

MEMORIA DEL **foro**
mesoamericano

TRANSICIÓN
EPIDEMIOLÓGICA
de la
MORTALIDAD
MATERNA

MEMORIA DEL **foro**
mesoamericano

TRANSICIÓN
EPIDEMIOLÓGICA
de la
MORTALIDAD
MATERNA

■ COMITÉ ORGANIZADOR

Rosa María Núñez Urquiza

Patricia Uribe Zúñiga

Raffaella Schiavon Ermani

Octavio Gómez Dantés

Rafael Lozano Ascencio

Miguel Ángel González Block

Enrique Ruelas Barajas

Bernardo Hernández Prado

■ MODERADORES Y RELADORES DE MESAS REDONDAS

Francisco Barragán González

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGySR), Secretaría de Salud (SSA), México

Lucero Cahuana Hurtado

Investigadora. Centro de Investigación en Sistemas de Salud (CISS), Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), México

Lisa Marie De Maria

Investigadora. Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas, INSP

Gladys Faba Beaumont

Coordinadora Académica. Programa de Actualización de Médicos Generales y Personal de Enfermería con Base Científica, INSP

Eduardo Morales Andrade

Subdirector de Atención Materna. CNEGySR, SSA

María Elena Reyes

CNEGySR, SSA

Doris Verónica Ortega Altamirano

Investigadora. CISS, INSP

José Alonso Restrepo Restrepo

Consultor Independiente. Morelos, México

Martha Rivera Pasquel

Investigadora. Centro de Investigación en Nutrición y Salud (CINyS), INSP

Raffaella Schiavon Ermani

Directora. IPAS México

Sandra Sosa Rubí

Investigadora. INSP

Luis Manuel Torres Palacios

Subdirector de Clasificación de la Información en Salud, Dirección General de Información en Salud, SSA

Sandra Treviño Siller

Investigadora. CISS, INSP

Dilys Margaret Walker Evans

Investigadora. Dirección de Salud Reproductiva, INSP

Patricia Mora González

Servicios de Salud de Morelos

María de la Luz Kageyama

Investigadora. Centro de Investigación en Sistemas de Salud. INSP

María Beatriz Duarte Gómez

Investigadora. Centro de Investigación en Sistemas de Salud. INSP

■ ASESORES EN FORMACIÓN DE EQUIPOS

Rita María Chanona Domínguez

Alonso Domingo Vázquez

■ COMITÉ EDITORIAL

Rosa María Núñez Urquiza

Patricia Uribe Zúñiga

José Alonso Restrepo Restrepo

Magda Luz Atrián Salazar

Gladys Faba Beaumont

MEMORIA DEL **foro**
mesoamericano

TRANSICIÓN
EPIDEMIOLÓGICA
de la
MORTALIDAD
MATERNA

Del 14 al 16 de abril de 2008,
Cuernavaca, Morelos, México



Instituto Nacional
de Salud Pública



SALUD

SECRETARÍA
DE SALUD



Centro Nacional de
Equidad de Género
y Salud Reproductiva



INSTITUTO
cars

S A L U D

Fundación Carlos Slim

MEMORIA DEL **foro**
mesoamericano

TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA *de la* MORTALIDAD MATERNA

D.R. © Primera edición 2009

Instituto Nacional de Salud Pública
Av. Universidad 655, colonia Santa María Ahuacatlán,
62100 Cuernavaca, Morelos, México

ISBN 978-607-7530-55-8

Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico

Citación sugerida:

Núñez-Urquiza RM, Uribe-Zúñiga P, Schiavon-Ermani R, González-Block MA, Gómez-Dantés O, Lozano-Ascencio R. Memoria del Foro Mesoamericano Transición Epidemiológica de la Mortalidad Materna. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2009.

Sesión inaugural	
Palabras de bienvenida MARIO HENRY RODRÍGUEZ LÓPEZ	11
Objetivos y dinámica del Foro ROSA MARÍA NÚÑEZ URQUIZA	13
Transición epidemiológica de la mortalidad materna	
Contexto de la desigualdad en México MIGUEL ÁNGEL GONZÁLEZ BLOCK	17
La desigualdad social y la mortalidad materna PATRICIA URIBE ZÚÑIGA	23
Propuesta del modelo para establecer prioridades de intervención por microrregiones con base en la teoría de la transición epidemiológica ROSA MARÍA NÚÑEZ URQUIZA MARÍA DE LA LUZ KAGEYAMA ESCOBAR IGNACIO MÉNDEZ RAMÍREZ	33
La utilidad de los planes microrregionales Relatoría de la Mesa MODERADORA: RAFFAELA SCHIAVON ERMANI RELATOR: HORACIO RODRÍGUEZ ALCIPRET	39
La pertinencia de los planes microrregionales Relatoría de la Mesa MODERADORA: DORIS VERÓNICA ORTEGA ALTAMIRANO RELATORA: LUCERO CAHUANA HURTADO	45
Sistema de información geográfica: el caso del flujo de pacientes con emergencias obstétricas en las redes de servicio JUAN EUGENIO HERNÁNDEZ ÁVILA	51
Herramientas de georreferenciación de flujo de pacientes Relatoría de la Mesa MODERADORES: JUAN EUGENIO HERNÁNDEZ ÁVILA, LISA MARIE DE MARIA RELATORA: SANDRA SOSA RUBÍ	59
Maternal mortality after 20 years of safe motherhood MARGE BERER	63
Para reducir muertes maternas, ¿qué es efectivo y cómo lograrlo? DEBORAH MAINE	69
Intervenciones efectivas y variables <i>proxy</i> de impacto. Indicadores de proceso DEBORAH MAINE	75

Establecimiento de estrategias prioritarias	
Retos en la planificación familiar en grupos altamente vulnerables ELENA ZÚÑIGA HERRERA	81
Los retos de la planificación familiar en Guatemala NADINE GASMAN ZYLBERMAN	91
Dificultad para la incorporación de intervenciones efectivas ANA LANGER GLAS	97
La utilidad de los planes microrregionales Relatoría de la Mesa MODERADORA: GLADYS FABA BEAUMONT RELATOR: LUIS MANUEL TORRES PALACIOS	105
Evidencia sobre la organización de redes de atención obstétrica y neonatal DEBORAH MAINE	109
Redes de atención obstétrica y neonatal	
Retos en la operación de redes de servicio JORGE HERMIDA	115
Puntos críticos en la atención materna y neonatal CUITLÁHUAC RUIZ MATUS	123
Problemas en la oferta y gerencia de redes de atención materna y neonatal SILVIA ROLDÁN FERNÁNDEZ	133
Problemas y soluciones efectivas en las redes de servicios Francisco Javier Posadas	139
Certificación de redes de atención materna en México JAVIER DOMÍNGUEZ DEL OLMO	147
Problemas y retos de las redes de servicio Relatoría de la Mesa MODERADORA Y RELATORA: DORIS VERÓNICA ORTEGA ALTAMIRANO	153
Retos y soluciones en las redes de servicio Relatoría de la Mesa MODERADORA: RAFFAELA SCHIAVON ERMANI RELATORA: GLADYS FABA BEAUMONT	157
El eje de la atención materna-infantil para la planeación estratégica de las redes de servicio EDUARDO PESQUEIRA VILLEGAS GABRIEL NÚÑEZ URQUIZA	161
Alta dirección y muertes maternas ENRIQUE RUELAS BARAJAS	169

Pasos a seguir

Búsqueda intencionada de muertes maternas y de nacimientos, investigando el subregistro	181
MARÍA BEATRIZ DUARTE GÓMEZ	
Registro y subregistro de la muerte materna. Problemas encontrados y cómo mejorar el registro en estados de brecha	189
PAOLA MARÍA SESIA ARCOZZI-MASINO	
GRACIELA FREYERMUTH ENCISO	
Sistemas de Información	193
Relatoría de la Mesa	
MODERADORA: MARÍA DE LA LUZ KAGEYAMA ESCOBAR	
RELATORA: LISA MARIE DE MARIA	
El Modelo para establecer prioridades de intervención por microrregiones	197
ROSA MARÍA NÚÑEZ URQUIZA	
Recapitulación del modelo para establecer prioridades de intervención por microrregiones	199
ROSA MARÍA NÚÑEZ URQUIZA	
Fases de transición epidemiológica: rezago y transición incipiente	203
Relatoría de la Mesa	
MODERADORA: MARÍA BEATRIZ DUARTE GÓMEZ	
RELATOR: JOSÉ ALONSO RESTREPO RESTREPO	
Integración de un paquete estratégico para municipios en estadio de rezago rural	207
Relatoría de la Mesa	
MODERADORA: MARÍA BEATRIZ DUARTE GÓMEZ	
RELATOR: EDUARDO MORALES ANDRADE	
Poblaciones que se encuentran en fase de transición epidemiológica incipiente en municipios rurales	209
Relatoría de la Mesa	
MODERADORA: SANDRA TREVIÑO SILLER	
RELATORA: DORIS VERÓNICA ORTEGA ALTAMIRANO	
Intervenciones en el sistema de atención en los contextos de transición epidemiológica emergente en conglomerados urbanos	213
Relatoría de la Mesa	
MODERADORA: SANDRA SOSA RUBÍ	
RELATORAS: LISA MARIE DE MARIA, LUCERO CAHUANA HURTADO	
Paquete estratégico: patrón epidemiológico urbano polarizado	219
Relatoría de la Mesa	
MODERADORA: MARÍA DE LA LUZ KAGEYAMA ESCOBAR	
RELATORA: ROSA MARÍA NÚÑEZ URQUIZA	

Intervenciones necesarias en contextos poblacionales en situaciones de desarrollo urbano polarizado y caótico	223
Relatoría de la Mesa	
MODERADORA: DILYS MARGARET WALKER EVANS	
RELATORA: PATRICIA MORA GONZÁLEZ	
Perspectivas de la investigación	227
BERNARDO HERNÁNDEZ PRADO	
Asesoría en servicios desde el Centro de Investigación en Sistemas de Salud, del Instituto Nacional de Salud Pública	229
MIGUEL ÁNGEL GONZÁLEZ BLOCK	
Agradecimientos	233
CUITLÁHUAC RUIZ MATUS	
Referencias y bibliografía	234
Ponentes y participantes en las mesas de discusión	236

PALABRAS DE BIENVENIDA

MARIO HENRY RODRÍGUEZ LÓPEZ
Director del Instituto Nacional de Salud Pública
Cuernavaca, Morelos, México

Bienvenidas y bienvenidos al “Foro Mesoamericano Transición Epidemiológica de la Mortalidad Materna”. Este evento es el resultado de un esfuerzo de colaboración entre el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGySR) y funcionarios de la Subsecretaría de Innovación y Calidad, de la Secretaría de Salud. Hemos convocado a profesionales especializados, a investigadores y a tomadores de decisiones en el problema de mortalidad materna.

Los temas de este Foro se organizan alrededor de la pregunta central: ¿qué es efectivo hacer para evitar muertes maternas? En un contexto de desigualdad social, la estrategia no puede ser la misma para condiciones diferentes y por eso la pregunta es: ¿qué es efectivo hacer, dónde?

En el Foro se presentará el “Modelo para establecer prioridades de intervención por microrregiones con base en la teoría de la transición epidemiológica”.

Investigadores del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) en conjunto con profesionales de IPAS México y funcionarios del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, de la Secretaría de Salud (SSA), han aplicado la teoría de la transición epidemiológica al análisis de la mortalidad materna y perinatal. Asesorados por expertos del Instituto de Investigaciones en Matemáticas Aplicadas y en Sistemas (IIMAS), de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) han generado un modelo estadístico de análisis por conglomerados (cluster analysis). En este modelo se han incluido variables demográficas, socioeconómicas, epidemiológicas y de acceso a servicios de salud que condicionan la morbilidad y la mortalidad materna.

México es un país heterogéneo, por lo que es necesario identificar las intervenciones adecuadas para cada realidad. Dentro de una entidad federativa se observan desigualdades que influyen en patrones de morbilidad y mortalidad distintos, por ello es importante analizar los componentes del modelo para identificar las intervenciones que son más efectivas en unos contextos que en otros.

El paso siguiente es examinar la organización de las redes de servicio y diseñar paquetes estratégicos adecuados para cada situación. La Dirección de Informática Médica, del INSP, presentará un sistema de información en salud que incluye una herramienta de georreferenciación desarrollada para la Dirección

General de Planeación Estratégica en Salud (DGPLADES), de la SSA, para orientar los “planes maestros de infraestructura en salud”.

En este momento, ambos, modelos y herramientas de información están en proceso de consolidación, por lo que es oportuno este Foro para enriquecerlos con la participación de ustedes.

Agradezco su participación y sean todos ustedes bienvenidos al Instituto Nacional de Salud Pública. Espero los mejores resultados y el mayor éxito.

¡Bienvenidos todos!

OBJETIVOS Y DINÁMICA DEL FORO

ROSA MARÍA NÚÑEZ URQUIZA
Coordinadora General
Instituto Nacional de Salud Pública
Cuernavaca, Morelos, México

El objetivo de este Foro es analizar con ustedes el Modelo de transición epidemiológica en la mortalidad materna, para enriquecerlo con sus aportaciones, y ponerlo al servicio del diseño de planes estatales de reducción de la mortalidad materna (MM), que den cuenta de las diferencias microrregionales al interior de cada estado.

Es una reunión donde se combinan la experiencia de profesionales que llevan a cabo programas operativos con el saber de académicos expertos en generar conocimiento con evidencia científica sobre la morbilidad y la mortalidad materna en México.

Dada la heterogeneidad socioeconómica en México, que redundará en tipologías epidemiológicas distintas, desde patrones de rezago en las regiones pobres, rurales y remotas, otras en transición, y los conglomerados urbanos que presentan patrones epidemiológicos emergentes, es necesario precisar cuáles intervenciones son más efectivas en ciertos contextos que en otros.

En la tipología de rezago epidemiológico, donde están los municipios rurales más remotos, la razón de mortalidad materna (RMM) es superior a 120 por 100 000 nacimientos, mientras que en ciudades medianas con buen índice de desarrollo, proximidad a la unidad de salud, y con un porcentaje mayor de población asegurada la RMM es de 45, debido a que han disminuido las muertes por sepsis y las hemorragias postparto. En estas poblaciones se han incrementado proporcionalmente la preeclampsia y las causas indirectas de mortalidad materna, y la tromboembolia del puerperio quirúrgico.

Esto requiere que las intervenciones se destinen con más precisión a las poblaciones blanco, y con distinta intensidad según tipología epidemiológica de las microrregiones que componen una misma jurisdicción sanitaria dentro de un estado.

Dinámica de trabajo

Este Foro gira en torno a la pregunta: para disminuir muertes maternas: ¿qué es efectivo hacer, dónde?

En un contexto heterogéneo entre los estados y al interior de los estados, no basta un plan para disminuir muertes maternas en el país.


En las primeras sesiones de este Foro se presenta el contexto de la desigualdad para dar paso a una propuesta de aplicación de la teoría de la transición epidemiológica. Una tipología epidemiológica diferenciada debe guiar el diseño de paquetes estratégicos distintos.

Debido a que las intervenciones se despliegan desde los sistemas estatales y jurisdiccionales de salud, en este Foro se presentan dos herramientas que ayudan a analizar los sistemas jurisdiccionales de salud, para evaluar el funcionamiento de las redes de servicio, a saber:

- El Modelo epidemiológico de la mortalidad materna
- El Sistema de información georreferenciado

La dinámica de trabajo consiste en la presentación de un conjunto de temas seguido de mesas redondas.

Transición
epidemiológica
de la mortalidad
materna



CONTEXTO DE LA DESIGUALDAD EN MÉXICO

MIGUEL ÁNGEL GONZÁLEZ BLOCK

Director Adjunto

Centro de Investigación en Sistemas de Salud

Instituto Nacional de Salud Pública

Cuernavaca, Morelos, México

Esta presentación es el resultado del análisis realizado por un grupo de investigadores del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y del Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE). Aborda tres temas:

- Equidad en la utilización de los servicios
- Equidad en el financiamiento
- Conclusiones

Equidad en la utilización de los servicios

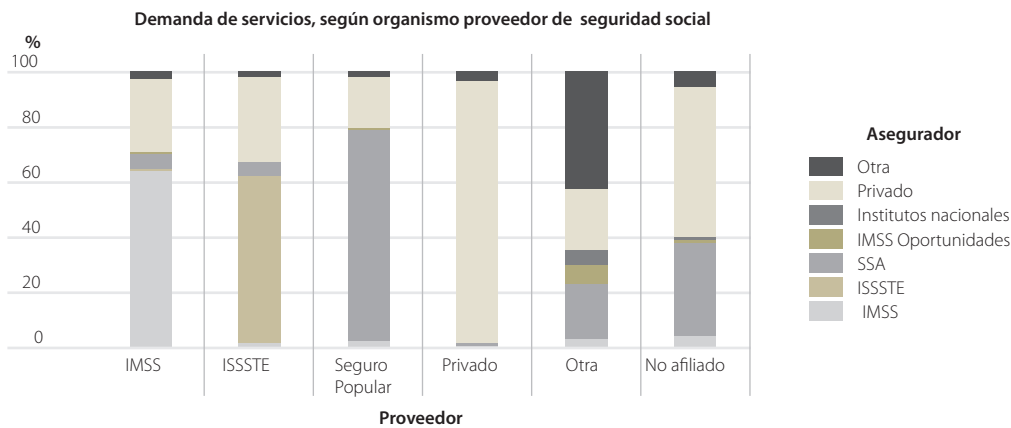
México cuenta con un sistema de salud complejo que articula servicios de atención a la salud públicos y privados, de población asegurada y no asegurada. Los tres grandes organismos proveedores de servicios de seguridad social son: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), que atiende a la población trabajadora de empresas privadas; el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), y el Sistema de Protección Social o Seguro Popular (SPS), que es una nueva iniciativa del gobierno mexicano para ampliar la seguridad social a toda la población. También están los seguros de salud privados. La Secretaría de Salud (SSA) es el segundo proveedor importante de servicios de salud, y atiende a la población no afiliada a la seguridad social.

El país cuenta con una mezcla heterogénea de servicios de protección social. A pesar de que el IMSS es el organismo más fuerte de protección social sólo atiende 60% de las necesidades de sus usuarios, para el resto, deben hacer pagos adicionales fuera de la institución (figura 1).

De acuerdo con los datos presentados por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2006-2007, la mayor parte de los derechohabientes del IMSS, ISSSTE y SPS, aunque tiende a utilizar mayoritariamente estos servicios, no logra satisfacer completamente sus demandas. En los estados más pobres (ordenados de acuerdo con su índice de desarrollo humano) como Chiapas, Oaxaca, Hidalgo, Tlaxcala y Zacatecas los asegurados manifiestan un bajo nivel de satisfacción de la demanda de servicios a los que tienen derecho, pero incluso en los estados más acomodados tampoco se llega a cubrir el 70% de ésta.

■ **Figura 1**

Mosaico de la presentación de servicios y aseguramiento, Ensanut 2006.



Además, los datos señalan que la inequidad en la utilización de los servicios de salud no se observa sólo en regiones geográficas sino también al interior de las propias instituciones de la seguridad social.

La SSA logra atender a un mayor porcentaje de usuarios en los estados más pobres y la hospitalización es más alta en los estados ricos, considerando que tal demanda es homogénea en las entidades federativas.

Según la misma encuesta, estados del país con menor índice de desarrollo humano concentran un mayor porcentaje de población (entre 15% y 25%) que no atiende sus problemas de salud por razones económicas; es el caso de Chiapas, Guerrero, Michoacán, Guanajuato, Veracruz y Oaxaca. Esta desigualdad en la atención también alcanza a los usuarios del SPS, donde se observa una menor proporción de usuarios atendidos en los estados más pobres, comparados con los más ricos; es decir, a pesar de que esta iniciativa se ha impulsado para resolver problemas de inequidad aún no logra desprenderse de las dificultades del contexto y resolver la falta de acceso, especialmente en las entidades federativas más pobres. Esto se traduce en el hecho de que una persona pobre en un estado pobre vive con mayor riesgo que una persona pobre en un estado rico.

Equidad en el financiamiento

EL GASTO PÚBLICO PARA LA ATENCIÓN A LA SALUD

La evolución del gasto para población no asegurada -desde 1996 con una proyección al 2010 bajo diferentes escenarios- muestra: a) un incremento del gasto público, especialmente durante estos últimos tres años (de 33% a 40%); b) una disminución del gasto de bolsillo (de 53% a 48%), y c) se ve un efecto interesante de la política de prepago impulsada por el gobierno. Aquí, al parecer, hay buenas noticias en cuanto a la protección social en salud.

Si se revisa la distribución del gasto entre los años de 1996 a la fecha proveniente de diversas fuentes sobre ingreso-gasto de los organismos de seguridad social (IMSS e ISSSTE) comparados con el gasto de la

SSA para población abierta se obtiene que, en los dos primeros, el mayor gasto se concentra en los quintiles más altos (9 y 10); en cambio, el gasto de la SSA se concentra en los quintiles 3 y 4 mostrando todavía un bajo gasto en los estratos más pobres. La distribución del gasto en el ISSSTE, que es la institución de seguridad social de los burócratas, muestra mayores variaciones que en el IMSS y en la SSA; sin embargo, la mayor concentración del gasto igualmente se concentra en los quintiles 9 y 10.

La distribución al interior de cada programa del Sistema Nacional de Salud manifiesta un comportamiento particular consistente en que el gasto público del ISSSTE, por ejemplo, favorece a su población que es de estratos más altos, ya que se exenta a los usuarios del pago de IVA de medicamentos, supuestamente establecida para favorecer a los estratos más pobres. En cuanto al beneficio en los servicios de hospitalización de los Institutos Nacionales de Salud muestra un gasto regresivo al igual que el que manifiesta PEMEX (servicios de hospitalización de la empresa Petróleos Mexicanos). El gasto total de servicios hospitalarios se da en los estratos en los que se pueden cubrir estos gastos, es decir en los más altos; así sucede también en los servicios de atención a la salud materna. Los programas públicos, como son el IMSS Oportunidades, Desayunos Escolares, y todo el gasto de la SSA son francamente progresivos.

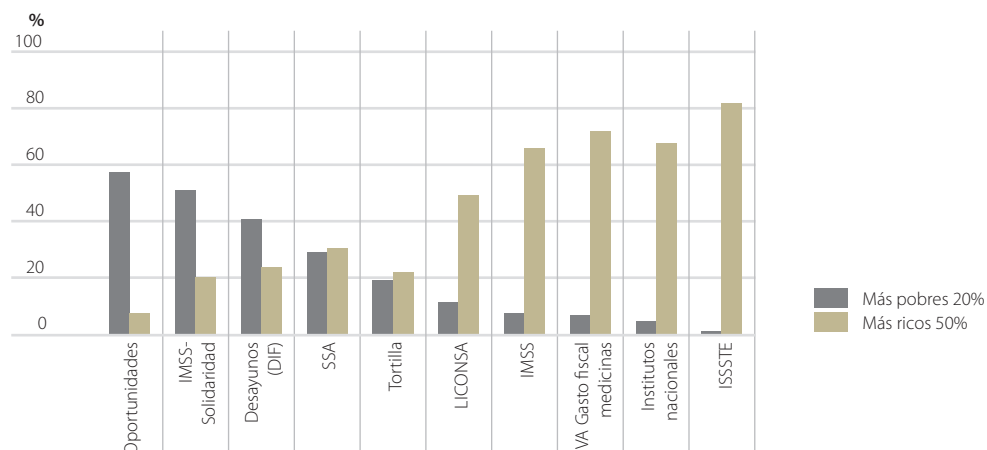
Al analizar por estratos económicos y sociales la proporción del gasto público destinado a la salud y a la nutrición se observa que en el programa IMSS Oportunidades está destinado a los más pobres, en cambio en el ISSSTE está destinado a los más ricos (figura 2).

Comparación de la distribución del gasto entre países latinoamericanos

Entre los años 1996 y 2002 se constata una tendencia a reducir la inequidad en la utilización de los servicios de salud; sin embargo, si ésta se compara con la que se manifiesta en otros países de la Región, vemos que en Chile, Costa Rica, Colombia y Uruguay se ha logrado una reducción mayor. En México, el coeficiente de concentración del gasto público en salud desciende, durante el período señalado, de poco más de 0.20 a menos de 0.10; en cambio en Chile y Uruguay disminuyó la concentración del gasto a menos de -0.3 (figura 3).

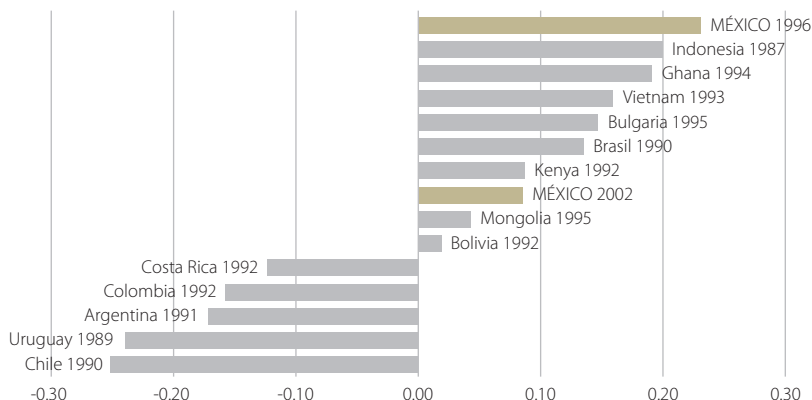
■ **Figura 2**

Proporción del gasto público en salud y nutrición entre los más pobres y los menos pobres.



■ **Figura 3**

Coefficientes de concentración del gasto público en salud: México en perspectiva comparativa.



Fuente: México: estimación de John Scott usando ENIGH 1996-2002

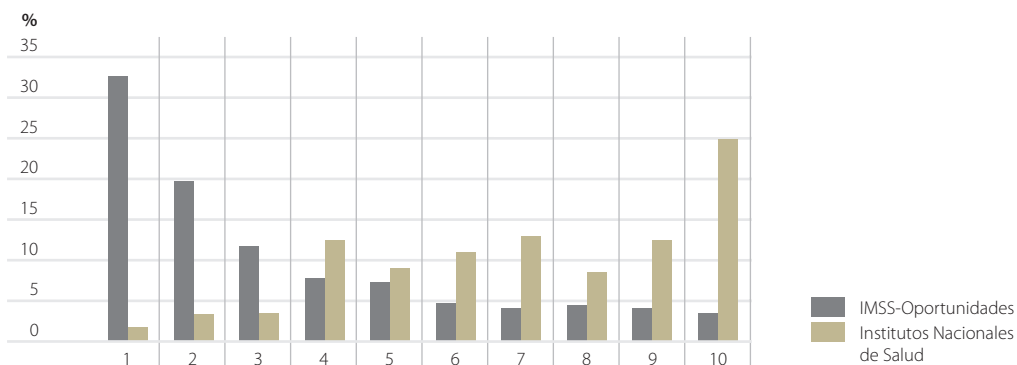
DESIGUALDAD EN EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

En cuanto a la distribución de usuarios en servicios de salud pública, se observan diferencias notables entre los que otorga IMSS Oportunidades (antes IMSS Solidaridad) y los Institutos Nacionales de Salud; los primeros, como ya se ha señalado, dan mayor cobertura a los estratos más pobres, en circunstancias que los segundos dan atención mayoritaria a los estratos más ricos (figura 4).

La distribución de recursos para la salud representados en la curva de GIN es desigual. Los servicios que muestran mayor inequidad son los privados; por el contrario, la SSA muestra una tendencia más cercana a la equidad (figura 5).

■ **Figura 4**

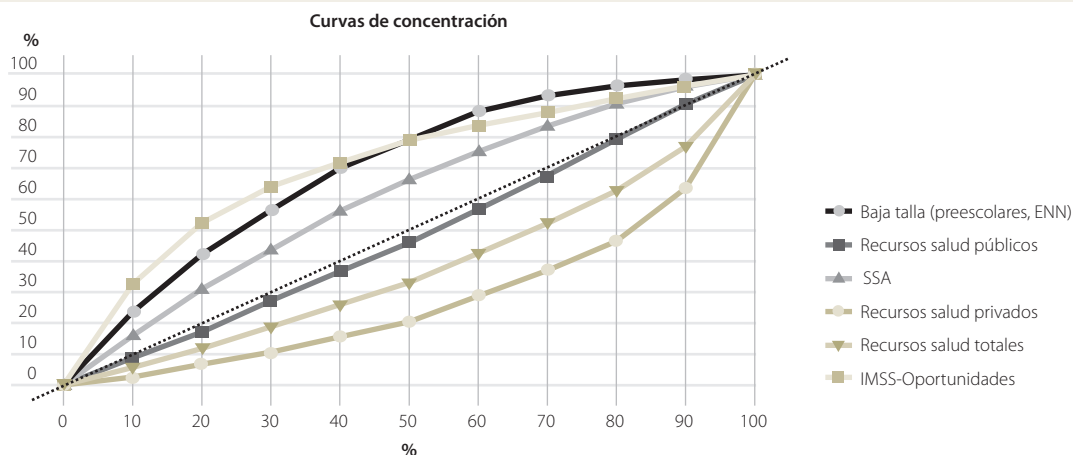
Distribución de usuarios de servicios de salud pública. IMSS-Oportunidades e Institutos Nacionales de Salud.



Fuente: estimación de John Scott usando ENSA 2000

■ **Figura 5**

Desigualdad en salud y recursos para la salud, México, 1999-2002.



ESCENARIOS PROSPECTIVOS: UNO OPTIMISTA Y OTRO PESIMISTA

En este proceso de expansión del SPS se pueden identificar dos tipos de escenarios, uno optimista y uno pesimista. El optimista señala lo siguiente:

- Todos los recursos del SPS son frescos, es decir, no se restan recursos a otros programas en beneficio de éste, lo cual afecta a la ganancia neta de la equidad.
- La progresividad del uso de los servicios por la población no asegurada no se reduce al ampliar la cobertura del SPS, lo cual está señalando un riesgo crítico porque en la medida en que se fortalece la infraestructura, gracias al SPS, y mejora la calidad de la atención en unidades de primer y segundo nivel abiertas a la población, el riesgo real es que se empiece a manifestar una mayor demanda de esos servicios por parte de la clase media y que haya un efecto de desplazamiento hacia esos servicios y, por lo tanto, una desviación de los objetivos del programa.
- Las cuotas familiares se aplican y la participación se da tal como está programada, lo cual hasta ahora ha sido un problema; el SPS reclama un pago progresivo de los usuarios de tal suerte que los deciles más bajos no pagan y los más altos -de 3 a 10- pagan proporcionalmente a sus ingresos. El hecho es que hasta ahora ha habido una mayor afiliación gratuita de los sectores más pobres y se observan problemas para la recuperación; si esto continúa llegará a tener un efecto negativo para la equidad; la otra opción es que sea gratuito para todos pero habrá que pensar en medidas fiscales proporcionales.

Los elementos señalados dentro del escenario pesimista son:

- Sólo se generan recursos nuevos para cubrir el costo adicional del SPS respecto al gasto público existente.
- La actual progresividad en el uso de servicios de la seguridad social se reduce hasta coincidir con la distribución de la población no asegurada.
- Hasta ahora el SPS ha sido cooptado por los sectores más pobres. Lo importante en el futuro es vigilar este comportamiento y crear opciones para mantener recursos que ayuden a aliviar la desigualdad en el acceso a servicios.

El programa IMSS-Oportunidades ha resultado ser uno de los más equitativos.

Conclusiones

1. En México persiste una enorme inequidad en los servicios de salud, que va más allá de una distribución de ingresos económicos y alcanza a otros indicadores sociales.
2. Los servicios de salud están particularmente expuestos a una cooptación por parte de quienes tienen mayores posibilidades de acceso, de tal manera que se debe empoderar a los sectores más pobres y a los que tienen acceso reducido a los servicios.
3. La interrogante a plantearse es ¿cuál debe ser el énfasis para impulsar políticas y estrategias claras de abatimiento a la MM de la población no asegurada, en las que participen organismos como el IMSS y el ISSSTE?, que bien pueden contar con recursos necesarios para coincidir en un ámbito más amplio y evitar esa segmentación que, como hipótesis, podría estar incidiendo en la MM.
4. La integración del sistema de salud en México es fundamental para avanzar en la equidad en salud.

LA DESIGUALDAD SOCIAL Y LA MORTALIDAD MATERNA

PATRICIA URIBE ZÚÑIGA
Directora General
Centro Nacional de Equidad de Género
y Salud Reproductiva
Secretaría de Salud, México

La desigualdad en América Latina

América Latina es una región caracterizada por la desigualdad en el acceso a los servicios de salud. La información y los datos que se presentan servirán como insumo para las discusiones en los grupos de trabajo de este Foro.


La mortalidad materna (MM) muestra grandes desigualdades entre comunidades de escasos y de mayores recursos. En su mayoría, las muertes maternas están asociadas a problemas de acceso a la atención oportuna y adecuada. La atención médica con calidad durante el embarazo y el puerperio es un derecho que se debe promover y gestionar para acelerar el paso en la consecución de las Metas de Desarrollo del Milenio. (www.un.org/millenniumgoals) Reducir la mortalidad materna (MM) en 75%, entre 1990 y 2015, es una de tales Metas y los indicadores para medir su progreso son: a) la tasa de MM; b) el porcentaje de partos con asistencia de personal profesional; c) el porcentaje de mujeres que presentan complicaciones obstétricas, atendidas en unidad médica, y d) la prevalencia de VIH entre gestantes de entre 15 a 24 años de edad, entre otros (cuadro I).

■ Cuadro I

Metas del milenio. OMS/ONU, septiembre 2000

Anexo 9.4 Metas del Milenio

Objetivos de desarrollo del Milenio de la Declaración del Milenio

Objetivos y metas	Indicadores para medir los progresos
Objetivo 5. Mejorar la salud materna	
Meta 6. Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes	16. Tasa de mortalidad materna 17. Porcentaje de partos con asistencia de personal sanitario especializado 18. Prevalencia de VIH entre gestantes de 15 a 24 años
 75%	
18 metas	48 indicadores de resultado

La razón de mortalidad materna (RMM) en México sólo se ha reducido 5.4% entre 1990 y 2005. A pesar de que su promedio en la Región de América Latina y el Caribe (ALC) es más bajo que en otras regiones, algunos países -o comunidades al interior de cada país- tienen una RMM mayor que en África. Los rangos en la Región están polarizados y así tenemos en Chile una RMM de 31 por 100 000 nacimientos y en Haití una de 680 por 100 000 nacimientos (cuadro II).

En cuanto al acceso a la atención del parto por personal calificado (enfermeras-obstetras, parteras profesionales y médicos) hay diferencias entre los quintiles más pobres y los más ricos de la población en todas las regiones. La mayor asimetría se observa en el sur de Asia, y ALC es la que muestra menos desigualdad, después de Europa (figura 1).

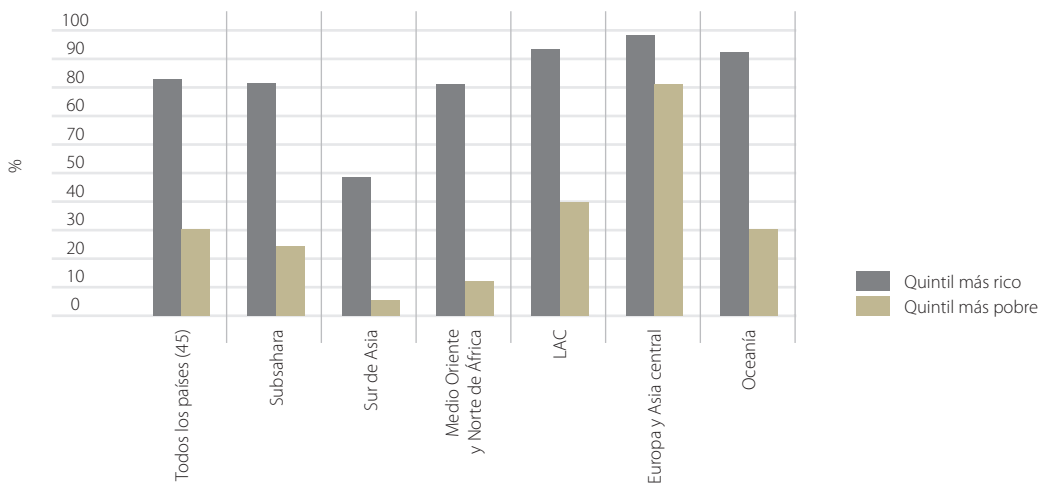
La RMM de algunos países desarrollados contrasta con la de México (considerando las cifras del año 2000, antes de haber corregido el subregistro): en Italia es de 5.0; en Canadá, de 6.0; en Suiza, de 7.0; en

■ Cuadro II
Desigualdades en razón de mortalidad materna

- A pesar de que la razón de mortalidad materna (RMM) promedio en América Latina y el Caribe es más baja que en otras regiones, algunos países presentan RMM mayores que en África:
 - ▶ Chile: 31 x 100 000 RN
 - ▶ Haití: 680 x 100 000
- Namibia de 300 y Botswana de 100

Fuente: World Bank, 2007

■ Figura 1
Acceso a personal calificado en el parto, por Región, 1990-2005.



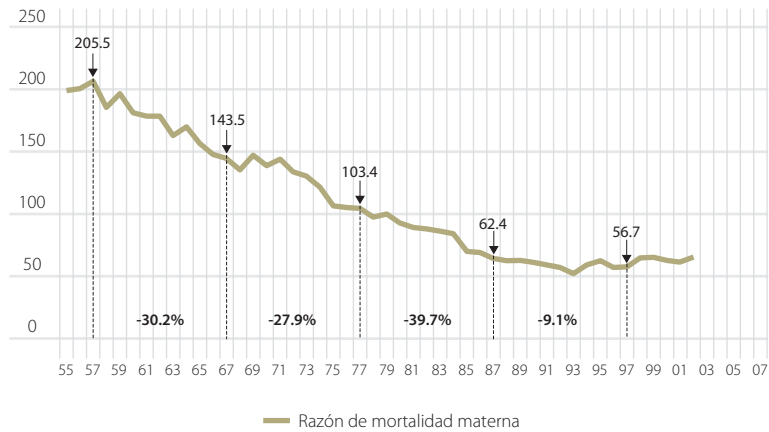
Fuente: Kirrin Gill et al. Women deliver for development. Lancet 2007 October;370

Estados Unidos de América, de 17, mientras que en México alcanza 72.6 muertes por 100 000 nacimientos. En México, la RMM disminuyó 30.2% entre las décadas de 1950 y 1960; en el siguiente decenio disminuyó 27.9%; hacia finales de las décadas de 1970 y 1980 alcanza una disminución de 39.7%. Sin embargo, desde finales del decenio de 1980 hasta el de 1990 la tendencia se desaceleró (9.1%). La experiencia demuestra que una vez que se logran controlar las causas más fáciles es más complicado alcanzar una disminución significativa (figura 2).

En México, la RMM corregida para 1990 fue de 89 por 100 000 nacimientos y la meta establecida para 2015 por las Metas del Milenio es disminuir un 75% de la RMM, lo cual significa llegar a 22.3. De 1990 a 2007 se ha logrado una reducción total de 37.5%; la velocidad de descenso se aceleró a partir del 2000, pero con esta tendencia no se alcanzará la meta (figura 3).

■ **Figura 2**

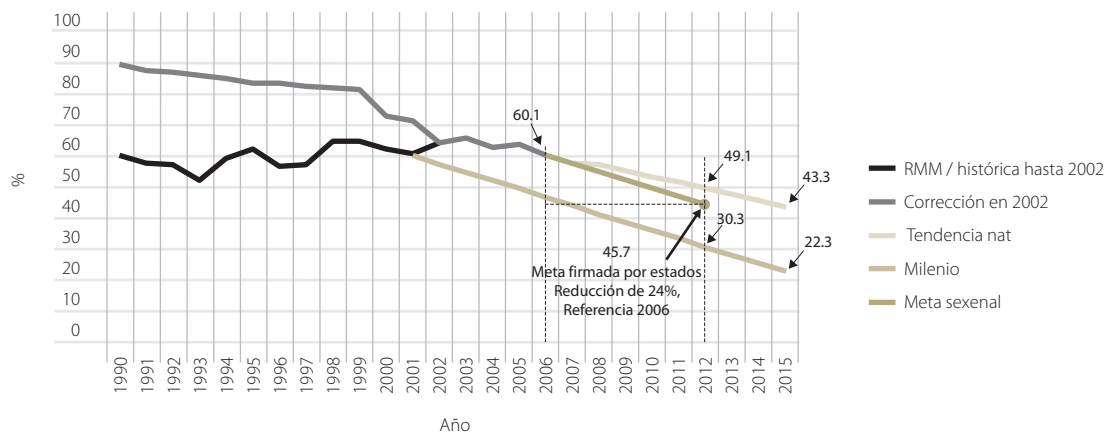
Razón de mortalidad materna. Estados Unidos Mexicanos, 1955-2002.



Fuente: OMS 1955-1978; INEGI/SSA 1979; CONAPO NV 1955-2002

■ **Figura 3**

Tendencias de la razón de mortalidad materna. Estados Unidos Mexicanos, 1990-2015.



Fuente: OMS 1955-1978; INEGI/SSA 1979; CONAPO NV 1955-2002

Los avances en la Región latinoamericana

Desde 1990 a 2005 en América Latina se observa una disminución importante de la RMM; pero hay grandes desigualdades al interior de la Región y de cada país. América Latina tiene menos visibilidad que otras regiones por tener mejores indicadores, como el porcentaje de nacimientos atendidos por personal calificado; así, la presión internacional a gobiernos nacionales disminuye, porque se asume que todos los países en desarrollo o de bajos ingresos tienen características similares y no se atienden las grandes desigualdades entre ellos. A esto se agrega que la religión y la cultura influyen en las políticas públicas y que existe una gran presión de grupos que impiden el avance en temas vinculados con la salud sexual y reproductiva.

