes, como la diabetes, que se ven agravados por la maternidad (causas obstétricas indirectas), por lo que el reto es mejorar la detección temprana y el tratamiento oportuno de estas complicaciones.

¹⁹ Sin embargo, esta entidad dispone de 1,100 centros de salud mientras el DF sólo cuenta con aproximadamente la cuarta parte.

Adicionalmente, es importante resaltar la existencia de un grupo considerable de mujeres que estuvieron a punto de morir en el parto y, como consecuencia de ello, sufren serias secuelas que deberían continuar atendándose en otros servicios de salud.

A los problemas anteriores se habían venido agregando los riesgos de los crecientes embarazos entre adolescentes y las complicaciones propias de los abortos, especialmente los inducidos en condiciones inadecuadas. Con la aprobación de la interrupción legal del embarazo (ILE) en 2007 y la información preventiva que se ofrece en ese momento, el DF espera, entre otros efectos, una disminución significativa de las tasas de morbi-mortalidad materna e infantil²⁰.

También es importante mencionar que en el año 2009, la Comisión de Derechos Humanos del DF, emitió la recomendación 02/2009, debido a que entre los años 2007 y 2008 se presentaron siete casos por deficiencia médica y en la disponibilidad de personal y recursos materiales en la atención a la salud materno-infantil. Además de reparar el daño en estos casos, se recomendaba a la autoridad capitalina la realización de un estudio sobre la situación de los nosocomios de la red hospitalaria del DF²¹.

Frente a este panorama, en que resulta prácticamente imposible alcanzar las Metas el Milenio establecidas por las Naciones Unidas²², Evalúa DF decidió, como parte de su Programa de Evaluaciones de 2011, realizar una evaluación de los servicios de salud materno-infantil del GDF que se brindan a las mujeres en edad reproductiva, particularmente durante el embarazo, parto y posparto, así como a

²⁰ Desde 2007 se han realizado en forma segura más de 53,000 abortos, registrando sólo una defunción. Originalmente el 5% de la demanda provenía del Edo. de México; actualmente es más del 20%.

²¹ Seguimiento de recomendaciones de la Dirección Ejecutiva de Seguimiento, de la CDH-DF (p. 303), en http://informes.cd hdf.org.mx/anual2009_2010/pdfs/1_4_6.pdf

²² La meta 5 se refiere a la reducción de la mortalidad de los niños menores de cinco años en dos terceras partes y la 6 se refiere a la reducción de la mortalidad materna en tres cuartas partes en 1990-2015.



los neonatos²³, cuyos problemas al nacer extienden sus secuelas principalmente durante el primer año de vida.

2. Objetivos de la Evaluación Externa

Esta convocatoria tiene por objetivo general realizar una evaluación de **operación, resultados e impacto** de los **servicios de salud materno-infantil** en el período **2006-2010**. Se trata de una evaluación de carácter intermedio ya que los servicios de salud referidos se encuentran en operación y así se espera que continuarán. Sus resultados tendrán como finalidad contribuir al mejoramiento de los servicios, de manera de coadyuvar al bienestar de sus usuarios y facilitar su participación, así como favorecer la transparencia y rendición de cuentas del gobierno a la ciudadanía.

A dichos efectos se entiende por:

Operación: el proceso de instrumentación de los programas por las dependencias y/o unidades responsables de la planeación, prestación y entrega, seguimiento y evaluación interna de los servicios de salud. En su análisis podrían detectarse incluso problemas vinculados al diseño de los programas.

Resultados: los servicios entregados a la población (pláticas, consultas, exámenes de laboratorio, radiología, partos, etc.), su evolución, su relación con las metas

²³ Los neonatos se definen como los niños recién nacidos hasta los 28 días de existencia; sin embargo, hay que aclarar que muchos documentos extienden hasta el año o los cinco años la edad en que el niño es incluido como parte de la atención materno infantil. Ver, por ejemplo: www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/sociodemografico/mujeresyhombres/2009/MyH_2009_2.pdf. La Organización Mundial de la Salud define como mortalidad perinatal la que ocurre entre la semana 22 de gestación y hasta los primeros siete días de vida extrauterina; o sea que, incluye parte de mortalidad fetal y parte de la neonatal. La Secretaría de Salud reporta como atención infantil hasta la edad de un año, de uno a cinco como preescolar y de cinco a catorce como escolar.



planeadas, y sus principales características (accesibilidad, cobertura, calidad, etc.), especialmente en torno al derecho a la protección de la salud.