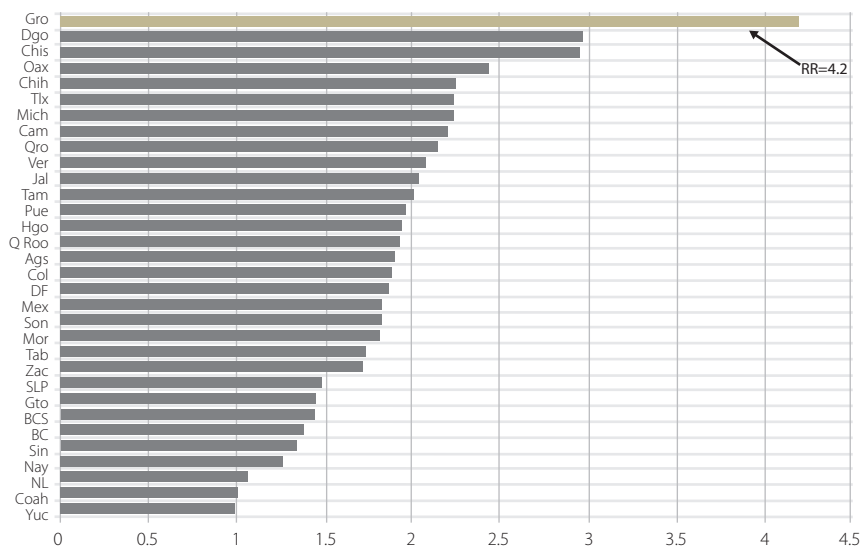
La desigualdad de la razón de mortalidad materna en México

La gran desigualdad en el comportamiento de la RMM en nuestro país se refleja claramente entre los estados; por ejemplo, Guerrero reportó en 2006 la mayor RMM (128), mientras que Yucatán registró la menor (30.4); es decir, las mujeres que son atendidas por embarazo, parto o puerperio, en Guerrero, tienen 4.2 veces más riesgo de morir por estas causas, comparadas con las mujeres en Yucatán (figura 4).

La tendencia de las causas de mortalidad en México varía; sin embargo, las más importantes continúan siendo los trastornos hipertensivos del embarazo, las hemorragias obstétricas, el aborto y la infección puerperal. En la mayoría de las causas directas se observa una disminución, mientras que en las indirectas se observa un incremento porcentual entre el total de las causas.

Figura 4

Acceso a personal calificado en el parto, por Región, 1990-2005.



Las mujeres que son atendidas por embarazo, parto o puerperio, en Guerrero, tienen 4.2 veces más riesgo de morir por estas causas, comparadas con las mujeres en Yucatán

Se tomó la RMM de Yucatán, para estimar los riesgos de las demás entidades
Fuente: Defunciones de acuerdo a lugar de ocurrencia de la defunción

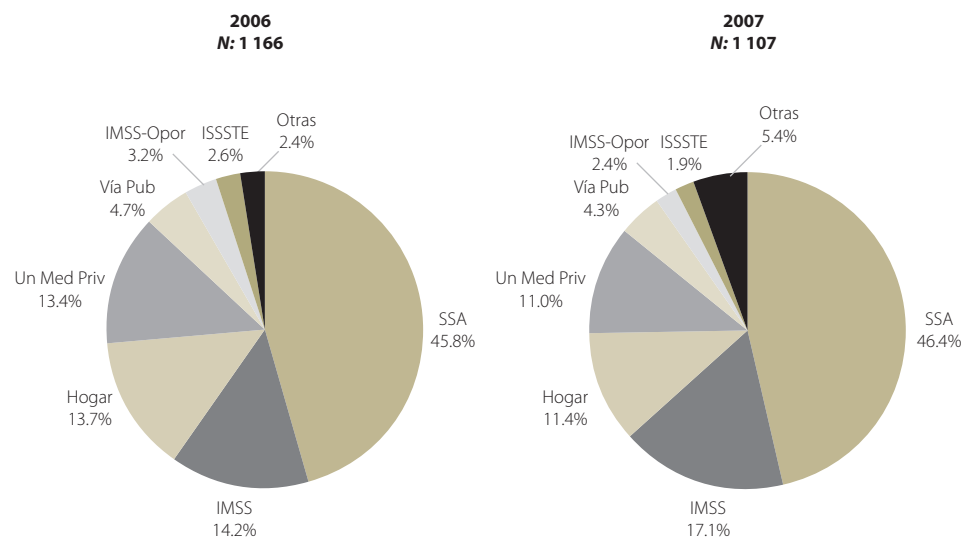
La mayor tasa de mortalidad materna se observa entre los nacimientos procedentes de mujeres de 35 a 49 años de edad y entre los de mujeres de 15 a 19 años de edad. De 2006 a 2007 la RMM en mujeres de entre 15 y 19 años de edad no manifestó cambios; mientras que se observó una disminución de la mortalidad en los grupos de 30 años de edad en adelante, y disminuyó aún más en el de mayores de 40 años. En 2006 se registraron 1 166 muertes maternas y la cifra preliminar del 2007 es de 1 107 muertes documentadas por el sistema de notificación inmediata, de la Dirección General de Epidemiología, de la Secretaría de Salud (SSA). Entre 2006 y 2007, la mayoría de las defunciones ocurrió en unidades de atención de la SSA (45.8% y 46.4%, respectivamente), seguidas del porcentaje de muertes en unidades de las instituciones de seguridad social y en las privadas. Llama la atención una clara disminución de muertes ocurridas en el hogar (de 13.7% a 11.4%) y que en ese mismo período se observe el aumento porcentual (de 14.2% a 17.1%) de muertes ocurridas en hospitales del Instituto Mexicano del Seguro Social -IMSS- (figura 5).

La mortalidad materna entre nacimientos de madres menores de 20 años de edad no tiene un patrón homogéneo: es más alta en los estados de Baja California, Distrito Federal y Chihuahua; mientras que la mortalidad de mujeres de entre 20 y 34 años es más elevada en los estados de Guerrero, Oaxaca e Hidalgo.

Diferentes fuentes de información documentan altas coberturas de la atención del parto por unidad médica. Aunque la información presentada por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT) difiere en puntos porcentuales de la avalada por la Dirección General de Información en Salud (DGIS) ambas confirman el vínculo entre la pobreza y el riesgo elevado de mortalidad materna. De acuerdo con la DGIS, el porcentaje de partos atendidos en unidad médica es 84.6% y 15.1% atendidos por parteras; mientras que la ENSANUT reportó 93.3% de partos atendidos por médicos y 6.8% por parteras. En el análisis realizado por la DGIS, de todas las mujeres que fallecieron por causa materna en el 2006, 86.3% tuvo atención médica, 21.1% era gran múltipara (5 a 18 partos) y 11.6% era de habla indígena (cuadro III).

■ **Figura 5**

Distribución porcentual de defunciones maternas por lugar de ocurrencia. Notificaciones 2006-2007*.



Fuente: base de datos defunciones maternas DGIS, 2006

Fuente: notificación inmediata de defunciones maternas, DGE/SSA 2007*
 Notificaciones recibidas hasta el 10/04/08

■ Cuadro III

Lo que hay detrás del indicador: Información adicional a la RMM y las causas. 2006*

Concepto	Muertes maternas	ENSANUT (2006)
Parto atendido por médico	84.9	93.3
Parto por partera, otro o nadie	15.1	6.8
No tuvo control prenatal	21.2	2.4
Control prenatal por médico	78.8	97.8
Parto en Unidad pública para no derechohabientes	47.9	33.7
Parto en unidad de Seguridad Social	19.9	35.1
Parto en unidad privada	14.5	24.1
Parto en el Hogar u otro lugar	16.2	6.8

Concepto	Muertes maternas
Hablante indígena	11.6
Primigesta	30.2
2 a 4 embarazos	48.7
5 a 18 embarazos	21.1
Falleció en el embarazo	24.1
Falleció en el parto	12.3
Falleció en el puerperio	59.2
Falleció después del puerperio	2.7
Atención médica antes de la muerte	86.3
Certificante médico	94.5
Necropsia	12.7
Dedicada al hogar	80.9
Empleada u otro trabajo	14.2

* Para los casos que contaron con datos obstétricos

En México, la principal falla asociada a la mortalidad materna es la calidad de la atención de emergencias obstétricas. El principal problema no es la falta de recursos en las unidades de atención sino la falta de cumplimiento de los lineamientos establecidos para el manejo de emergencias obstétricas. En el 2006, se evaluó que 86% de las muertes maternas era prevenible. Esta situación se agrava en los estados más pobres. En éstos, sin embargo, el porcentaje de inversión del erario estatal al gasto en salud suele ser pequeño, en comparación con el presupuesto que otros estados aportan a la atención de la salud.

El Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGySR), de la SSA, en colaboración con el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, solicitó al Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) un estudio para relacionar todos los componentes de salud reproductiva con el índice de desarrollo humano (IDH), con el índice de desarrollo de género y con el de potenciación de género, y documentó que hay mayor riesgo de muerte materna en las áreas que presentan los índices más bajos de desarrollo.

Se elaboraron mapas que identifican cuatro grandes regiones del país; en ellos se muestra que en zonas con menor IDH, como es la región sur, se documenta el menor índice de desarrollo de género. También señalan la RMM por regiones, donde se identifica que la zona norte muestra las RMM más bajas, en contraste con la del sureste que presenta las más altas.

Asimismo, los coeficientes de correlación de la RMM con padecimientos tales como cáncer de mama y cáncer cervicouterino se expresan especialmente en poblaciones con bajo IDH.

Gasto en salud

En la Región latinoamericana y el Caribe se destina muy poco presupuesto a la atención de la salud. En México, gracias a la reforma financiera y al establecimiento reciente del Sistema de Protección Social en Salud (SPS) dicho presupuesto se incrementó sustancialmente entre los períodos 1994-2000 y 2000-2006, y se prevé que llegará a 7.4% del producto interno bruto en el 2010.

En el proceso de descentralización del sistema de salud se ha observado una distribución inequitativa de los recursos públicos destinados a cada estado. En un análisis realizado por el CNEGySR y el INSP donde se asocia el gasto público en salud reproductiva, se observa que el gasto no guarda una correlación sana entre estados con mayor problema sino al contrario: el gasto en salud reproductiva es mayor, por ejemplo, en Baja California Sur, que no tiene la RMM más alta. El gasto público se asocia más con la riqueza de cada estado que con la magnitud de la necesidad de atención. Es así que Baja California Sur recibía más recursos financieros que Oaxaca o Chiapas (figura 6). Con la incorporación del SPS, esta inequidad ha ido disminuyendo y se pretende equilibrar la distribución del gasto en salud cuando el SPS logre la cobertura universal.

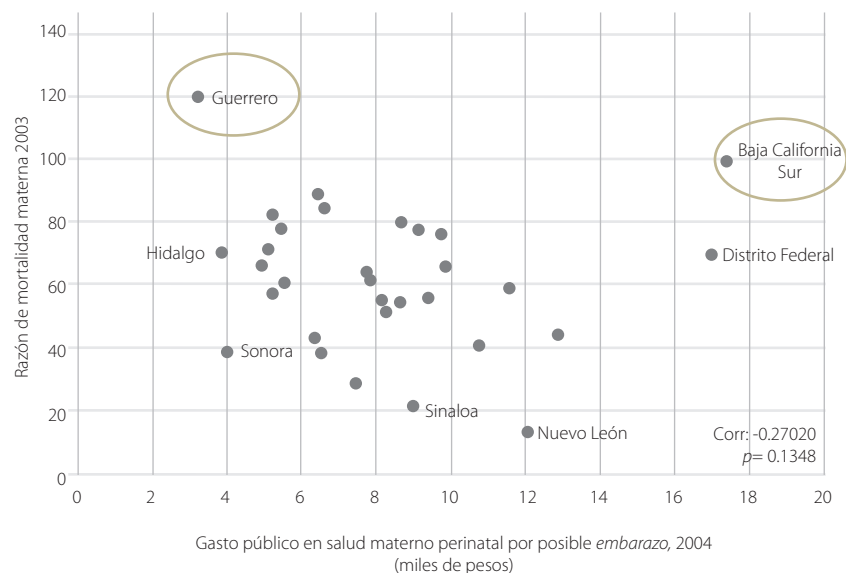
Metas y objetivos del Programa Arranque Parejo en la Vida 2007-2012

El programa de acción específico para disminuir la mortalidad materna y neonatal se llama "Arranque Parejo en la Vida", y para el período 2007-2012 tiene entre sus objetivos reducir la brecha en las condiciones de acce-

■ Figura 6

Gasto público y mortalidad materna. México, 2004.

No se observa asociación entre el gasto público en salud materna y perinatal y las necesidades de salud (mortalidad materna)



so a la atención a la salud de las mujeres durante el proceso reproductivo y de las niñas y niños durante los primeros 28 días de edad y hasta los tres años de edad, con especial énfasis en las entidades federativas y los municipios con el menor IDH. Una de las metas es reducir, en el 2012, en 50% la RMM en los 100 municipios con más bajo IDH.

Entre los retos que enfrentamos, se enumeran los siguientes:

1. No se cuenta con un diagnóstico de la situación a escala municipal o jurisdiccional, que permita elaborar un mapeo estratégico; sólo hay diagnósticos estatales o nacionales.
2. El acceso a la atención del parto por personal calificado y servicios culturalmente competentes es limitado. Se han propuesto abordajes generales o métodos de intervención homogéneos, bajo un supuesto tácito de que a pesar de la inequidad entre las diversas zonas geográficas la mortalidad materna se comporta de igual manera, lo cual no es cierto. Abordajes generales como el que el personal sea calificado, como en el caso del médico, no garantiza que por calificado profesionalmente tenga las competencias y destrezas para un desempeño dentro de parámetros de calidad. En muchas unidades los médicos pasantes en servicio social y los médicos residentes presentan serios problemas de competencia en la atención obstétrica.
3. Observamos una insuficiente capacidad resolutive en un gran número de unidades de primero y segundo nivel para la atención de emergencias obstétricas.
4. Además, enfrentamos barreras culturales como la concepción de una gran parte de las comunidades de que el parto es un evento natural, que no requiere atención y menos aún la atención médica especializada. Esto, aunado a que la familia o la comunidad interpretan que las complicaciones del parto son responsabilidad de la mujer, o peor aún, un hecho merecido por algún error u omisión de ella. Es un reto relevante atender aspectos de comunicación con mensajes interculturales y sensibilidad de género.

Abordajes diferenciados

Para reducir la brecha social se ha dado prioridad a los 10 estados que tienen los 100 municipios con menor IDH: Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Puebla, Veracruz, Nayarit, Durango, Jalisco, Michoacán y Chihuahua. Además, se han incorporado el Estado de México y el Distrito Federal, los cuales ostentan el mayor número de defunciones maternas porque tienen el mayor volumen de población. En estas entidades se concentraron 762 muertes maternas, poco más del 60% de todas las registradas en el año 2006.

El ejercicio que se propone en este Foro es el de establecer prioridades entre municipios para identificar las diferencias en las condiciones que generan MM y para definir su patrón epidemiológico mediante análisis por conglomerados.

¿Qué debemos hacer?

- Identificar el estadio o fase de transición demográfica y epidemiológica en la que se encuentra la población de una microrregión.

- Tipificar cada población según la fase de transición epidemiológica materna, que permita definir qué hacer en cada microrregión.
- Estimar el impacto potencial de cada intervención, que es distinto según el estadio de transición epidemiológica.

En síntesis, la salud materna es un tasador del sistema de salud. Si se mejora la atención a la salud materna y perinatal se elevará la calidad de la atención en general, ya que 70% de las demandas de atención hospitalaria proviene de mujeres embarazadas o en puerperio. La atención a la mujer en su ciclo reproductivo debe abordarse de manera integral, no sólo la atención a la salud sino desde la atención a la mujer en el trabajo, en la cultura, ya que estos elementos están articulados. Para ampliar el impacto de las políticas orientadas a la disminución de la inequidad es necesario trascender la dimensión económica o de asignación de recursos, y atender con especial cuidado la inequidad de género.

Preguntas y comentarios de participantes

1. ¿CÓMO MEDIR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA?

Respuesta de Patricia Uribe

- Los problemas de la calidad de los servicios de salud se manifiestan en la falta de personal calificado en las unidades de atención y en los procesos mismos de atención. Gran parte de la atención recae en personal de alta rotación, como los médicos pasantes, que no siempre cuenta con el adiestramiento adecuado en atención obstétrica; los recursos de financiamiento no se han dirigido a la contratación de personal calificado y especializado. La mayor parte de las complicaciones obstétricas necesitan de una atención especializada.

La incorporación de enfermeras obstetras podría ayudar a resolver el problema de falta de especialistas. Sin embargo, en México no se ha impulsado de una manera planificada.

Otro elemento que influye en la calidad de la atención es la escasa supervisión. Por ejemplo, no se observa apego a la norma de uso de sulfato de magnesio para prevenir y controlar las convulsiones en la preeclampsia severa y en la eclampsia.

Comentarios de participantes

- La inequidad en cuanto a la distribución del gasto destinado a la salud materna no es la única que se observa en el país. Hasta ahora, las auditorías de casos de MM recibidas no señalan la escasez de insumos (medicamentos u otros recursos). Otros problemas como la inequidad cultural y social también se asocian a la mortalidad materna.
- A pesar de que la descentralización ha permitido un mayor flujo de recursos de financiamiento a las entidades federativas, se observa que la falta de planeación de su distribución, a lo largo del año, en varios períodos genera escasez de financiamiento en momentos de alta demanda de los servicios. En ocasiones los recursos son liberados hasta el final de año, cuando ya no es posible aplicarlos racionalmente.

- Hay aspectos relacionados con la mortalidad materna que no se están analizando en las áreas centrales. Por ejemplo, se observa que las muertes se incrementan por la ausencia de personal especializado en vacaciones y cambios de ciclo escolar de internos de pregrado y médicos residentes. Asimismo, se incrementa la mortalidad materna con el cambio de administración federal o estatal.
- Gran parte de los problemas se relaciona con aspectos culturales y, en particular, con la inequidad de género.

Respuestas de Patricia Uribe

- Los recursos no llegan oportunamente a las unidades de salud, todas las áreas deben comprar los insumos desde el año anterior para prever el retraso de aprovisionamiento de recursos al inicio de cada año.
- En efecto, el trato inequitativo a la mujer por su condición de embarazada se refleja en los estudios de eslabones críticos; por ejemplo, cuando una mujer ya ha tenido muchos hijos y nuevamente se embaraza, sin poder decidir ni actuar sobre la regulación de su fecundidad.

PROPUESTA DEL MODELO PARA ESTABLECER PRIORIDADES DE INTERVENCIÓN POR MICRORREGIONES CON BASE EN LA TEORÍA DE LA TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA

ROSA MARÍA NÚÑEZ URQUIZA
MARÍA DE LA LUZ KAGEYAMA ESCOBAR
Instituto Nacional de Salud Pública
Cuernavaca, Morelos, México

IGNACIO MÉNDEZ RAMÍREZ
Instituto de Investigaciones en Matemáticas
Aplicadas y en Sistemas
Universidad Nacional Autónoma de México
México, DF, México

¿Qué es efectivo hacer, dónde?

Esta pregunta ha orientado los esfuerzos de investigación de un grupo de profesionales del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), y el desarrollo del modelo que se presenta en este Foro.

En un contexto social de inequidad, marcado por la desigualdad en el acceso a los servicios de salud, un plan para prevenir la mortalidad materna no puede ser homogéneo para todos los contextos, sino que se requieren intervenciones específicas para los distintos ámbitos.

La teoría de la transición epidemiológica

Las observaciones en campo realizadas tanto por investigadores del INSP como por supervisores del programa “Arranque Parejo en la Vida” dan cuenta de que hay una transición epidemiológica que, tal como lo ha postulado esa teoría, se asocia a condiciones demográficas y de acceso a servicios de salud.

Entre las poblaciones más pobres y con menor acceso a los servicios hospitalarios se registra una razón de mortalidad materna (RMM) elevada, con predominio de infecciones puerperales y hemorragias posparto que ocurren en el hogar. En contraste, en poblaciones con mejor nivel socioeconómico y con acceso a los servicios médicos de la seguridad social y que gozan de proximidad a los hospitales, la RMM es menor. Esto se asocia al hecho de que la mayoría de las mujeres acceden al parto en unidad médica y en el patrón epidemiológico se observa la disminución de muertes por sepsis y por hemorragias posparto, mientras que, proporcionalmente, se incrementa la mortalidad por preeclampsia y por causas indirectas; las muertes derivadas de complicaciones quirúrgicas, como la trombosis venosa profunda y la tromboembolia pulmonar, aumentan proporcionalmente.

En la mortalidad infantil se observa que a medida que se logra la cobertura de vacunación se incrementa el acceso a la atención del parto, y mejoran las condiciones de sanidad ambiental, disminuyen las muertes durante el período posneonatal y se compacta la mortalidad infantil en el período neonatal. En la medida en que disminuyen las muertes entre en el período posneonatal, que se deben a causas infecciosas, se observa una compresión de la mortalidad en el período neonatal, donde las principales causas son atribuibles a complicaciones perinatales, como el sufrimiento fetal, la prematurez, la asfixia neonatal y las malformaciones congénitas.

↑ Cobertura de vacunación, ↑ acceso a la atención del parto, ↓ muertes en período posneonatal,
→ compresión de la mortalidad neonatal

Pero esta transición de la mortalidad infantil no es homogénea en México. Mientras que en el total de muertes infantiles en el país ya un 60% en el 2006 ocurrió en el período neonatal, todavía hay regiones donde más de 60% de las muertes infantiles acontecen en el período posneonatal a causa de infecciones respiratorias y diarreas asociadas a desnutrición. Es decir, hay poblaciones con un patrón epidemiológico de "rezago" o pretransicionales, mientras que hay otras cuyo perfil epidemiológico es similar al que gozan las poblaciones de países desarrollados.

Esta heterogeneidad impone retos al diseño de estrategias. Por eso, con la colaboración del doctor Ignacio Méndez, un grupo de investigadores del INSP ha iniciado la identificación de tipologías a escala microrregional, usando el método de conglomerados o "clusters" para detectar municipios cuyo patrón epidemiológico reúne elementos de rezago, mientras que otros, quizá en la misma jurisdicción, presentan un estadio epidemiológico propio de zonas con mayor desarrollo económico y social.

Para analizar estos patrones epidemiológicos resultó útil tener como marco de referencia la teoría de la transición epidemiológica, la cual incluye tres componentes: a) los económicos y demográficos, b) los epidemiológicos y c) la disponibilidad de servicios de salud.

Generación de un modelo de análisis estadístico para identificar conglomerados municipales según tipología epidemiológica

PRESENTACIÓN IGNACIO MÉNDEZ RAMÍREZ

La metodología de análisis por conglomerados (Cluster Analysis) se basa en los siguientes postulados:

- Los modelos de regresión múltiple y logística usualmente no funcionan para explicar una variable que está en función de otras correlacionadas; es decir, cuando hay colinealidad los modelos lineales generalizados y logísticos no son útiles para describir las asociaciones, para apoyar o sugerir hipótesis causales.
- En el estudio de eventos raros, cuando hay unidades pequeñas, éstas no aparecen, no porque el riesgo sea nulo, sino porque el evento en estudio "muerte por embarazo" tiene poca probabilidad de presentarse pues en los municipios con poca población hay pocas mujeres y pocos embarazos.

En general, en estadística el número esperado E de eventos es $E=nP$, donde n es el tamaño de muestra y P es la probabilidad de ocurrencia de un evento. Si n es muy pequeña se tiene un esperado menor que 1, y en la práctica no se observa el evento.

- Los conglomerados o tipologías se forman al usar el método llamado Cluster Analysis.
- La metodología se estableció con base en la conformación y análisis de conglomerados.

Fundamentos de la metodología de “Análisis por conglomerados”

Se sostiene que en la naturaleza existen patrones de variación conjunta; es decir, al cambiar una variable en un elemento de estudio otras cambian en sentidos específicos, según el tipo de elemento dentro de una población. Así, desde un punto de vista multivariado, podemos conceptualizar a las poblaciones como compuestas de tipologías o grupos de elementos que tienden a tener valores de las variables correlacionados entre sí.

Cuando se tiene un estudio observacional aun en algunos experimentales, cualquier asociación entre la variable dependiente y las independientes puede deberse a las variables concomitantes o al efecto conjunto de la estudiada y las concomitantes.

Propuesta de la metodología. Tipificación o caracterización de los conglomerados

Nos propusimos formar conglomerados a partir de los grupos de variables que juegan un papel semejante: independientes, dependientes, confusoras o modificadoras. En las tipologías entran todas las variables de cada vertiente conceptual.

La formación de los conglomerados es totalmente empírica, por lo que una vez formados es necesario averiguar cómo quedaron integrados según el número de elementos en cada uno de ellos y los valores promedio de sus variables.

Hemos construido conglomerados considerando los aspectos básicos de su contexto (marginalidad, tamaño de población, número promedio de hijos por mujer y porcentaje de derechohabientes), las condiciones de los servicios de salud y la cobertura de atención materna e infantil.

El siguiente paso fue caracterizar los conglomerados; es decir, llevar a cabo un proceso de análisis de la distribución de las medias de las variables en ellos, y ubicarlos en el plano de las primeras componentes canónicas. Nuestra primera interrogante fue: ¿cuál es el número de conglomerados requerido? Para responderla fue necesario ensayar varios números y buscar interpretaciones con apoyo teórico y estadístico. También se debió valorar la asociación, y su “fuerza”, entre cada variable y los conglomerados. Es importante considerar que las variables “no asociadas”, son sospechosas de representar otras dimensiones del fenómeno.

Los objetivos de esta técnica de análisis por conglomerados son:

1. Disminución de la dimensionalidad. Pasar de p variables numéricas a una categórica con k categorías ($k = 2, 3, 4, 5...$).
2. Simplificación en otros análisis.
3. Encontrar los grupos de variables que se asocian y cómo, en cada conglomerado, lo que podríamos llamar tipologías.

4. Generar o proponer hipótesis para explicar la forma en que se comportan las variables originales en las tipologías.

Análisis de los conglomerados

Este proceso consiste en una serie de técnicas que buscan encontrar una partición de los sujetos o elementos de estudio en grupos homogéneos denominados conglomerados o “clusters”, sobre la base de diversas variables. Si cada elemento se considera como un punto en un espacio de p dimensiones, entonces lo que se busca es agrupar puntos cercanos en ese espacio.

El investigador debe tener cuidado de que la muestra de n elementos sea representativa de una población, para efectuar extrapolaciones; es decir, de la validez externa. También es crucial que busque con base en consideraciones teóricas cuáles p variables deben tomarse para efectuar la aglomeración.

En nuestro estudio las variables utilizadas fueron: marginalidad, tamaño de población, promedio de hijos por mujer, porcentaje sin derechohabiencia, acceso a hospital y distancia a un hospital (proxy vacunación al primer mes).

Técnicas de agrupación de los conglomerados

La agrupación se efectúa según dos tipos de técnicas:

- Agrupamiento Jerárquico y
- Agrupamiento No Jerárquico

MÉTODOS NO JERÁRQUICOS O AGLOMERATIVOS

El método no jerárquico más común es el de “las k medias”. Consiste en ubicar en un primer momento k puntos o “semillas” en el espacio p -variado y luego aglomerar los datos a las semillas más cercanas; se recalculan las semillas ahora como los puntos con las medias de las variables en cada grupo, con esto se mueven las semillas, se vuelven a agrupar los puntos a las semillas más cercanas, se recalculan éstas y el proceso continúa hasta que no haya cambios en la agrupación.

Se formaron ocho conglomerados con las seis variables, se tipificaron los conglomerados de acuerdo con las medias de las variables que presenta cada uno; esto se hace ver en una gráfica. También se realiza el análisis de varianza multivariado, sólo para ubicar los conglomerados en el llamado espacio de las variables canónicas, en el que se puede valorar la importancia de cada variable en cada conglomerado.

Se cuenta con información de los conglomerados, a partir de datos del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Posteriormente, se calcula la RMM para cada conglomerado sumando las MM en los municipios del conglomerado y dividiéndolo entre la suma del número de nacimientos, y el cociente se multiplica por 100 000.

Otras aportaciones del método

La experiencia de este trabajo trae consigo otros hallazgos:

1. Se ha detectado el hecho de que, efectivamente, en el país se adolece de un subregistro de datos de MM.
2. Para aplicar adecuadamente esta metodología es necesario compartir y socializar la pertinencia de los datos que se deben incluir en los conglomerados.
3. Esta metodología tiene la ventaja de incluir datos no estáticos, es decir, pueden introducirse nuevos datos en el modelo de análisis.
4. Es posible diseñar un plan estratégico a partir de los conglomerados, para ello debemos elaborar la tipología, utilizarla y crear mecanismos ágiles de monitoreo.
5. Una vez que se incorporen las variables intermedias, será necesario establecer un sistema de monitoreo permanente y un plan de análisis pertinente.
6. Una vez que se cuente con los datos será necesario analizarlos a la luz de la transición epidemiológica.

De estos análisis se desprenden los paquetes estratégicos diferentes para cada condición y *ad hoc* con la fase epidemiológica.

Preguntas y comentarios

Interesante el planteamiento metodológico y también el propósito subyacente. Felicito a todo el equipo, tanto por las aportaciones metodológicas, como por lo relacionado con la planeación en la toma de decisiones, porque muestra una manera distinta de enfocar los hechos. Una primera interrogante es el tipo de datos que han integrado en este modelo; si bien el tipo de conglomerado ayuda a resolver la efectividad de las variables, un reto importante aquí es la “causalidad inversa”; si los datos son transversales podría aparecer inversa. Y en relación con lo anterior, este tipo de abordaje por conglomerados impediría considerar los fenómenos individuales o de pequeños grupos familiares.

RESPUESTA DE IGNACIO MÉNDEZ

Respecto a la posibilidad de la “causalidad inversa” por tratarse de un estudio transversal, teóricamente es probable que exista, no se está aseverando que estas tipologías están causando la mayor o menor incidencia de MM. Ya se conoce el orden de causalidad o influencia que tiene cada una de las variables; por ejemplo, la asociación entre marginación y mortalidad materna ha sido documentada por el doctor Octavio Mojarro.

Por supuesto que todo estudio que tiene aglomerados (en este caso la unidad básica de estudio son los municipios y, dentro de éstos, sus localidades y, dentro de ellas, las familias), tiene efectos multinivel; es lo que hemos llamado la falacia ecológica; justamente esto fue lo que nos hizo ir al ámbito municipal, porque ya había estudios bastante buenos que, por cierto, utilizaban modelos de regresión, abarcando a toda la entidad federativa, pero en estos casos las características obtenidas son aún más marcadas y no se detecta al

interior la enorme variabilidad existente. Intentamos llegar al ámbito de la localidad, pero no había suficiente información y se agudizaba el problema de la baja frecuencia de la MM.

Ya se conoce el orden de causalidad o influencia que tiene cada una de las variables; se podría utilizar un análisis conocido como Path Analysis para ver la secuencia; tendríamos que atender el nivel de agregación de los elementos del estudio; sin embargo, a pesar de lo complejo, pienso que valdría la pena hacerlo.

COMENTARIOS DE LOS ASISTENTES

El tamaño de la población municipal es una variable que puede estar pesando mucho en la agrupación de los municipios. Sería interesante ver cómo funciona el agrupamiento sin considerar esa variable.

Por la validez de esta información es importante considerar su difusión en los ámbitos estratégicos y hacer conciencia de su dimensión.

Valdría la pena considerar a la “hospitalización” como una de las variables.

En el esquema no queda muy clara la distribución de las variables por etapa epidemiológica, quizás sería mejor ordenarla de otra forma.

Modelo interesante, pero hay aspectos que no quedan claros, por ejemplo, el indicador de acceso a los servicios de salud no especifica sobre el acceso a clínicas pequeñas que seguramente están disponibles en las pequeñas localidades.

No se entiende por qué en este modelo se le asigna tanto peso al número de hijos. Hay programas sobre anticoncepción en los estados que seguramente influirán en la reducción del número de hijos; sin embargo, lo que afectará directamente en la reducción de la MM es la mejora en la atención de emergencias obstétricas.

Relatoría de la Mesa

LA UTILIDAD DE LOS PLANES MICRORREGIONALES

MODERADORA: RAFFAELA SCHIAVON ERMANI
IPAS México.

RELATOR: HORACIO RODRÍGUEZ ALCIPRET
Consultor.

El objetivo de la mesa de trabajo fue analizar las siguientes interrogantes:

1. ¿Cuál es la utilidad del modelo epidemiológico para establecer prioridades de intervención por microrregiones?
2. ¿Cuáles son las ventajas de focalizar diferencias?
3. ¿Qué retos impone a la entrega de servicios el llevar a cabo intervenciones con distinto peso para distintos municipios?
4. ¿Cuáles son los inconvenientes de hacerlo y cuáles son los costos de *no* hacerlo?

Utilidad de las herramientas para desarrollar estrategias municipales

Saúl Murrieta, director de Atención Médica, de la Secretaría de Salud (SSA) de Tabasco, apuntó que la existencia de grandes disparidades poblacionales en los municipios impondría la necesidad de “bajar” las unidades de análisis desde el nivel estatal hasta la escala municipal y de allí al plano de las *Jurisdicciones* Sanitarias. La principal ventaja del modelo presentado radicaría en su capacidad para acortar los tiempos de toma de decisiones, lo que a su vez derivaría en la posibilidad de brindar respuestas más oportunas y con mayores perspectivas de éxito.

A su vez, Armando Altamirano, Subsecretario de Salud Pública de Oaxaca, señaló la conveniencia de que los planes de atención no tengan un carácter municipal, es decir, reducirse a municipios individuales, sino que agrupen a cierto número de ellos, y reseñó los inconvenientes que la Secretaría de Salud (SSA) de su estado tuvo al conformar redes para el suministro de dicha atención. Ponderó el enfoque multirregional, entre otras razones porque distintos municipios de una misma entidad presentan peculiaridades de salud de diferente carácter, lo que posibilitaría su agrupamiento por microrregiones.

Se manifestó, pues, una temprana coincidencia de los participantes de la mesa en favor del ámbito microrregional, con base en la información del diagnóstico elaborado con datos de los municipios. Ello sólo

exigiría establecer límites más precisos para las microrregiones, en la medida en que, al menos en un buen número de estados, la problemática de los diferentes municipios se encuentra más o menos identificada.

Roberto Martínez, Coordinador de Salud del Estado de México, destacó que en su entidad se están examinando las necesidades de servicios de las distintas microrregiones, especialmente en materia de infraestructura física.

Desventajas de hacerlo y costos de no hacerlo

A la pregunta de si vale la pena la inversión en diagnósticos municipales o si los diagnósticos estatales ya consideran todas las variables que definen la problemática, hubo coincidencia en que en varias entidades existe tal mapeo, y en que en algunas de ellas está detallado por municipio, por Jurisdicción Sanitaria y hasta por hospitales. En otras existen, en todo caso, bases de datos que posibilitarían el armado de un diagnóstico municipal.

En opinión de Deborah Maine, de la Escuela de Salud Pública, de la Universidad de Boston, si bien el modelo por microrregiones presentado señala las áreas que requieren atención, en el ámbito local sería preciso considerar el uso de otras herramientas. A esto se apuntó que aunque dicho modelo tiene un carácter nacional se alimenta con datos locales, enviados al nivel central por los propios estados. Sin embargo, esa información debe ser verificada. Con todo, el modelo posibilita la oferta de intervenciones focalizadas, con la finalidad de diseñar y ofertar los paquetes de intervención más adecuados para cada microrregión.

Lo que más afecta a los servicios de atención médica estatales –se puntualizó– es la deficiente competencia de los recursos humanos que proveen la atención. En ocasiones se cuenta con el equipo, los insumos y las instalaciones mínimas necesarias para brindar un buen servicio, pero en los resultados no se advierten grandes avances, debido a la *actitud* que guarda el proveedor de atención. En orden paralelo, sería de gran ayuda que el nivel central apoyara a las instancias estatales con la *categorización* de los municipios, para instaurar modelos de intervención específicos.

La operación de redes

Frente a una serie de observaciones relacionadas con las redes de atención, cuya consideración *no* estaba incluida en la agenda temática de la mesa, se apuntó que en torno a éstas es necesario garantizar, en cualquier caso, que cumplan con las intervenciones que han probado ser fundamentales para disminuir la morbilidad y mortalidad maternas.

El diagnóstico al que se ha aludido es una herramienta de información municipal que hay que vincular con las redes de servicios. ¿Sería el sistema de información georreferenciado la otra herramienta para corroborar las observaciones y conclusiones provisionales que los participantes de la mesa han obtenido de sus localidades?

Según Saúl Murrieta, el sistema facilitaría una alimentación de doble vía en materia de información; es decir, de los estados al nivel central y viceversa. La información brindada por el nivel central sería útil para el estamento local. Éste podría devolver esa información corregida a la instancia central, con el fin de que se llevara a cabo la actualización.

En el caso de Tabasco se llamó la atención sobre cómo incide en la problemática de salud la falta de vinculación con los estados colindantes. No es raro que a Tabasco lleguen pacientes graves, provenientes de municipios de otros estados, y fallezcan en una unidad que sólo recibió a la paciente sin poderle brindar atención oportuna.

No hay “vías cortas” para el diseño de una intervención adecuada. Es preciso invertir donde se encuentra el hospital general, y hacerlo en aspectos básicos esenciales que están bien definidos. Cabe la reflexión de que la atención obstétrica de emergencia no requiere alta tecnología. Por otra parte, el modelo que se está proponiendo no tiene el propósito de sustituir a la intervención integral; su finalidad es garantizar que cuando exista una emergencia obstétrica se tenga capacidad suficiente para resolverla.

Es en las unidades de segundo nivel de atención donde más a menudo se pierde a la paciente, no tanto por carencia de medicamentos o de equipo –señaló Saúl Murrieta–, sino por la **omisión** en la **aplicación** de determinado criterio o norma. Y en cada auditoría de caso de muerte aparece ese hallazgo, casi invariablemente.

En siete estados de la República –apuntó Francisco Javier Posadas, Director de Políticas y Calidad en Salud, de la SSA de San Luis Potosí– se concentra alrededor de 60% de la mortalidad materna de todo el país. Este dato exigiría otorgarle a esas entidades un tratamiento diferenciado de las otras 20 que presentan porcentajes muy similares y de las cinco que registran poca mortalidad materna. Hay que determinar cuáles son sus requerimientos en materia de capacitación, de financiamiento, y de otros recursos; tratar de cubrirlos y después exigir que rindan cuentas transparentes de lo que se les ha otorgado.

Resulta necesario poner en práctica el paquete de intervenciones, pero también incluir en él las estrategias adecuadas para la rendición de cuentas; es decir, la atribución de responsabilidades. Muchos médicos no cumplen apropiadamente con sus obligaciones profesionales, no atienden a las observaciones, mantienen una actitud negativa pero, en general, no hay ninguna consecuencia de tales actos y no pueden ser removidos porque el sindicato los protege.

Francisco Javier Posadas observó que prevalece una gran indiferencia por parte de la estructura de salud en el país acerca de la mortalidad materna. La integridad de la mujer continúa siendo subvalorada. Sin embargo, el hecho de que la parte argumental de las intervenciones se centre excesivamente en la muerte no es conveniente, porque el personal de salud se retrae frente a la temática.

La disminución del número de defunciones registrada en 2005-2006 en el Estado de México –explicó Roberto Martínez– fue resultado de las estrategias de detección de las embarazadas en las localidades, del envío de las mismas con un médico, de la aplicación de tamiz de signos de riesgo. Los médicos que identifican una preeclampsia en el centro de salud rural de inmediato refieren a la paciente a un hospital que cuente con la tecnología y los recursos para atenderla. Así, toda embarazada queda bajo la responsabilidad del hospital al que la paciente fue referida.

Dado que lo que se hizo en el Estado de México fue la aplicación de un paquete de intervenciones que incluyó, entre otras medidas, una mejora en la infraestructura para la atención de emergencias obstétricas, se puntualizó la necesidad de documentar cuáles fueron, de todo ese paquete, los elementos que realmente obtuvieron el impacto. Resultaría aventurado afirmar, sin datos duros que corroboren la afirmación, que fueron solamente la mejora, la detección del riesgo en la conducta prenatal o algún otro elemento aislado los que incidieron decisivamente en el abatimiento de las defunciones.

¿Cuáles son los retos que implica la adopción de estrategias focalizadas, con distinto peso y en diferentes microrregiones?