Impacto: el conjunto de cambios o efectos (positivos y negativos; planeados y no planeados; directos e indirectos; cuantitativos o cualitativos), perceptibles a mediano y largo plazo, provocados mediante los servicios de salud en el bienestar de la población (condiciones de salud); especialmente sobre los indicadores de mortalidad y morbilidad materno-infantil.

Lo anterior implica que la evaluación pretende conocer, explicar y valorar el desempeño operativo (características de sus recursos, procesos y resultados) de las diversas unidades y niveles de atención, incluyendo los grados de complementariedad alcanzados en el funcionamiento del PSMMG y el Seguro Popular en el DF, cuyas acciones se detallan en los artículos 49 a 51 del cap. VI de la Ley de Salud del DF. También los efectos provocados por los servicios de promoción de la salud, prevención de riesgos y atención del embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, en el bienestar y desarrollo de la población materno-infantil.

De manera especial, interesa analizar:

- Los recursos disponibles (económicos, humanos, medicamentos y material de curación, equipos e instrumental médico, de información), la evolución del presupuesto, de las cuotas de recuperación, del gasto y de la inversión en infraestructura; así como la presencia de liderazgos individuales importantes que aparecen asociados a mejorías relevantes de las tasas de morbi-mortalidad, sobre todo en los hospitales.

- La accesibilidad, oportunidad, disponibilidad, ocupación hospitalaria, calidad, calidez, eficacia, eficiencia, cobertura (potencial y efectiva) y utilización de sus servicios, así como los mecanismos de referencia y contrarreferencia empleados; y muy especialmente.
- La aplicación de la perspectiva de género, el avance en el cumplimiento del derecho a la protección de la salud y el grado de satisfacción de los usuarios.
- Las causas de la alta variabilidad de la mortalidad materna anual, en especial el pronunciado descenso de la mortalidad materna entre 2001 y 2002 (69.9 y 53.7 por mil nacimientos estimados respectivamente) y las de su incremento en 2006-2007 (56.7 y 68.1 respectivamente).

La información anterior se refiere a todos los servicios materno-infantiles operados por los Servicios de Salud Pública del DF, que rigen su actuación bajo lo establecido por la NOM 007-SSA2-1993; particularmente a los ocho hospitales de la especialidad: Inguarán, Topilejo, Cuauhtépec, Dr. N. Cedillo, Tláhuac, M. Contreras, Cuajimalpa y Xochimilco. Sin embargo, también se brindan servicios materno-infantiles en hospitales generales y pediátricos, y en clínicas de primer nivel. En particular, interesa analizar la situación en los dos hospitales ubicados en la delegación Iztapalapa (H. de Especialidades Dr. Belisario Domínguez y H. General Iztapalapa), por presentar en conjunto las tasas más altas de mortalidad materna por hospitales del GDF en los años 2007 y 2008.

Dada la variedad de aspectos médicos, epidemiológicos, normativos, económicos, sociales y administrativos vinculados al trabajo, se resalta la necesidad de que el equipo evaluador se conforme de manera interdisciplinaria para darle a la evaluación un tratamiento profesional y equilibrado.



3. Metodología, técnicas de investigación y propuesta técnica

La evaluación se realizará mediante **trabajo de gabinete y de campo**:

3.1.- Trabajo de gabinete

Se centrará en el estudio de los **programas** vigentes, las **bases de datos** existentes y los resultados de **encuestas y trabajos de investigación** publicados y de reconocido prestigio en el tema. La información documental disponible es abundante en el caso de la salud materna y muy escasa en el caso infantil.

A nivel de los programas vigentes será necesario consultar por lo menos el Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos, el Programa del Seguro Popular y el Programa de Atención Médica y Entrega de Medicamentos Gratuitos a Domicilio.