Los señalamientos en este sentido fueron:

- Sensibilizar al personal de salud, presentándole las acciones a desarrollar para que se comprometa con las estrategias adoptadas. La identificación de tales acciones y su implantación operativa, así como la aplicación de estrategias específicas para cada área, posiblemente no represente demasiado trabajo; pero posicionarlas ante el personal, y en un sentido amplio ante la autoridad municipal y ante la propia sociedad de las diferentes microrregiones sí puede convertirse en un reto.
- Encarar el problema de la alta rotación del personal encargado de brindar los servicios. En Oaxaca, por ejemplo, 70% de las unidades de primer nivel están sometidas a un proceso de rotación anual de becarios, pasantes y personal que cumple servicio social; y cada vez que dicha rotación se produce es necesario volver a describir los lineamientos de la estrategia correspondiente.
- Buscar estrategias para estimular el arraigo de especialistas en municipios alejados y con menor desarrollo (en Oaxaca, de 570 municipios, 49 presentan esta última característica). Aun en caso de que hubiera facilidades para contratar personal especializado, hay resistencia entre éste a trasladarse a tales municipios.
- Lograr que las diferentes instancias del sector salud operen en una misma dirección, porque suele suceder que áreas participantes en el abordaje de los problemas toman decisiones que no se corresponden con la política general de aquélla. Ejemplos: a) una indicación de la Dirección General de Enseñanza (DGE) dispone que a partir del próximo año los médicos pasantes únicamente permanecerán sólo ocho horas en su plaza. Cabe preguntarse, entonces, qué va a suceder el resto del tiempo en las unidades respectivas; b) el IMSS-Oportunidades acaba de basificar a su personal médico, y las unidades médicas rurales están cerradas por la noche, con lo cual no hay personal de este tipo que las atienda; c) la DGE no permite que sus residentes vayan a hacer servicio social a unidades hospitalarias donde tradicionalmente no hay especialistas, sino sólo en aquellas que cuentan con especialistas, y d) aquella instancia tampoco está permitiendo que los pasantes realicen el acompañamiento de las embarazadas referidas, porque no se encuentran protegidos con algún tipo de seguro por accidente durante su servicio social. Suele suceder que pacientes que fallecen en el traslado no iban acompañadas con personal de la unidad que las refirió. Todo ello indica que áreas del mismo sector no coadyuvan en una sola línea política institucional de salud.
- Sobre la concurrencia de **enfermeras obstetras o parteras profesionales**. Hace algunos años esa política se adoptaba para paliar la escasez de especialistas. En Oaxaca se está instrumentando un diplomado en enfermería obstétrica, y se pugna para que las escuelas de enfermería tengan la especialidad en atención obstétrica. Francisco Javier Posadas señaló la preferencia por las parteras en relación con los médicos pasantes, a causa de la diferente actitud de servicio entre ellos. Las primeras son, normalmente, más abiertas a acatar lineamientos y políticas estatales de salud, además de mostrar mayor disposición para mejorar la calidad del parto, la atención y detección de factores de riesgo y referir oportunamente a las pacientes. Por ello –se apuntó– se podría y convendría impulsar una po-

lítica nacional de apertura de escuelas de partería a nivel profesional, por medio de las universidades o mediante alguna otra vía. Las parteras profesionales centran su tarea en las etapas del embarazo y del parto, y muestran mayor capacidad que un médico a la hora de atender un parto en condiciones adecuadas. Por lo demás, los procedimientos que deben aprender a aplicar son pocos, por lo que en los tres años que dura la formación de una partera profesional o los cuatro que requiere la capacitación de una enfermera obstetra son suficientes para lograr un buen nivel de atención y servicio.

- Examinar las posibilidades de impulsar una política nacional y mecanismos para facilitar el empleo de personal alternativo en las zonas rurales donde difícilmente se acceda a ir un gineco-obstetra. En materia de formación, por un lado, hay ciertas competencias de las enfermeras obstetras que sería preciso modificar y fortalecer y, por otro, existe solamente una escuela de parteras profesionales, cuyo número anual de egresadas habría que incrementar, al tiempo que se establecen medidas para supervisar y monitorizar su desempeño. Se recordó la necesidad de tomar en cuenta un antecedente donde la capacitación de personas de las propias comunidades para cubrir las necesidades de salud de éstas no resultó operativa. Tal fue el caso de los cursos de tres o cuatro años que el Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica (CONALEP) impartió a técnicos en atención primaria en salud, que sólo aplican sus conocimientos en algunos estados del sureste del país, como los Técnicos de Atención Primaria, en Guerrero, y los Consejeros Comunitarios de Salud, en Chiapas, pero no así en otros estados.

Conclusión

El paquete en consideración puede contribuir a detectar mejor las necesidades específicas de cada micro-región y, consecuentemente, a identificar las estrategias de intervención más apropiadas para ésta. Destaca especialmente su objetivo de proporcionar capacitación en materia de atención obstétrica de emergencia, habida cuenta de que los recursos humanos con los que se cuenta actualmente no están en condiciones de garantizarla, así como de monitorizar y documentar las intervenciones que se realicen.

Relatoría de la Mesa

LA PERTINENCIA DE LOS PLANES MICRORREGIONALES

MODERADORA: DORIS VERÓNICA ORTEGA ALTAMIRANO
Instituto Nacional de Salud Pública.

RELATORA: LUCERO CAHUANA HURTADO
Instituto Nacional de Salud Pública.

El objetivo de la mesa de trabajo fue explorar la percepción de relevancia sobre la utilidad de un modelo para establecer prioridades por microrregiones.

Raffaella Schiavon: ¿Qué retos implica instrumentar las estrategias focalizadas, con distinto peso en diferentes microrregiones?

Patricia Uribe: ustedes conocen la propuesta de programa de acción específico 2007-2012. Se enfoca en dos aspectos:

- Atender el problema de mortalidad materna en los municipios de menor índice de desarrollo humano, aunque haya pocas muertes. Es una cuestión de justicia.
- Atender los lugares donde ocurre la mayor cantidad de muertes, el Estado de México, por ejemplo. Es decir, los criterios para identificar dónde nos enfocaremos son: mayor desigualdad, según el índice de desarrollo humano, y mayor volumen de muertes maternas, sin perder de vista el panorama general.

Raffaella Schiavon: señalaría, para aclarar, que algunos participantes han puesto énfasis en los estados que tienen la mayor cantidad o número absoluto de muertes; otros, en la tasa de mortalidad materna, que se refiere al número de defunciones maternas por 100 000 mujeres en edad reproductiva, y otro criterio es el de la razón de mortalidad materna, o número de defunciones maternas por 100 000 nacidos vivos.

Patricia Uribe: hemos pensado que no se debe trabajar, como país, con los 32 estados por igual, con sus 2 454 municipios; no todos tienen alta mortalidad materna: Aguascalientes y Colima tienen tres o cuatro muertes al año; o bien, enfocarse en entidades federativas como Guerrero, Veracruz, Estado de México. La herramienta de las microrregiones permite trabajar más específicamente en esos municipios, y si atacamos el problema en entidades con alta mortalidad materna se beneficia al país como un todo.

Roberto Martínez Poblete (Coordinador de Salud, Estado de México): las herramientas propuestas para focalizar las estrategias en el ámbito municipal conformando microrregiones son muy útiles. Quiero comentar

que en el 2005 tuvimos 199 defunciones, de acuerdo con los registros nacionales; para el 2006 bajamos a 149, y las estrategias que utilizamos fueron precisamente la detección de las embarazadas en las localidades, el envío inmediato con el médico, quien aplica un tamizaje de riesgos para identificar si hay signos de preeclampsia; de ser así, se refiere a un hospital que cuente con la tecnología y recursos humanos en todos los turnos. La atención de esa embarazada queda bajo responsabilidad estricta del hospital a donde se le refirió.

Patricia Uribe: insisto, doctor Martínez Poblete, detectar el riesgo no fue lo único que hicieron, también mejoraron toda la infraestructura para la atención de emergencias obstétricas, entonces hay que documentar cuánto y cuáles elementos del paquete de intervenciones fueron los que impactaron. No podemos decir si fueron la mejora, o la detección de riesgo en la consulta prenatal solamente, o el censo, tenemos que empezar a documentar porque todos ustedes aplicaron un paquete de intervenciones donde también mejoraron la atención de la emergencia obstétrica.

Roberto Martínez Poblete: sí, me referí solamente al hecho de no darle dilación a la atención de la embarazada en el nivel de complejidad correspondiente, y les comento que en esos hospitales también estamos haciendo *triage* obstétrico, otro aspecto importante para identificar posibles complicaciones y evitar que se envíe a la embarazada a su casa y llegue convulsionando.

Raffaella Schiavon: ¿qué retos implica instrumentar las estrategias focalizadas, con distinto peso en diferentes microrregiones?

El entregar un paquete de información muy digerida requiere poder de convencimiento. El paquete no identifica sólo los municipios que tienen mayor número de muertes maternas, sino un conjunto de otros elementos, como la tasa de fecundidad, o el grado de marginación. Pienso que el paquete se podría emplear como un enfoque de atención a riesgos, en contraposición al enfoque de atención a daños.

Participantes: la complicación obstétrica se presenta en el último momento y es entonces cuando vamos a atender el problema.

Patricia Uribe: de ahí los retos para instrumentar una tipología epidemiológica; ustedes están dando una instrucción, tienen identificadas a todas sus microrregiones, a sus presidentes municipales, y a sus jefes de jurisdicción les deben decir: en esta microrregión lo más recomendable es X, en esta otra es Y.

Participantes: yo pienso identificar las acciones que tienen en cada paquete, instrumentar quizá no implique gran trabajo si el personal de las microrregiones acepta las diferentes estrategias para cada área.

Patricia Uribe: es posible el cambio de personal de una jurisdicción a otra.

Participantes: la alta rotación puede complicarlos, doctora Uribe, porque éste estaba sensibilizado hacia un paquete y lo cambian.

Participantes: en Oaxaca 70% de las unidades de primer nivel es atendido por médicos pasantes y la rotación es anual, y cada vez que cambian tenemos que empezar con nuevas estrategias.

Participantes: en el mejor de los casos se recibe a los pasantes, el problema es que en ocasiones no llegan, ahora, por ejemplo, nos faltaron 50 médicos.

Patricia Uribe: entonces, un reto es el personal de pasantes en servicio social que está cubriendo algunas áreas geográficas.

Participantes: el otro reto es buscar estrategias para lograr el arraigo de especialistas en comunidades alejadas, de bajo índice de desarrollo humano. Podríamos tener la apertura para 10 ginecólogos o neonatólogos y no hay plaza para esos especialistas.

Patricia Uribe: ¿por qué siempre piensan en ginecólogos? Ya se discutió el papel que pueden jugar las parteras profesionales, las enfermeras obstetras.

Participantes: es muy importante que las diferentes instancias de la institución estén en el mismo acuerdo, porque a veces hay áreas que tienen participación en la toma de decisiones, en algunos casos contrarias al...

Patricia Uribe: ¿como cuál?

Participantes: por indicación de la Dirección General de Enseñanza a partir del próximo año los médicos pasantes en servicio social únicamente van a estar en sus plazas, el IMSS Oportunidades acaba de ratificar a sus médicos y las unidades médicas rurales están cerradas todas, no hay médico que atienda en turnos de fin de semana en el IMSS Oportunidades. Además, otro problema que los becarios están teniendo es que esa misma Dirección General no permite que los pasantes trasladen, pues no están protegidos desde el inicio de su servicio social con algún tipo de seguro, y no los dejan acompañar a las embarazadas, quienes fallecen en el traslado por falta de acompañamiento.

Patricia Uribe: tuvimos una reunión con representantes de la Dirección General de Calidad y de la de Enseñanza, ellos mencionaron que antes cubríamos estos lugares marginados con médicos pasantes, o con internos de pregrado; no era la mejor alternativa, ellos están en formación. Están cambiando las normas; por esa razón, pensemos en enfermeras obstetras, en parteras profesionales, pues no creo que esta política se revierta; y recurramos a personal alternativo calificado.

Participantes: en Cuernavaca, Morelos, estamos implementando el diplomado en enfermería obstétrica, precisamente porque enfrentaremos ese problema, y estamos pugnando porque las escuelas de enfermería tengan la especialidad en enfermería obstétrica. Soy gineco-obstetra, con 20 años de experiencia profesional, y si tuviera que elegir entre un médico o una partera en un centro de salud, prefiero a la partera profesional o a una enfermera obstetra, porque tienen mejor actitud y son buenas colaboradoras, humanizan el parto, mejoran la calidad de la atención, la detección de factores de riesgo y refieren correctamente a las pacientes. Pienso que se debiera impulsar una política nacional para abrir escuelas de partería de nivel profesional.

Deborah Maine: es necesario destacar que ese personal debe estar capacitado para brindar atención de emergencias obstétricas, que sepan extraer manualmente la placenta, por ejemplo; en cuanto a la capacitación de las parteras profesionales, es benéfico, pues ellas se quedan en sus comunidades.

Participantes: estoy de acuerdo, las parteras profesionales se concretan a la atención del embarazo, del parto y del puerperio; el tiempo que dura su capacitación es suficiente para que dominen los procedimientos requeridos.

Raffaella Schiavon: identificar las microrregiones puede ayudar a enfocar las necesidades de estos recursos humanos en municipios específicos; el diagnóstico ayuda a definir cuántas parteras profesionales o enfermeras obstetras se necesitan en cada municipio, en lugar de buscar personal médico especializado que rota en capacitación, y que no se queda.

Participantes: sería mejor que se capacitara gente de ahí mismo, del municipio.

Patricia Uribe: por eso un gran reto que ustedes están planteando es establecer una política nacional, y mecanismos para facilitar la instrumentación del empleo de personal alternativo calificado en estas zonas a donde no va o no permanece ningún gineco-obstetra. Ya está liberado el código de enfermera obstetra, si ustedes tienen una plaza de médico o de ginecólogo pueden, a costos compensados, dividirla y contratar a dos enfermeras obstetras. Ya se revisó con la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia cuáles competen-

cias había que modificar. Suecia y Chile hicieron el cambio a este tipo de personal de enfermería o parteras profesionales.

Participantes: en los municipios hay gente capaz, muchachas en las escuelas secundarias, con ciertas características, brillantes, con visión; debemos capacitarlas y contratarlas, van a hacer un buen trabajo.

Patricia Uribe: es una alternativa, recuerden que capacitamos enfermeras obstetras y las volvieron a ubicar como enfermeras generales, haciendo lo mismo.

Francisco Javier Posadas (Director de Políticas y Calidad en Salud, San Luis Potosí): hay que recordar la historia, las experiencias pasadas, para no volverlas a repetir. Hace quince o veinte años se formaron en el país a miles de técnicos en atención primaria; era gente de las comunidades, se le dio un curso de tres o cuatro años, y hoy ninguno de ellos está en las comunidades.

Deborah Maine: si tenemos problemas históricos de las comunidades, podemos tener escuelas estatales de enfermería, para que se queden en su mismo estado.

Participantes: está bien, eso podría fortalecer la atención de la salud.

Deborah Maine: las enfermeras van a encargarse de los servicios de atención básica en las clínicas, así se evita la referencia de las pacientes a otro centro.

Patricia Uribe: sí, pero habrá algunas clínicas que requieren menos enfermeras y vamos a tener menos sobrecargados los hospitales más resolutivos; entiendo lo que está diciendo, debe ser por un lado servicios básicos y, además, servicios de referencia.

Participantes: la mayoría de los hospitales hoy tienen condiciones menos deplorables que antes.

Raffaella Schiavon: la atención obstétrica de emergencia consiste en: soluciones parenterales para evitar choque hipovolémico, antibióticos parenterales, ergonovina, oxitocina y misoprostol, y además antihipertensivos y anticonvulsivos. Además, en otro nivel tiene que agregarse la remoción manual de la placenta. Hay que analizar en qué hospitales una enfermera puede hacer una extracción manual endouterina. En algunos estados no las dejan.

Patricia Uribe: Deborah Maine dice que no todas las complicaciones tienen que ir a hospital de más alto nivel, pues varias de las complicaciones requieren intervenciones sencillas y se pueden hacer desde este nivel básico. Otras, como una ligadura de arteria hipogástrica, tiene que hacerlas un gineco-obstetra.

Participantes: finalmente estamos hablando de intervenciones de acuerdo con la responsabilidad y complejidad de cada nivel. Si en los centros de salud rurales va a entrar una enfermera obstetra me parece muy bien, pero no se puede quitar al médico porque en estos centros de salud también se ven otros programas y no nada más obstetricia. El centro se refuerza con esa enfermera específicamente para el control del embarazo y la atención del parto no complicado, aunque sabemos que todas las parturientas son de riesgo porque en determinado momento se pueden complicar. Entonces la política del estado es que ya no se atiendan partos en centros de salud en los municipios rurales, sino que se están llevando a las cabeceras municipales en donde ya tenemos médicos, y estamos incorporando enfermeras obstetras que dan atención los 365 días del año. Así, por lo menos en la cabecera municipal siempre se cuenta con la atención; exclusivamente se atiende el parto normal o el embarazo normal, y si se presenta una complicación el hospital de referencia está más cerca.

Raffaella Schiavon: pienso que la pregunta ha sido contestada a lo largo de la discusión, queda claro que ningún paquete es la solución mágica del problema, pues éste es muy complejo. El paquete posiblemente

ayuda a hacer un diagnóstico más preciso en el ámbito municipal o microrregional, conforme el estado tenga la necesidad de agruparlo o dividirlo y que, finalmente, puede ayudar a identificar estrategias de intervención. Me percaté de que en todos los estados tienen un gran problema de recursos humanos. Eso, el paquete no lo resuelve automáticamente pero puede ayudar a reconocer dónde distribuirlo o dónde hay necesidades. Insistiría en que no es alta tecnología lo que necesitamos, sino capacitación en atención obstétrica de emergencia básica, y el problema es que los recursos humanos que en este momento están atendiendo ni siquiera tienen esas competencias. Entonces, hay que pensar en estrategias que incidan también en la mejora de las unidades de atención, de las redes, pues no va a haber solución fácil.

Participantes: en toda la historia de la obstetricia y la medicina ha sido muy difícil romper paradigmas. Hasta que éstos se rompen han cambiado las cosas.

Raffaella Schiavon: es esencial monitorizar las intervenciones, y si empiezan a utilizar estos paquetes no olviden dar seguimiento a lo que están haciendo, documenten la experiencia.

SISTEMA DE INFORMACIÓN GEOGRÁFICA: EL CASO DEL FLUJO DE PACIENTES CON EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS EN LAS REDES DE SERVICIO

JUAN EUGENIO HERNÁNDEZ ÁVILA
Dirección de Informática Médica y Georreferencia
Instituto Nacional de Salud Pública
Cuernavaca, Morelos, México

Descripción del sistema de información

El sistema de información geográfica (SIG) puede ser utilizado en decisiones estratégicas de la salud pública, en este caso, en el campo de la salud reproductiva. Este sistema es el producto de trabajo de un equipo de personas del Núcleo de Acopio y Análisis de Información en Salud (NAAIS), proyecto elaborado por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP).

Los SIG se fundamentan en un conjunto de bases de datos en las cuales se establecen interrelaciones basadas en operaciones técnicas, y cuentan con diversas claves de identificación para garantizar su funcionamiento. Estos sistemas de información permiten la visualización de los resultados de consultas a las bases de datos, a través de puntos, líneas y áreas.

El SIG que se presenta está organizado en capas de datos previamente seleccionados, que forman parte de una serie de bases de datos sobre infraestructura, datos demográficos, tipos de carreteras y áreas marginadas.

Las funciones básicas de este sistema son: a) la organización espacial para combinar datos georreferenciados, b) el análisis de los datos espaciales, c) visualización de las consultas a bases de datos y d) operaciones tradicionales de manejo de bases de datos mediante códigos de identificación. La innovación de este sistema es que no sólo se obtienen tablas de datos tradicionalmente conocidas, sino que ofrecen una representación geográfica de los ambientes en los que aquéllos se producen. Además, la información generada se ofrece en capas, cada una de las cuales está asociada a los atributos de sus bases de datos y permite cruzar esta información según su ubicación en el espacio. Se puede entonces localizar geográficamente la población, los hospitales, las áreas de influencia de un hospital y si ésta se cruza con las vías de comunicación localizadas en el área geográfica se obtienen los tiempos de viaje u otras variables que sin estos mapas no podrían ser construidas.

Bloques de datos del sistema de información geográfica

Este sistema ha sido creado para el apoyo a la planeación en el sistema de salud y demanda el registro de información intersectorial en diversos bloques:

1. Un primer bloque de datos, sobre infraestructura. Se registran las unidades de atención a la salud (de primer y segundo nivel) de la Secretaría de Salud (SSA), los egresos hospitalarios, servicios otorgados, morbilidad y mortalidad.
2. En el segundo bloque se registran datos de población y proyecciones, indicadores sociodemográficos, de marginación e índice de desarrollo humano.
3. El tercero contiene datos geográficos, infraestructura de carreteras, distribución de la población, distribución de indicadores sociodemográficos y de infraestructura del sector salud.

Los mapas obtenidos de las bases de datos son interactivos, lo que nos permite el acceso a la información de cada uno de los elementos cartográficos representado. La organización y visualización de los datos tiene un amplio potencial en la planeación de recursos y procesos en el sector salud; en particular, en el campo de la salud reproductiva apoya procedimientos de monitoreo (vigilancia epidemiológica, prevención, control y evaluación de las intervenciones, evaluación del desempeño) y de investigación, especialmente en el campo de la epidemiología y de sistemas de salud.

Datos que ofrece el sistema de información para la toma de decisiones

Un primer aporte en el desarrollo de este sistema georreferenciado ha sido la operación del Núcleo de Acopio de Información en Salud (NAAIS) que opera actualmente en el sitio web del INSP y de la SSA. En este proyecto trabaja un grupo de profesionales que obtiene datos de diversas fuentes: del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), del Consejo Nacional de Población (CONAPO) y de otras instituciones de gobierno y las integra a un sistema de información validado. Cuenta con una interfase que apoya la consulta de los usuarios, dando respuestas directas o series estadísticas gracias al soporte técnico de paquetes estadísticos; estos servicios se dan a través de sistemas de información distribuidos en la Internet o en discos compactos. Los datos con los que cuenta el sistema apoyan los procesos de toma de decisiones porque contienen variables sociodemográficas que responden a las siguientes preguntas:

- ¿dónde está la gente?
- ¿dónde están los grupos de población pobre y los no asegurados?
- ¿dónde se atienden los partos?
- ¿cuáles son las principales causas de muerte, por área geográfica o por municipio?
- ¿cuáles son las principales causas de egreso hospitalario?

Los datos distribuidos en mapas corresponden al Censo del año 2000 y nos permiten localizar las unidades en áreas geográficas, las distancias de una unidad a otra, rutas de acceso y tiempos de traslado.

Además, ofrece datos sobre recursos humanos y materiales, por ejemplo, número de médicos, de enfermeras, camas y quirófanos por unidad.

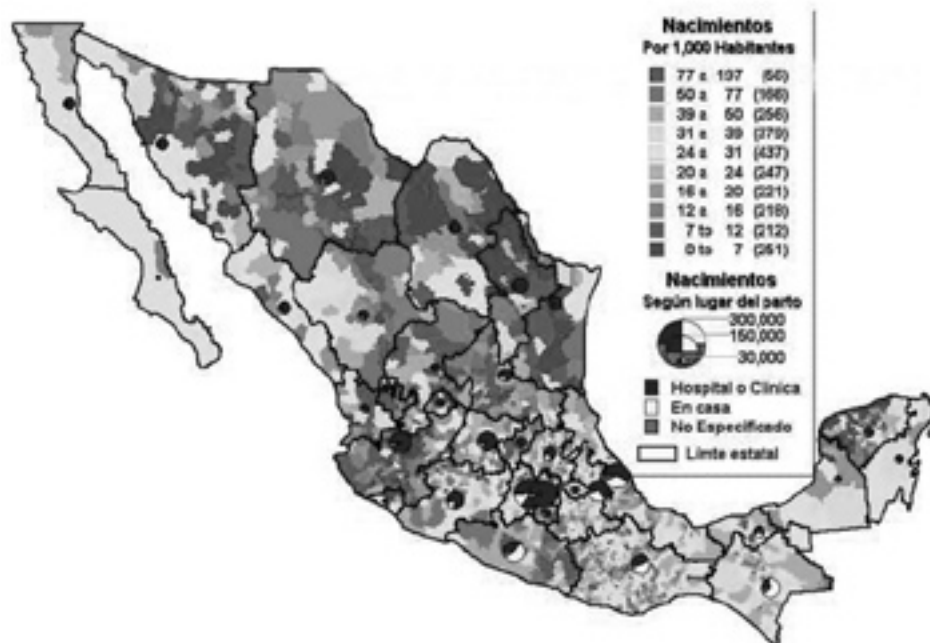
Una herramienta diseñada por el INSP, disponible en el sitio web (<http://geosalud.insp/planeación2//>), permite identificar tiempos de traslado desde la pequeña localidad a las unidades médicas y las vías de comunicación. Con esta información cruzada con el tipo de servicio solicitado, se podría identificar, por ejemplo, el lugar donde podría instalarse un hospital para atender el servicio de parto, considerando el tiempo de traslado (figura 1).

La posibilidad de diseñar mapas es muy amplia; por ejemplo, pueden obtenerse grupos de población seleccionada según criterios: zonas rurales o urbanas con sus datos demográficos, unidades médicas localizadas en esas regiones, especificando sus áreas de influencia. Toda esta información ilustrada en un mapa puede trasladarse a un cuadro de datos estadísticos para hacer análisis de acuerdo con las necesidades de planeación (figuras 2 y 3).

Un ejemplo de cobertura efectiva, diseñado en este sistema es el del estado de Chiapas. La información se presenta por capas o tipos de mapas:

- La primera capa consiste en un mapa en el que se identifican características orográficas y las principales carreteras.

■ **Figura 1**
 Distribución de nacimientos, según el lugar del parto. México

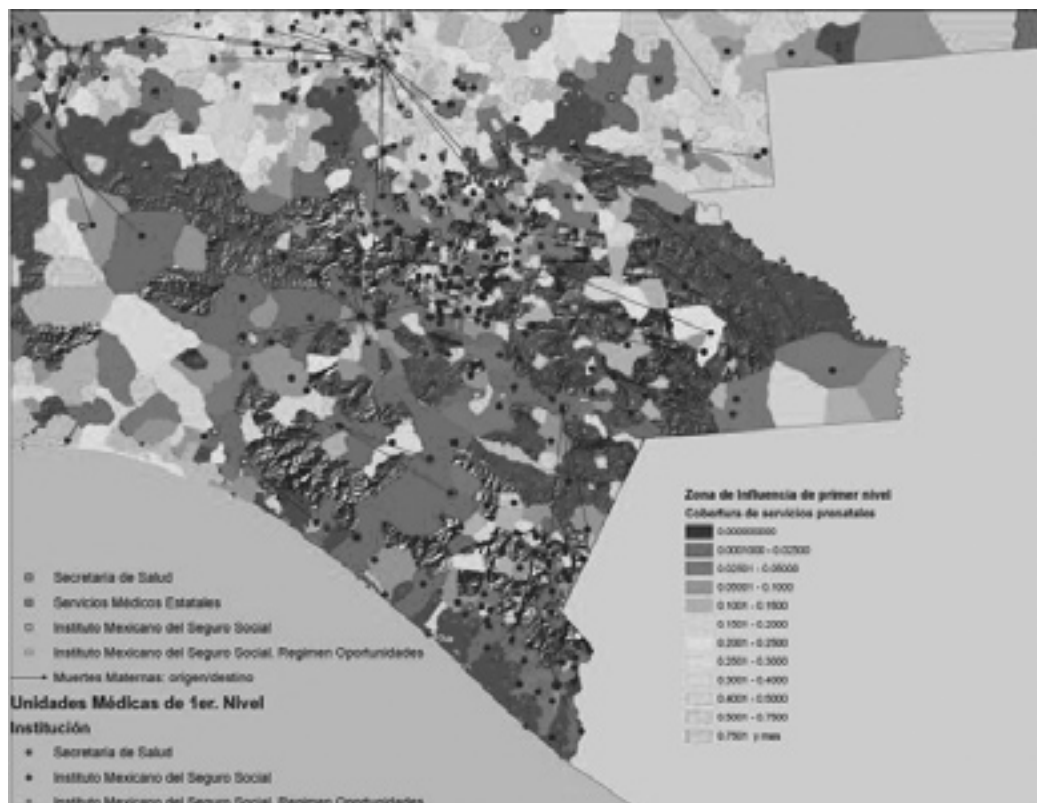


- La segunda incorpora los datos de las unidades médicas (Instituto Mexicano del Seguro Social, régimen Oportunidades y SSA).
- La tercera señala los tiempos de traslado calculados con base en la orografía, disponibilidad de carretera y cuerpos de agua u obstáculos localizados en estas vías, o las pendientes de los caminos por los que transita la población.

Al cruzar estos datos con los que registra el INEGI sobre unidades hospitalarias se diseña el diagrama de origen y destino de los partos registrados en el 2005. Con ello, se obtienen los diversos desplazamientos de la población hacia los centros de salud, se identifican también los movimientos que registraron muertes maternas (MM) y del análisis se obtiene que el tiempo invertido en el traslado fue bastante más largo que el resto registrado. Se determina con estos datos que hay desconocimiento por parte del personal de salud para indicar la unidad más cercana donde se puede atender la urgencia obstétrica, o bien existe un peregrinaje que consiste en ir de unidad en unidad, como resultado de la incapacidad de las unidades cercanas para resolver este tipo de atención. Se demuestra aquí que no hay red efectiva de unidades que ofrezcan una atención oportuna versus la existencia de una infraestructura inoperante.

En la revisión de datos sobre número de consultas en unidades marginadas en este estado, prácticamente no se registraron consultas y se detecta una muy baja cobertura de servicio prenatal; la mayoría de muertes registradas provienen de áreas geográficas con baja cobertura de atención prenatal (figura 4).

■ **Figura 4**
 Distribución de nacimientos, según el lugar del parto. México



Redes sociales registradas en el sistema de información geográfica

Un proyecto iniciado entre el INSP y la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES) es la construcción de redes de servicio; por ejemplo, se ha iniciado la construcción de una red de servicios maternos. En ella se han identificado las unidades de primer nivel de atención. Según los datos oficiales, en el país se cuenta con 2 538 unidades médicas de primer nivel que son de la SSA. Alrededor de cada una de éstas se trazaron pequeñas áreas de influencia y rutas de desplazamiento. Para efectos de planeación y evaluación de la capacidad de respuesta de estas unidades, se ha definido que un núcleo básico de recursos humanos que debe atender el embarazo está constituido por un médico, una enfermera y una sala de expulsión.

En cuanto a las unidades de segundo nivel de atención se ha definido que para tratar casos de embarazo con preeclampsia se necesitan unidades especializadas que cuenten con quirófano, salas de cuidados intensivos y, al menos, un médico obstetra. En el país se cuenta con sólo 55 unidades de la SSA que dicen cumplir con este requisito. Este es un problema muy grave ya que las áreas de influencia son demasiado extensas, lo cual demuestra una incapacidad potencial de respuesta de los servicios.

Al cruzar estos datos con egresos hospitalarios se detecta que hay demanda de servicio por preeclampsia-eclampsia en un número mayor de unidades, lo cual podría indicar que la información no está registrada en las diversas unidades de la SSA, o bien que las que están atendiendo este tipo de problemas no cuentan con las condiciones adecuadas. Esto último podría estar dando señales de una posible causa de MM.

Si este tipo de información se pudiera manejar en unidades de atención de primer nivel, probablemente el flujo de pacientes podría llevarse a cabo de manera organizada y racional a las unidades de segundo nivel localizadas en las áreas de influencia y, al menos, garantizaría la atención segura a pacientes con emergencias o complicaciones obstétricas.

En síntesis, el SIG es una herramienta que permite la evaluación del desempeño en las unidades de atención, y ayuda a definir e identificar las redes de servicio. Además, posibilitan la generación de modelos estadísticos que propician la definición de estándares, y predecir el comportamiento de nuevas unidades. Estos elementos facilitan la planeación estratégica y la toma de decisiones en salud reproductiva.

Preguntas y comentarios

Este tipo de herramientas de apoyo a la planeación es fundamental y este proyecto representa un valioso avance para atender los problemas de MM.

¿Cada cuánto tiempo se actualiza la información que se utiliza en el sistema georreferenciado?

RESPUESTA DE JUAN EUGENIO HERNÁNDEZ

La información utilizada para fundamentar el ejemplo sobre redes proviene de la Dirección General de Información en Salud, de la SSA; su actualización es anual, pero las bases de datos de egresos hospitalarios tienen un desfase de un año. La fuente de origen y destino de las MM son las bases de datos de mortalidad 2005 y 2006 y se combina con información otorgada por los estados sobre causas de mortalidad y lugar en el que ocurrió

la muerte. La alimentación de las bases de datos depende de la información que proporcionan los estados, por ello, es muy importante que registren periódicamente los datos y lo más completamente posible.

Comentario

Sería importante considerar para la localización de las clínicas, no sólo los recursos de infraestructura sino el tiempo de disponibilidad (sus horarios de atención real) de los recursos humanos. Los directorios serían herramientas muy útiles, o listas de servicios con señalamiento de horarios y si reciben a las mujeres embarazadas.

Comentario

Generalmente no retroalimentamos a los estados con los resultados del procesamiento de datos de nuestros sistemas de información. Es muy importante nutrir el sistema con datos, como ser nutridos por el sistema; es decir, que la información generada desde el sistema regrese a los estados para que éstos la utilicen en procesos de decisiones. Esto sería de gran beneficio para fortalecer las políticas estatales.

Comentario

Sería conveniente extender la capacitación a funcionarios de los sistemas de salud estatales para ayudarlos a utilizar esta información de manera efectiva. El país tiene una gran capacidad para generar información, pero el reto está en utilizarla lo mejor posible en los momentos y lugares oportunos.

RESPUESTA DE JUAN EUGENIO HERNÁNDEZ

EL INSP está ofreciendo periódicamente cursos y talleres de capacitación a funcionarios, con el fin de desarrollar habilidades en la alimentación con y la utilización de los datos de este sistema. Cada vez que se incorpora una nueva herramienta, se informa y se apoya a los tomadores de decisiones para facilitar su uso.

Relatoría de la Mesa

HERRAMIENTAS DE GEORREFERENCIACIÓN DE FLUJO DE PACIENTES

MODERADORES:

JUAN EUGENIO HERNÁNDEZ ÁVILA, LISA MARIE DE MARIA
Instituto Nacional de Salud Pública.

RELATORA: SANDRA SOSA RUBÍ
Instituto Nacional de Salud Pública.

Luego de una breve presentación, se plantearon cuatro preguntas relacionadas con la utilidad de la herramienta de georreferenciación. Éstas fueron:

1. ¿Cuál es la utilidad de la herramienta de georreferenciación respecto de las redes para la atención obstétrica?
2. ¿Qué factores facilitarían su aplicación y uso a nivel jurisdiccional?
3. En su experiencia, ¿cuáles son las barreras que identifica para la integración y uso de bases de datos como el SIS (Sistema de Información en Salud), SAEH (Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios), SINERHIAS (Subsistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Atención de la Salud) y SEED (Sistema Epidemiológico, Estadístico de las Defunciones) a nivel jurisdiccional y estatal?; ¿considera estas bases confiables?
4. ¿Qué características considera que deberían añadirse a esta herramienta para que sirva a la reorganización de la atención obstétrica?

Utilización de la herramienta de georreferenciación

Existe consenso en la utilidad que representa la georreferenciación de las unidades de atención para la planeación del crecimiento de estructura. Pero no solamente, también para la mejora de la operación de los servicios.

Permite la precisión de las distancias de las localidades a los hospitales, asimismo a los centros de salud de primer nivel. Permite además ubicar la morbilidad, literalmente permite ubicar los casos de morbilidad. Y los casos de muertes maternas.

De este modo permite ubicar áreas de oportunidad y localizar puntos estratégicos de acción con el propósito de disminuir la incidencia de mortalidad, brindando visualización de los problemas.

Al combinarse con otra información a nivel comunitario (como información socioeconómica, de infraestructura general existente, y datos culturales), brinda los elementos necesarios para completar el certificado de necesidades, requisito para la construcción de nuevas unidades médicas.

El uso del instrumento de georreferenciación podría guiar la reorganización de las redes. Además, permitiría monitorear el funcionamiento de las redes y la localización de redes rojas (redes de atención que no funcionan). Incluso podría apoyar procesos como la referencia electrónica que se lleva a cabo en algunas entidades (Jalisco).

Esta herramienta apoyará el diseño de Planes Maestros de Infraestructura (PMI) en los sistemas estatales de atención ya que muestra la ubicación y disponibilidad de recursos (hospitales, clínicas, recursos humanos y materiales), considerando la accesibilidad geográfica (en función del tiempo gastado para llegar a las unidades de salud). Asimismo, puede señalar la distribución de poblaciones vulnerables (grupos indígenas, municipios de menor desarrollo).

Es útil para revisar la concordancia con las zonas geopolíticas, el acceso geográfico y por tiempo de viaje en el diseño de redes de atención. Ello permitiría una reorganización de la red, reasignación de recursos humanos y competencias, factores que facilitarían la aplicación y uso de la herramienta en el ámbito de la jurisdicción sanitaria (244 en el país).

Bajo la premisa de que la jurisdicción es la instancia que opera las redes de servicios y, por tanto, sabe cuál es la realidad de su operación, se considera como factor facilitador para el uso de la herramienta el capacitar y sensibilizar al personal, permitiéndoles "apoderarse" de ella. Entre los usos posibles para este nivel se incluye la evaluación del desempeño de las redes de servicios (en términos de referencia y contrarreferencia de mujeres con complicaciones); operacionalización (identificación del lugar de atención de la mayoría de los partos, lugares de atención de emergencias obstétricas, unidades con mayores niveles de mortalidad materna, preferencias de la población por ciertas unidades de salud, etc.); así como el apoyar la operación de programas preventivos.

Otro factor facilitador es la generación de interfaces amigables, que no dependan del acceso a Internet, y que permitan tomar decisiones adecuadas para la referencia en el momento oportuno. Se sugiere por tanto la generación de un directorio de redes o guía para la referencia impresa, así como la repartición de discos compactos. Asimismo, si es posible, se recomienda asegurar que se tengan los recursos para la operación de la herramienta (computadoras, Internet).

Barreras para la integración y uso de bases oficiales para la base de georreferencia

La herramienta debe alimentarse de información oficial. Sin embargo, esto no asegura **consistencia** en la información **entre bases y con la realidad**, siendo ésta la primera barrera observada. Por ello se recomienda el uso automático del SINDERIAS, que concentra la información de recursos de salud de la SSA; para evitar fuentes de información intermedias menos confiables. Se sugirió la generación de una sola vía para la actualización de datos. Asimismo, se sugiere la búsqueda de mecanismos de validación de datos, como es la supervisión de capturistas.

Una barrera para la utilización de la herramienta es el rezago tecnológico precisamente en las jurisdicciones de áreas más pobres, y otra, la demora en la captura de los datos, precisamente en esas ju-

jurisdicciones en algunos de los estados. La mayor parte de las actualizaciones de las bases utilizadas por la herramienta se realizan anualmente, con excepción de la información generada por el SINERHIAS, la cual se actualiza cada cuatro meses.

Características que deberían añadirse a la herramienta para reorganizar la atención de emergencias maternas

Si bien la herramienta ya contiene información incluso de la ubicación de bancos de sangre y la existencia de puestos de sangrado, se sugiere que se incluyan indicadores más finos como “personal capacitado para realizar transfusiones”. Y en el mismo sentido, que se incluyan otros indicadores más finos que permitan conocer las capacidades de atención de las distintas unidades de salud, como son:

- Capacidad resolutive para hemorragias obstétricas
 - Presencia de personal capacitado –ginecólogo, enfermeras, anestesiastas
 - Presencia de equipo médico necesario
- Capacidad resolutive para casos de preeclampsia y eclampsia
 - Presencia de personal capacitado –ginecólogo, enfermeras, anestesiastas
 - Presencia de equipo médico necesario
 - Otros
- Otros indicadores
 - Capacidad máxima de la unidad médica de referencia por hora
 - Personal que hable lenguas indígenas
 - Acreditación de unidades por parte del Seguro Popular (SiCalidad)
 - Acreditación de unidades por parte del Programa Arranque Parejo en la Vida (SiMujer)
 - Gasto por unidad de salud
 - Información contenida en las cartillas prenatales

Se menciona la generación de análisis a escala regional sobre capacidad resolutive de las redes de atención.

Conclusiones

La herramienta de georreferenciación tiene un potencial uso para la reorganización de redes de atención obstétrica, al resaltar áreas de oportunidad. Sin embargo, es necesario asegurar que se cumplan dos criterios para su uso:

1. Incluir información fina sobre la presencia, disponibilidad y utilización de servicios de salud materno-perinatal, características socioculturales comunitarias, así como información de otros sectores; y
2. Permitir que el personal de las jurisdicciones y unidades médicas se apoderen de ella; haciendo su interfase más amigable.

MATERNAL MORTALITY AFTER 20 YEARS OF SAFE MOTHERHOOD

MARGE BERER
Editora
Reproductive Health Matters Journal
Londres, Reino Unido

¿Estamos mejorando la seguridad del embarazo?

ALGUNOS ANTECEDENTES PARA ENTENDER LA MORTALIDAD MATERNA

Entre 1990 y 2005, la razón de mortalidad materna (RMM) se redujo, en el mundo, sólo 5.4%. En el año 2005 se registraron 536 000 muertes maternas (MM) y si se considera el aumento de la población mundial, desde 1990 a la fecha, en realidad se observa una reducción de 7%.

En los países desarrollados se detectan RMM bajas (9), el resto del mundo muestra razones que fluctúan entre 50 y 523 muertes por cada 100 000 nacimientos: 50 en Asia Oriental, 51 en Europa Oriental, 60 en América Latina, 523 en el Caribe. Al interior de Asia y de América Latina y el Caribe (ALyEC) se observan grandes asimetrías. En Asia, las RMM se presenta en un rango de entre 50 y 490 y en ALyEC entre 60 y 523. En 1990, en las regiones más desarrolladas de los países de ALyEC y Oceanía el número de muertes bajó en más de 20%. En el norte de África está descendiendo en 3% anual y en Asia del Este en 4% anual.

En un estudio realizado en Brasil, entre 2003 y 2004, en cinco subdistritos de la ciudad de Pernambuco, se registraron 61 muertes relacionadas con el embarazo. Debido a la gran diversidad de causas que se observan en estas muertes es muy difícil tomar medidas de prevención o control: 54 muertes fueron obstétricas, incluyendo las relacionadas con aborto; cinco, resultado de actos de violencia y una fue un suicidio relacionado con el aborto. Una mujer murió un año después del embarazo, por causa derivada de una emergencia obstétrica.

RETOS ENFRENTADOS EN LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA

En ALyEC, Oceanía y en la mayoría de las regiones en desarrollo el número de MM bajó más de 20%.

En 18 países de África, entre 1993 y 2001, se documenta un incremento de 1.4% en el uso anual del condón por adolescentes para evitar embarazo, según estudios realizados por Demographic and Health Surveys (DHS).

Aumento similar se registra en países en desarrollo, durante las últimas dos décadas, en el uso de anticonceptivos por mujeres casadas.

En una encuesta hecha por DHS en 53 países se obtiene que en 11 de ellos menos de 25% de mujeres notificaron al menos una visita prenatal (el número óptimo es al menos cuatro consultas prenatales).

Cerca de 63% de los nacimientos fueron atendidos por personal calificado; la variabilidad se extiende desde 47% en África a 88% en ALyEC.

En 16 de 23 países que han registrado datos, se habían cumplido menos de 50% de los estándares recomendados de atención obstétrica de urgencia.

En 30 países en desarrollo, sólo 61% de las mujeres que habían tenido un parto en una institución de salud habían recibido atención posparto y muy pocas habían dado a luz en su hogares. México no está dentro de este grupo.

En Karnataka, área rural muy pobre de la India, se detectaron MM cuyas causas posibles fueron:

- Discontinuidad en la atención.
- Trabajadores de salud sin apoyo.
- Sistemas de referencia con problemas.
- Muertes maternas no revisadas ni analizadas.
- Control prenatal y oferta de servicio institucional no relacionados con la atención posparto ni con la atención obstétrica de urgencia.
- Los trabajadores de salud no aplican tratamientos en casos de sepsis ni de anemia.
- El sistema de salud formal no incorpora el importante papel de los proveedores informales, ni la manera como atienden los embarazos.

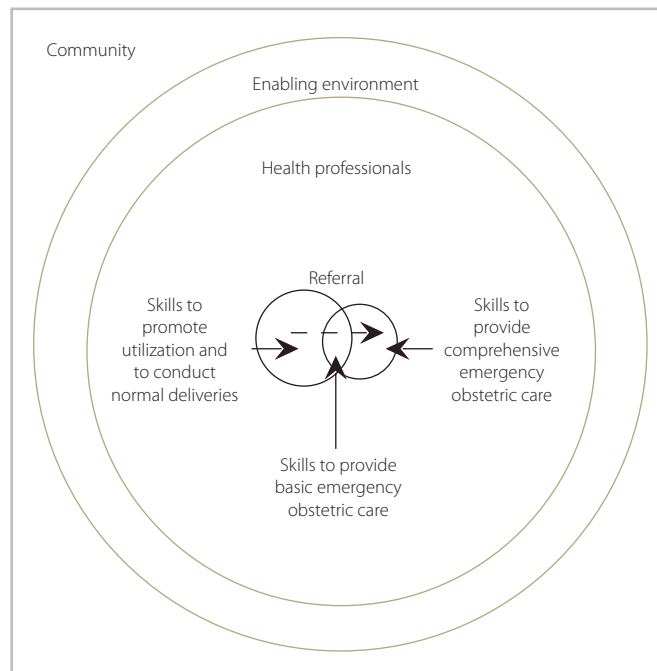
Atención del embarazo por personal calificado

En un estudio realizado por Julia Hussein sobre mortalidad materna se concluye que al hablar de personal profesional calificado es conveniente atender a los siguientes aspectos (figura 1) que inciden en la competencia:

1. El entorno en que se desempeña el personal que atiende el parto debe permitir una continua capacitación de sus profesionales.
2. Las habilidades que debe tener el profesional son las siguientes:
 - Promover la utilización de los servicios y llevar a cabo partos normales.
 - Dar atención obstétrica de urgencia básica.
 - Brindar una atención obstétrica de urgencia amplia e integral.
 - Contar con la capacidad para referir a las mujeres adecuadamente dentro de este contexto.

Algunos estudios en diversos países en desarrollo señalan las dificultades para calificar al personal profesional y técnico en la atención del parto:

■ **Figura 1**
 Conceptual framework for skilled attendance at delivery



1. En Ghana se analizaron 416 partos en total, se observaron los expedientes clínicos, y se vieron los partos normales y los que tenían complicaciones. En la revisión de expedientes se encontró que se cumplieron entre 33% y 93% (media de 65%) de todos los criterios definidos para calificar el desempeño del personal calificado. Esto significa que una tercera parte de los criterios aplicables al personal calificado no se cumplían; ni una sola atención de parto logró cubrir todos los criterios de personal calificado.

Además, se desarrolló un índice de asistencia calificada como un componente de la oferta de servicio; aplicando este índice se obtuvo que 26.9% de los registros cumplían con al menos las $\frac{3}{4}$ partes de los criterios de atención calificada. Aquí es donde se debe centrar la atención ya que contar con el personal calificado tampoco es suficiente.

2. En México se analizaron las competencias que se enseñan en tres escuelas específicas donde se capacita personal para atender parto seguro y los resultados muestran que en la Escuela Nacional de Enfermería, de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), la Escuela de Parteras (CASA) y la Facultad de Medicina, de la UNAM, la proporción de competencias en atención materna era bastante menor, comparada con otras especialidades (estudio en salud reproductiva 3 hecho por investigadores del Instituto Nacional de Salud Pública). También se vio que el personal que asistía el mayor número de partos recibió un entrenamiento mínimo en atención materna porque tenía menos prioridad. Las enfermeras obstetras no se incluían en muchas áreas de atención a la salud, aunque reciben capacitación especializada en esta área. En la Escuela de Parteras CASA, por ejemplo, sólo se capacitan 10 al año y la mayoría tenía que ejercer en la Escuela porque ninguna podía hacerlo en servicios de atención del sistema de salud. En una selección mínima de cinco competencias de atención al parto las enfermeras cumplieron 50% de ellas; las de CASA, 80%, y los médicos de la Facultad de Medicina, 50%.

3. Al oeste de Palestina ocupada, se señalaron los siguientes problemas:
- No se permitía que hubiera compañía durante el trabajo de parto. Entonces, cuando las mujeres tenían problemas durante el parto, con mucha frecuencia no había ninguna partera, enfermera o mujer presente en el grupo, lo cual no permitía que la paciente recibiera una atención adecuada.
 - La utilización rutinaria de oxitócicos para acelerar la labor del parto. Valdría la pena analizar este hecho porque se usa en muchas partes del mundo.
 - La restricción de la movilidad durante el parto se sigue presentando.
 - La no utilización de tratamientos que aún son útiles, por ejemplo, el uso de sulfato de magnesio en los casos de preeclampsia y eclampsia.
 - No se previenen situaciones posparto.
 - Escasez de parteras en las unidades de atención.

En la mayoría de los países del mundo no se lleva a cabo una revisión y registro de las MM. El problema se subregistra y adolece de mala clasificación. Este último punto está siendo atendido en México mediante la aplicación del método RAMOS (Reproductive Age Mortality Studies). Otro aspecto importante es la escasa voluntad de los trabajadores de la salud para participar en auditorías de MM, pues se le considera información confidencial y si ésta se otorga se teme a las sanciones. En Europa Oriental esto se ha identificado como un problema muy especial, las personas pierden su empleo porque se les culpa, en lugar de aprovechar esta situación para aprender.

En Sudáfrica, desde que hubo un cambio gubernamental, se ha observado la introducción de un buen número de innovaciones en el campo de la salud. Sería útil leer información sobre esta experiencia porque se ha impulsado un programa que intenta incorporar a trabajadores de la salud en la definición de los cambios que son necesarios dentro del sistema, en lugar de imponerlos. Las bases de este programa son:

- Centrar la atención del cuidado de la salud en los propios trabajadores en todo lo que sea posible; si no hay una atención especial al trabajador, ¿por qué esperar que ellos brinden una atención especial a los usuarios de los servicios?
- Hay una gran dificultad para generar cambios en las prácticas humanas aun cuando la medicina basada en evidencia identifica prácticas que no funcionan o con impactos negativos.
- Es necesario que las mujeres embarazadas participen con su voluntad y su posibilidad de decidir sobre el proceso de atención del parto.

Para tener éxito en la reducción de MM es importante:

- Atender especialmente la formación y capacitación del personal que participa en todo el proceso.
- Cambiar prácticas ancestrales y creencias que aún están inmersas en los procesos y retrasan el cambio.
- Buscar estrategias para resolver la resistencia al cambio.
- Comunicarse lo más directamente posible con la mujer embarazada, integrándola en un proceso innovador de autocuidado.

Los problemas de gestión interna de servicios son ya conocidos:

- Baja capacitación del personal que atiende el parto.
- Baja capacidad de gerencia y administración del servicio.
- Relaciones interpersonales pobres y disfuncionales.
- Escaso monitoreo y supervisión.
- No se fomenta la autoevaluación del personal de salud.

Uno de los aspectos interesantes observados en un estudio particular es que la información que se recababa y entregaba al personal del sistema de salud estaba en un estrato muy elevado y esto dificultó el análisis y la discusión sobre las posibilidades de cambio. No se compartía con los trabajadores de la salud, quienes son los agentes que conducen el cambio. Es necesario llevar la información al trabajador de la salud, hablar de ello y alentarlos a obtener una autosatisfacción rutinaria como una habilidad esencial.

En Sudáfrica se hizo un estudio en el que se identificaron herramientas de evaluación que se han utilizado para reconocer las razones por las cuales no se estaba manifestando un cambio:

- Análisis de tarjetas prenatales, su calidad y si contaban con toda la información. Se revisaron los registros, utilizando rangos de calificación y porcentajes.
- Revisión de los registros laborales o análisis de su calidad y el uso del partograma.
- Análisis del registro de partos atendidos cada mes.
- Registro de nacimientos; cuántos pacientes se atendían en las áreas de parto.
- Cuestionario aplicable a cada trabajador; conocimiento y opiniones sobre el manejo de los servicios de maternidad.
- Cuestionario para el jefe del servicio; opiniones sobre la administración y gerencia del servicio de maternidad.
- Cuestionario para los encargados del servicio de información (autoaplicable).
- Entrevistas a pacientes para recibir sus opiniones sobre la provisión del servicio prenatal.
- Cuestionario para el supervisor (autoaplicable).

Este fue un estudio muy amplio y sus conclusiones fueron:

- La reducción de MM es un asunto vinculado al sistema de salud, no es sólo un aspecto técnico.
- Se necesitan metodologías para evaluar las intervenciones sociales que puedan brindar un cambio real.
- Se deben atender no sólo los componentes de un programa efectivo, sino además los aspectos del contexto en el que éste se aplica.

EL ABORTO INSEGURO

En 2003 la mitad de los abortos realizados en el mundo fueron inseguros; se calcula que más de 5 millones de mujeres se hospitalizan cada año por complicaciones de abortos inseguros. Estos son cálculos aproximados, no hay datos específicos.

En México hay un número muy limitado de abortos legales. Se esperaba que la mortalidad por aborto descendería con el uso de misoprostol, el cual reemplazaría a métodos más peligrosos. Sin embargo, el número de hospitalizaciones vinculadas al aborto ha aumentado debido a que las mujeres están tomando por sí solas este medicamento y las hemorragias se han incrementado. Este hecho lamentable debe verse como algo más positivo que negativo, porque si hay complicaciones es esperable que los casos de hemorragia que llegan al hospital al menos reciban atención médica, evitando así la mortalidad.

Como ejemplo de la forma de enfrentar el aborto por parte de los servicios, resulta interesante la experiencia emprendida en un hospital en Uruguay. Se reunieron médicos y legisladores y aun cuando no hay todavía una ley que regule el aborto, la Secretaría de Salud convino que en un hospital que tiene un alto grado de mortalidad por aborto se informe a las mujeres sobre sus opciones con el embarazo no deseado, sobre aborto y métodos anticonceptivos. También les señalan que cualquiera sea la decisión que ellas tomen es fundamental que regresen y vuelvan a visitar el servicio. La mayoría de quienes asisten a estas sesiones regresan, se comprueba que utilizan misoprostol y que ingresan al hospital donde se les da seguimiento; con lo cual la tasa de mortalidad en ese hospital se redujo a 0.

Un estudio realizado por el INSP en el estado de Morelos, en un municipio principalmente urbano, obtuvo resultados interesantes sobre mortalidad por aborto ocurrido en el segundo trimestre:

De 326 posibles MM se encontraron cinco casos mal clasificados, un aborto espontáneo y cuatro MM que no se debían a aborto.

Entre las 32 MM registradas se encontraron cuatro casos mal clasificados que eran muertes relacionadas con aborto en el segundo trimestre.

No se registraron (oficialmente) muertes relacionadas con abortos en ninguno de estos sitios, es decir, hubo un 100% de subregistro de los casos de muerte por aborto.

Esto permite inferir que no sea posible evaluar si el uso de misoprostol disminuye la mortalidad por aborto, porque ésta se subregistra, no se puede tener una medida basal confiable. El aborto se estigmatiza en todas partes, no sólo aquí, y esto debe señalarse abiertamente.

PARA REDUCIR MUERTES MATERNAS, ¿QUÉ ES EFECTIVO Y CÓMO LOGRARLO?

DEBORAH MAINE
Universidad de Boston
Massachusetts, Estados Unidos de América

La mortalidad materna (MM) es un evento medible e intuitivo a la vez y sus numerosas aproximaciones no siempre han tenido buenos resultados, por lo que el avance en su reducción ha sido lento.

Las causas inmediatas de MM son:

- Hemorragias
- Infecciones
- Trastornos hipertensivos del embarazo
- Parto obstruido y complicaciones del parto
- Aborto

Aunque en los países de América Latina ha habido una reducción exitosa de la MM, el aborto sigue siendo una causa importante; en Argentina es la causa principal.

El esquema idóneo para abordar un problema de salud debiera incluir los siguientes pasos:

1. Se tiene una evidencia.
2. Se lleva a cabo una estrategia.
3. Se aplican intervenciones.
4. Se obtienen los indicadores que deben reflejar lo que estamos haciendo.

En la práctica se tiende a utilizar, como punto de partida intuitivo, no una sino varias hipótesis, lo cual nos lleva a múltiples estrategias, luego a intervenciones inadecuadas y a medir indicadores que no reflejan lo que se debe medir.

El análisis de la MM demanda una actitud reflexiva y crítica. Quienes trabajan cotidianamente en este problema enfrentan un conflicto entre la certidumbre de sus causas y algunas suposiciones no sustentadas en evidencia científica, como los siguientes supuestos:

1. La salud y los intereses de la madre y el hijo nunca deben separarse. Esta relación tiene un fundamento emocional, pero no epidemiológico. Los datos sobre mortalidad de la mujer y del recién nacido muestran que son dos eventos autónomos, por lo que no debieran tomarse como un conjunto.

La historia de la evolución de la mortalidad infantil en el Reino Unido ha demostrado una reducción continua desde 1910 hasta 1960 gracias a que se controlaron factores como saneamiento ambiental, agua limpia, mejores alimentos, provisión de medicamentos, entre otros.

Sin embargo, la reducción de la MM desde 1840, cuando se empezaron a tener los primeros registros, hasta 1937 no cambió significativamente.

Fue con los avances tecnológicos y la incorporación de medicamentos que las muertes posparto por infecciones se empezaron a reducir. A partir de la Segunda Guerra Mundial se manifestaron grandes mejoras en la atención de emergencias obstétricas, se extendió la disponibilidad de bancos de sangre, se desarrollaron mejores técnicas quirúrgicas y la MM empezó a disminuir muy rápido, a pesar de que se había mantenido estable durante un siglo. En países europeos dejó de ser un problema de salud en tan sólo 15 años.

En Bangladesh, un país pequeño, rural y muy pobre se han hecho muchos estudios relacionados con la MM y neonatal; se observan en el tiempo cambios importantes en una y en otra; pero estos cambios no tienen relación entre sí, son fenómenos epidemiológicamente autónomos.

2. Las mujeres que han sido bien supervisadas durante el embarazo presentarán menos complicaciones al momento del parto. En Estados Unidos de América (EUA) las mujeres tienen entre 12 y 13 visitas prenatales; la evidencia científica ha demostrado que no hay razón para tener tantas, y que el número de consultas prenatales no está asociado a la disminución de las complicaciones al momento del parto.

Las primeras clínicas prenatales en el Reino Unido se establecen entre 1910 y 1915 y después en EUA; para la década de 1930 más de 80% de las mujeres embarazadas en el Reino Unido usaba anti-conceptivos, pero esto no generó una baja significativa de la MM en ese período.

3. A través del ultrasonido se puede identificar a las mujeres que necesitan un cuidado médico especial. Es probable que se concluya que esta afirmación se cumple cuando se trata de grupos de mujeres, pero no predice la probabilidad de que se presente una complicación en un individuo determinado.

Un estudio realizado en Matlab, Bangladesh, sobre poblaciones rurales, mostró que el grupo de entre 10 a 14 años de edad tiene cuatro veces más riesgo de morir durante el parto, comparado con el de mujeres de entre 20 a 29 años de edad. Sin embargo, el volumen de nacimientos está en este último grupo, donde se presentan más complicaciones obstétricas. El cuadro I muestra que hubo nueve muertes en el grupo etario de alto riesgo, y en el de menor, con un registro muy alto de embarazos, hubo 51; es decir, que el mayor número de MM ocurrió en el grupo de menor riesgo. Esto explica por qué, desde la perspectiva de la salud pública, el enfoque de riesgo, eminentemente clínico, no sirve para crear programas, pues es imposible (perspectiva matemática) predecir eventos raros.

No se puede segregar al grupo de mujeres que “no tendrá riesgo”. La emergencia obstétrica se presenta de manera súbita. Se parece más a un accidente que a una enfermedad controlable y predecible.

Datos obtenidos en el Reino Unido muestran algo similar en grupos etáreos diferentes. Se acostumbra afirmar que las mujeres de mayor edad que se embarazan conforman un grupo de mayor riesgo y para los clínicos tiene sentido, pero éstas no se embarazan tanto. El cuadro II muestra que hubo

dos muertes en tres años en este grupo etéreo, mientras que el grupo de menor riesgo por edad se registra mayor número de muertes porque se embaraza un mayor número de mujeres. Por lo tanto, es importante recordar que el riesgo relativo no es una buena herramienta para diseñar los programas; es necesario considerar no solamente el riesgo sino también el volumen de exposición a embarazos.

- Las actividades comunitarias son menos caras que mejorar servicios en los centros de salud y en los hospitales de distrito. Por ejemplo, se dice que la atención de emergencias obstétricas es importante pero es muy cara, entonces se decide capacitar a trabajadores de la salud comunitarios para que hagan un par de actividades en respuesta a la demanda. Esta decisión aparece tentadora sólo cuando se habla de costos unitarios, pero si estos cálculos se aplican al número de unidades de primer y segundo nivel de atención y a todo el personal que se debe atender en estas unidades o en un municipio, el costo total cambiará. Luego, si este costo se relaciona con la efectividad de cada unidad terminará dando como resultado que será más caro tener un gran número de unidades pequeñas, cuyo costo unitario es menor con baja capacidad de respuesta, que tener unidades mayores y quizás con un valor unitario más alto pero con mayor capacidad de respuesta.

■ **Cuadro I**

Mortalidad materna. Matlab, Bangladesh, 1968-1970

Edad de la madre (años)	10-14	20-29
Razón de mortalidad materna	1 770	450
Riesgo relativo	3.9	1
Número de nacimientos	509	11 286
Número de muertes	9	51

■ **Cuadro II**

Mortalidad materna. Reino Unido, 1985-1987

Edad de la madre (años)	20-24	45+
Razón de mortalidad materna	37	188
Riesgo relativo	1	5.1
Número de muertes	24	2

Algo que no es efectivo, no puede ser “costo-efectivo”

Lo que esta reflexión permite concluir es que tener muchas unidades de baja efectividad es más caro que tener pocas unidades efectivas. Los datos publicados en varios países demuestran que un proceso que es poco efectivo, difícilmente será costo-efectivo.

En síntesis:

Es difícil prevenir la mayoría de las complicaciones obstétricas, pero lo importante es que pueden ser tratadas. Toda mujer embarazada debiera tener garantizado su acceso a la atención de emergencias obstétricas, el cual no tiene que ser sofisticado ni utilizar tecnología costosa.

Para ello se deben revisar los paquetes de atención básica:

- Soluciones parenterales
- Antihipertensivos y anticonvulsivos
- Antibióticos parenterales
- Control de hemorragia (oxitocina, ergonovina, misoprostol)

La atención integral de emergencias obstétricas incluye todo lo anterior más transfusión sanguínea y cirugía, y disponibilidad de sangre y hemoderivados. También es conveniente reconsiderar el uso de tecnologías del pasado pero que pueden ser efectivas en unidades rurales, como la remoción manual de la placenta, la aspiración al vacío y el parto vaginal asistido, las cuales podrían resolver el parto y evitarle el traslado a una mujer hacia un hospital más complejo donde seguramente se le practicará una operación cesárea que pudo haberse evitado con un parto asistido.

En un estudio realizado por Wagstaff, del Banco Mundial, se expone la estimación de la reducción de la MM mediante la instauración de diferentes intervenciones.

Finalmente, se deben considerar no sólo la utilización y la cobertura de servicios sino la calidad de la atención médica. En México, se observa que el problema de la calidad está en la parte medular de este proceso, es decir, se están aplicando estrategias para mejorar la calidad de la atención. Este último elemento deberá merecer la mayor atención durante los próximos diez años ya que aún no se ha logrado reducir significativamente la MM. Los países que han puesto la atención en estos factores han logrado reducir la MM a la mitad.

La dirección que se ha tomado en México en esta materia es prometedora.

Preguntas y comentarios

Pregunta de Ana Langer: ¿qué piensa usted del nuevo movimiento de volver a considerar como inseparable el problema de la mortalidad neonatal y de la infantil por parte de organismos internacionales y de donantes? Nos interesa sobre todo su perspectiva, siendo la autora del artículo "What is the "M" of maternal and child health? que cambió el paradigma, pues ahora tengo la impresión de que estamos regresando a donde estábamos.

RESPUESTA DE DEBORAH MAINE

Hay muchas razones culturales subyacentes que hacen que se olvide a las mujeres o que se asuma que lo que es bueno para el hijo es bueno para la madre, pero existen muchas evidencias de que esto no es necesariamente así.

La alternativa es delimitar las causas de la mortalidad materna, las cuales no están estrictamente relacionadas con el embarazo. La mayoría de las complicaciones se presentan de manera súbita e impredecible.

Comentario de Cuitláhuac Ruiz Matus

Es preocupante la disolución del binomio madre-hijo en materia de atención médica y mortalidad planteada por la doctora Maine, ya que en México 60% de la muerte infantil es neonatal y se está trabajando mucho para que la calidad de la atención a la madre tenga impacto en la disminución de la muerte neonatal.

RESPUESTA DE DEBORAH MAINE

Es necesario analizar la morbilidad y la mortalidad neonatal de manera independiente. Sin duda, durante el embarazo la salud de la madre repercute en la salud del neonato. Pero la salud en el embarazo no predice la salud en el parto ni la ausencia de complicaciones obstétricas. Después del parto, la atención a la madre y al neonato ameritan intervenciones muy distintas que deben evaluarse por separado. Esta tendencia de ver a la salud materna a través de la salud perinatal oculta las verdaderas causas de la MM y descuida los programas de supervisión y monitoreo a la salud de la madre y del niño.

Para contribuir a la disminución de la MM es necesario separar las intervenciones e identificar claramente las que son efectivas para la madre de las que son efectivas para el niño.

En cuanto a la relación entre los programas de atención a la salud materna y neonatal es importante dar énfasis a las evidencias epidemiológicas. Existe un cierto sesgo de emotividad en la necesidad imperiosa de relacionarlos tan estrechamente. Si bien este binomio es inseparable hay muchas acciones que se deben hacer de manera independiente para evitar la mortalidad de uno y otro.

Comentario de Patricia Uribe

En México, la atención materno-infantil se focaliza en aspectos que tienen que ver con el control prenatal y se da menos importancia a la garantía de acceso a la atención de emergencias obstétricas. Hay buen control prenatal, ya están identificadas las mujeres que lo necesitan, pero la experiencia ha demostrado que esto no garantiza la solución al problema de MM. El reto aún está en la garantía del acceso a la atención de calidad de las emergencias obstétricas.

Sin embargo, esto requiere un cambio de paradigma y un enfoque particular a la salud materna. Esto no significa que eliminaremos acciones en el nivel perinatal, pero elevar la efectividad de nuestras intervenciones pasa por una atención específica de la mujer.

Comentario de Marge Berer

La mortalidad neonatal existe como consecuencia de que la madre no recibe la atención que necesita, por lo tanto, se originan complicaciones que dañan o matan al bebé. Pero las complicaciones obstétricas se presentan sin poderse predecir en la mayoría de las mujeres, y por eso es necesario garantizar el acceso a la atención de emergencias obstétricas, que beneficiará tanto a la madre como al neonato.

INTERVENCIONES EFECTIVAS Y VARIABLES PROXY DE IMPACTO, INDICADORES DE PROCESO

DEBORAH MAINE
Universidad de Boston
Massachusetts, Estados Unidos de América

Este tema nos acerca a la identificación de problemas en el proceso de monitoreo de variables orientadas a la reducción de muerte materna (MM). Conviene compartir algunos pensamientos generales:

- Es importante emprender un proceso que simplifique la definición y monitoreo de indicadores, lo más sencillo posible.
- Los indicadores numéricos, en general, mantienen un rango de error; lo importante es saber dónde está y cuál es su dimensión.
- No hay indicadores ni conjunto de indicadores que cubran todo. Es necesario reconocer el beneficio específico de cada uno de ellos.
- Cualquier cosa que vale la pena realizar en el sistema de salud en aras de mejorar la atención requiere ser monitoreada. No hay nada peor que emprender mal un mal monitoreo.
- Es recomendable asumir que no sabemos exactamente lo que está sucediendo, y realizar el monitoreo para identificar con profundidad y precisión aquello que no conocemos.

En relación con el monitoreo del avance en la reducción de la MM, tenemos como opciones la construcción de indicadores de impacto (razón de mortalidad materna –RMM-) y los indicadores de proceso.

Limitaciones de los indicadores de impacto

RECABAR LOS DATOS SOBRE MUERTES MATERNAS.

Nunca se registrarán todas las muertes. El Center for Disease Control and Prevention (CDC, por sus siglas en inglés) señala que 50% de las muertes por embarazo no son registradas o son mal clasificadas.

Otros aspectos relacionados con los indicadores de impacto en cuanto a la MM son:

- Identificar las limitaciones de las variables, preguntándonos si el estándar de oro es oportuno para analizar un determinado proceso.
- Determinar si la información se recopila en el momento adecuado.
- Verificar si la definición de amplios intervalos de confianza están limitando la dirección de los cambios.
- Acordar si se debe dar mayor relevancia a la acción.

Ciertas repercusiones inesperadas en el análisis de las MM provienen generalmente de la falta de estímulo del personal que recoge la información.

Los indicadores de proceso

Son categorías muy amplias que generalmente incluyen los materiales de adiestramiento (input); el personal capacitado (output) y mujeres atendidas (resultados). Un punto crucial es la solidez de la evidencia del impacto.

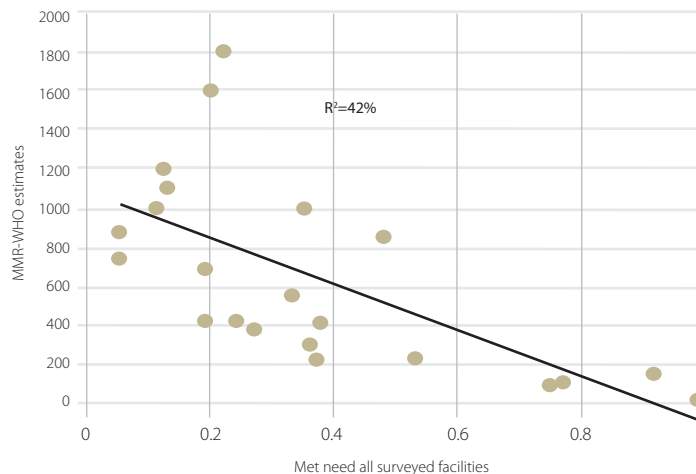
Es necesario que los indicadores de proceso estén vinculados muy de cerca con los fenómenos causales (por ejemplo, tasas de vacunación, o la tasa de prevalencia de uso de anticonceptivos).

En el caso de la mortalidad materna el indicador más directamente relacionado es la atención médica especializada, ejercida por un profesional capacitado para reconocer, manejar y referir los casos de emergencias obstétricas.

Un segundo orden de indicadores son los relacionados con los servicios institucionales y habría que preguntarse si el cuidado prenatal tiene alguna relación; su asociación con la muerte por emergencia obstétrica tiende a ser menos fuerte (figura 1).

■ Figura 1

La información ilustrada en un mapa puede trasladarse a un cuadro de datos estadísticos



En cuanto a los partos atendidos en hospital, no sabemos lo que sucede en la institución; si bien ésta crea condiciones para elevar la competencia profesional de los que apoyan el parto, podría suceder que cumplan las competencias clínicas, pero no necesariamente es así.

Algunos antecedentes de los indicadores de atención a las emergencias obstétricas elaborados por Naciones Unidas

En la Reunión Cumbre Mundial sobre la Infancia, en 1990, se fijó la meta de reducir la RMM en 50% para el año 2000 y de mejorar el acceso de las mujeres al servicio de emergencias obstétricas. En 1991, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) solicitó a la Universidad de Columbia desarrollar indicadores para apoyar el análisis de los problemas que había con el monitoreo de las muertes maternas; en 1992, UNICEF publicó la primera versión y la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo hizo como un trabajo en elaboración; en 1997, UNICEF, OMS Y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) los publicaron formalmente con el nombre de indicadores en proceso.

Entre 1997 y 2008 los indicadores fueron utilizados en más de 50 países y, finalmente, en 2006 se llevó a cabo una sesión de consulta organizada por la OMS para discutir algunos cambios y revisiones técnicas, por ejemplo, eliminar la palabra proceso porque no todo se relaciona con el proceso de atención. Además, se decidió incluir la palabra neonatal.

En cuanto a la disponibilidad y utilización de recursos y calidad de la atención médica de emergencias obstétricas se plantean las siguientes preguntas:

- ¿hay instalaciones suficientes?
- ¿están bien distribuidas?
- ¿están siendo utilizadas por mujeres embarazadas?, ¿por mujeres que presentan complicaciones obstétricas?
- ¿se están aplicando medidas de salvavidas?
- ¿la atención es de calidad aceptable?

Bondades y limitaciones de los indicadores elaborados por Naciones Unidas:

1. Menos costosos
 - Los numeradores permiten el registro fácil
 - Los denominadores utilizan eventos estimados (nacimientos estimados)
2. Más válidos

Porque permiten la validación de los datos

 - la validación cruzada
3. Otros beneficios
 - Promueven la instauración de acciones
 - Ponen énfasis en la funcionalidad y la cobertura

- Pueden medir el cambio rápidamente
- Marcan las necesidades y los avances

Estos indicadores de proceso no fueron elaborados para responder las siguientes preguntas: ¿cuál es el patrón o nivel de morbilidad obstétrica en una determinada población?; ¿cuáles son los patrones de atención a la salud que se utilizan para una subpoblación?; ¿se han aplicado estándares apropiados para la atención médica?

Finalmente, habrá que preguntarse, ¿qué indicadores hacen qué?

El método de “Detección de eslabones críticos” identifica “puntos álgidos” relacionados con la calidad de la atención y con el acceso a la atención de mujeres que fallecieron por causas maternas.

El modelo de transición epidemiológica señala contextos distintos con distintas causas de MM; mientras que los indicadores de atención de emergencias obstétricas (EmOC, por sus siglas en inglés), de Naciones Unidas, ayudan a monitorear el funcionamiento del sistema. Un recurso interesante son las auditorías clínicas que observan los servicios operando y se complementan con los estudios comunitarios que ofrecen la visión de la población acerca del funcionamiento del servicio y, especialmente, las barreras de un servicio de alta calidad.

En el uso de estos indicadores de proceso es importante destacar que “no debemos comernos el menú”; en la relación entre indicadores y servicios, “la información es el menú y los servicios son la comida”.

Establecimiento de estrategias prioritarias |

RETOS EN LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN GRUPOS ALTAMENTE VULNERABLES

DEBORAH MAINE
ELENA ZÚÑIGA
Consejo Nacional de Población (CONAPO)
México, DF, México

Orientación de los programas de planificación familiar

Es difícil obtener un panorama claro de la evolución de la planificación familiar (PF) en México, debido a que se cuenta con pocos datos y los disponibles no son del todo sólidos. Sin embargo, muchas fuentes están confirmando algunos datos que se presentan en esta oportunidad.

Actualmente, la mujer en México tiene el derecho a decidir el número de hijos, a regular su fecundidad de manera segura y a disponer de la información y de los recursos para hacerlo. Durante los últimos treinta años el uso de anticonceptivos por mujeres en edad fértil creció: de 30.2% en 1976 a 70.9% en el 2006 (figura 1). Ciertos rasgos peculiares de esta evolución son los siguientes: a) crecimiento vertiginoso durante los primeros diez años, b) crecimiento progresivo en la década de 1980, y c) prácticamente un estancamiento después del año 2002.

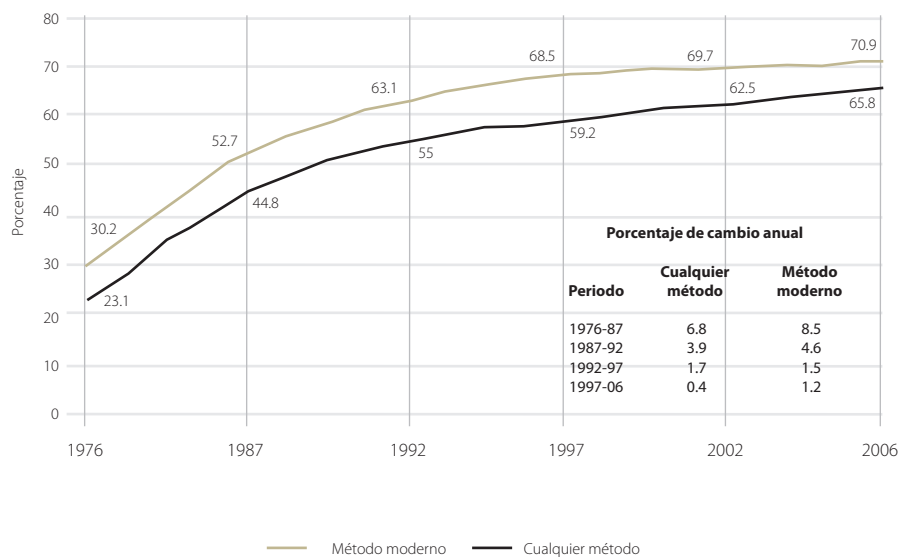
A pesar de los avances importantes en la expansión del Programa de Planificación Familiar aún quedan sectores de la población a los que no llega información sobre el uso de anticonceptivos y hay grupos sociales que son resistentes a recibir información sobre estos métodos.

Los lugares en donde las mujeres en edad fértil obtienen los anticonceptivos corresponden fundamentalmente a organismos públicos: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), a través de su Programa Oportunidades (38%), ha manifestado una mayor cobertura en este tipo de servicios; la Secretaría de Salud (SSA) es el segundo organismo importante (26.4%) en la distribución de estos métodos y mostró un incremento -de 19.6% al 26.4% entre 1997 y 2006-. Las farmacias (12.7%) y otros organismos privados (15.3%) juegan un papel menos relevante (figura 2).

Evolución de la utilización de métodos anticonceptivos en México

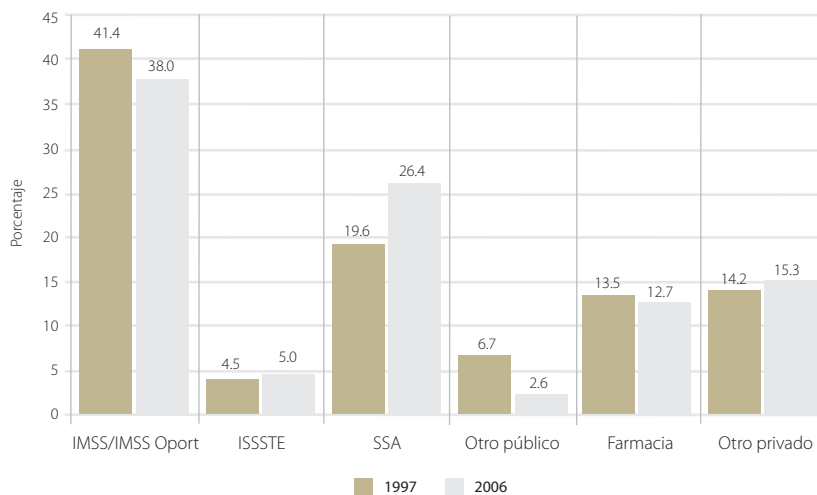
La evolución del uso de anticonceptivos muestra cambios en el tipo de método utilizado. Si bien en sus inicios la pastilla anticonceptiva era el método más común, éste fue evolucionando a otras modalidades, como el dispositivo intrauterino (DIU), la oclusión tubaria bilateral, anticonceptivos inyectables, métodos locales,

Figura 1
Porcentaje de mujeres unidas, en edad fértil, que usa métodos anticonceptivos. México, 1976-2006



Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en las encuestas demográficas nacionales, 1976 a 2006

Figura 2
Distribución porcentual de las mujeres en edad fértil usuarias de anticonceptivos, según lugar de obtención. México, 1997-2006



Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID 1997 y 2006 (estimaciones preliminares)

etcétera. En los últimos años, menos de 10% de las mujeres utiliza pastillas; aunque el DIU tuvo una gran aceptación entre los decenios de 1970 y 1990, después del 2000 se observa una reducción a poco menos de 15% de usuarias. El método de oclusión tubaria bilateral es el que más ha aumentado, en gran parte debido a que se distribuye en los servicios de salud y a que una vez que se inicia es definitivo y se mantiene vigente hasta que la mujer concluye su edad reproductiva, es decir, hasta los 49 a 50 años de edad. Hay mayor énfasis en el uso de métodos definitivos y pareciera que incrementa (de 46.5% en 1997 a 57.8% en el 2006) gracias a los programas de la SSA durante el posparto. La vasectomía aumenta muy poco, los métodos locales incrementan debido a que el uso del condón se ha hecho más popular como resultado de la expansión de los programas de prevención del VIH/Sida y los anticonceptivos inyectables se han mantenido en una participación muy similar.

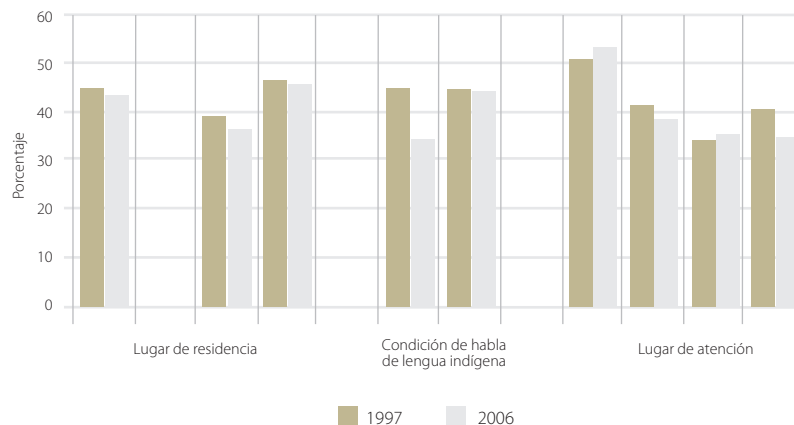
Uso de anticonceptivos posparto

De acuerdo con datos procesados en el Consejo Nacional de Población (CONAPO), la distribución del uso del método anticonceptivo posparto es desigual en áreas rurales y urbanas y entre población indígena y no indígena. Las mujeres en áreas rurales tienen menor acceso (37%) y las que hablan lengua indígena, aún menor (35%). La cobertura de la oferta de anticonceptivos en las unidades de salud es también diferente: el IMSS cubre 54% de la demanda; el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), 39% y la SSA, 36% (figura 3).

El indicador de prevalencia de uso de estos métodos en mujeres en edad fértil, distribuidas por grupos quinquenales de edad, entre 1997-2006, deja ver que en estos últimos diez años se ha experimentado un retroceso en la atención a grupos de entre 15 a 19 y de 20 a 24 años de edad (figura 4). Los programas de salud deben poner mayor atención a esta característica, así como al hecho de que las nuevas usuarias de métodos anticonceptivos se ha mantenido prácticamente constante durante la última década, incluso ha descendido en los últimos tres años (figura 5).