En la página de la Secretaría de Salud del DF se pueden encontrar diversas publicaciones como la Agenda Estadística con información de 2006 a 2009 sobre población del DF (por sexo, grado de marginación, delegación, seguridad social, etc.), daños a la salud (mortalidad infantil y materna, por causas, por delegación y su evolución desde el año 2000), recursos humanos y materiales (unidades médicas y recursos humanos por delegación, tipo de hospital, etc.), servicios otorgados (consulta externa, estudios, planificación familiar y partos atendidos, con series desde 1997), egresos hospitalarios (por sexo, causa de morbilidad, tratamientos), y programas especiales del GDF, entre otros. Por su parte el



Compendio Histórico ofrece información de un siglo (1909 al 2009) y Mortalidad 2000-2008 incluye datos desglosados por delegación²⁴.

También se deberán consultar bases de datos y publicaciones nacionales como el Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS), el Programa Nacional de Salud 2007-2012, los Boletines de la Dirección de Epidemiología de la Secretaría de Salud²⁵, y publicaciones como “Situación de la Salud en México. Indicadores básicos”, “Anuario Estadístico” (2006 y 2007), “Boletín de Información Estadística” (2006 a 2009), entre otras.

En relación con los resultados de encuestas se deberá considerar las de carácter general y las especializadas. Entre las primeras se sugieren las Encuestas Nacionales de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH) aplicadas cada dos años por el INEGI, en particular la de 2008, que incluye información sobre los servicios médicos durante las etapas de embarazo y del parto²⁶, y la de 2010, que amplía la información recogida sobre el DF. Entre las especializadas, las Encuestas Nacionales de Salud (ENSA), así como la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) de 2006, ambas aplicadas por el Instituto Nacional de Salud Pública.

La ENSANUT se presenta desglosada por entidades federativas. En el DF recogió información de 24,005 niños menores de 10 años, 557 adolescentes entre 10 y 19 años y de 1,293 adultos mayores de 20 años. Si bien manifiesta que considera prioritaria la salud materno-infantil, presenta poca información al respecto: consultas de atención prenatal y partos atendidos por médicos y distribuidos por instituciones, embarazos en adolescentes, cobertura de vacunaciones y prevalencia de diarreas, enfermedades respiratorias y accidentes entre los niños menores de 10 años. La información enfatiza el desarrollo de los programas

²⁴ www.salud.df.gob.mx/ssdf/index.php?option=com_content&task=view&id=85&Itemid=105

²⁵ Estos incluyen el número de defunciones por hospital.

²⁶ http://paot.org.mx/centro/ceidoc/archivos/pdf/enigh08_ncv_ingresos_gastos.pdf



federales en las instituciones de salud del el DF (IMSS, ISSSTE, Seguro Popular, Arranque Parejo, etc.).

En la valoración de la información documental deberán considerarse los estándares internacionales (OMS y Organización Panamericana de la Salud) y nacionales (SSA), así como los niveles alcanzados en entidades comparables (Jalisco o Nuevo León, por ejemplo)²⁷.

3.2.- Trabajo de campo

La información secundaria, abundantemente disponible en el caso materno, deberá complementarse con la aplicación de entrevistas a personal médico y administrativo, observación *in situ*, análisis de historias clínicas, encuestas a usuarios y no usuarios. Adicionalmente podrán implementarse grupos focales o cualquier otra técnica de investigación, cuantitativa y/o cualitativa, que se fundamente como pertinente y factible. En cambio, la información a recoger mediante trabajo de campo será la principal en materia neonatal y fetal, dada la limitada disponibilidad de datos estadísticos en estas etapas.

La evaluación de la operación tomará en cuenta, por lo menos, los datos estadísticos disponibles, la observación *in situ*, las entrevistas y las encuestas, especialmente en los temas relativos a recursos, accesibilidad, calidad y eficacia de los servicios, desglosados por delegación o jurisdicción sanitaria.

La evaluación de los resultados utilizará información similar a la anterior y versará especialmente sobre cobertura, utilización, enfoque de género y cumplimiento del

²⁷ Por ejemplo, de acuerdo con la OMS, se debe contar con 29 médicos y 40 enfermeras por cada 10,000 habitantes, y el Distrito Federal dispone de 30 médicos y 50 enfermeras por cada 10,000 habitantes, según información del Plan Nacional de Desarrollo.

derecho a la protección de la salud, desglosados por delegación o jurisdicción sanitaria.

La evaluación de impacto será de tipo no experimental debido a la ausencia de un grupo de control y una línea de base especialmente definidos *a priori* para su posterior evaluación, e incluirá el análisis de las series de tiempo disponibles (antes - durante - después), complementadas con la observación directa, las percepciones de la población y el grado de satisfacción de los usuarios (recogidos en la encuesta) y las del personal médico y administrativo (obtenidos mediante entrevistas). Para ello se procederá a:

- 1) Reconstruir el estado de salud de la población del DF en 2006 a partir de la información disponible.
- 2) Analizar, con base en la información estadística disponible a nivel agregado, la evolución de los recursos, las acciones, los servicios brindados y la situación de salud de la población materno-infantil atendida por el GDF en el período 2006-2010. Desglosarlos por edades, niveles de atención, delegaciones y por grado de atención recibido durante el embarazo (número de consultas y estudios realizados, frente a casos de atención exclusiva del parto). En el último caso interesa relacionar dicho grado de atención con las diferentes patologías y complicaciones suscitadas en el parto y en el período neonatal. También comparar su situación con los estados con niveles de desarrollo más cercanos, como Jalisco y Nuevo León, y los estándares nacionales e internacionales.
- 3) Visitar instalaciones de servicios de salud seleccionadas que permitan realizar la observación *in situ* de las condiciones de la infraestructura, equipo e instrumental médico, disposición de material de curación y

medicamentos, impartición de pláticas y otras actividades de promoción y prevención, características de los servicios (calidez, oportunidad, ocupación hospitalaria, higiene, etc.), así como revisar historias clínicas, especialmente en el caso de la mortalidad fetal y neonatal.

- 4) Levantar una encuesta representativa de la población abierta del DF que recoja información del período 2006-2010²⁸. La misma deberá permitir la comparación de sus resultados con la información estadística disponible de 2006 y complementar la referida a las condiciones de salud en el período 2006-2010 con datos desagregados y percepciones, así como la opinión de los encuestados sobre el papel de los servicios de salud del DF en esa evolución, su grado de satisfacción, el cumplimiento de sus derechos y sus sugerencias para mejorar los servicios. La encuesta (y los grupos focales, en su caso) incluirán el levantamiento de la información y percepción de los usuarios de los servicios de salud (PSMMG, Seguro Popular y población no derecho habiente proveniente de otras entidades) y de quienes no lo son.
- 5) Realizar entrevistas a los funcionarios que organizan, coordinan y dirigen los servicios de salud, así como al personal médico y de enfermería que opera los servicios materno-infantiles para identificar, entre otros, los principales problemas que enfrentan en la operación de los servicios y su posible relación con el diseño de los programas, así como su opinión fundamentada sobre la calidad de los mismos, el cumplimiento de metas y la evaluación de los indicadores de morbi-mortalidad materno-infantil.
- 6) A partir de la información cuantitativa y cualitativa analizada, estimar y valorar el impacto provocado por los servicios materno-infantiles del PSMMG y Seguro Popular, por delegación de residencia del usuario,

²⁸ Será recogida en 2011, pero su información se referirá al período 2006-2010.

deslindando hasta donde sea posible los efectos provocados por causas ajenas a los servicios del GDF como la situación económica imperante en el país o los servicios brindados por el gobierno federal en el DF. En particular, construir una explicación rigurosa respecto de las altas tasas de mortalidad materna y fetal identificadas en el DF a pesar de su alto nivel de infraestructura y recursos en materia de salud.

La propuesta técnica deberá:

- Incluir un marco teórico sintético que contenga las principales teorías a considerar, la definición de los conceptos relevantes para el trabajo (accesibilidad²⁹, cobertura potencial y efectiva, calidad de los servicios, entre otros), los criterios para valorarlos (eficacia, eficiencia, equidad y satisfacción) y sus interrelaciones³⁰, y los antecedentes sobre evaluaciones similares realizadas, con las referencias bibliográficas que guiarán la evaluación;
- Explicar la metodología y técnicas de evaluación a utilizar, especialmente en materia de impacto, y el nivel de representatividad de la encuesta a realizar;
- Exponer el plan de trabajo que se pretende llevar a cabo y acompañarlo de un cronograma;
- Presentar la estructura temática de los informes a elaborar con una breve descripción de su contenido;
- Incorporar un resumen curricular de los integrantes del equipo evaluador propuesto.