■ **Figura 3**

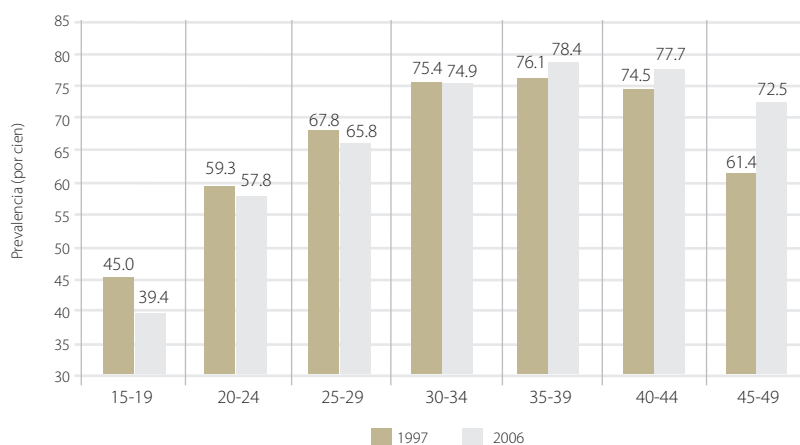
Uso del método anticonceptivo post parto de mujeres en edad fértil, por lugar de residencia, condición de habla indígena y lugar de atención del parto. México, 1997-2006



Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 1997 y 2006 (estimaciones preliminares)

■ **Figura 4**

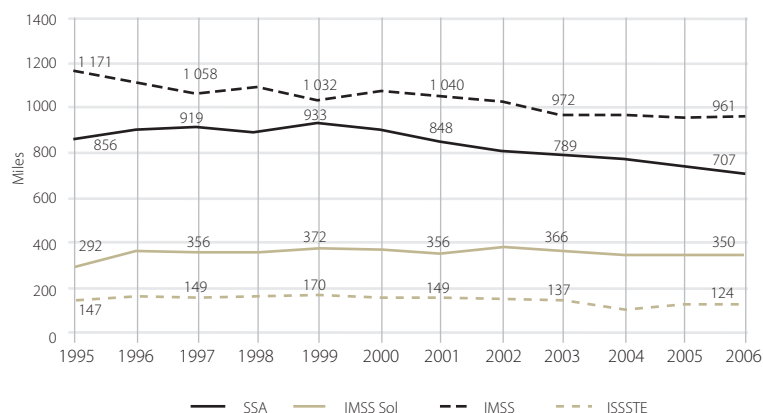
Prevalencia de uso de anticonceptivos post parto por mujeres unidas, en edad fértil, por grupos quinquenales de edad, México, 1997-2006



Fuente: estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 1997 y 2006

■ **Figura 5**

Nuevas aceptantes de métodos anticonceptivos, según institución. México, 1995-2006



Fuente: registros de Planificación Familiar de las instituciones, 1995-2006
SSA: Secretaría de Salud; IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social; IMSS SOL: IMSS Solidaridad; ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

La demanda insatisfecha de anticonceptivos

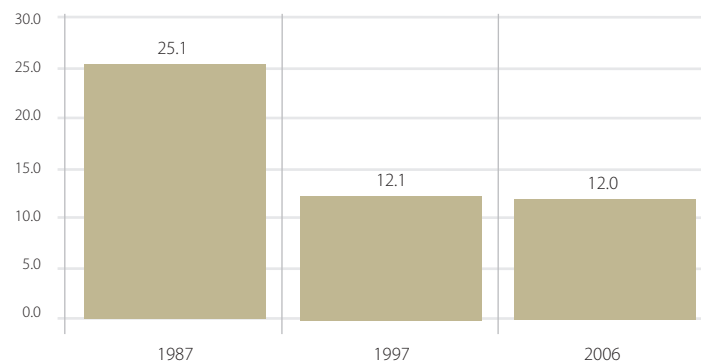
El indicador de demanda insatisfecha señala a las mujeres que no utilizan el método anticonceptivo a pesar de su voluntad de hacerlo; en 1987 alcanzó 25.1%, en 1997 cae a 12.2% y en 2006 desciende a 12.0%, lo cual refleja que en nuestro país durante los últimos diez años no se ha avanzado en materia de cobertura de la demanda insatisfecha (figura 6). Al distribuir los datos por grupos de edad se ve que en jóvenes de entre 15 y 19 años hubo un incremento de la demanda insatisfecha de 27% a 36%, también sucede esto en el grupo de 20 a 24 años (de 14.7% a 16.6%) y en el de 30 a 34 años (de 10.3% a 11.2%); sólo en el caso de las mujeres de más edad, por ejemplo, de entre 40 y 44 años, se observa una reducción de su demanda insatisfecha de

6.6% a 5.8% (figura 7). Si se toma en cuenta el número de hijos por mujer, la demanda insatisfecha crece notablemente entre 1997 y 2006 en mujeres sin hijos o con al menos un hijo; en cambio, desciende si se observa en mujeres con cuatro hijos o más, en este mismo período. Todos estos datos destacan la importancia de extender estos recursos especialmente a los grupos de mujeres fértiles más jóvenes.

Durante este mismo período es muy clara la diferencia del comportamiento de la demanda insatisfecha al comparar grupos y áreas sociales (figura 8). Por ejemplo, en las zonas rurales la demanda insatisfecha baja de 22.2% a 20.9% en diez años; en cambio en las urbanas aumenta de 8.9% a 9.4%. Aparece un comportamiento similar al comparar mujeres que hablan lengua indígena con las que no; en las primeras, la demanda insatisfecha baja de 25.8% a 22.8%, en cambio, entre las que no hablan lengua indígena este indicador se mantiene prácticamente igual (11.0%).

■ **Figura 6**

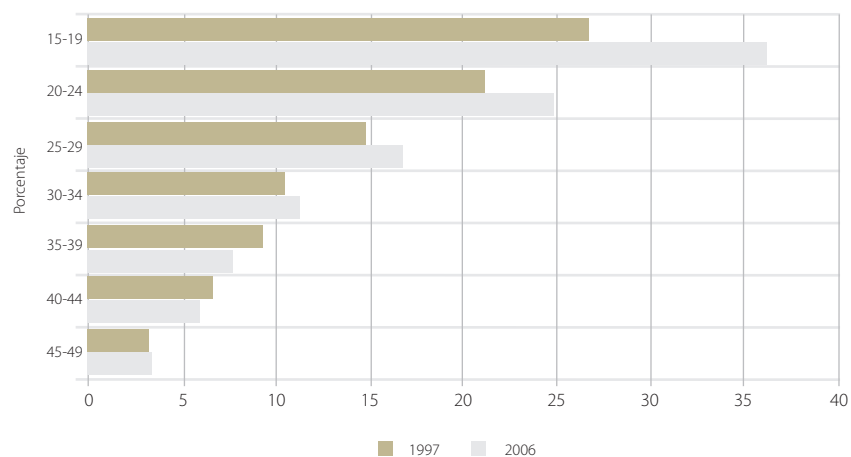
Demanda insatisfecha de planificación familiar de mujeres en edad fértil unidas. México, 1987, 1997 y 2006



Fuente: Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud (ENFES) 1987; Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 1997 y 2006

■ **Figura 7**

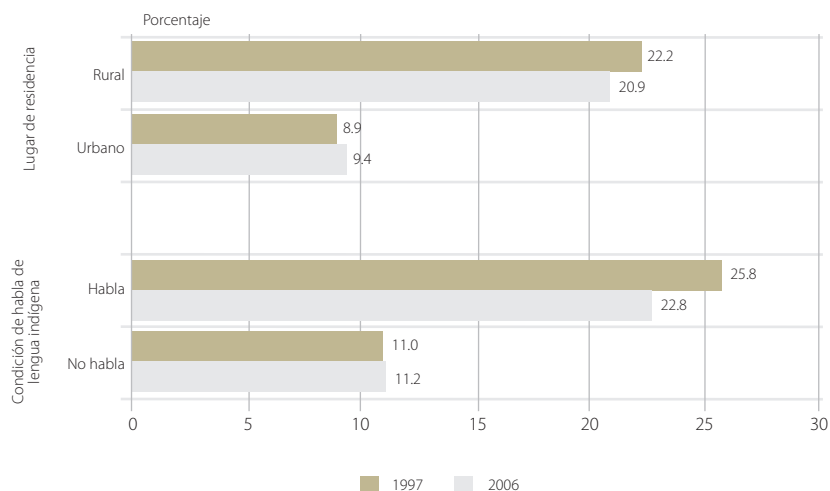
Demanda insatisfecha de planificación familiar de mujeres en edad fértil, unidas, por grupos de edad. México, 1997 y 2006



Fuente: estimaciones del CONAPO con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2006

Figura 8

Demanda insatisfecha de planificación familiar de mujeres en edad fértil, unidas, por lugar de residencia y condición de habla de lengua indígena. México, 1997 y 2006



Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 1997 y 2006

En los grupos donde se observa una gran diferencia de la demanda insatisfecha es en los de alta marginalidad; durante la década analizada bajó de 36.5% a 26.7%; en los sectores medios y bajos no se observan diferencias (figura 9).

Calidad de la información sobre métodos anticonceptivos

Un aspecto interesante en la oferta de estos recursos tiene que ver con la calidad de la información sobre las alternativas de anticoncepción que los servicios ofrecen a las mujeres. Para cada uno de los métodos se midió la percepción de la información recibida, es decir, si a las usuarias se les informó adecuadamente de la existencia de otros métodos, si les aclararon sus dudas, si les explicaron las molestias, si dieron algún tipo de seguimiento, si les pidieron que regresaran o si les dedicaron tiempo para sus dudas. Al analizar estos indicadores durante la prescripción del DIU, en el IMSS la mayoría se cumplieron en más de 70%, en la SSA en 60% y en el sector privado sobre el 80%. En los tres sectores el indicador de mayor relevancia es el de seguimiento; es decir, solicitan a las usuarias que regresen al servicio. Estos indicadores señalan que todavía hay áreas de oportunidad para mejorar la calidad de la oferta de estos métodos, la cual deberá aumentar especialmente en los servicios de salud públicos (figura 10).

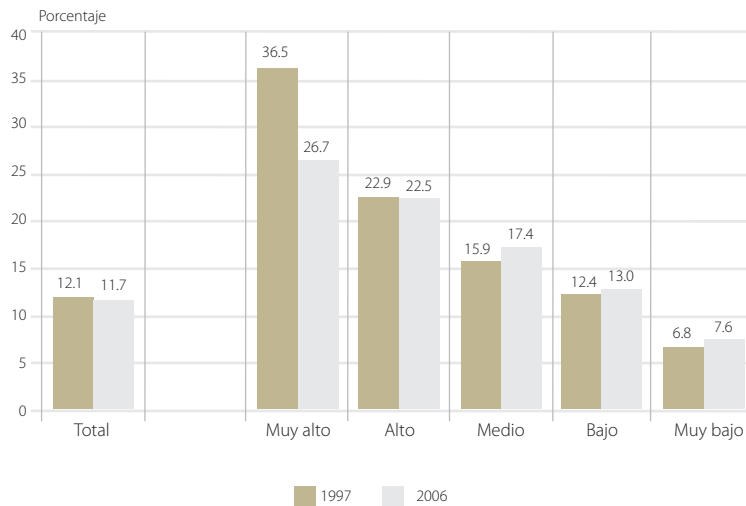
Estancamiento en la oferta de anticonceptivos a adolescentes y jóvenes

Una población clave en la utilización de estos recursos son los adolescentes; en este grupo también se abre una gran oportunidad para las políticas y programas de PF.

Si se compara a México con otros países de América Latina, la atención a los grupos de entre 15 y 19 años de edad en el uso de métodos modernos muestra un comportamiento más bajo. México cubre al

Figura 9

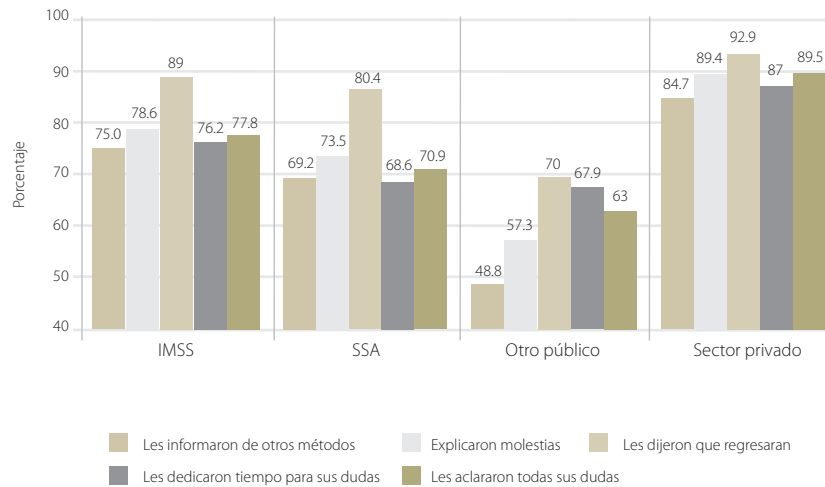
Demanda insatisfecha de planificación familiar de mujeres en edad fértil, unidas, según grado de marginación. México, 1997-2006



Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 1997 y 2006 (estimaciones preliminares)

Figura 10

Percepción de la información recibida durante la prescripción del dispositivo intrauterino posparto. México, 2006



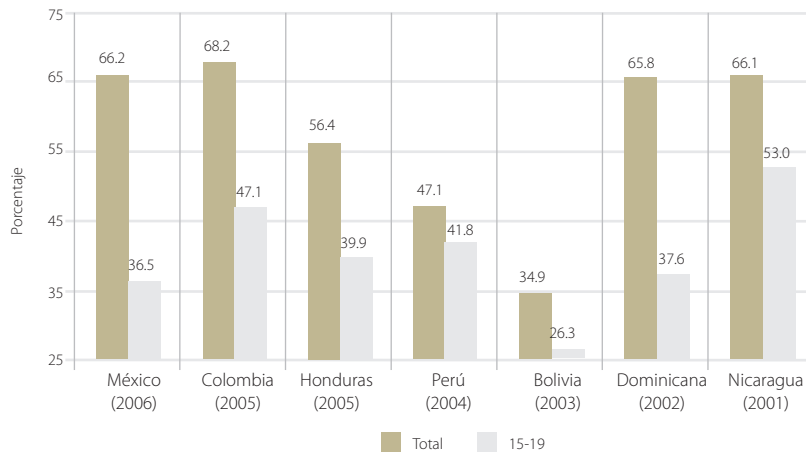
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2006

36.5% de este grupo de edad, menor que Nicaragua (53%), Colombia (47%), Perú (42%) y Honduras (40%). Aun cuando tenemos comportamientos ejemplares en otros indicadores de salud, en éste hay un rezago importante (figura 11).

El Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, de la Universidad Nacional Autónoma de México (CRIM/UNAM), hizo una encuesta en instituciones de educación secundaria y media superior de varias entidades federativas; se preguntó a los jóvenes, “¿cuándo es más probable que una mujer quede

Figura 11

Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos modernos de mujeres unidas, según países seleccionados, 2001-2006



Fuente: México, estimaciones del CONAPO con base en la ENADID, 2006. Resto de los países, Demographic and Health Surveys

embarazada?”. Las respuestas incorrectas son tan altas en las mujeres (80.1%) como en los hombres (85.2%). Al preguntarles si han oído hablar de algún método anticonceptivo y si lo conocen realmente, la mayoría de las respuestas dejan ver que si bien escuchan sobre estos recursos, el conocimiento es bajo, con excepción de los condones -86% de los entrevistados señala haber oído hablar de ellos y 76.3% los conoce realmente-; en el caso de las pastillas, 75.9% escucha hablar de ellas, pero sólo 16% las conoce.

Estos datos fundamentan la necesidad de establecer un compromiso entre los sectores de salud, educación y desarrollo social para impulsar programas de atención a este grupo social.

Es importante señalar que la anticoncepción de emergencia es un método del cual se ha oído hablar, pero 1 de cada 3 estudiantes jóvenes (36%) y 33% de las mujeres lo conoce. Considerando que ha habido poca información sobre este método, estos datos no resultan ser tan bajos.

Conclusión

En el contexto señalado, cabe concluir que es imperativo cambiar el enfoque tradicional de los programas de fomento de la utilización de métodos anticonceptivos. Es necesario desarrollar creatividad y capacidad de alianza con diversos sectores, incluyendo a otras dependencias, especialmente las educativas, y promover un comportamiento participativo de la ciudadanía y de estos jóvenes, con la finalidad de ayudarlos a conducir de mejor forma sus conductas sexuales y reproductivas.

Preguntas y comentarios

¿Han cruzado esta información de demanda insatisfecha con el abasto de anticonceptivos? Pienso que ahí podemos identificar algo, ya que en décadas anteriores había mayor abasto de anticonceptivos y gran parte del comportamiento de las instituciones de salud estaba precisamente determinado por el abastecimiento y la oferta de estos productos.

Respuesta de Elena Zúñiga

La demanda insatisfecha podría estar, quizás, más vinculada con la oferta o disponibilidad de los anticonceptivos en los servicios, que con las políticas de difusión.

2. ¿Los cambios políticos en el gobierno, al estar encabezados por un grupo conservador desde el año 2000, tienen algo que ver con los cambios declarados o no declarados de las políticas de PF en este país?

Respuesta de Elena Zúñiga

Son preguntas complicadas porque no se pueden ver desde una perspectiva polarizada, no se puede calificar de blanco o negro, al tener que dar una opinión sobre cuánto impacto ha tenido el nuevo gobierno. Es importante evitar un análisis absolutista de las políticas de gobierno en materia de PF. La información entregada corresponde a resultados de encuestas muestrales y resulta difícil cruzar esta información con la que se obtiene en unidades de salud y, al no contar con un sistema georreferenciado, el análisis resulta aún difícil.

Sin embargo, es posible asociar los problemas de abasto con la demanda insatisfecha; sabemos que efectivamente ha habido problemas de abasto y han tenido algo que ver con el embarazo no deseado. Lo que es importante retener aquí es que hay aún un gran número de mujeres que no están utilizando métodos anticonceptivos por la falta de información y por su mala calidad. También ha influido el hecho de que hay estados que han dejado abandonadas a las mujeres y éstas no cuentan con la información de calidad.

También influye la posición de la pareja que tiene una serie de prejuicios respecto al uso de estos métodos. En este sentido ha habido una falta de atención por parte de las instituciones de salud a la población masculina. Poco se hace para incorporar al hombre a programas de sensibilización y educación sobre este tema; recordemos que gran parte de las mujeres pioneras en las décadas de 1970 y 1980 en el uso de estos métodos lo hicieron a escondidas de los hombres. Ha habido cambios culturales en el hombre derivado de la forma en que la mujer le comunica estos cambios, pero no ha sido resultado de acciones especiales que hayan ejercido las instituciones de salud en esta materia.

¿Qué tanto el programa IMSS-Oportunidades disminuyó el alcance de los métodos de PF porque este programa otorga una beca por cada niño que tiene la familia?

Respuesta de Elena Zúñiga

En cuanto al Programa IMSS-Oportunidades, de acuerdo con las evaluaciones hechas, en particular en cuanto al uso de anticonceptivos, se ha concluido que no tiene un efecto en el incremento de la fecundidad. Habría que agregar que las mujeres no tienen hijos con fines comerciales. Ha habido un impacto, aunque no muy fuerte ni el deseado, en mujeres que reciben información sobre PF de manera sistemática y han mostrado disposición de planear el número de hijos.

Comentarios

En cuanto a las políticas gubernamentales habría que decir que han disminuido los mensajes en los medios masivos de comunicación, pero este descenso no sólo se ha manifestado en materia de anticonceptivos sino en todos los ámbitos de la salud. Se han reducido sensiblemente las campañas gubernamentales y los tiempos de promoción de programas nacionales.

En el sector privado y en organismos civiles hay experiencias interesantes en promoción de la utilización de anticonceptivos, pero de muy corto alcance. Ha habido una buena experiencia de trabajo con los adolescentes, especialmente por la disponibilidad de servicios amigables de salud reproductiva para los jóvenes, del IMSS, pero la SSA no tiene los puntos de contacto para desarrollarlo.

Respuesta de Elena Zúñiga

Qué bueno que mencionas a los Centros de Atención Rural al Adolescente (CARA), son espacios amigables sumamente exitosos. En realidad donde observamos que se concentran los mayores problemas con la atención a la población adolescente es en las áreas urbanas; es aquí donde debiéramos explorar nuevos programas.

LOS RETOS DE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN GUATEMALA

NADINE GASMAN ZYLBERMAN
Representante del Fondo de Población de
Naciones Unidas (UNFPA)
Guatemala, Guatemala

La planificación familiar (PF) es un elemento esencial para reducir la mortalidad materna y ésta se vincula, en primer lugar, con el ejercicio de los derechos reproductivos, es decir, el derecho de cada persona a decidir de manera libre e informada si tener hijos(as), y el número y espaciamiento de los mismos y, en segundo lugar, a la obligación de los Estados de garantizar estos derechos. Es imprescindible recordar que el marco de derechos y obligaciones en un país es esencial para el desarrollo e implementación de las políticas públicas.

Contribuciones en materia de políticas públicas

Las siguientes Conferencias Internacionales hacen aportes importantes y establecen metas para lograr el acceso universal a servicios de salud reproductiva que incluye políticas públicas en materia de PF:

- La Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (Cairo) 1994.
- La Conferencia Internacional de la Mujer (Beijing) 1995.
- Los Objetivos de Desarrollo del Nuevo Milenio, que señalan la reducción de la MM en tres cuartas partes. En estos últimos se agregó la meta, en el 2005, que se refiere al acceso universal a los servicios de atención de la salud reproductiva.

Características sociales y demográficas de Guatemala

Para apreciar el desafío que representa para Guatemala lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio, es necesario rescatar algunos datos que ilustran su perfil demográfico y social. En el país se hablan 24 idiomas; más de 50% de la población se autodenomina indígena y cuenta con sólo 9.7 médicos por cada 10 mil habitantes, distribuidos de manera desigual, en áreas urbanas y rurales. Hay hospitales enteros que cuentan con un solo médico después de las cinco de la tarde. El gasto destinado a salud (4.7% del producto interno bruto –PIB-) y el gasto público (1.2%) son bajísimos.

Los antecedentes demográficos de este país se sintetizan en los siguientes datos:

- Su población en el año 2000 alcanzaba 11.3 millones de habitantes
- Se registraban 415 mil nacimientos anuales
- Un crecimiento natural anual de 330 mil (2.9%) habitantes
- Movimiento migratorio constante y especialmente hacia Estados Unidos, pasando por México (30 000)
- Una duplicación de la población cada 26 años

Los indicadores de salud

Guatemala registra una razón de mortalidad materna (RMM) de 140 por cada 100 mil nacidos vivos en el 2006, la cual es muy alta.

La expectativa de vida es de 69 años en mujeres y 65 en hombres.

Uso de métodos anticonceptivos modernos de solamente 43.4%, con alrededor de un tercio de la demanda insatisfecha (28%); es decir, 1 de cada 3 mujeres no tiene acceso a métodos anticonceptivos aunque quisiera.

Tasa global de fecundidad: 4.4 niños por mujer con diferencias importantes entre el área rural (5.3) y el área urbana (2.8).

A partir del año 1950 la tasa de fecundidad baja progresivamente y se espera alrededor de 9 millones de nacimientos entre 2000 y 2020, pero ha habido una marcada disminución de nacimientos desde los años noventa (figura 1).

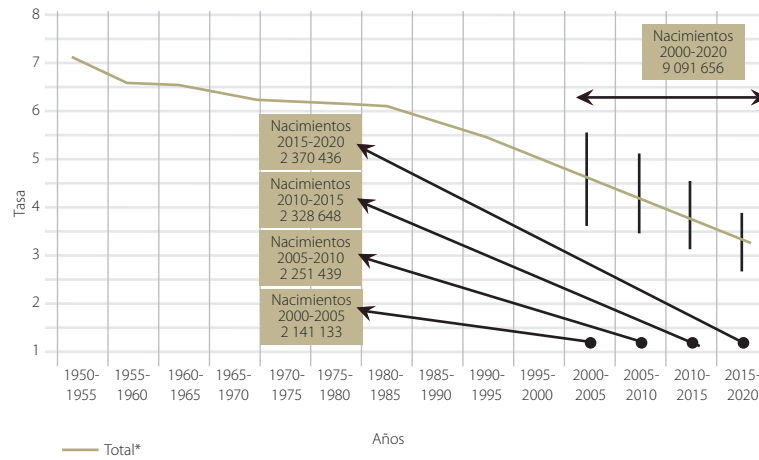
La diferencia entre el número de hijos por mujer está relacionada con el nivel de escolaridad de las madres: en tanto las mujeres con educación secundaria o mayor tienen en promedio dos hijos/as, aquellas sin instrucción educativa tienen un promedio de cinco.

Un indicador relacionado con los derechos reproductivos de las mujeres es la relación entre fecundidad deseada y real, la cual muestra claras diferencias entre mujeres que viven en zonas rurales de las que viven en áreas urbanas. En estas últimas, generalmente las más instruidas, la fecundidad real se acerca más a sus deseos (2.8%-3.4%), independientemente de la existencia de un medio ambiente conservador y religioso; no es así en las áreas rurales (4.3%-5.2%; figura 2). Estas diferencias en la demanda insatisfecha son aún mayores si se comparan mujeres ladinas (21.9%) con indígenas (39.3%; figura 3).

En cuanto a las condiciones socioeconómicas en Guatemala se observan hechos similares a los que ya conocemos en países con desarrollo similar; es decir, el acceso a los servicios y la satisfacción de necesidades están determinados por el ingreso económico; más de 40% de las mujeres pobres no tiene acceso a los servicios, en tanto que la mayoría de mujeres con altos ingresos sí lo tiene.

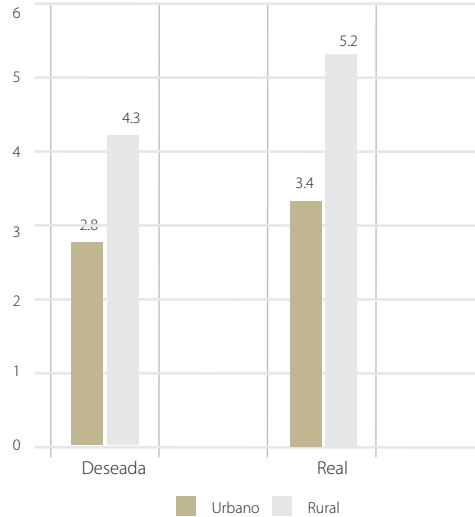
La situación de vida de las niñas mayas se obtuvo de un estudio del Population Council en el que se ilustra la historia común de estas niñas que entran a la escuela de manera tardía y alrededor de los 12 años de edad la abandonan; se van de su casa para realizar algún trabajo y un par de años después un número significativo se ha casado y está embarazada. Intervenciones desarrolladas por el Population Council muestran que acciones que fomenten la autoestima, les den habilidades para la vida, información sobre salud sexual y reproductiva antes de los 12 años de edad permiten que se queden en la escuela, lo que cambia la vida de las niñas indígenas.

Figura 1
 Tasa global de fecundidad en Guatemala



* Proyecciones y Estimaciones de Población. Basadas en el XI Censo de Población 2002.
 ** Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil

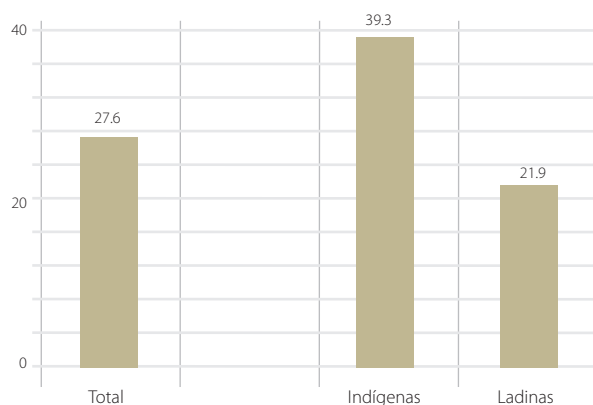
Figura 2
 Fecundidad deseada y fecundidad real en Guatemala



Fuente: Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2002. Guatemala, Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2003

Figura 3

Demanda insatisfecha de planificación familiar en mujeres de entre 15 a 49 años de edad, por grupo étnico. Guatemala, 2002



Fuente: Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2002. Guatemala, Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2000

Algunos avances

1. Marco legal. Después de 36 años de guerra civil y desde hace 12 años con los acuerdos de Paz, Guatemala inicia un proceso de emergencia de movimientos de mujeres de la sociedad civil organizada, apoyados por organismos internacionales para presionar por el desarrollo de un marco legal y de servicios que pueda dar respuesta a las demandas de poblaciones vulnerables.
 - La Ley de Desarrollo Social y de Población, publicada en el año 2001, da el marco para el desarrollo de la salud reproductiva en el Ministerio de Salud y la Seguridad Social.
 - La Ley de Impuesto a Bebidas Alcohólicas que establece que 15% de lo recaudado se debe utilizar para financiar el Programa de Salud Reproductiva del Ministerio de Salud.
 - la Ley de Acceso Universal a la Planificación Familiar y Apoyo al Programa de Salud Reproductiva (2006) regula las obligaciones del sector salud.

A partir del fortalecimiento del marco legal se han elaborado lineamientos estratégicos y protocolos en materia de salud reproductiva incluyendo la PF.

La Ley de Desarrollo Social empezó a cambiar la historia del acceso a los métodos anticonceptivos. Hasta el año 2000 la mayoría de estos insumos se distribuían por el sector privado y a través de un organismo no gubernamental, y había muy poco acceso a estos productos en los servicios públicos; la relación cambia y se invierte gracias a esta Ley.

También se observa una tendencia al aumento de años de pareja protegidos. Se ha incrementado la tendencia de PF entre 2001 y 2006 y se manifiestan diferencias en el uso de métodos anticonceptivos versus las que no lo utilizan. En el año 2002, si bien los métodos anticonceptivos modernos son conocidos por la mayoría de las mujeres indígenas (82%) y ladinas (98%), hay una gran diferencia en su uso: menos de 30% de las mujeres mayas los utiliza, en comparación con 65% de las mujeres ladinas. Las nuevas usuarias han incrementado (en 80%) gracias al nuevo sistema de compra de anticonceptivos creado por el Ministerio

de Salud. Actualmente, tres métodos anticonceptivos están disponibles en todos los puntos de distribución del Ministerio de Salud (anticonceptivos orales, inyectable de 3 meses y condones). Se están introduciendo los implantes subdérmicos y el inyectable de aplicación mensual.

Se mantienen ciertas diferencias entre grupos sociales, por ejemplo, las ladinas conocen más de métodos anticonceptivos que las indígenas; pero en cuanto a su uso esta diferencia es abismal. El Ministerio de Salud se dio a la tarea de hacer estudios cualitativos para desarrollar estrategias que permitieran disminuir la demanda insatisfecha.

Un trabajo realizado entre el Population Council y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala en el 2007 para caracterizar la demanda insatisfecha en mujeres ladinas muestra que:

- Aunque se percibe que hay barreras de acceso a los servicios de salud para las mujeres ladinas, ellas prefieren acudir a los servicios públicos de PF.
- La mayoría de las mujeres conoce la existencia de los métodos, su uso y duración, pero hay desinformación y temores en relación con los efectos secundarios.
- Aunque las mujeres quieren incorporarse a la PF no lo hacen.
- Las mujeres expresan necesidad de conocer más sobre los efectos de los métodos y aclarar sus dudas.
- Existe diferencia en el conocimiento de los servicios y la existencia de métodos de PF de acuerdo con la edad: las mujeres de 15 a 19 años conocen menos estos servicios, lo que representa una ventana de oportunidad ya que 20% de los embarazos en Guatemala son de menores de 20 años y desarrollar acciones para este grupo redundaría en una disminución de los embarazos, la fecundidad y la mortalidad materna.

Se realizó el mismo estudio por la Agencia de Cooperación Internacional de los Estados Unidos (USAID, por sus siglas en inglés) y el Ministerio de Salud en poblaciones indígenas, en el cual se comprobó que la situación es algo distinta:

- Las barreras médicas son enormes y muchas de ellas están marcadas por la discriminación, reflejada en el hecho de que más de la mitad de proveedores de tres localidades dudan de la capacidad de las mujeres indígenas para comprender la información sobre PF y, por lo tanto, no se las dan.
- Hay un gran problema de comunicación porque la mayoría de los médicos no habla las lenguas indígenas; el porcentaje de quienes proveen anticonceptivos y utilizan intérprete es bastante alto (cerca de 40%).
- Gran cantidad de mujeres indígenas estarían dispuestas a planificar su familia, pero no reciben los servicios adecuados.
- En las comunidades indígenas las personas mayores tienen un importante liderazgo, y una opinión negativa acerca de la PF, lo cual influye de la siguiente manera:
 - Las comunidades consideran que las mujeres que utilizan métodos anticonceptivos pueden ser infieles o abandonar su papel dentro del matrimonio.
 - La cultura patriarcal y el “machismo” limitan la autonomía de las mujeres para tomar decisiones sobre el uso de métodos anticonceptivos.
 - Las creencias y mensajes religiosos dejan ver a la PF como un “pecado”.

Acciones

El Ministerio de Salud estableció el Plan Nacional y Estrategias de PF específicos y diferenciados por grupos poblacionales haciendo distinción entre grupos de mujeres indígenas y ladinas, con énfasis en los jóvenes; también está promoviendo una Coordinación Interinstitucional entre este organismo de gobierno, el Seguro Social de Guatemala y las ONG que están atendiendo la ampliación de cobertura.

Conclusiones

Es necesario atender los determinantes culturales en la percepción que tiene la población acerca del uso de los métodos anticonceptivos.

Se deben desarrollar estrategias que sensibilicen a los grupos familiares y comunitarios, en especial a las personas mayores, cuya apreciación negativa de la PF influye en la opinión colectiva.

Bibliografía recomendada (por Nadine Gasman, Planificación Familiar)

- Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia (SEGEPLAN). Segundo Informe de Avance de las Metas del Milenio. 2005. Disponible en: <http://www.guatemala.gob.gt/Segeplan/Herramientas/MetasMilenio/index.htm>
- Abramson W, Sánchez A, Olson N. Diagnóstico de la disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos en Guatemala: fortalezas y retos de los servicios de planificación familiar en Guatemala. Guatemala: DELIVER, para la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID); 2006.
- Estudio cualitativo de barreras hacia los servicios de salud reproductiva en poblaciones indígenas. Proyecto HPI. USAID. 2007.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Línea basal de mortalidad materna para el año 2000. Guatemala: MSPAS; 2003.
- Opiniones de usuarias de servicios públicos de salud con necesidad insatisfecha de planificación familiar. Population Council/UNFPA. Marzo 2008-09-22.
- Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2002. Guatemala, Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; 2003. 295 pp.
- Decreto 87-2005. Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar y su Integración en el Programa Nacional de Salud Reproductiva. Guatemala: Congreso de la República, 16 de noviembre de 2005.

DIFICULTAD PARA LA INCORPORACIÓN DE INTERVENCIONES EFECTIVAS

ANA LANGER GLAS
Directora Ejecutiva del EngenderHealth
Nueva York, Estados Unidos de América

Barreras para la utilización de intervenciones basadas en la evidencia científica en la atención a la salud materna

En salud materna, más de 90% de las complicaciones a las que nos enfrentamos en la práctica clínica cuentan con conocimiento y herramientas de probada seguridad, sustentadas en evidencia científica, que nos permitirían resolver una gran mayoría de los casos y evitar muertes.

En América Latina el problema principal en población urbana es la deficiente calidad de la atención médica. Aun cuando la cobertura de los servicios es amplia y el porcentaje de los partos atendidos es elevado, las mujeres siguen teniendo una morbilidad y mortalidad materna alta debido a la deficiente calidad de la atención. Esto, en gran medida, se debe a que los proveedores de los servicios, los programas y especialmente las usuarias no se benefician del conocimiento científico existente.

Se presentan aquí tres estudios con diseños científicos de gran rigor para evaluar intervenciones realizadas por organismos internacionales en México, con el propósito de identificar las dificultades que tiene el personal de salud para utilizar o reforzar intervenciones basadas en la evidencia científica.

1. LA INTRODUCCIÓN DE UNA POLÍTICA DE SEGUNDA OPINIÓN OBLIGATORIA PARA REDUCIR LOS NACIMIENTOS POR CESÁREA

América Latina ocupa el primer lugar en el número de cesáreas aplicadas en el mundo, a pesar de evidencias científicas que señalan los riesgos de nacimientos por cesáreas cuando ésta no se aplica para resolver algún problema grave para la mujer o para el feto. En ciertas instituciones públicas de la región, más de 50% de nacimientos es por cesárea y en hospitales privados, más de 80%.

Las “cesáreas innecesarias” resultan de una red de factores muy complejos relacionados con proveedores y usuarios, y con la falsa percepción de beneficios porque el médico sigue pensando que la cesárea es un factor de alta seguridad. A ello se agregan otros factores, tales como: a) el desconocimiento de evidencias para el manejo de indicaciones comunes de cesárea, b) la inseguridad del personal en-

trenamiento, c) incentivos económicos, d) conveniencia individual e institucional y e) factores culturales. La intervención fue diseñada para evaluar los tres primeros factores mencionados.

Este estudio consistió en obtener una segunda opinión obligatoria por parte de un obstetra más experimentado que entregaría al médico tratante que recomendaba la cesárea en primer lugar. Las expectativas de esta intervención fueron:

- Reducir la frecuencia de diagnósticos erróneos
- Promover el manejo conservador de causas de cesáreas electivas
- Reducir cesáreas innecesarias

Se elaboraron guías basadas en evidencia donde se describían los procedimientos para dar una segunda opinión.

Los países participantes fueron México, Brasil, Guatemala, Argentina y Cuba. El diseño del estudio fue un ensayo clínico aleatorizado llevado a cabo en una gran cantidad de hospitales; los de la intervención tenían esta política de segunda opinión obligatoria y los del grupo control seguían con el manejo de rutina.

El resultado primario (variable dependiente) del estudio fue la tasa de cesáreas y los resultados secundarios fueron mortalidad fetal, neonatal y materna, admisión a la unidad de cuidados intensivos (UCI) e internamiento materno mayor a siete días.

La hipótesis de estudio fue que al introducir la segunda opinión obligatoria se reduciría la tasa de cesáreas.

Los efectos que se pretendían lograr con la segunda opinión fueron muy bajos, prácticamente no se logró modificar la decisión de cesárea electiva, es decir, no hubo impacto (cuadro I).

Las conclusiones finales del estudio señalaron que la segunda opinión es una intervención demasiado compleja y costosa para recomendarla, que sin duda debieran tener todos los hospitales, pero no es

■ Cuadro I

Efectos de segunda opinión sobre tasas de cesáreas

	Hospitales de intervención (17 hospitales, 70 410 mujeres)			Hospitales control (17 hospitales, 78 866 mujeres)			Diferencias entre hospitales pareados		
	Tasas basales	Tasas finales	Diferencia	Tasas basales	Tasas finales	Diferencia	Diferencia promedio entre cambios (95% CI)**		p
Todas	26.34	24.71	-1.62	24.55	24.86	0.31	-1.94	(-3.81 to -0.06)	0.044
Efectivas	8.95	9.07	0.13	9.06	9.01	-0.06	0.18	(-1.39 to 1.76)	0.808
Intraparto	17.42	15.64	-1.78	15.44	15.87	0.42	-2.20	(-4.31 to -0.10)	0.041

Fuente: Althabe F, Belizán JM, Villar J, Alexander S, Bergel E, Ramos S, Romero M, Donner A, Lindmark G, Langer A, Farnot U, Cecatti JG, Carroli G, Kestler E for the Latin American Caesarean Section Study Group (ELAC). The Latin-American cluster randomized controlled trial of mandatory second opinion for the reduction of unnecessary caesarean sections. *The Lancet* 2004;363:1934-40

recomendable para introducirla ni para reducir el número de cesáreas. Se hizo, además, un estudio cualitativo para ayudar a interpretar los datos obtenidos, del cual se arribó a las siguientes conclusiones:

La segunda opinión resultó ser una intervención demasiado compleja y de impacto limitado como para recomendarla en contextos de recursos limitados.

Explican la falta de efectividad posibles factores como: la segunda opinión no fue implementada según el protocolo, el "consultor" no siempre estuvo presente, no acudió a apoyar al médico tratante; el "consultor" tiende a ratificar la "primera" opinión sin cuestionarla; y se observó falta de consulta y seguimiento de guías basadas en evidencia que se habían elaborado ex profeso.

Las guías elaboradas para apoyar la segunda opinión no fueron consultadas con la frecuencia esperada.

La supervisión es bastante más compleja de lo que se cree, y en el estudio demostró que no fue completa.

Los médicos muestran una gran resistencia al cambio, tanto de percepción de lo que se debe y no debe hacer como de medidas concretas.

2. INTRODUCCIÓN DE LA BIBLIOTECA DE SALUD REPRODUCTIVA PARA MEJORAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MATERNA

La Biblioteca de Salud Reproductiva (BSR) consiste en un conjunto de datos electrónicos que se actualiza anualmente y que se ha realizado en conjunto con el programa de Salud Humana, de la Organización Mundial de la Salud. Es un compendio de revisiones sistemáticas y contiene recomendaciones prácticas de expertos que conocen las dificultades y desafíos de países de recursos limitados; cuenta con herramientas adicionales como videos educativos; la información está organizada y es fácilmente comprensible. Está editada en inglés y en español.

El objetivo de este estudio fue analizar de qué manera se podrían cambiar las prácticas clínicas cuando el personal de salud tiene acceso amplio a la BSR.

La hipótesis plantea que en la medida en que se pusiera a disposición del médico esta biblioteca con evidencias actualizadas y herramientas prácticas de intervención clínica, se le ayudaría a conocerlas, a aplicarlas y a mejorar su práctica profesional.

El estudio consistió en un ensayo aleatorizado que se llevó a cabo en 22 hospitales en México y 18 en Tailandia. El resultado esperado era la adopción de prácticas clínicas recomendadas por la BSR y la estrategia de trabajo consideró el siguiente conjunto de actividades:

- Reuniones con directores de los hospitales seleccionados para obtener el consentimiento y apoyo institucional.
- Distribución de copias en discos compactos de la BSR a los hospitales.
- Instalación de computadoras e impresoras en lugares de fácil acceso para médicos y enfermeras dentro del hospital.
- Identificación y capacitación a un coordinador del hospital quien estaría a cargo del apoyo para la consulta de la BSR.

- Promoción de la BSR, utilizando carteles y folletos.
- Talleres interactivos sobre principios de medicina basada en evidencia y BSR ofrecidos por un especialista.

La intervención consideró exclusivamente seis prácticas, que eran las recomendadas por la BSR, a saber:

- Apoyo psicosocial durante el trabajo de parto.
- Sulfato de magnesio para preeclampsia y eclampsia.
- Corticosteroides para parto prematuro.
- Episiotomía selectiva.
- Manejo activo de la tercera etapa del trabajo de parto.
- Lactancia materna a libre demanda.

Los datos señalan que no se logró ningún efecto en el cambio de prácticas en los hospitales de intervención comparados con los hospitales control. Es importante resaltar que la utilización del sulfato de magnesio fue muy baja (0.58) en los hospitales de intervención, en la línea basal, y aunque se logró incrementar durante el estudio, los resultados muestran que fue poco significativa. En Tailandia se observan mejores resultados y quizás la única recomendación que logró un resultado marginalmente significativo fue el uso de uterotónicos en el posparto (cuadro II).