²⁹ Frente a las posibles barreras de orden geográfico, económico, social, cultural o informativo.

³⁰ Por ejemplo, aumentar la productividad médica o la ocupación hospitalaria en aras de la eficiencia, puede llegar a entrar en conflicto con los efectos deseados en materia de calidad y calidez.



Su extensión no podrá ser menor a 15 cuartillas ni mayor de 30 en letra tipo Arial, tamaño 12, a espacio y medio.

4.- Productos a entregar como resultado de la evaluación

Como resultado del trabajo de evaluación realizado se entregará: un informe inicial, uno intermedio y otro final.

El primero de ellos se entregará un mes después de firmado el contrato correspondiente. Será de tipo administrativo, reportando brevemente los avances realizados.

El segundo y el tercero serán de carácter sustantivo e incluirán respectivamente el desarrollo del 60 y el 100% del trabajo contratado. Su vencimiento será a los noventa días después de la entrega del primer informe y el 30 de noviembre del 2011, respectivamente.

El informe final no deberá exceder de 400 páginas en letra tipo Arial, tamaño 12, a espacio y medio, y su contenido incluirá por lo menos:

- Introducción: descripción global del trabajo realizado
- Marco teórico-conceptual empleado en el trabajo
- Fuentes de información, metodología y técnicas de investigación utilizadas.
- Antecedentes de los servicios de salud materno-infantil del GDF
- Marco legal, organización y funcionamiento de los servicios de salud materno-infantil
- Recursos económicos, humanos, tecnológicos, de información
- Características de los procesos de atención



- Resultados de los servicios
- Impacto en las condiciones de salud de la población materno infantil usuaria
- Percepción de la población no usuaria
- Conclusiones
- Propuesta de observaciones y recomendaciones
- Bibliografía consultada
- Anexos
- Resumen ejecutivo

De los dos informes sustantivos se entregarán tres juegos de documentos impresos y tres CDs con los archivos correspondientes.

5. Apoyos institucionales

El Comité de Evaluación y Recomendaciones del Consejo de Evaluación del Desarrollo Social del Distrito Federal llevó a cabo dos reuniones con las autoridades de la Secretaría de Salud del DF a los efectos de intercambiar puntos de vista sobre la evaluación propuesta y facilitar la entrega de información.

Así mismo, dada la complejidad del trabajo solicitado, realizará una sesión de aclaraciones sobre los presentes términos de referencia, de asistencia voluntaria, el día **28 de marzo de 2011, a las 17 horas**, en el domicilio de Evalúa DF, sito en Alfonso Esparza Oteo No.160, Col. Guadalupe Insurgentes, México, DF.

Posteriormente, a través de al menos dos consejeros o consejeras, se dará seguimiento a toda la evaluación hasta su conclusión. La misma se dará por



concluida cuando exista un dictamen favorable aprobado por el Comité de Evaluación y Recomendaciones del Consejo.

Por su parte, la Dirección General del Consejo de Evaluación del Desarrollo Social del Distrito Federal concertará las entrevistas que el equipo evaluador solicite.

6. Presupuesto, responsabilidades y compromisos

El presupuesto disponible para la evaluación es de \$1,050,000.00 (un millón cincuenta mil pesos), incluido el IVA. La contratación y pagos correspondientes estarán a cargo de la Dirección General del Consejo de Evaluación del Desarrollo Social del Distrito Federal.

La publicidad de los informes de evaluación está normada en el Capítulo VIII del Estatuto Orgánico del Consejo³¹. En particular, el Art. 45 establece que toda la información del Consejo será pública y de acceso gratuito en los términos del artículo sexto Constitucional y de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Distrito Federal y que el Consejo se reserva todos los derechos patrimoniales hasta el momento de hacer públicos sus trabajos.

El período en que se desarrollará la evaluación será del **15 de abril al 30 de noviembre de 2011**, pudiendo realizarse en diciembre de 2011 las correcciones finales que se requieran. A la entrega del primer informe de tipo administrativo se procederá al pago del 20% del monto total contratado. Una vez emitido el dictamen aprobatorio del Comité de Evaluación y Recomendaciones respecto del segundo y tercer informes (sustantivos), se realizará un pago del 40 % en cada caso.

³¹ Consultar: www.evalua.df.gob.mx/info/2009/esta_org.pdf