Conclusiones del estudio

La intervención planteada en este estudio logró ciertos cambios, pero éstos no fueron consistentes ni estadísticamente significativos.

El efecto fue un poco mayor en prácticas bajo el control de proveedores (ejemplo: oxitocina posparto).

Un efecto menor en prácticas que involucran a las instituciones (por ejemplo: sulfato de magnesio, apoyo psicosocial), porque en ocasiones este producto no estaba disponible.

Las intervenciones deben ser más intensas e integrales.

3. BARRERAS PARA LA UTILIZACIÓN DE SULFATO DE MAGNESIO PARA MANEJO DE PREECLAMPSIA Y ECLAMPSIA

Sabemos que la preeclampsia representa una de las primeras causas directas de MM; en el mundo ocurren 63 000 muertes maternas al año por esta causa, asociada con la morbilidad y la mortalidad neonatal. El sulfato de magnesio es la droga de elección en países desarrollados desde hace más de 20 años; existen evidencias concluyentes sobre su seguridad y efectividad gracias a un estudio en el que se incluyeron miles de mujeres y que se publicó en el 2005; sin embargo, se ha comprobado su uso inexistente o muy limitado.

Cuadro II

Efectos de la intervención sobre prácticas clínicas, México

Resultados	Intervención			Control			Diferencia (I-C)				
	Tasas basales (No. de mujeres)	Tasas finales (No. de mujeres)	Cambio	Tasas ajustadas**	Tasas basales (No. de mujeres)	Tasas finales (No. de mujeres)	Cambio	Tasas ajustadas**	Diferencia	IC 95%	p
Apoyo durante T de P	3.5 (11 748)	1.0 (13 037)	-2.5	0.7	1.2 (7 844)	0.22 (9 199)	-1.0	0.7	0.1	-0.2 to 0.4	0.582
Sulfato de magnesio	5.8(75)	27.5(49)	26.55	23.5	10.1(49)	17.2(59)	11.1	19.6	3.8	-52.9 to 60.6	0.880
Corticosteroides para PP	18.9(248)	26.8(237)	7.9	24.2	18.2(371)	22.2(349)	4.0	18.9	5.3	-18.6 to 29.2	0.643
Episiotomía selectiva	19.7(7175)	14.0(9014)	-5.7	14.6	16.7(4436)	11.1(5500)	-5.6	11.4	33.2	-6.5 to 13.0	0.489
Uterotónicos posparto	97.4(11748)	99.6(13037)	2.2	96.2	88.5(7844)	89.6(9199)	11	93.1	3.1	0.1 to 6.1	0.44
Lactancia a libre demanda	89.5(11556)	91.1(12888)	1.6	89.2	83.6(7687)	86.1(9076)	2.5	88.6	0.6	-5.3 to 6.6	0.824

T de P: Trabajo de parto

PP: Parto pretérmino

En el año 2007 se llevó a cabo un taller en el que participaron funcionarios, activistas, investigadores y representantes de organismos multilaterales de 11 países y su objetivo fue analizar las barreras para el uso del sulfato de magnesio, a saber:

- Falta de protocolos y normas que establecen sulfato de magnesio como droga de elección y ausencia en lista de medicamentos esenciales.
- Cuando existen las normas, con frecuencia no están adecuadamente difundidas, son documentos teóricos que en realidad no rigen las prácticas clínicas.
- Falta de conocimiento de profesionales de salud sobre seguridad y efectividad de sulfato de magnesio, desconfianza y temor de estos profesionales a efectos secundarios, muestra de falta de capacitación en el manejo adecuado de este producto.
- Falta de incentivos para la industria farmacéutica porque felizmente las mujeres que lo necesitan son pocas y la droga es tan barata que no hay margen de ganancia.
- Otros medicamentos son de más fácil aplicación (sulfato de magnesio en presentaciones inadecuadas de 500 a 1 000 ml).

Las recomendaciones que se plantearon a partir de este estudio para resolver estas barreras son las siguientes:

- “Cajas de emergencia” listas para el manejo de mujeres con preeclampsia severa y eclampsia.
- Capacitación de amplia gama de profesionales de salud en el uso del sulfato de magnesio.
- Colaboración de gobiernos, organismos multilaterales, donantes y el sector privado para asegurar la disponibilidad de sulfato de magnesio.
- Estrategias para implementar algunas de estas recomendaciones y evaluarlas.

LAS CONCLUSIONES GENERALES DEL ESTUDIO

- Dar mejor entrenamiento sobre prácticas basadas en la evidencia en pre y posgrado.
- Analizar cuidadosamente los factores que manifiestan una resistencia al cambio (inercia) e investigar cuáles son los factores que contribuyen a tal resistencia para proponer estrategias adecuadas.
- Necesidad de desarrollar y evaluar nuevos enfoques intensivos e innovadores.
- Establecer sistemas de supervisión y certificación, pero aún más importante es la determinación de responsabilidades y consecuencias con la finalidad de mejorar efectivamente las prácticas clínicas.
- Promover la emergencia de un público mejor informado y conciente de sus derechos. Mientras el público no reconozca sus derechos y no exija la atención que merece, será difícil resolver problemas. Es importante evitar la solución de problemas desde una perspectiva paternalista ya que ésta no garantiza los cambios que demanda la población.

Finalmente, es importante resaltar que el objetivo que nos reúne en este Foro es, “hacer realidad el derecho a una reproducción voluntaria y segura para todas las mujeres de América Latina y el Caribe”.

Preguntas y comentarios

Comentario: sorprende que en el estudio sobre cesárea no hayan tenido cambios en las decisiones sobre tal cirugía, utilizando como estrategia una segunda opinión. Quizás en las estrategias utilizadas para mejorar las prácticas clínicas de una unidad de atención sería conveniente considerar la detección previa de líderes de opinión; éstos representan un recurso efectivo para lograr los cambios propuestos y transmitirlos al resto, son personajes que cuentan con habilidades para ello. Es importante considerar que en sociedades como la mexicana, el aprendizaje se incorpora de manera jerárquica y quizás estrategias de intervención como las planteadas en los estudios podrían lograr mejores resultados.

Comentario

Se sabe que el uso de sulfato de magnesio se recomienda ampliamente para apoyar el trabajo de parto; sin embargo, no se utiliza; quizás sería necesario conocer los resultados de su efectividad para abrirlo como una opción en las unidades de atención.

Respuesta de Ana Langer

La idea de incorporar a los líderes de opinión es una idea brillante, porque tendemos a aprender de acuerdo a una jerarquía, tendemos a ver lo que nuestro maestro hace. La transmisión oral de información es más efectiva que la escrita porque tiende a ser más creíble, especialmente cuando detrás de su diseminación está el objetivo de lograr cambios de conducta.

Incorporar a las autoridades en el proceso de difusión de información basada en evidencia es muy importante porque son los agentes clave para asegurar las condiciones en las que el personal puede aplicar lo aprendido; por ejemplo, en la experiencia del estudio sobre el fomento de la utilización del sulfato de magnesio en el parto, su participación era fundamental, ya que eran quienes podían proveer este insumo. También es importante porque ellos son los que pueden asegurar un sistema de responsabilidades y de monitoreo de responsabilidades.

Es necesario aprender que las intervenciones que no cuentan con una estrategia estructurada y se mantienen como parte de los procesos de atención se debe a que se han convertido en parte del sistema. Ejemplos de este tipo de intervenciones son las cesáreas y el ultrasonido repetido durante el embarazo, las cuales, aunque no hacen daño tampoco le hacen bien a la paciente o a la institución proveedora; se realizan más por una conveniencia que por un aporte real a la efectividad del sistema.

Relatoría de la Mesa

LA UTILIDAD DE LOS PLANES MICRORREGIONALES

MODERADORA: GLADYS FABA BEAUMONT
Consultora.

RELATOR: LUIS MANUEL TORRES PALACIOS
Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud, México.

El objetivo de esta mesa de trabajo fue analizar intervenciones clínicas exitosas en la prevención de muertes maternas.

La moderadora expuso las preguntas generadoras de la discusión: Recapitulación de las estrategias clínicas presentadas. Una recapitulación de las intervenciones ya implementadas en México. ¿Cuáles han sido exitosas?, ¿cuáles son los obstáculos para implementar las intervenciones exitosas?, y ¿qué estrategias no implementadas podrían ser aplicadas en México?

Desarrollo de los temas

- Se identificaron inicialmente cuatro estrategias para discutir en la mesa y, posteriormente, se agregaron otras dos:
- Calidad de la atención del parto por personal calificado
- Calidad de la atención de las emergencias obstétricas
- Mejoramiento en la educación y sensibilización a la mujer y al personal de salud que la atiende
- Promoción de la planificación familiar
- Incremento de la inversión en salud
- Atención de los problemas laborales del personal de salud

Calidad de la atención del parto por personal calificado

Las primeras intervenciones enfatizaron el papel de la calidad de los servicios prestados por el personal médico, destacando la dificultad para que las intervenciones exitosas y los procedimientos normados se apliquen correctamente. Se señaló la resistencia al cambio por parte de los proveedores de atención, como la resistencia de los médicos para dejar de hacer episiotomías una vez que se ha demostrado que no son ne-

cesarias, ni siempre convenientes. Se señaló también la dificultad para incorporar el uso del sulfato de magnesio en la preeclampsia como medicamento de primera elección para prevenir y controlar convulsiones.

Se habló de la necesidad de promover un cambio de actitud favorable hacia la incorporación de nuevas intervenciones y revisar los problemas laborales y éticos que afectan el rendimiento de los proveedores de atención dentro de las instituciones públicas.

Los participantes expusieron su percepción acerca de la enseñanza en las facultades de medicina y en las residencias médicas (ha disminuido en calidad), ya que hay pocos ejemplos de incorporación de conocimientos nuevos en los planes de estudio. En algunos estados se ha logrado incorporar la reanimación neonatal, como en Puebla.

Se habló de la necesidad de involucrar a líderes de gremios académicos, como las asociaciones o federaciones de gineco-obstetricia, para contribuir a la reducción de la mortalidad y mejorar la preparación de los especialistas.

Se señaló que las políticas de los gobiernos locales no han sido consistentes, por el ejemplo, a pesar de la política de gratuidad en la atención del parto, en algunos municipios se ha seguido cobrando la atención. Asimismo, se mencionó la falta de consistencia y monitoreo de la política "rechazo cero" a la mujer parturienta, ya que no han operado o han sido condicionadas.

Se dijo que la incorporación de intervenciones exitosas adolece del riesgo de ser temporales, debido a la variación de personal con los cambios de administración, y eso interrumpe la continuidad.

Mejoramiento en la educación al personal de salud

Se comentó que en México, a diferencia de otros países como Chile, se ha sobrevalorado la atención materna por médicos, dejando de lado el desarrollo de enfermeras parteras. Se señaló que las pocas enfermeras parteras que se forman no tienen posibilidad de ejercer su profesión y tampoco se desplazarán a los lugares más alejados. Preparar parteras que puedan ejercer en sus lugares de origen ha sido una estrategia para aplicar en los lugares en donde se requieren. Ya existen algunas experiencias desarrolladas por el Centro de Investigación Materno Infantil (**Cimigen**), IAP, que forma enfermeras obstetras en México que se han empleado en los servicios de salud de San Luis Potosí, de Guanajuato y, más recientemente, de Guerrero. Esas experiencias podrían ser aprovechadas y diseminadas. Habría que cuidar que no se les desplace hacia otras áreas luego de ser capacitadas. Se destacó la importancia de emprender un proceso de capacitación técnica al personal de enfermería para atender casos obstétricos críticos, y se dio el ejemplo de Mozambique en donde a las enfermeras se les adiestra durante tres años para atender complicaciones, incluyendo la práctica de cirugías.

Se comentó sobre la necesidad de incorporar a los hombres en el cuidado de la madre y del rol que las parteras tradicionales tienen en la atención en las áreas rurales. La partera no es personal calificado, pero sí debe convertirse en el eslabón que une a las pacientes desde la comunidad con el personal de los servicios y deben aplicarse estrategias que faciliten este vínculo. Al respecto se citaron ejemplos como el del programa con jornaleros agrícolas, en el cual un hombre, generalmente, se hace responsable de las mujeres embarazadas del grupo o del albergue para acceder a los servicios de salud del estado donde se encuentran

trabajando. De ahí la importancia de la participación de la comunidad en la aplicación de intervenciones para lograr que éstas sean estrategias exitosas.

Puntos que no lograron consenso

Aunque se reconoció la importancia de las intervenciones para la atención del recién nacido, se argumentó que el peso de los programas de atención materno-infantil, ha estado más cargado hacia la atención del neonato, en demérito de la atención de la madre. Los programas de salud materna e infantil han enfocado a la madre como vehículo para las acciones de mejora en la atención del niño, pero han dejado de lado atender el derecho de la madre a proteger su salud. Por eso, desde 1993 se ha señalado la importancia de enfocarse específicamente en programas de atención a la madre, misma que debe incorporar la atención en los derechos sexuales y reproductivos de la mujer.

Puntos que no fueron tratados

No se evaluó la estrategia de la atención de la emergencia obstétrica en su totalidad, aunque la deficiente preparación médica para la atención en estos casos sí fue mencionada.

Conclusiones

Se destacó la importancia del factor humano en la aplicación de estrategias exitosas:

- Mejorando el componente obstétrico en las instituciones de enseñanza de diferentes niveles (estudiantes y residentes).
- La necesidad de incorporar al personal de enfermería en la atención obstétrica.
- Incorporar valores éticos y de compromiso en el desarrollo de habilidades de atención obstétrica en el personal de salud.
- Incorporar a la pareja o a un familiar en los cuidados y la atención.
- Fortalecer el apoyo de los altos funcionarios de ámbitos federales y estatales.
- Incrementar el vínculo de las parteras tradicionales como líderes de la comunidad, con el personal de los servicios formales de salud.
- Promover la mejoría en la calidad de la atención obstétrica, del parto y de la emergencia obstétrica.
- Dentro de la estrategia de incorporar al personal de enfermería sería conveniente identificar –con la herramienta georreferenciada del plan maestro de estructura– el número, nivel de formación y localización de enfermeras. Con ello se podría identificar los municipios a donde debe extenderse un programa de formación de este personal.
- Es importante considerar dentro de la formación de personal de enfermería la posibilidad de que puedan prescribir medicamentos.

Puntos adicionales

Se reiteró la importancia de que la mujer embarazada y sus familiares tengan información acerca del hospital en donde podrá ser atendida en caso de una emergencia obstétrica, y que ella tenga asignado el miembro de su familia que la va a acompañar. Se indicó que para eso se ha diseñado por parte del Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA, por sus siglas en inglés) el "Plan de seguridad para el parto" adaptado, recientemente, por el programa "Arranque Parejo en la Vida (APV)" en México.

EVIDENCIA SOBRE LA ORGANIZACIÓN DE REDES DE ATENCIÓN OBSTÉTRICA Y NEONATAL

DEBORAH MAINE
Universidad de Boston
Massachusetts, Estados Unidos de América

La organización de servicios

La premisa de esta presentación es que una vez que una mujer se embaraza la mayoría de las complicaciones obstétricas graves no se pueden prevenir ni predecir, pero sí se pueden tratar; por lo tanto, toda mujer embarazada debe tener garantizado el acceso a la atención obstétrica de emergencia.

Los lineamientos de Naciones Unidas señalan que debiera haber cinco unidades de atención de parto y de emergencia obstétrica “básica” por cada 500 mil habitantes y al menos una de ellas debiera ofrecer un servicio integral de emergencias obstétricas; es decir, contar con equipo quirúrgico y de transfusión sanguínea.

En 1990 se desarrolló un modelo que probablemente ya es conocido y plantea que el tiempo en el que se resuelve una determinada complicación, es un referente fundamental. Hay muchísimos factores que determinan si una mujer recibe tratamiento adecuado o no, si sobrevive o se recupera. El tiempo es uno de ellos. Los factores relacionados con éste se organizan en tres categorías correspondientes a las demoras de atención. Se les denomina comúnmente, “las tres demoras” que, finalmente, pueden dar como resultado la muerte de la embarazada.

La primera demora ocurre, comúnmente, cuando la mujer embarazada y su familia, al identificar signos de alarma y complicaciones, deben localizar el servicio de atención adecuado.

La segunda consiste en todo el traslado que se debe hacer para llegar a una instalación médica adecuada.

La tercera demora ocurre dentro del sistema de servicios, al recibir la atención obstétrica de emergencia en las instalaciones médicas.

Los pasos siguientes en México

CALIDAD DE LOS SERVICIOS

En México, más de 90% de los partos ocurre en las instalaciones médicas, lo cual demuestra que los servicios de salud tienen una alta cobertura; sin embargo, hay áreas geográficas y grupos poblacionales, donde es

necesario aumentarla. También se deberán mejorar aspectos de la calidad de estos servicios, ya que aunque se cuenta con buen número de médicos y parteras en proceso de capacitación, habría que verificar que fuera en atención obstétrica básica de emergencia. El hecho de que sean profesionales no significa que sean competentes para ofrecer servicios de emergencia obstétrica básica, para manejar aspectos complicados ni para eventos quirúrgicos.

El gran número de unidades no resuelve el problema real de cobertura ni el de calidad; para lograr altos estándares de respuesta será necesario racionalizar la distribución de unidades con paquetes básicos de atención obstétrica, fortalecer la formación del personal médico, enfermeras y parteras profesionales y definir los niveles de complejidad que estas unidades atenderán. Para hacer competitiva la atención de las unidades pequeñas es mejor tener menos, claramente definidas, con su equipo básico de atención acorde con las posibles complicaciones obstétricas, que tener un gran número de ellas con personal medianamente o nada capacitado. No siempre “tener más es mejor”.

Es pertinente hacer las siguientes preguntas:

- ¿Sería mejor tener menos instalaciones, identificadas, que manejen bien las complicaciones obstétricas, en lugar de tener a un médico en cada una de las unidades clínicas pequeñas?
- ¿Sería mejor no tener partos en todas las unidades y concentrarse en unas cuantas, periféricas, en lugar de hacerlo en una sola unidad central?

Ambas preguntas deberían plantearse en el ámbito local.

VIABILIDAD DE LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA DE EMERGENCIA BÁSICA

De acuerdo con la norma de Naciones Unidas que establece por lo menos cinco unidades de atención obstétrica de emergencia básica por cada 500 mil habitantes, habría que analizar el número de unidades que se necesitarían para cubrir este tipo de atención y, de acuerdo con las disponibles, definir el número adecuado de unidades que ofrezcan atención obstétrica de emergencia integral. Por ejemplo, de las cinco unidades de atención obstétrica de emergencia básica, sería necesario que al menos una fuera de atención integral.

En la mayoría de los países de América Latina no se cumplen estas normas. En Bolivia, por ejemplo, se detectó que había una décima parte de las unidades básicas de emergencia obstétrica que se necesitaban para cumplir con la norma de Naciones Unidas; en El Salvador y en Honduras no se identificó una, y de México no se tiene información. Sin embargo, estos lugares tienen más unidades integrales que las que se necesitan, en comparación con las básicas, pero cuando ambas se combinan, las integrales terminan representando la mitad o la tercera parte de todas las instalaciones funcionales que se necesitan para cumplir las normas oficiales. Se observa entonces un desequilibrio. Es probable que con el renacimiento de las parteras profesionales en México se analice la posibilidad de promover la operación de unidades médicas básicas.

NO TAN SÓLO QUIÉN, SINO ¿QUÉ HACE?

Actualmente la preocupación en muchos países del mundo no es sólo quién ofrece el servicio sino qué es lo que deben hacer frente a una emergencia obstétrica. Lo importante es lo que se necesita hacer, asignar a quienes están capacitados para hacerlo y llegar a conciliar la demanda con los recursos disponibles. Hoy en día las parteras profesionales no son tan comunes, pero hay un gran número de médicos que ciertamente podrían capacitarse para dar atención obstétrica de emergencia. Es necesario que los ejecutivos de los servicios analicen cuidadosamente a los profesionales disponibles en las unidades y, especialmente, qué es lo que se necesita hacer, dando mayor importancia a las competencias que al título del personal.

En algunos países de África (Mozambique, Tanzania), al constatar el bajo número de médicos especialistas disponibles en unidades de atención y frente a una demanda creciente de cesáreas o intervenciones complejas, decidieron capacitar al personal que trabaja habitualmente en hospitales rurales; los resultados y el impacto han sido ejemplares. En Tanzania, Burquina Fassi y Mozambique los técnicos médicos con capacitación quirúrgica realizan 90% de las cesáreas. Sin ellos, habría un incremento de muertes maternas.

NO OLVIDAR QUE LA PERFECCIÓN ES ENEMIGA DE LO BUENO

En salud pública es necesario buscar soluciones buenas, no perfectas. Un ejemplo interesante en este tipo de soluciones es la actitud con la que se debiera enfrentar la escasez de anestesiólogos. En Estados Unidos de América, por ejemplo, este tipo de especialista -que es escaso- y que ofrece una atención individual altamente especializada no se interesa en trasladarse a áreas rurales o lejanas y no dispone de tiempo como para quedarse lo necesario. Se debe analizar el costo efectividad de las intervenciones que pueden ofrecer estos profesionales; si bien el anestesiólogo tiene una alta tasa de sobrevivencia, su cobertura es muy baja por el hecho de ser tan escasos. Si los médicos generales se capacitaran en la aplicación de anestesia podrían incrementar su margen de sobrevivencia y cobertura y ambos aumentarían aún más si se capacitara a las enfermeras asignadas a las unidades, ya que el número disponible es mayor que el de médicos generales (cuadro I).

Es necesario insistir en que los nuevos programas que resuelven estos problemas deben ser buenos, no perfectos.

■ Cuadro I

Cobertura potencial de diferentes proveedores de servicios de salud ante una población hipotética de 10 000 mujeres que necesitaran cesárea

Provider	Hypothetical Survival Rate %	Population Covered %	Survivors n
Anesthesiologist	99	10	990
General practitioner with anesthesia training	90	40	3600
Nurse-anesthetist	90	70	6300

CAPACITACIÓN Y EQUIPO TECNOLÓGICO NO SON SUFICIENTES

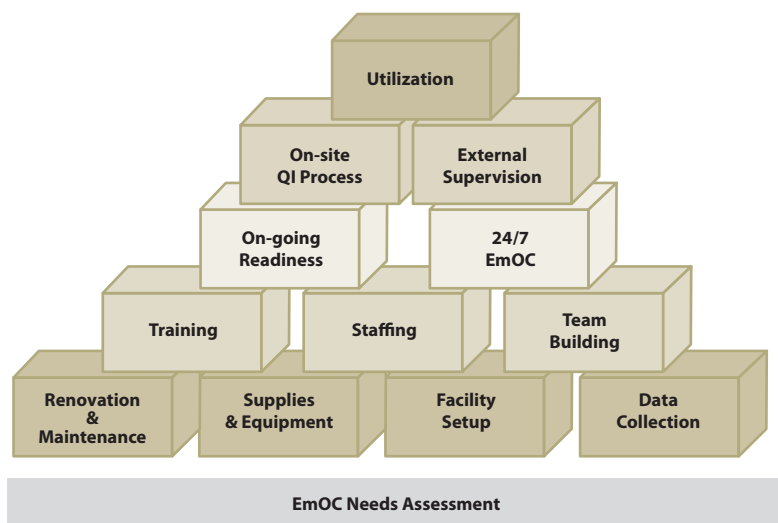
A menudo los programas constan de capacitación y de equipo, pero es una pérdida de dinero si sólo se gasta en esto. Colegas de la Universidad de Columbia han diseñado un diagrama para apoyar a la gente que diseña programas; es una buena herramienta porque inicia desde la base, detectando las necesidades de atención obstétrica de emergencia básica y termina en la utilización del servicio. El nivel siguiente a la base considera renovación y mantenimiento de las instalaciones, equipo y materiales, la preparación de la unidad y la recopilación de datos –fundamental para los epidemiólogos-. En seguida se señalan la capacitación, el reclutamiento, la integración de equipos de trabajo y la constitución del grupo de directivos. Después se consideran los procesos de mejora de calidad in situ, auditorías clínicas y supervisión externa, un recurso importante para mejorar la calidad de los servicios. Todos los procesos anteriores se deben cumplir para garantizar el nivel más alto, que es el de la utilización del servicio (figura 1).

Utilización del servicio

Nunca debe suponerse que se sabe lo que las mujeres y sus familias harán. Es necesario construir hipótesis aunque se tenga la seguridad de conocer bien las condiciones, recordemos que muchos de los estudios sobre preferencias de las mujeres se hicieron en lugares en donde no había otras opciones; lo que se debe hacer es establecer servicios y luego investigar sobre las preferencias.

■ Figura 1

Diagrama para el diseño de programas de atención de emergencias obstétricas*



*EmOC Building Blocks [Gill et al]

Redes de atención obstétrica y neonatal

RETOS EN LA OPERACIÓN DE REDES DE SERVICIO

JORGE HERMIDA
Director para América Latina
Health Care Improvement Project
Agencia de Cooperación Internacional de los Estados Unidos (USAID). Quito, Ecuador

Redes de atención obstétrica y neonatal esencial, para la reducción de la mortalidad materna y neonatal

ANTECEDENTES

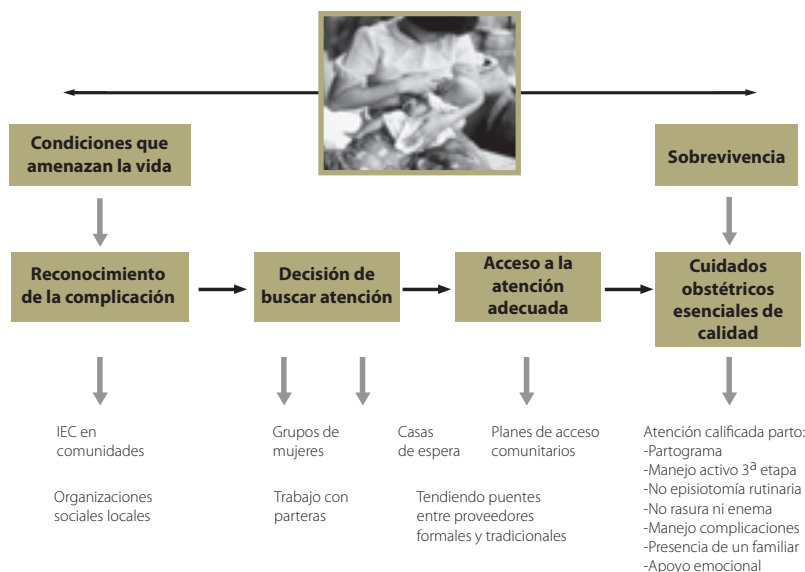
El Proyecto de Garantía de Calidad, también conocido como Quality Assurance Project (QAP), constituye una experiencia valiosa porque ha permitido aplicar un modelo teórico y conceptos enriquecidos por la compleja realidad de los países en los que se ha desarrollado.

Este proyecto fue creado para apoyar a ministerios de salud de algunos países de Centroamérica (Honduras, Nicaragua y Guatemala), de Ecuador y Sudamérica. También se ha apoyado a algunos países de África en la construcción de redes de atención obstétrica y neonatal con el objetivo de contribuir a reducir las muertes maternas y neonatales. Es un proyecto que todavía está en proceso, y hasta el momento sus resultados no han sido evaluados externamente.

Muchas de las enseñanzas aprendidas a lo largo de los años se transmiten en los datos que contiene esta presentación y que, probablemente, ayudarán a reflexionar sobre el desafío que representa poner en práctica un modelo conceptual y teórico en una realidad heterogénea y compleja.

La operación de redes obstétricas promovidas por este proyecto parte de un modelo denominado Camino a la Supervivencia, que incluye el reconocimiento de una complicación, la búsqueda de la atención, el acceso al servicio y los cuidados obstétricos esenciales ofrecidos dentro de un parámetro establecido de garantía de la calidad (figura 1).

■ **Figura 1**
Camino de la sobrevivencia



Koblinsky, Mother Care
IEC: información, educación y comunicación

CONDICIONES QUE FUNDAMENTAN LA OPERACIÓN DE LA RED PARA EL CUIDADO OBSTÉTRICO Y NEONATAL ESENCIAL

Ecuador, al igual que la mayoría de los países de América Latina, muestra marcadas diferencias en sus condiciones de salud materna y, consecuentemente, en las causas de la mortalidad materna (MM). Por ejemplo, las muertes maternas en la región de la costa no ocurren en el domicilio sino en el traslado a la unidad médica (6%) y en el hospital (94%); en cambio en la Amazonía, cerca de la mitad de las muertes ocurre en el domicilio (44%). Esta diferencia es aún mayor cuando se analizan las muertes ocurridas en el hospital: 94% de las muertes de la región costa, 81% de la región sierra y 56% de la Amazonía ocurrieron en el hospital.

El Modelo de Cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial

Si al modelo conceptual denominado Camino a la Sobrevivencia se le incorporan datos provenientes de la práctica de atención a la salud materna, se pueden analizar los puntos críticos en cada uno de los ámbitos, visualizar aquellos que originan la muerte materna e identificar las intervenciones que se debieran emprender a futuro para evitarla. Este modelo puede ser aplicado en las diferentes regiones del país; el peso de cada uno de los elementos incluidos dependerá de los datos registrados en cada uno de sus componentes. Con estos antecedentes se inició la construcción de la Red para el Cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial (CONE).

El objetivo central de la Red es aumentar la demanda e impulsar acciones con la comunidad para aumentar el acceso a los servicios y operar eficientemente un sistema de referencia y contrarreferencia.

La estrategia de trabajo aplicada consiste en analizar y discutir los datos que se obtienen del modelo con las autoridades involucradas en el proceso de atención y consensuar con ellos los aspectos donde se deben centrar las acciones básicas para resolverlos.

El modelo contiene un elemento importante que es la calidad de la atención obstétrica esencial en las unidades de salud, lo cual significa asegurar cuidados obstétricos básico y comprehensivo y se ha agregado uno previo que es cuidado en eventos obstétricos no complicados. En esta clase de atención se incorpora la detección de complicaciones y se asegura la atención prenatal y del parto (monitoreo de la labor del parto, con partograma y el manejo activo de la 3ª fase), el control posparto inmediato y la atención neonatal inmediata básica. Para cada uno de estos componentes de la atención obstétrica se han construido estándares de calidad precisos. El manejo de complicaciones y emergencias obstétricas se organiza en dos niveles: a) el cuidado obstétrico básico, que incluye el tratamiento médico de las complicaciones, los procedimientos manuales, como la remoción de la placenta retenida, y el reparo de desgarros, parto vaginal asistido y remoción de productos retenidos posaborto; y b) el cuidado obstétrico completo, que incluye, además de lo anterior, la cesárea, el uso de anestesia y transfusión de sangre o hemoderivados.

De esta manera el concepto de red integrada para el cuidado obstétrico y neonatal incorpora a la red local de servicios de primer y segundo nivel de atención, que lleva a la práctica los principios considerados en el modelo y articula las acciones básicas con la comunidad para asegurar los procesos de referencia y contrarreferencia.

La operación de la Red para el Cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial

Los pasos para su operación:

1. Detección de la demanda

La operación de las diversas redes CONE se fundamenta en el conocimiento cercano que las autoridades tienen acerca de las necesidades o de la demanda de las comunidades, al interior de la provincia. Cuando la realidad o la práctica dejan ver que en una de estas zonas hace falta crear una unidad CONE básica, se discute y se toma la decisión pertinente.

2. Definición del nivel de operación

Un equipo de gestión que está a nivel de dirección provincial define el plan de la red para la región provincial. La estructura de la red incluye: a) unidades de atención de las áreas rurales lejanas, que son las más pequeñas; b) el hospital cantonal y la red de servicios ambulatorios, donde hay al menos un equipo de mejora de la calidad encargado de monitorear el cumplimiento de indicadores establecidos y de reportarlos al nivel gerencial de la red y al nivel central en el Ministerio de Salud; c) el hospital de referencia, que cuenta con personal profesional previamente capacitado en el centro de capacitación especializado en cuidado obstétrico esencial, el cual opera permanentemente. Este centro de capacitación asegura la continuidad de la atención basada en los procesos definidos de acuerdo a los estándares de calidad.

Líneas de acción de la Red para el Cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial

1. Asegurar la oferta permanente de servicios de calidad que representa un recurso básico en cada Red CONE. Esto implica:

- Tener un sistema de mejora continua de la calidad.
- Capacitación clínica continua sostenible pues se basa en recursos propios del sistema existente.
- Mejorar la referencia y contrarreferencia.
- Acciones orientadas a la satisfacción de la usuaria y su familia.

2. Reducir barreras de acceso a los servicios de la Red:

Mecanismos para reducir barreras económicas. En el Ecuador, después de muchos años de esfuerzo y lucha, especialmente de mujeres organizadas de la sociedad civil, hace aproximadamente cuatro años se aprobó la Ley de Maternidad Gratuita. Esta ley es un programa de subsidio estatal a la atención del parto y del recién nacido.

Hay otros mecanismos que pueden operarse en el ámbito local; por ejemplo, el subsidio al costo del transporte a las unidades de emergencias obstétricas.

Humanización y adecuación cultural de los servicios.

3. Incrementar la demanda de servicios CONE desde las comunidades y desde los propios servicios:

Aumentando en la población la capacidad de reconocer signos de peligro, y la toma de decisión, mediante campañas de información en medios masivos de comunicación.

Fortaleciendo vínculos entre agentes de salud comunitarios, especialmente las parteras tradicionales con los servicios de la Red CONE.

La gestión de la calidad de la atención obstétrica

Asegurar procesos de atención con estándares de calidad ha requerido:

- Mantener un programa permanente de capacitación.
- Establecer normas con base en las cuales se elaboran protocolos de atención que se enseñan al personal de salud en la capacitación continua.
- Crear células básicas de gestión de la calidad (equipo local de Mejora Continua de la Calidad), integrado por el médico, la enfermera y la obstetra profesional, quienes se encargan de monitorear la calidad de los procesos, reportarla y promover el cambio de actitud en el personal de la unidad.

Hemos descubierto que los problemas operativos de mejora de la calidad de la atención obstétrica no son muy diferentes de un hospital a otro, de manera que sus soluciones pueden ser compartidas y estandarizadas.

Los equipos de gestión de la calidad aplican métodos de mejoramiento continuo que incluye las siguientes acciones:

- Identificación del problema
- Análisis de sus causas
- Identificación de las posibles intervenciones

El procedimiento consiste en seleccionar 30 historias clínicas de parto, 30 de recién nacido y todas las urgencias que hubo durante el mes, especialmente sepsis, preeclampsia, infecciones obstétricas severas y hemorragias. Se llevan a cabo autoauditorias, de las cuales se obtienen indicadores de la calidad del proceso de atención a partir de los datos registrados en la historia clínica perinatal (que se está utilizando en la mayoría de los países de América Latina); se identifican problemas, se analizan sus causas y se identifican posibles intervenciones, con base en la propia experiencia del equipo. Se elaboran herramientas de gestión y monitoreo muy sencillas, para asegurar que cualquier persona del equipo de salud las pueda utilizar. Luego se elaboran gráficas de cumplimiento mensuales, y se ponen en carteleras a la vista de todo el personal de salud y de las usuarias. Este proceso ha exigido la incorporación de una actitud de autocorrección del personal, para fortalecer su capacidad de conocer los aciertos y los errores.

Este modelo se fundamenta en la convicción de que el propio personal involucrado en el proceso de atención puede hacer la mejor gestión de calidad.

Intervenciones para aumentar la demanda y el acceso a los servicios de salud

- Incrementar la capacidad de las mujeres y familias para reconocer signos de peligro obstétrico y toma de decisiones.
- Fortalecer vínculos entre las parteras tradicionales / agentes de salud de la comunidad con los servicios de la Red CONE.
- Humanización y adaptación cultural de la atención del parto (HACAP) en la Red.
- Mecanismos de transporte para mujeres con emergencias obstétricas, desde la comunidad a la Red.
- Mecanismos que reduzcan las barreras económicas para acceder a la Red.

Humanización y adecuación cultural de la atención del parto

En las redes CONE se ha impulsado un proceso de adaptación cultural de la atención del parto. Su propósito es reducir las brechas culturales y establecer un puente de comunicación entre el sistema tradicional, con su propia cosmovisión y bases culturales profundamente enraizadas, y el sistema moderno, basado en el uso de tecnologías que en muchos casos son de difícil comprensión por parte de los grupos indígenas.

La hipótesis de este proceso de humanización sostiene que en la medida en que exista una mayor articulación y colaboración entre el trabajo profesional del personal de salud, el conocimiento tradicional en salud de la comunidad y el estilo de vida de las usuarias, incorporando a la atención del parto las prácticas tradicionales, se garantizará una mayor satisfacción de las usuarias y se elevará la utilización de los servicios formales.

Se han organizado talleres donde se muestran las diferencias en las prácticas de parto entre la atención formal y la tradicional, exponiendo las que habitualmente ejercen las parteras en sus comunidades y los médicos de los servicios de salud. De esta manera, los agentes de uno y otro sistema de salud se conocen y reconocen y aprenden a compartir sus experiencias. Los resultados de estos encuentros son nuevas ideas que respaldan prácticas con mejoras en uno y otro caso. Por ejemplo, la práctica del parto vertical es menos conocida por los profesionales de salud y se identifican condiciones en las que sería más oportuno aplicarlo. En este caso, las parteras tienen un papel fundamental en su relación con el médico, y a través de este ejercicio se legitima y valora una práctica que tiene grandes beneficios. También se ha valorado la participación del grupo familiar en el proceso de parto, la organización de horarios y las visitas en el posparto, se han adecuado las salas de parto, se ha introducido el uso de infusiones de vegetales tradicionales y las comidas rituales. Más importante aún, se ha abierto la puerta del hospital para que la partera tradicional se pueda integrar progresivamente al equipo de salud.

Conclusiones

Para evitar que una mujer muera por una circunstancia obstétrica es necesario que:

- Llegue a tiempo a una unidad con capacidad de brindar cuidado obstétrico y neonatal esencial.
- Sea atendida de inmediato.
- La unidad de servicio cuente con personal competente, equipo e insumos suficientes.
- En el proceso de atención se apliquen normas y estándares de calidad basados en la mejor evidencia científica disponible.
- En el servicio opere un sistema que mida y mejore continuamente el proceso de atención.

Finalmente, en Honduras, Nicaragua y Ecuador nos hemos trazado estos hitos de la construcción de estas redes:

- Diagnóstico de la situación de los servicios
- Política Nacional CONE oficial y aprobada
- Articulación de los servicios en Red CONE
- Sistema de Mejora Continua de Calidad en CONE
- Sistema de capacitación clínica continua en las unidades de referencia de la Red
- Mecanismos para incrementar demanda y acceso
- Humanización y adecuación cultural de la atención CONE

Preguntas y comentarios

Quisiera saber ¿qué experiencia ha tenido al incorporar a médicos privados?, porque también ellos forman parte importante de las redes de atención y es un aspecto que no se ha comentado.

RESPUESTA DE JORGE HERMIDA

Hemos trabajado en dos niveles:

1. Con las asociaciones profesionales, con la Federación Nacional de Médicos, con la Federación Nacional de Enfermeras y la Federación Nacional de Obstetricia, con el fin de: a) elevar su nivel académico y mejorar la calidad de la atención y de la práctica profesional, y b) proteger a los profesionales frente a un posible juicio de mala práctica; estos últimos están aumentando en América Latina y los profesionales tienen temor; así, es importante que haya estándares de calidad explícitos, por escrito, aprobados oficialmente por el Ministerio de Salud Pública y que los médicos los conozcan y sepan que si los cumplen están protegidos contra esos juicios.
2. En un hospital privado, sin fines de lucro, que atiende 50 mil partos al año en Guayaquil. El mayor reto que hemos tenido es que este nosocomio acepte los estándares de calidad establecidos por el Ministerio de Salud.

Quisiera saber ¿cuáles fueron los indicadores que utilizaron para evaluar la calidad?

RESPUESTA DE JORGE HERMIDA

El Ministerio de Salud, con la participación de un grupo de expertos, produjo los estándares de calidad, según criterios explícitos:

- 1º. Basados en la mejor evidencia científica disponible.
- 2º. Medibles; es decir, debe haber información escrita en los expedientes clínicos para constatar el cumplimiento del estándar.
- 3º. Consultados y aceptados por la autoridad sanitaria.

PUNTOS CRÍTICOS EN LA ATENCIÓN MATERNA Y NEONATAL

CUITLÁHUAC RUIZ MATUS
Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
Secretaría de Salud, México

La estrategia Atención Inmediata de las Defunciones Maternas

La atención inmediata de las defunciones maternas (AI-DeM) es una estrategia creada al interior del programa Arranque Parejo en la Vida, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 01 de noviembre de 2004. Derivada de un acuerdo del Consejo de Salubridad General, hace obligatoria la notificación inmediata de las muertes maternas y sus respectivos análisis por grupos de especialistas.

Para operar esta estrategia, en el año 2005 el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGySR) creó grupos especiales AI-DeM integrados por un médico ginecobstetra, un médico pediatra y un médico general con experiencia en la operación de redes en el primer nivel de atención o un epidemiólogo. A partir del año pasado se incorporó, además, un especialista en el área social, quien analiza el comportamiento de la red social, especialmente frente a eventos de muertes maternas. La aplicación de esta estrategia de análisis ha permitido detectar los puntos críticos en la atención a la salud materna y perinatal a través de la utilización del método de eslabones críticos.

En el año 2007, a través del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Defunciones Maternas se registraron de manera preliminar 1 107 muertes maternas, de las cuales solamente 20% fueron analizadas, ya que el grupo AI-DeM tarda alrededor de una semana en el estudio de cada una de ellas.

Los criterios de selección y prioridad para realizar el análisis de las muertes maternas son los siguientes:

- 1º. Ocurrieron en grupos de población sin ninguna prestación social
- 2º. Causas obstétricas directas
- 3º. Ocurrieron en municipios repetidores o en zonas calificadas como problemáticas, y
- 4º. Ocurrieron en las denominadas redes rojas, que son las que sistemáticamente presentan muertes maternas o algún problema relacionado con la atención de la salud materna en general.

Los eslabones críticos

La defunción materna se analiza a través del método conocido como eslabones críticos, en cuyo origen Rosa María Núñez tuvo una participación decisiva. Es un procedimiento de análisis de una muerte materna (MM) que no debió haber sucedido, mediante el cual se identifica el elemento crítico que falló, con la finalidad de corregir y evitar su repetición en los futuros procesos de atención. Por eso, además del estudio de la MM se establecen compromisos estatales, jurisdiccionales y locales. En la unidad de atención o en el hospital se aplica un método de seguimiento para ver el cumplimiento a través de indicadores específicos.

Se utiliza el método de eslabones críticos en pacientes que pasan por la red de servicios y se identifica cuál de estos eslabones contribuyó en la ocurrencia de la muerte. La experiencia ha demostrado que hay fallas en más de un eslabón. En sesiones de trabajo que se llevan a cabo en hospitales, en las jurisdicciones o en dependencias estatales se asigna a los factores determinantes de la muerte una ponderación para identificar el eslabón que indicó la primera falla en el desencadenamiento de la muerte.

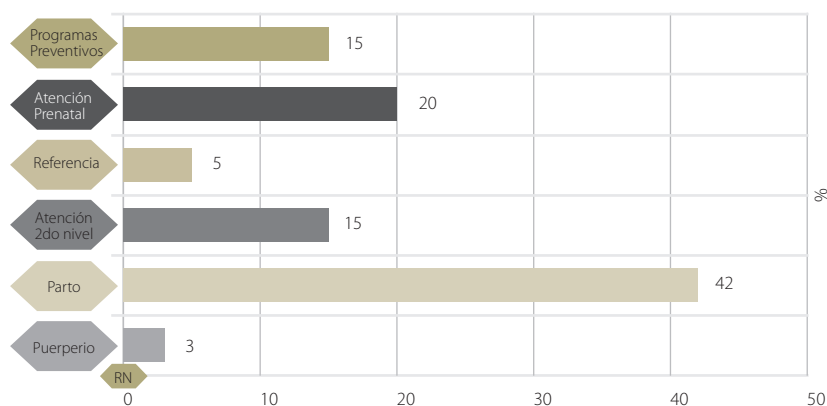
En una recopilación de las 125 defunciones estudiadas en el 2007, el principal eslabón crítico detonador de muertes maternas fue la calidad de la atención del parto y sus complicaciones en 42% de los casos, la atención prenatal en 20% y los programas preventivos y la atención de segundo nivel en 15% de los casos (figura 1).

Incidencia de cada eslabón crítico en la muerte materna

Al analizar cada uno de los eslabones se detectan aspectos importantes en el desencadenamiento de las causas de la muerte materna, a saber:

■ **Figura 1**

Distribución porcentual de los eslabones críticos detectados por los grupos AI-DeM como primera falla en las defunciones maternas analizadas. México, 2007

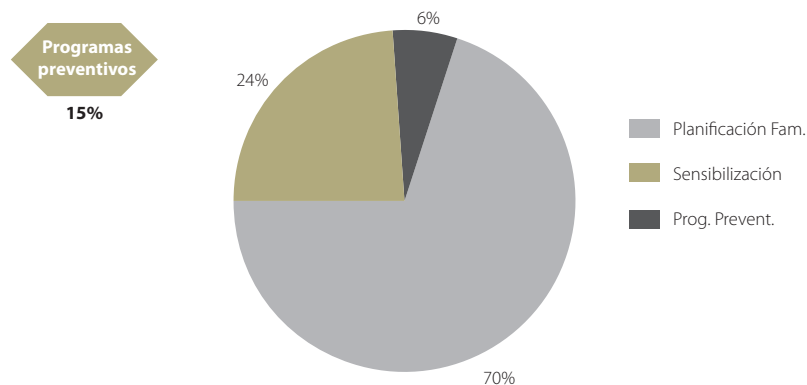


Fuente: Visita AI-DeM
Base de datos de muerte materna / Grupo AI-DeM APV

- En el eslabón “Programas preventivos” se presenta el 15% de las fallas localizadas; de ellas, el mayor porcentaje de casos (70%) correspondió a mujeres a quienes se debería haber aplicado oportunamente un método de anticoncepción. Esto resultó de analizar el camino recorrido por las mujeres antes de que ocurriera el evento de la muerte (figura 2).
- En “Atención prenatal”, que concentra el 20% de ocasiones en que se la señala como primera falla, la mayoría de los casos (34%) reflejan ausencia de control prenatal y en 33% de éstos no se identificaron factores de riesgo. Los expertos señalan que ésta no tiene relación directa con evitar o prevenir la MM; sin embargo, representa una parte importante de la atención donde es posible detectar complicaciones (figura 3).
- En el eslabón “Referencia”, cuya denominación más apropiada sería “Continuidad de la atención”, y que consiste en el momento en que el médico general de la unidad de primer nivel de atención debiera haber enviado a la paciente al segundo nivel para valorar el riesgo, en 31% de los casos no se hizo y en 29% fue inoportuno (figura 4); en 53% de los casos hubo un problema en el traslado; es decir, se presentaron dificultades en la disponibilidad de ambulancias u otros recursos de transporte comunitario (figura 5).
- Cuando se analiza el eslabón “Atención del especialista en el 2º nivel”, en 66% de los casos se determinó manejo incorrecto; es decir, deficiente calidad de la atención del parto y del puerperio inmediato (figura 6).
- Cuando la atención del parto y puerperio inmediato se define como la primera falla, en 41.5% de los casos hubo manejo incorrecto de las complicaciones y en 22.3%, dilación o demora de la atención del parto (figura 7).
- En el del eslabón “puerperio”, en 75% de los casos se detectó una falla en la vigilancia del puerperio tardío y en 25% en la vigilancia del puerperio mediato. Gran parte de las defunciones está ocurriendo en el puerperio y, lamentablemente, no se pone atención al tiempo de hospitalización. Recientemente

■ **Figura 2**

Distribución porcentual de los componentes del eslabón “Programas preventivos” identificados en las causas de muerte materna



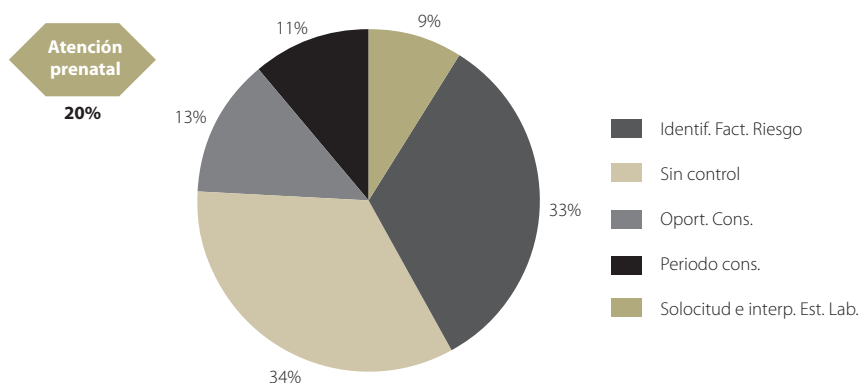
Fuente: Visitas AI-DeM
 Base de datos de muerte materna / Grupo AI-DeM APV

en este método de análisis se ha incorporado el indicador sobre los días de estancia hospitalaria post parto o post cesárea, el cual está dando luz sobre la dirección que debe tomar la vigilancia del puerperio (figura 8).

La distribución porcentual de los componentes de cada uno de los eslabones críticos identificados muestra que el manejo incorrecto de complicaciones en el parto ocupa el primer lugar en fallas; es decir,

Figura 3

Distribución porcentual de los componentes del eslabón "Atención prenatal" identificados en las causas de muerte materna

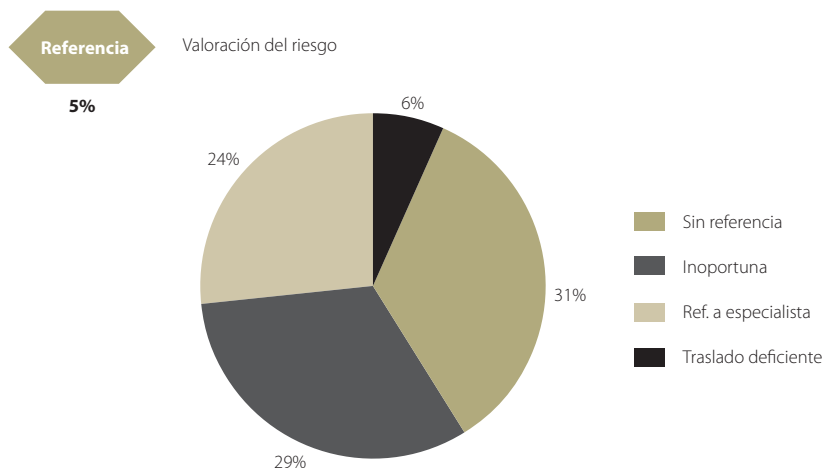


Fuente: Visitas AI-DeM

Base de datos de muerte materna / Grupo AI-DeM APV

Figura 4

Distribución porcentual de los componentes del eslabón "Referencia" para valoración del riesgo identificados en las causas de muerte materna

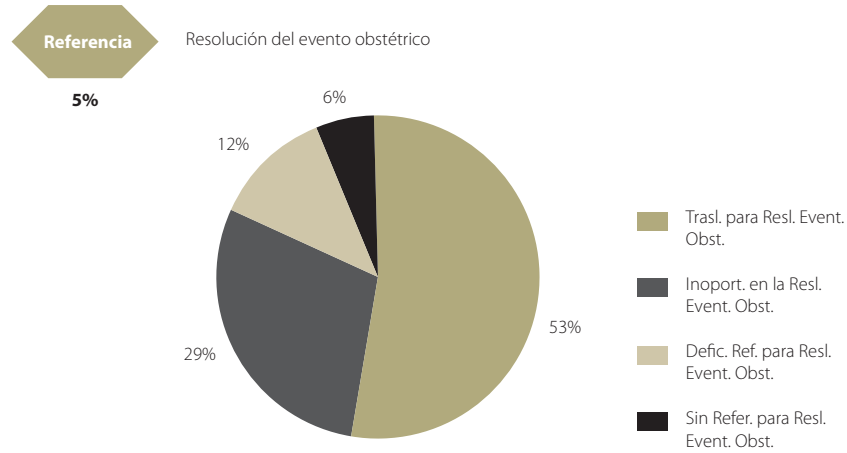


Fuente: Visitas AI-DeM

Base de datos de muerte materna / Grupo AI-DeM APV

■ **Figura 5**

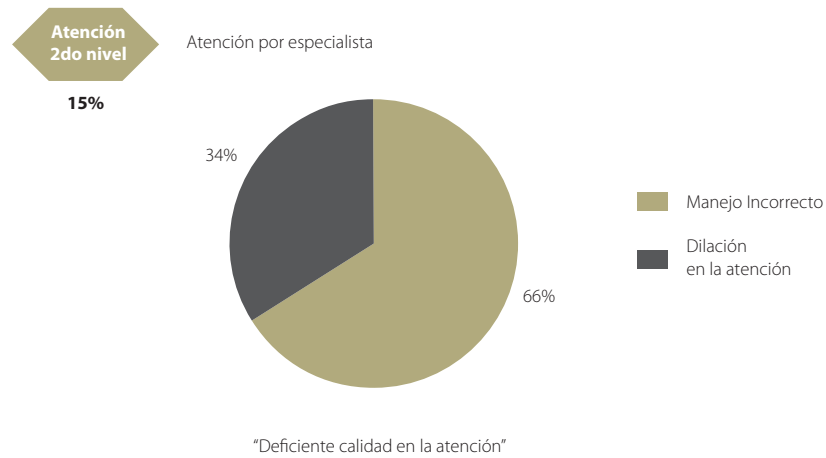
Distribución porcentual de los componentes del eslabón “Referencia” en cuanto a traslado para resolución del evento obstétrico



Fuente: Visitas AI-DeM
 Base de datos de muerte materna / Grupo AI-DeM APV

■ **Figura 6**

Distribución porcentual de los componentes del eslabón “Atención del especialista en el 2do nivel” identificados en las causas de muerte materna

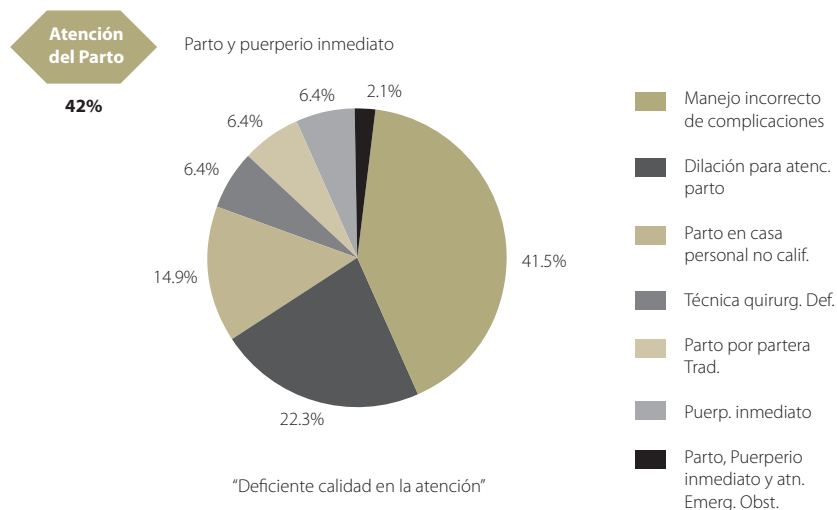


Fuente: Visitas AI-DeM
 Base de datos de muerte materna / Grupo AI-DeM APV

concentra el mayor número de veces en que éste fue considerado la primera falla causante de la defunción materna; el segundo lo ocupa la identificación de riesgos en atención prenatal; el tercero, la ausencia de control prenatal y el cuarto, la falta de orientación o consejería en planificación familiar –PF- (figura 9).

■ **Figura 7**

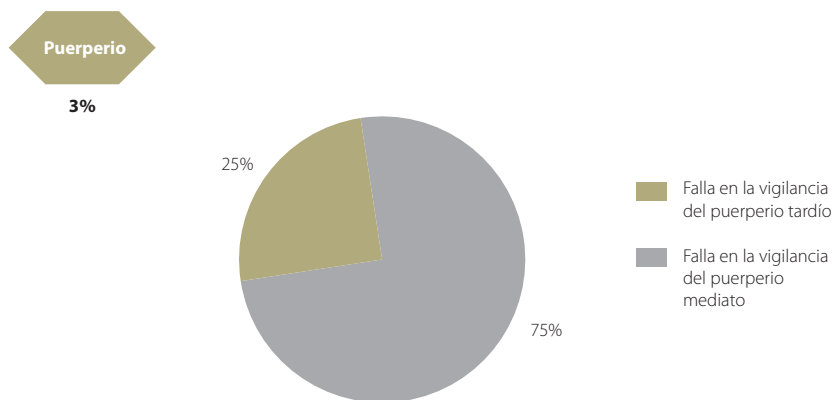
Distribución porcentual de los componentes del eslabón “Atención del parto” identificados en las causas de muerte materna



Fuente: Visitas AI-DeM
Base de datos de muerte materna / Grupo AI-DeM APV

■ **Figura 8**

Distribución porcentual de los componentes del eslabón “Puerperio” identificados en las causas de muerte materna



Fuente: Visitas AI-DeM
Base de datos de muerte materna / Grupo AI-DeM APV

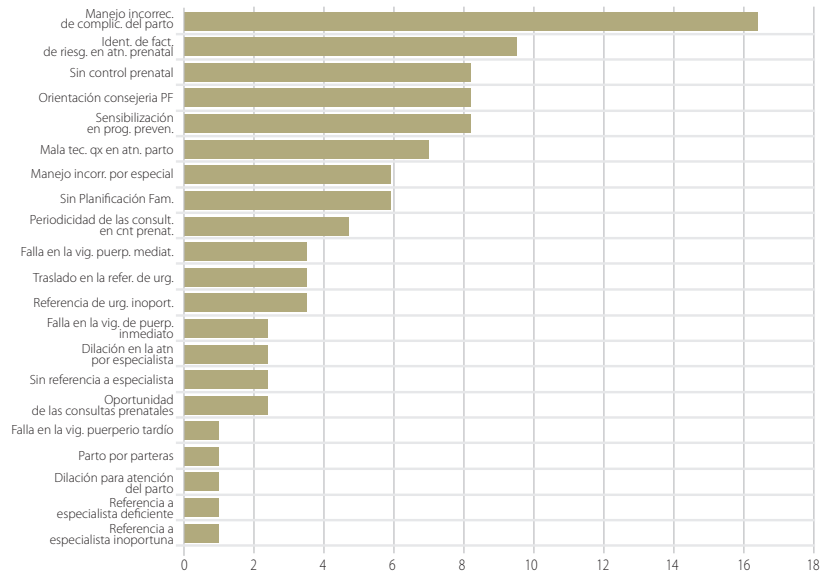
Aspectos del funcionamiento de las unidades de atención obtenidos del análisis de eslabones críticos

El análisis realizado por los grupos AI-DeM también permite obtener una visión más completa de los diversos aspectos del funcionamiento de las unidades de atención, de las jurisdicciones y de los hospitales, a saber:

- Cobertura: al visitar los centros de salud en el año 2007, se detectó que la cobertura del programa de PF era muy baja (20%); los datos que se señalan en la figura 10 corresponden al promedio de unidad por unidad, no son los promedios estatales ni nacionales.

■ **Figura 9**

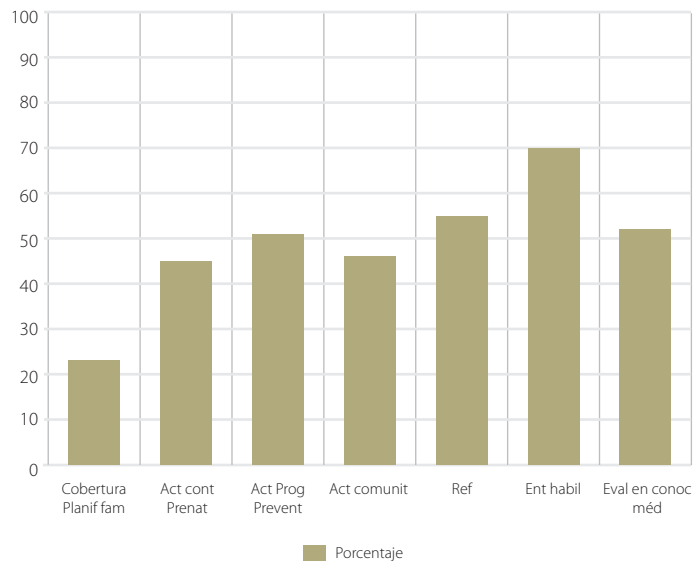
Distribución porcentual de los componentes identificados durante el análisis de atención inmediata de las defunciones maternas. México, 2007



Fuente: Visitas AI-DeM 2007

■ **Figura 10**

Porcentaje de cumplimiento de actividades en centros de salud visitados por los grupos AI-DeM. México, 2007



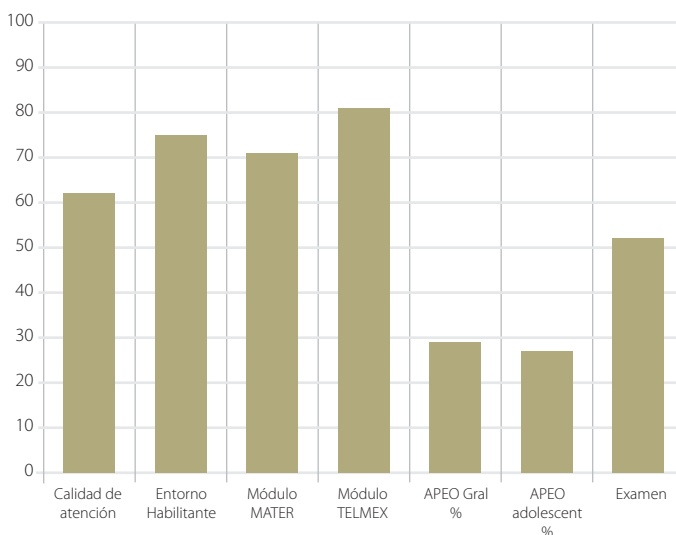
Fuente: Base de datos visitas AI-DeM
 AI-DeM: atención inmediata de las defunciones maternas

- Entorno habilitante: en estos centros llega a casi 80%; es decir, no se observan problemas serios en la disponibilidad de infraestructura; sin embargo, hay dificultades operativas: los esfigmomanómetros no funcionan, los estetoscopios no se encuentran, las básculas no están calibradas, entre otras; son problemas que van más allá de la administración o del abastecimiento de recursos.
- Conocimiento básico en atención de emergencias obstétricas: para detectar este indicador se aplicó un cuestionario básico sobre la atención de emergencias obstétricas a médicos internos de pregrado y residentes en hospitales, y en los centros de salud a los estudiantes en servicio social. En estos últimos el conocimiento básico de tal atención no llegó a 60%.
- Entorno habilitante en los hospitales: al visitarlos se observa que en éstos también aparece por arriba de 80% (figura 11). En hospitales que recibieron hace 5 años un equipo básico para atención obstétrica y neonatal* aproximadamente 90% del equipo está funcionando y casi 75% de los hospitales tiene un módulo mater operando al momento de la visita. Sin embargo, la anticoncepción post evento obstétrico (APEO) general o en adolescentes tan sólo registra 30%, y cuando se investiga el examen básico de conocimientos en unidades hospitalarias aparece menor al 60%.

Por último, el entorno habilitante en los centros de salud en la mayoría de los estados que se seleccionaron para el análisis (Guerrero, Puebla, San Luis Potosí, Querétaro) es mayor al 60% y la calidad de la atención es muy baja. Si observamos el comportamiento de estos mismos indicadores en los hospitales el entorno habilitante es mayor al 60% y la calidad de la atención sigue siendo baja.

■ Figura 11

Porcentaje de cumplimiento de diversas actividades e integración de equipo en los hospitales visitados por los grupos AI-DeM. México, 2007



Fuente: Base de datos visitas AI-DeM
AI-DeM: atención inmediata de las defunciones maternas

* Donativo otorgado por Teléfonos de México (Telmex) a través de un convenio. México, 2003.

Conclusiones

Con estos datos se concluye que en la mayoría de nuestras unidades de atención obstétrica el problema central no está en la infraestructura disponible ni en el entorno habilitante, sino en la calidad de la atención a las pacientes.

Si bien con la estrategia AI-DeM se pueden englobar los eslabones críticos y las fallas, después de cuatro años de experiencia se ha logrado aprender que las estrategias de mejora de la calidad deben ser locales, la solución no puede ser la misma en las áreas urbanas que en pequeñas localidades rurales.

Las redes de atención a la salud tienen un comportamiento determinado, tienen vida, por ello demandan diferentes tipos de intervención. Las redes sociales, por su parte, en nuestro país se comportan de manera muy especial; muestran, por ejemplo, que la localización geográfica de los servicios a la comunidad debe atender los comportamientos locales, los flujos de actividades que tienen los grupos sociales de estas comunidades. Es necesario, por lo tanto, especificar las intervenciones de acuerdo con las características de la población, de la comunidad y de las condiciones geográficas.

PROBLEMAS EN LA OFERTA Y GERENCIA DE REDES DE ATENCIÓN MATERNA Y NEONATAL

SILVIA ROLDÁN FERNÁNDEZ
Asesora, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
Secretaría de Salud, México

Antecedentes

Las unidades de salud se han construido con el objetivo primordial de aumentar la cobertura de servicios y de atender las necesidades sentidas en la población. En México hay muchos ejemplos de localidades que por tradición han competido en el aprovisionamiento de recursos de atención a la salud, y aunque se cuenta con unidades que están a 10 minutos de distancia de un hospital, se tiende a gestionar otro en el mismo municipio. También las demandas políticas han influido en esta disponibilidad poco planificada de las unidades de salud. Se ha logrado que la salud esté en la agenda política; sin embargo, la disponibilidad de unidades de atención, en alguna medida, se ha convertido en una bandera política; es decir, la comunidad pide y las autoridades políticas prometen, no siempre con un conocimiento real de la necesidad y de lo que implica construir y operar unidades de salud, sobre todo hospitalarias. Los aspectos epidemiológicos generalmente justifican la creación de unidades nuevas.

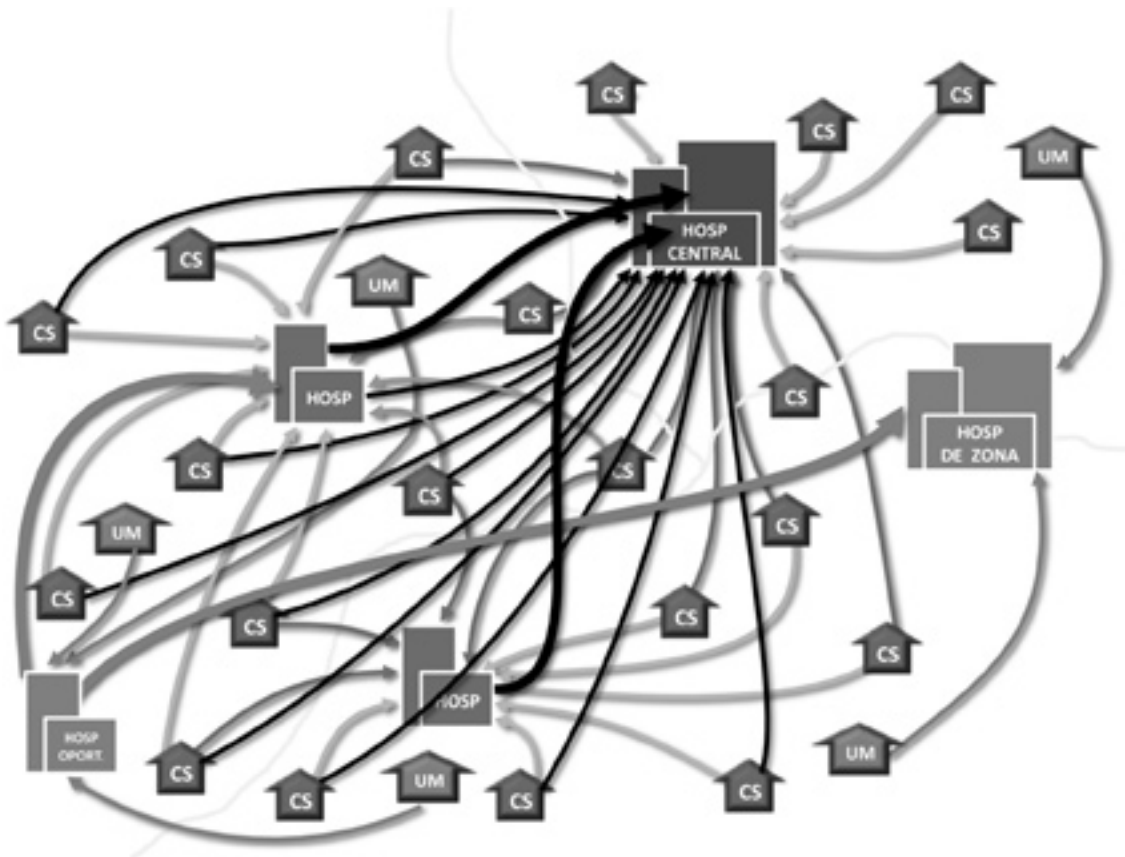
A partir de la descentralización del sistema de salud se inició el estudio de regionalización operativa en cada uno de los estados y se propuso el Plan Maestro de infraestructura; éste establece normas de operación, pero sus disposiciones no fueron respetadas por ninguno de los niveles de decisión política estatal y aún menos por los organismos legislativos federales (figura 1).

Las dificultades de operación de las redes

Una red común en nuestro país está conformada por centros de salud y hospitales, con una serie de dificultades que demuestran la falta de aplicación de los lineamientos del Plan Maestro de Infraestructura, que debieran regir la operación de las unidades de atención.

Estas dificultades son:

■ **Figura 1**
Red de Servicios vs Planes Estratégicos



1. Inoperatividad en la red de servicios

Continuamos operando redes de servicios regionalizadas, no funcionales, con hospitales que de día funcionan como tal y por la noche se convierten en centros de salud; únicamente en el turno matutino tienen los equipos humanos completos y en el vespertino y nocturno se dispone de médicos generales que no tienen la posibilidad de resolver una urgencia obstétrica. Hasta el momento no se cuenta con un acuerdo interinstitucional que permita la atención de cualquier urgencia obstétrica, sin importar la derechohabiencia. Se mantiene aún la situación de que el no recibir los casos de urgencia obstétrica en un hospital resolutorio obliga a la paciente y a su familia a continuar el traslado a otro lugar porque la mujer no tiene derecho a utilizar el servicio en éste. Se han construido hospitales en lugares poco accesibles, o muy cercanos uno de otro, en donde no se garantizan los equipos humanos mínimos (anestesiólogo, ginecobstetra, pediatra) durante los 365 días del año, las 24 horas; así, para solucionar una urgencia ésta se refiere a los hospitales resolutorios que están en las grandes ciudades, que con tal presión de la demanda rebasan su capacidad de respuesta y se afecta negativamente la calidad de la atención.

En esta red también están los nosocomios de otras instituciones. Las del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) son los hospitales de zona y las unidades del programa Oportunidades, las cuales

también infringen los lineamientos de infraestructura del Plan Maestro. En algunos lugares hay hospitales pequeños que terminan por cerrarse por no contar con los recursos necesarios para operar. La Secretaría de Salud (SSA), a diferencia del IMSS, no acostumbra cerrarlos y, con ello, se genera un escenario en el que se detecta una gran cantidad de hospitales localizados en lugares inadecuados, que se debieran eliminar porque generan gastos que no devienen en una capacidad real de atención.

2. Sobrecarga de demanda de servicios en condiciones mínimas

Las referencias de pacientes se realizan incluso de un hospital a otro, debido a la escasez de personal profesional. Este proceso, en ocasiones, se recarga con las demandas de las unidades pequeñas del IMSS Oportunidades y del Sistema de Protección Social en Salud (SPS), desde donde, al no tener al ginecólogo en el momento oportuno, envían a la paciente al hospital de la red que cuenta con este recurso. La secuencia de pasos de un hospital a otro, causada por la inadecuada operación de los servicios, afecta negativamente al estado de salud de las pacientes porque llegan tarde a los hospitales de referencia.

3. Escasez de transporte para apoyar el traslado de pacientes

El traslado continúa siendo una amenaza en caso de urgencia obstétrica, sobre todo la que proviene de comunidades rurales. En algunas localidades se ha intentado resolverla con ambulancias que aportan los presidentes municipales; sin embargo, éstas no se entregan a los servicios de salud, la mayoría son coordinadas por el Sistema de Desarrollo Integral de la Familia (DIF) o por las propias presidencias municipales y se utilizan para diversas actividades, no necesariamente relacionadas con la atención médica. Cuando se presenta un caso de urgencia debe solicitarse especialmente una ambulancia y el proceso de gestión demanda en ocasiones un largo tiempo, lo cual puede llegar a determinar un riesgo para la vida de la mujer y de su hijo. Esto se agrava en los períodos de cambio de administración municipal, ya que no hay continuidad en este apoyo. También se ha intentado contar con transporte merced a la participación comunitaria, con los propios vehículos que existen en la comunidad; sin embargo, este tipo de servicio es bastante irregular y no garantiza un traslado seguro.

4. Cambios de modelos de atención de acuerdo con los cambios administrativos

Lo anterior, aunado a los cambios administrativos sexenales en donde se modifican los modelos de atención a la población (muchas veces sin haberse instrumentado del todo los anteriores), produce una confusión en el personal que labora en ellos. Se invierte mucho tiempo en “aterrizar” un modelo; sin embargo, cuando empieza a operar ya ha finalizado un período administrativo y el que lo sustituye cambia las funciones, las nomenclaturas y las estructuras. Por ejemplo, durante más de una década se han denominado unidades móviles a las que llegan a las áreas más lejanas de los centros de atención local, y a partir de esta administración se les ha denominado Caravanas de la Salud; los centros de salud urbanos, después de unos años, pasaron a llamarse CAAPS (Centro Avanzado de Atención Primaria a la Salud) y posteriormente se denominaron CESSA (Centro de Salud de Servicios Ampliados). La denominación de los hospitales generales se ha mantenido, pero ha aparecido la de hospitales de Alta Especialidad y posteriormente la de Institutos de Salud.

Con esta categorización está sucediendo que todos los hospitales generales de las zonas centrales quieren ser de especialidad y los de especialidad quieren ser Institutos, es decir, unidades de alta especialidad. Esto ha generado que en un gran número de áreas urbanas todos los hospitales sean de alta especialidad o Institutos, sin que estos cambios de nombres representen efectivamente un cambio en la disponibilidad de infraestructura y en la oferta de servicios.

5. Recursos humanos en condiciones de inestabilidad

Hay situaciones peculiares en nuestras instituciones que generan dificultades para configurar equipos fuertes de profesionales y asegurar con ello una cierta estabilidad en la atención, por ejemplo:

- Se ha tendido a la homogeneización de los sueldos, pero las prestaciones son muy desiguales entre los diversos organismos (SSA, IMSS, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado –ISSSTE-).
- Las universidades no están formando adecuadamente al personal, no cuentan con las herramientas para atender partos en áreas rurales.
- El personal disponible en los centros de salud está en permanente cambio: médicos pasantes que se van, médicos de contrato por el SPS con un horario de 8 de la mañana a 4 de la tarde.
- En hospitales de especialidad es difícil conseguir personal profesional especializado, los pocos que se contratan, si en el corto o mediano plazo consiguen posteriormente un contrato en el IMSS o en Petróleos Mexicanos (PEMEX) abandonan estas unidades.
- En los hospitales generales se cuenta con escaso personal, pero la mayoría desea migrar a hospitales de alta especialidad.
- En la atención hospitalizada hay condiciones muy desiguales de infraestructura: hospitales con un número mínimo de especialistas y con una alta demanda de atención concentrada en los pasillos, versus hospitales con infraestructura tecnológica adecuada que no está utilizada debido a la falta de personal.

Estrategias futuras

En síntesis, estas dificultades exigen operar una red de servicios maternos y neonatales funcional (figura 2) con acciones básicas:

1. Impulsar procesos con una planeación efectiva en la distribución y utilización de recursos de atención. Es necesario revisar la diversidad de pequeños centros de salud disponibles en las distintas regiones del país, analizar la posibilidad de localizarlos en áreas geográficas y dotarlos con la infraestructura necesaria para garantizar una atención concordante con la demanda.
2. En los centros de salud donde no hay un número adecuado de médicos generales sería conveniente establecer horarios de atención concertados con la comunidad, en los cuales se pueda asegurar el equipo de profesionales para sus demandas.
3. No se debe pretender que todas las unidades cuenten con los mismos recursos y los mismos servicios. Es necesario copiar modelos o prácticas exitosas en nuestro propio país; por ejemplo, el IMSS estableció en las áreas rurales más lejanas la presencia de promotores, a quienes organizó para atender a la población en horarios especiales y con instrucciones para referir hacia las unidades correspondientes a quienes demandaran atención los días sábado.

4. Las parteras rurales previamente capacitadas también podrían adscribirse a los centros de salud para ayudar al único médico que atiende en ese centro. También en los hospitales se podrían abrir áreas de atención de medicina tradicional, con curanderos y parteras capacitados.
5. Asegurar el transporte mediante la gestión de alianzas con programas como el SPS y el Oportunidades para asegurar que en determinadas zonas se cuente con transporte a cualquier hora.
6. Retomar la red de comunicaciones e insertarla en las unidades, de manera que asegure la vinculación entre los pequeños centros de salud y las unidades de segundo nivel de atención.
7. En los hospitales comunitarios sería necesario contar con laboratorio básico, servicios durante las 24 horas, parteras profesionales, enfermeras obstetras, médicos generales capacitados en atención obstétrica y en reanimación neonatal.

Retos para operar redes efectivas

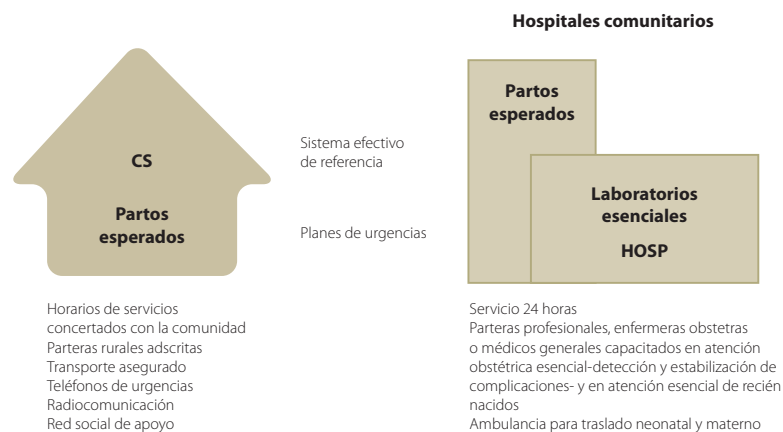
Evitar la muerte materna y asegurar la vida del niño. Los datos muestran que la muerte perinatal es mayor que la materna. Idealmente, en este modelo de redes se debiera conocer el número de partos que se espera atender y, con ello, los recursos que se van a necesitar.

Trabajar de acuerdo con la definición de redes señalada en el modelo de atención, con el fin de asegurar una mejor atención en los hospitales, en las condiciones adecuadas (figura 2).

Disponibilidad de redes de transporte neonatal que tengan alternativas de articulación, por ejemplo, con el Seguro Popular; es decir, establecer redes de transporte con mayor proyección.

Fortalecer las redes en las localidades lejanas a los centros urbanos.

■ **Figura 2**
 Red de servicios maternos y neonatales funcional



PROBLEMAS Y SOLUCIONES EFECTIVAS EN LAS REDES DE SERVICIOS

FRANCISCO JAVIER POSADAS
Director de Políticas, Secretaría de Salud
San Luis Potosí, SLP, México

La red de atención para prevenir la mortalidad materna (MM) requiere de la confluencia de tres elementos importantes:

- Un sistema de unidades con diferentes grados de solución, con la finalidad de ofrecer una solución integral.
- Servicios enfocados en las necesidades del usuario.
- Participación comunitaria, la cual puede determinar que una mujer llegue con vida a un servicio de salud.

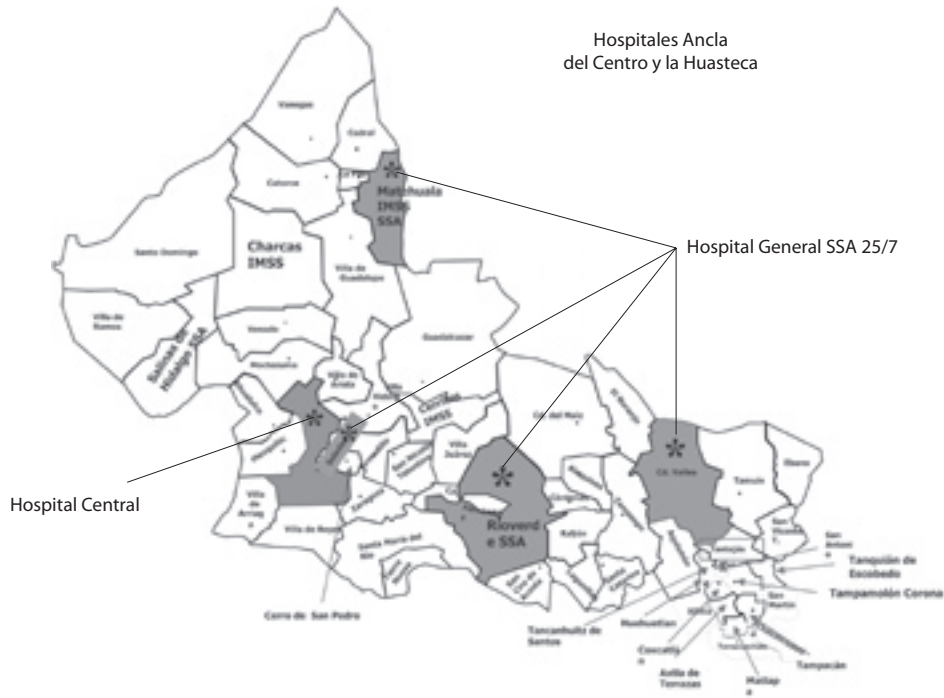
Estructura de la red de servicios

En San Luis Potosí (SLP) operan redes conformadas por cinco hospitales en cinco localidades diferentes. El hospital de referencia más grande del estado es el Hospital Central, de tercer nivel, y en él se concentra la atención de todas las complicaciones graves de obstetricia. La operación de las unidades incorporadas a la red de atención se sustenta en un esquema en el cual el sistema de referencia tiene que estar vinculado con el Sistema de Protección Social en Salud (SPS), el cual, como muchas de las iniciativas que se han creado en el país, ha fragmentado el sistema y las estructuras estatales se han debido adaptar para asegurar la atención adecuada de los casos de emergencia obstétrica que son los que más demandan el servicio en red.

La red de la Huasteca Potosina cuenta con un hospital general localizado en Ciudad Valles, que es la unidad a donde se refieren las embarazadas de esa región. Su cobertura abarca 20 municipios y cinco estados vecinos; es una red amplia, complicada y con áreas de gran rezago social. El hospital se ha reestructurado, cuenta con un área de neonatología con tecnología de punta y personal especializado y aumentó al doble el número de pediatras y ginecobstetras. Esta red opera una serie de mecanismos para asegurar que las usuarias lleguen a tiempo, incluyendo los de telecomunicaciones. Gracias a ello y a la operación de la red social, las mujeres llegan en ambulancia al hospital, de manera expedita; todo esto ha influido para que este nosocomio se convierta en el más importante de esta región (figuras 1 y 2).

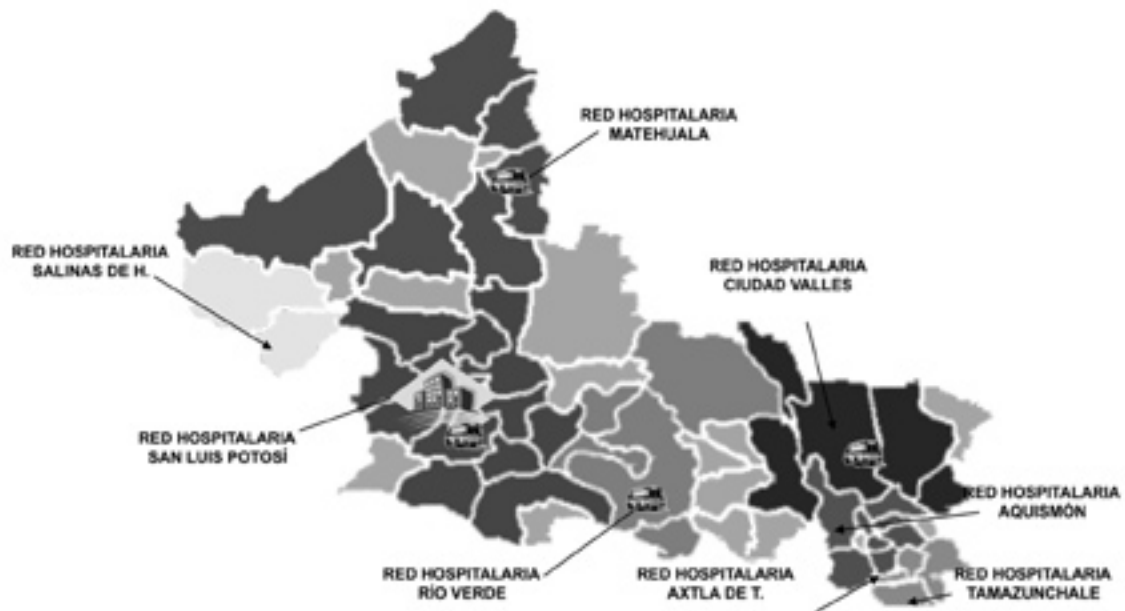
■ **Figura 1**

Municipios donde existe un Hospital ANCLA DE LA RED. San Luis Potosí, México



■ **Figura 2**

Red de prestadores de servicios del Sistema de Protección Social en Salud en el estado de San Luis Potosí, México



De los 20 municipios del estado cinco se han convertido en los más importantes porque atienden al 80% de las mujeres que llegan al hospital, incluyen las jurisdicciones V y VI que son las que concentran el mayor porcentaje de población indígena; aproximadamente 9% de la población de SLP es indígena.

Participación comunitaria en la operación de la red de servicios

La participación de la comunidad ha tenido una incidencia fundamental en la operación ejemplar de las redes de servicios de SLP y se manifiesta en los siguientes hechos:

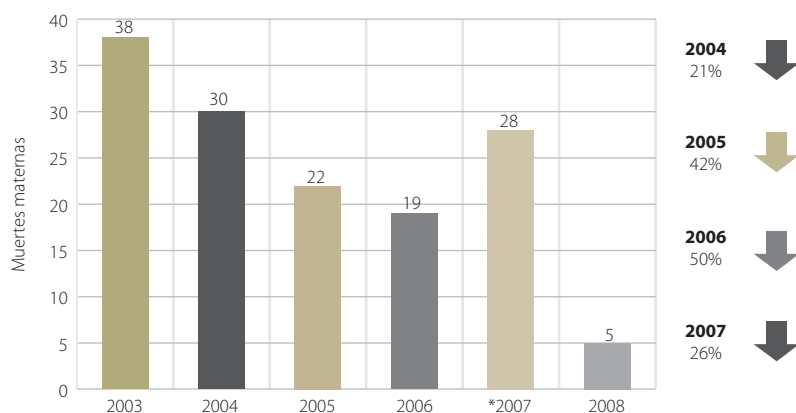
1. La red de servicios ha incorporado albergues comunitarios que acogen a embarazadas con alto factor de riesgo originarias de poblaciones lejanas y dispersas; la familia puede asistir a estas unidades para apoyar en el cuidado de la embarazada, quien se hospeda durante las últimas tres semanas antes del parto. Este servicio está dirigido especialmente a embarazadas diabéticas, o hipertensas, o que corren el riesgo de alguna complicación obstétrica. Hasta el momento se han creado cerca de 50 posadas cercanas a las unidades de atención y se han instalado en los municipios más pobres. El trabajo de la red comunitaria consiste especialmente en sensibilizar y comprometer a la comunidad en la referencia oportuna de las mujeres embarazadas.
2. Para fortalecer la operación de la red de servicios se incorporó una red de transporte denominada AME (Atención a la Mujer Embarazada) que consiste en sensibilizar y estimular a propietarios de vehículos para transportar a una embarazada que vive en lugares cercanos a su domicilio. El municipio cubre los gastos de gasolina y se le otorga una placa distintiva. Se ha creado esta iniciativa porque los servicios de salud no tienen la capacidad de llegar a las 6 000 comunidades con menos de 500 habitantes que tiene el estado.
3. Se ha fomentado entre las autoridades municipales la compra de ambulancias; actualmente la totalidad de los municipios tiene al menos una ambulancia y se han adquirido mediante los recursos municipales.
4. Se ha incorporado a las parteras y se les ha insistido acerca de lo que no deben hacer en casos de embarazos gemelares, mujeres añosas, múltiparas, etcétera, con el fin de disminuir las muertes maternas.

¿Por qué una red de mortalidad materna?

La MM ha tenido un comportamiento estacionario y errático en el estado: en el 2006 bajó 50% (19 muertes) en relación con el 2003 (38) que es cuando inicia la actual administración, y en el 2007 el número de muertes volvió a crecer (28) (figura 3). Estos datos reflejan que la MM es un indicador que se altera por hechos que son ajenos al sistema de salud, y que, frente a un pequeño descuido, su comportamiento puede cambiar considerablemente. Las cifras absolutas que se señalan en la figura 4 muestran que entre el año 1990 y 2001 no ha habido cambios significativos en este indicador. Se ha observado que las causas de la MM son diversas: desde factores genéticos y padecimientos crónicos hasta problemas derivados de los estilos de vida y del comportamiento social, por ejemplo, violencia intrafamiliar, suicidios, etcétera.

■ **Figura 3**

Reducción de muertes maternas con relación a las registradas en 2003. San Luis Potosí, México



Fuente: Certificados de defunción/Sistema Epidemiológico, Estadístico de las Defunciones -SEED, 2003 – *2007 preliminar, 2008 abril

■ **Figura 4**

Muertes maternas. San Luis Potosí, México, 1990-2007

Número de defunciones maternas										
Año	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99
Def.	41	35	56	42	34	39	32	31	26	35

↑

Número de defunciones maternas								
Año	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007*
Def.	33	40	41	38	30	22	19	28

↑

Las causas sociales que determinan las muertes maternas son tan importantes como las obstétricas, afectan igualmente los índices locales y nacionales de MM. El impacto social de las muertes maternas es ya muy bien conocido, la ausencia de la madre trae consigo niños huérfanos y, con ello, nuevas demandas y responsabilidades del Estado, y cuando éstas no se atienden traen como consecuencia crisis sociales. Desde el 2004, cuando se propuso en el estado bajar la MM se inició un proceso de sensibilización en la población sobre la dimensión social de la MM, y se ha logrado despertar en la población un sentido de urgencia acerca de este problema. El compromiso establecido por las autoridades estatales ha sido que la MM baje a 14 en el año 2012 y que las muertes maternas que ocurran sean por causas biológicas que rebasen el ámbito médico.

La red para reducir la MM se ha creado por las siguientes razones:

- La MM es el indicador más sensible
- Ha existido indiferencia histórica respecto a las muertes maternas
- Escaso valor a la integridad de la mujer
- Discriminación de género

¿Cuáles son los retos actuales?

BAJAR LA MM EN EL ESTADO.

La evolución de la tasa de MM en SLP ha sido fluctuante; en el 2005 descendió a 6.8, en 2006 bajó a 4.5 y a partir de 2007 volvió a subir a 6.5 (figura 5). La proyección para las metas del Milenio en el período 2012 - 2015 es que SLP alcance un número de muertes anuales cercano a la de los países del primer mundo, es decir, de 12 a 14 muertes por año. En los últimos tres años ha bajado notablemente el número de muertes anuales, de 38 a 40 (entre los años 2000-2003), a 22-28 muertes anuales entre 2005 a 2007, por lo cual es factible cumplir la meta fijada para el 2012 (figura 4).

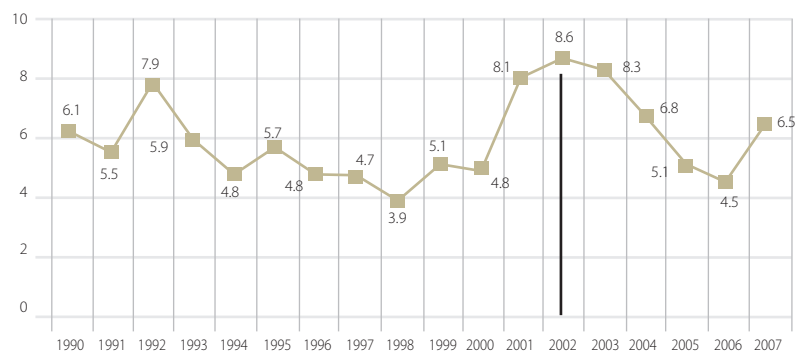
Atender políticas de planificación familiar (PF) y ampliar su cobertura; actualmente 41.4% de las mujeres utilizan métodos anticonceptivos y se reportan oficialmente; aún hay concepciones culturales que se deben atender.

Dar respuesta médica a las urgencias obstétricas con oportunidad y altos márgenes de seguridad. El papel del médico es fundamental y el compromiso es controlar al máximo estos eventos para evitar la muerte de la mujer. El 100% de las complicaciones obstétricas se puede prevenir; por lo tanto, desde el momento en que las pacientes entran al servicio de salud, éste asume la responsabilidad de su cuidado.

Disponer de los recursos; pero esto no es suficiente, se requiere que los pocos recursos (materiales, tecnológicos y humanos) se organicen y ofrezcan una atención segura y con calidad. Debemos incorporar-nos al nuevo concepto de salud como un recurso con valor social, ya que una sociedad sana produce, traba-

■ **Figura 5**

Bajar la Mortalidad Materna en el estado Tasa de Mortalidad Materna. San Luis Potosí, México, 1990-2007



Tasa por 10 000 NVR (2001 en adelante NVE)

Fuente: Certificados de defunción/Sistema Epidemiológico, Estadístico de las Defunciones -SEED,1990 - 2007

ja y prospera más. En este concepto el papel del médico podría reformularse, es decir, conservar la salud de la población y no restringirse solamente a curar enfermedades.

Obstáculos para operar las redes

Fragmentación del sistema de salud caracterizada por el gran número de programas que se crean sin contar con una mínima organización. A pesar de estos programas, 82% de la mortalidad materna ocurre al interior de las instituciones de salud.

Dispersión de la población. En SLP hay 7 000 localidades con menos de 500 habitantes, no se cuenta con un médico para cada localidad, ni con una ambulancia para cada hospital. Este es un problema social que rebasa la capacidad de resolverlo.

Anticoncepción post evento obstétrico que no se atiende con el cuidado que amerita y no se orienta a la mujer sobre los diversos métodos alternativos. El personal médico no se ha hecho cargo de que con sólo prolongar el período intergenésico de una paciente se disminuye el riesgo de que muera con el siguiente embarazo.

Mujeres añosas. En SLP 54% de mujeres multíparas y multigestas que se embarazan después de los 35 años de edad, con periodos intergenésicos cortos, se siguen muriendo.

¿Cómo hacerlo?

Conocer de qué manera evoluciona la MM en el estado, cuáles son los factores que inciden en ella, las dificultades, los errores y los aciertos.

Si se sabe claramente qué está sucediendo con cada una de las muertes maternas será más fácil identificar herramientas para enfrentarlas. Si se sabe que 50% de las muertes maternas ocurren durante el parto se espera que los médicos y obstetras mejoren la calidad de la atención. Por otra parte, si al aumentar acciones de PF disminuye la MM, es momento de intensificar las políticas de PF en nuestro país. En SLP, esto se ha asumido como un compromiso y en los últimos años se ha alcanzado una cobertura de 41%, sin embargo, el reto es lograr 60% de cobertura.

CONOCER LOS FACTORES QUE DETERMINAN LA MORBILIDAD MATERNA Y PERINATAL.

Hay atención especial a embarazadas diabéticas e hipertensas; todas estas mujeres deben tener consejería y seguimiento y una cobertura de por lo menos 80%.

ANALIZAR LOS PROGRAMAS DE PF, EN PARTICULAR SUS PROYECCIONES, RESULTADOS E IMPACTO.

Entre las estrategias implementadas en el estado está la instalación de módulos de PF, 13 en el primer nivel (13 Módulos) y cuatro en el segundo, donde personal de enfermería especialmente dedicado orienta a las pacientes en el uso de diversos métodos anticonceptivos; con esto se espera un incremento de la anticoncepción posevento obstétrico de 60%, porque las coberturas aún son muy bajas (41%), a pesar de que el año

pasado 10 936 mujeres recibieron métodos anticonceptivos. La cobertura sectorial en PF en el estado es aún muy baja; la del IMSS es de 40% y la del ISSSTE es apenas del 12%.

Las políticas estatales han dado énfasis a la atención de la población adolescente y a los que hemos denominado “bebés virtuales”; se ha logrado trabajar con 500 adolescentes y se espera llegar a 1 500, porque más de 5 000 embarazos en el estado ocurren en ese grupo.

Conclusiones

Para alcanzar las metas de reducción de la MM es necesario impulsar diversos tipos de acciones:

ACCIONES GERENCIALES

- Evaluar y estudiar la MM
- Evidenciar las fallas
- Involucrar a todo el sector
- Emprender políticas globales con enfoque de género
- Pedir y rendir cuentas

ACCIONES CONCRETAS

- Habilitar espacios
- Fortalecer redes de atención
- Crear redes sociales
- Fortalecer el programa de PF
- Recuperar la pertinencia social de la PF

ACCIONES OPERATIVAS

- Acercar servicios
- Adquirir transporte
- Tutelar el derecho a la salud de la mujer
- Combatir todo tipo de discriminación y maltrato
- Involucrar a los municipios

Preguntas y comentarios

Considerando la experiencia de la operación de redes en San Luis Potosí, se deduce que el reto fundamental de aquéllas es reducir las muertes maternas. ¿Cuál es el factor determinante en el cumplimiento de este objetivo?

RESPUESTA DE FRANCISCO JAVIER POSADAS

Este objetivo se cumple si quienes conducen la operación de las redes se comprometen en el cumplimiento de este reto y se ejerce un liderazgo responsable y reconocido.

Es importante lograr mayor especificación de los modelos de atención que operan dentro las redes, por ejemplo, identificar claramente con cuántas y cuáles unidades de atención se cuenta.

Las redes de servicios son entes vivos, si no se las atiende pueden morir. Para operar las redes es necesario ejercer un liderazgo basado en principios y en el ejercicio del ejemplo, tener capacidad técnica y de trabajo. De la dimensión de las decisiones dependerá la dimensión de los resultados.

RESPUESTA DE FRANCISCO JAVIER POSADAS

En la conducción de las redes es necesario ejercer el “poder real”, no el “poder formal”; se debe ejercer autoridad, liderazgo y gestión directiva, especialmente frente a poderes alternativos como las organizaciones sindicales y civiles que tienden a ser contestatarias a las disposiciones formales del ejercicio del poder.

CERTIFICACIÓN DE REDES DE ATENCIÓN MATERNA EN MÉXICO

JAVIER DOMÍNGUEZ DEL OLMO
Asesor de Calidad de Servicios de Salud Reproductiva
en América Latina y el Caribe
Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA)
México, DF, México

Antecedentes

El Programa Arranque Parejo en la Vida (APV) fue instrumentado por la Secretaría de Salud en México entre 2001 y 2006 como una estrategia nacional para reducir la morbilidad y la mortalidad materna e infantil, particularmente entre la población con mayores índices de pobreza y marginación en México.

Para alcanzar estos objetivos, el Programa APV ha definido cuatro componentes sustantivos y cuatro estratégicos; algunos de ellos pueden ser identificados como paquetes de atención.

COMPONENTES SUSTANTIVOS

- El embarazo saludable
- Parto y puerperio seguros
- Recién nacido sano
- Niños y niñas bien desarrollados

COMPONENTES ESTRATÉGICOS

- Desarrollo humano
- Red de apoyo social y participación comunitaria
- Monitoreo y evaluación
- Fortalecimiento de la estructura de servicios

Cambio de paradigma en el modelo de atención a la salud materna

A diferencia de los enfoques anteriores, con este programa la Secretaría de Salud (SSA) en México asigna un renovado énfasis al manejo de las emergencias obstétricas; es decir, pasa del antiguo paradigma de la aten-

ción basada en niveles institucionales -que tradicionalmente se ha transformado en una verdadera trampa mortal para muchas mujeres- a la conformación de redes de atención. La SSA las define como el conjunto de unidades de salud que en una región resuelven los problemas de salud materna y perinatal de la población. Este nuevo paradigma destaca la articulación funcional de una serie de unidades de atención, de recursos e insumos de acuerdo con su capacidad resolutoria, para favorecer el acceso y la atención obstétrica, para lo cual deben estar vinculadas entre sí y contar con el apoyo social.

Las redes de atención a la salud materna

Estas redes desempeñan una serie de funciones consideradas en un marco de referencia donde componentes como la planificación familiar, el empoderamiento de las mujeres y la participación comunitaria se convierten en elementos centrales (figura 1).

Las redes de atención están conformadas por dos tipos de subredes, la de servicios y la de apoyo social, las cuales al articularse y vincularse permiten cumplir con los propósitos de la red en su conjunto.

El proceso de certificación de redes de atención

En el año 2006 la SSA solicitó al Fondo de Población de Naciones Unidas y a la Organización Panamericana de la Salud que les acompañáramos en una iniciativa de diseño e implementación de un proceso de certificación de las redes de atención. Este proceso contó con la participación de expertos internacionales de ambas instituciones y con la colaboración sustantiva de personal técnico de la propia SSA, que contribuyó en la ejecución del diseño y de la certificación.

■ Figura 1

Las redes de atención a la salud materna



El proceso de certificación se basó en la observación sistemática de redes de atención: la jurisdicción sanitaria, los hospitales de diferente capacidad resolutive, algunos nuevos servicios como el de la Posada para la Atención de Mujeres Embarazadas de Alto Riesgo (AME), los hospitales integrales y centros de salud urbanos y rurales.

La estrategia general del proceso de certificación se basó en la comparación de los procedimientos y estrategias instrumentados durante la operación de los servicios con los establecidos bajo el marco normativo del Programa APV. La certificación no pretendió evaluar el cumplimiento de las acciones, sino realizar un análisis para identificar si los procedimientos que normativamente estaban establecidos se cumplían en cada uno de los niveles de las redes de atención.

Dimensiones calificadas para la certificación

Se definieron ocho dimensiones para ser consideradas en la asignación de puntajes, las cuales son una adaptación de los componentes estratégicos y sustantivos del Programa APV:

Estas son las ocho dimensiones sujetas al proceso de certificación:

- Embarazo
- Parto y puerperio
- Recién nacido
- Participación social
- Estructura institucional
- Red de servicios
- Seguimiento de la muerte materna
- Enseñanza y capacitación

Para cada una de las dimensiones se construyó un índice sintético, el cual se deriva del promedio de los valores de las variables implicadas en cada una de ellas y del número de observaciones definidas; estas observaciones se hicieron a través de: a) la revisión de expedientes clínicos, b) las visitas a las unidades médicas, c) la entrevista a funcionarios de los diferentes niveles de atención y d) entrevistas a usuarias y grupos focales.

Para cada uno de los componentes se establecieron los índices así como los indicadores correspondientes. La información sobre la metodología del proceso de certificación aparece en un informe que la propia SSA, a través del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGySR), publicó recientemente y que está accesible al público. El proceso de certificación implicó la identificación de indicadores para hacer la comparación entre lo que se encontraba durante las visitas y lo que señalaba el marco normativo del programa.

El grupo técnico que condujo la certificación determinó que el valor mínimo para acreditarla sería de 0.80, en una escala de 0 a 1.00.

Contribuciones de la certificación

1. Este procedimiento de calificación permite que una red pueda ser certificada en su conjunto, aunque algunas de las unidades al interior de la red no logren alcanzar el valor umbral para acreditar su certificación de manera individual. Además, el procedimiento de certificación permite calificar el cumplimiento de cada una de las ocho dimensiones al interior de una unidad de salud, pero al mismo tiempo se puede certificar en forma agregada a la unidad de salud y a la propia red de atención.
2. El proceso de certificación permitió confirmar que los lineamientos generales del Programa APV estaban siendo aplicados en alguna medida dentro de las seis redes visitadas y que eran asumidas incluso ya como parte del trabajo cotidiano. Se detectó que la aplicación de los lineamientos se hace en forma homogénea a pesar de la heterogeneidad en las características geográficas, sociales y culturales de las redes.
3. Las seis redes certificadas están localizadas en Chiapas, Michoacán, Puebla, Querétaro, San Luis Potosí y Veracruz y puede observarse cómo de acuerdo con su índice sintético, cinco de las seis alcanzaron el nivel mínimo de certificación; sólo una de ellas estuvo muy cerca de alcanzarlo en forma agregada, aunque logró obtener la certificación sólo en alguna de sus unidades.

Desafíos del proceso de certificación

Algunos de los principales desafíos que el grupo técnico logró identificar durante del proceso de certificación son los siguientes:

- Es necesario definir los lineamientos normativos de las tareas de las jurisdicciones en el Programa APV, particularmente en los componentes de planeación, presupuesto, supervisión, monitoreo y evaluación.
- El propio grupo recomendó fortalecer los lineamientos de operación de unidades y servicios, particularmente en los componentes sustantivos del Programa APV (Módulo MATER, Posadas AME).
- Asimismo, se recomendó promover un sistema más eficiente de referencia y contrarreferencia, no solamente al interior de la red institucional sino también con redes de otras instituciones de la misma área geográfica en la que se trabajó.

Durante el proceso de certificación se observó que, existiendo un número importante de referencias desde los centros de salud a los hospitales integrales o a los hospitales generales, la contrarreferencia de éstos hacia los niveles inferiores no se da en la misma medida (figura 2).

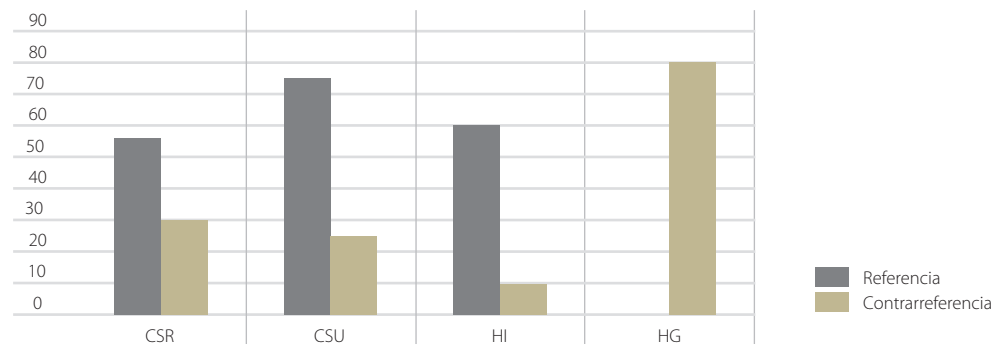
Otros desafíos

- Fortalecer las estrategias para la identificación oportuna de mujeres embarazadas.
- Fortalecer la capacidad de resolución de emergencias obstétricas y neonatales a través de la red de servicios, independientemente de si se llevan en ellas las funciones básicas, o completas, o integrales

de atención de la urgencia obstétrica. Los hospitales integrales requieren un mayor fortalecimiento de su infraestructura (figura 3); también se identificaron rezagos sustantivos para la atención de las emergencias obstétricas en los centros de salud rurales (figura 4).

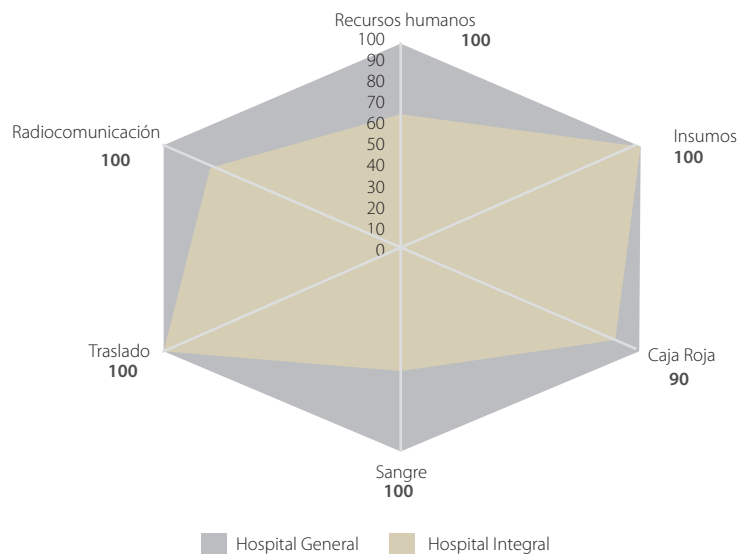
- Revisar y depurar el enfoque de riesgo obstétrico.
- Elevar la capacidad analítica y propositiva de los comités de morbilidad y mortalidad materna y perinatal.
- Establecer prioridades y diseñar programas orientados a necesidades locales de capacitación.

Figura 2
 Referencia y contrarreferencia en unidades de 1° y 2° nivel



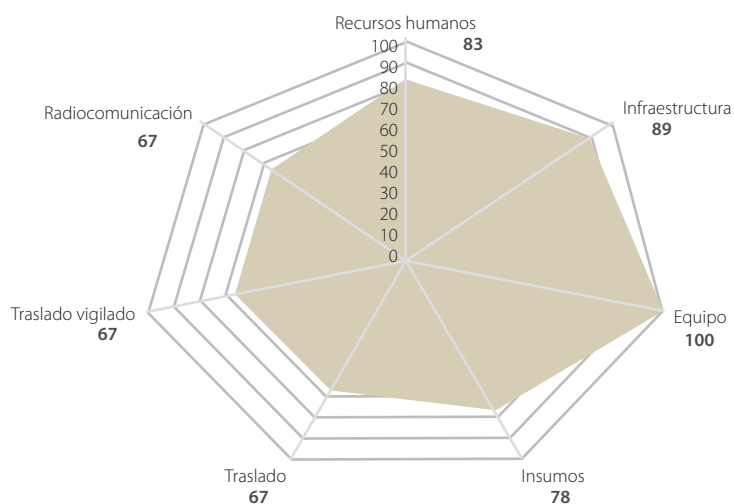
Fuente: Certificación Internacional del Programa APV, 2006

Figura 3
 Condiciones para atención de emergencias obstétricas



■ **Figura 4**

Condiciones para el manejo de emergencias obstétricas en centros de salud rurales



Fuente: Certificación Internacional de Programa APV, 2006

¿Qué no incluyó la certificación de redes?

1. El proceso de certificación no permite medir la calidad de las intervenciones; sí identifica el grado de cumplimiento de los procedimientos normativos.
2. Tampoco permitió valorar la calidad de los siguientes elementos:
 - Planificación familiar
 - Control prenatal
 - Atención obstétrica
 - Vigilancia epidemiológica
 - Procesos gerenciales
 - Capacitación
3. La calidad en la instrumentación de las acciones se dará a través de otros procesos, algunos de ellos ya trabajados por el CNEGySR y otros más que deberían formar parte de retos futuros.
4. No permitió valorar la vinculación de la red de atención con otras instituciones del sistema de salud local. En el caso de convertirse en un elemento gerencial para el CNEGySR, valdría la pena gestionar su vinculación con otras redes.
5. No permitió valorar la eficiencia de la coordinación entre la red social y la red de servicios.
6. No permitió identificar elementos vinculados al enfoque intercultural y de género. Se han hecho esfuerzos importantes en materia de desarrollo humano y de participación comunitaria, los cuales podrían fortalecerse en la medida en que este tipo de enfoque se incorporara al proceso.

Relatoría de la Mesa

PROBLEMAS Y RETOS DE LAS REDES DE SERVICIO

MODERADORA Y RELATORA:
DORIS VERÓNICA ORTEGA ALTAMIRANO
Instituto Nacional de Salud Pública.

Las preguntas a las que se debía dar respuesta en esta mesa de trabajo fueron:

1. ¿Qué hace que las redes institucionales fluyan o no ante un evento obstétrico?
2. ¿Qué características comparten las redes con experiencias exitosas en la atención del evento obstétrico?
3. ¿Cuáles han sido los principales aciertos en la comunicación de los eventos obstétricos entre los niveles de atención?
4. ¿Qué cambios tendría que haber en las redes institucionales para mejorar los indicadores de mortalidad materna y perinatal?

El objetivo de la presente mesa fue identificar cuáles son los problemas y retos que enfrentan estas redes de servicios.

Introducción

Existen diversas instituciones y sectores de la sociedad que trabajan e intervienen en la salud perinatal, sin embargo es necesario que se articulen como redes para garantizar un trabajo eficiente, efectivo y eficaz en la reducción de la morbilidad y mortalidad materna.

Desarrollo de los temas solicitados en la guía temática

- Descripción general de los temas tratados
- El concepto de red
- Redes de servicio institucionales y no institucionales (sociales)
- La planeación participativa de los procesos de atención

- Los prestadores y las prestadoras de servicios de salud (responsabilidad, actitudes y aptitudes)
- La participación de las usuarias (derechos, obligaciones), así como de las familias
- La participación del municipio
- El financiamiento de las acciones
- Problemas con la permanencia de las redes
- El monitoreo y evaluación de los resultados de las acciones de la red

El concepto de red

Las redes no sólo son instancias de salud, particularmente las redes institucionales deben tener un reconocimiento y respaldo organizacional.

Las partes de las redes deben tener compromiso, funciones establecidas, conocimiento de las mismas y desarrollar procesos de planeación conjunta.

A nivel institucional se debe contemplar dentro del personal prestador de servicios de salud a otros agentes de la salud, incluso el nivel administrativo, ya que en ocasiones son ellos quienes obstaculizan o facilitan que las acciones de la red fluyan.

Es deseable que los actores de la red se identifiquen, reconozcan, vinculen y retroalimenten.

Las redes deben tener objetivos claros, basados en el desempeño del sistema de salud, con metas a corto, mediano y largo plazo, con indicadores pertinentes, procedimientos que correspondan a cada situación de emergencia y procesos de monitoreo, evaluación y rendición de cuentas.

Las redes deben tener el respaldo de recursos financieros obtenidos por la asignación presupuestaria, así como por otras fuentes como el Ramo 33 en los municipios, incorporando incluso formas innovadoras, involucrando a otros actores.

Todas las mujeres deberían tener el derecho de acceder en forma gratuita y universal a servicios de atención de las emergencias obstétricas.

La capacitación del personal prestador de servicios de salud debe incluir desarrollo de aptitudes y actitudes que permitan atender con calidad técnica e interpersonal a las mujeres, contemplando la interculturalidad y la perspectiva de género.

Se debe ser objetivo para evaluar el éxito de una red, evitando dependencia de intereses políticos, personales y afectivos, entre otros.

Las redes deben tener sostenibilidad, trascendiendo cambios administrativos gubernamentales o institucionales, para que se logre impacto en la población.

Las redes deben contemplar a todos los actores del sistema de salud, reconociendo e incorporando el papel de las parteras y de otros agentes sociales de salud.

Ha sido útil emplear la metodología de eslabones críticos para el monitoreo y evaluación de una red.

Es importante socializar la información sobre las señales de alarma en las emergencias obstétricas y respecto al plan de emergencia familiar correspondiente, utilizando todos los canales de comunicación locales, atendiendo incluso otros dialectos y patrones culturales, entre otros.

Planeación participativa de los procesos de atención

El principal punto de controversia tratado fue el definir a quién corresponde la responsabilidad en el traslado de las mujeres con alguna emergencia obstétrica.

Las argumentaciones fueron que las mujeres no cuentan con los recursos económicos ni sociales para conseguir un traslado rápido a un centro de atención. Sin embargo, esta responsabilidad, que hace algunos años correspondió a los servicios de salud, actualmente se ha perdido, ya que éstos carecen de unidades de transporte (ambulancias) en los centros de salud.

Los resultados de apoyar esta intervención con la participación de los municipios, ya sea a través de las presidencias municipales o de las presidentas de los DIF, no es consistente, estando sujetas a voluntad política o a intereses diversos de las autoridades municipales, mas no a un procedimiento normado establecido.

Puntos de consenso entre los participantes

- Es necesario clarificar las funciones de las redes
- Planear conjuntamente las acciones
- Difundir los procedimientos
- Compromiso de los actores, estableciendo con precisión sus responsabilidades.
- Capacitación, con enfoque de género e intercultural, del personal prestador de servicios de salud.
- Participación activa social, municipal, local, comunitaria, familiar, individual.
- Sustentabilidad y sostenibilidad de las redes.
- Asignación de recursos financieros específicos para el funcionamiento de las redes aprovechando diversos recursos (Ramo 33).

Las posiciones más consistentes señalaron:

- La importancia de establecer claramente los objetivos de la red, sus funciones, la responsabilidad de los actores y metas
- Financiamiento, sostenibilidad y transparencia en la utilización de los recursos
- La capacitación en aptitudes y actitudes de los prestadores
- La participación comunitaria a escalas local, municipal, familiar e individual
- La vigilancia epidemiológica, establecimiento de indicadores, monitoreo y evaluación de resultados

Puntos que no lograron consenso

El sistema de referencia y contrarreferencia de los servicios de salud no es eficiente, sin embargo, por falta de tiempo y pertinencia no se abordó cómo podría mejorarse.

Nuevas aportaciones no consideradas explícitamente en las guías temáticas

- Visualizar el carácter dual de las redes: por un lado, la parte institucional, organizada y estructurada, según los diferentes niveles de atención y, por el otro, la conjunción de actores sociales (comunitario

local y municipal, grupos organizados civiles, agentes de salud, familias e individuos), cuyo espacio en ocasiones está fragmentado, dividido por cuestiones políticas, culturales u organizacionales y que es necesario integrar.

- Otra nueva aportación señala que es necesario buscar que las redes no se volatilicen por cuestiones políticas o administrativas (cambios de gobierno o de autoridades, entre otros).
- Vencer la inercia histórica en la asignación de recursos humanos, materiales y financieros, basándolos en la planeación estratégica por indicadores y metas a corto, mediano y largo plazo.
- Utilizar la información local (microrregional) en la construcción de los indicadores de salud materna y perinatal, para la mejor toma de decisiones.
- Transparentar el uso de los recursos, así como la rendición de cuentas.

Puntos que no fueron tratados a profundidad en la sesión

Faltó tiempo para profundizar en algunos puntos como el nuevo enfoque que ha venido a dar el Seguro Popular en la prestación de servicios de salud, y sobre la certificación del personal prestador de servicios de salud, que favorece la profesionalización de los mismos.

Conclusiones

- Es necesario fortalecer la integración de las redes para contrarrestar la fragmentación en la atención de las emergencias obstétricas.
- Debemos impulsar la planeación conjunta de las acciones de cada uno de los actores, basados en metas a corto, mediano y largo plazo, articulando sus objetivos con el desempeño del sistema de salud.
- Las redes requieren contar con fuentes de financiamiento específicas, diversas, para garantizar su sustentabilidad, evitando estar sujetas a asignaciones históricas o a voluntades políticas.
- Se requiere, para que modifiquen sus actitudes y aptitudes, fortalecer la capacitación, sensibilización y profesionalización de todo el personal involucrado en las redes de servicio.
- Reforzar el monitoreo y evaluación sistemática del desempeño de una red, para establecer su eficacia, eficiencia y efectividad.
- Es necesario garantizar la gratuidad y universalidad de la atención prenatal y de las emergencias obstétricas.
- Se requiere fortalecer la socialización de la información sobre los riesgos y complicaciones obstétricas, en todos los niveles de la red.

Principales aportaciones del grupo

- Determinar fuentes específicas de financiamiento (asignación, transparencia y rendición de cuentas)
- Universalización y gratuidad de la atención obstétrica
- Monitoreo y evaluación permanente de las redes
- Visibilidad de los compromisos y responsabilidades de los actores
- Socialización de la información para generar personas usuarias activas y participativas

Relatoría de la Mesa

RETOS Y SOLUCIONES EN LAS REDES DE SERVICIO

MODERADORA: RAFFAELA SCHIAVON ERMANI
IPAS México.

RELATORA: GLADYS FABA BEAUMONT
Instituto Nacional de Salud Pública.

Antecedente

Durante las sesiones del Foro, en el diagnóstico situacional de la mortalidad materna, el problema candente, que se atribuye a la falta de redes efectivas, es el peregrinaje de las mujeres que presentan una emergencia obstétrica, lo cual podría deberse en parte a:

- Carencia de directorios telefónicos de las unidades de salud.
- Ausencia de norma que indique que hay que hablar antes a la unidad para saber si hay disponibilidad y para dar a conocer –en admisión– el estado de emergencia de la paciente.

Temas abordados

- Consenso del grupo sobre las barreras principales para lograr la operación de redes efectivas.
- ¿Qué utilidad o impacto ha tenido en los estados aquí representados el mapeo del peregrinaje de las mujeres que presentan una emergencia obstétrica?
- Acciones que habría que emprender para empoderar a las unidades de atención para gestionar acciones en red (de servicios de salud institucionales y sociales).
- Para resolver estas situaciones que están contribuyendo a la mortalidad materna en sus sistemas de salud: ¿qué pasos inmediatos pueden dar los participantes en los próximos 30 días?

Discusión

LAS BARRERAS

- Falta de cultura de gestión de redes que trasciende los niveles de conducción del sistema. Dificultades para articular acciones horizontales. Por lo tanto, la operación de redes representa un reto que nos demanda creatividad y gran voluntad para impulsar los primeros pasos.

- Se proponen acciones para operar redes, y el sistema de planeación de los servicios opera en la práctica sin considerar a las redes como un componente fundamental de la estrategia de oferta de servicios. Comúnmente se privilegia la atención en los núcleos operativos de las redes y no en los ejes vinculadores de esos nodos.
- Operar una red demanda una nueva forma de organización de los recursos humanos, de la infraestructura y de los insumos.
- La primera manifestación de un trabajo en red es la del equipo básico de la unidad.
- La planeación de infraestructura de servicios -en la que se considera el concepto de red no sólo desde la perspectiva de los nodos, sino de los procesos de instalación de centros de salud, unidades de atención, hospital general y de especialidad- debe incorporar la navegación de las pacientes en el sistema.
- Otro aspecto crítico son los mecanismos de articulación de la red de servicios con la red social en la comunidad, cómo incorporar a los organismos de gobierno local, a las escuelas.

ACCIONES INMEDIATAS

- El sistema de salud en México cuenta ya con muchos recursos útiles para operar una red; mas que entrar a una revisión a fondo de los aspectos conceptuales y culturales que demanda una red, se propone iniciar considerando la meta de 30 días y emprender una estrategia de trabajo en red frente a objetivos y metas que correspondan a necesidades prioritarias. No complicarnos por ahora en definiciones conceptuales y empezar a impulsar acciones que nos lleven a una organización en red.
- Revisar las ocho acciones básicas que se han considerado en el Patrón de Operación de Redes, propuesto por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGySR).
- A los representantes estatales del grupo se les demanda tener la voluntad de iniciar la operación de redes de servicios, tomar el primer caso de mortalidad de alguna localidad y convocar a los diversos actores del proceso, trascendiendo los niveles de autoridad, todos para revisar el caso, identificar los puntos críticos, hacer un diagnóstico, definir metas e integrar indicadores claros y medibles. En síntesis, articular un trabajo en equipo frente a objetivos y metas claros, definidos de acuerdo con demandas críticas, y asegurar que cada miembro ejerza y cumpla su función.
- Es importante que en la operación de una red frente a un caso crítico se haga énfasis en los ejes o ligas de los nodos que la unen; por ejemplo, la existencia de directorios, sesiones de revisión de casos una vez por mes, la existencia de un tutor que acompañe a la paciente en su movilidad en la red, telecomunicaciones, telemedicina, abasto de medicamentos, capacitación del personal e identificación de líderes, entre otros.
- Definir metas para cada hospital y centro de salud, en un año o en algún tiempo determinado conjuntamente, alinear los programas a esos propósitos, ejercer un monitoreo permanente, reorientar acciones y avanzar de acuerdo con metas propuestas.

PUNTOS QUE LOGRARON CONSENSO

- No confundir indicadores con objetivos y, con ello, no concentrar la atención en hospitales con mayor demanda; atender también las unidades que aun cuando tienen menor demanda están atendiendo casos que pueden representar un aporte fundamental a una buena planeación preventiva y a acciones con mayor impacto en el mediano y largo plazo.
- Para impulsar la red se recomienda iniciar acciones frente a casos críticos que ayuden a incorporar sentido de identidad, integración y liderazgo.
- Informar y capacitar claramente al personal sobre los lugares de referencia, saber dónde referir a quiénes y para qué.
- Los altos niveles directivos a nivel nacional y estatal deben incorporar el concepto de red desde la concepción, planeación y ejecución de sus modelos.
- La operación de un modelo demanda un proceso de negociación, que va desde la forma de concebir el modelo diseñado y propuesto por niveles directivos, pasa por la concepción particular que tiene la unidad de ese modelo y termina en la capacidad de articular esas concepciones, para garantizar que su operación calce con las condiciones específicas de las unidades.
- Importante que las unidades superiores de la red otorguen un valor de complementariedad de las unidades básicas, resalten la importancia de las acciones de las unidades más pequeñas y le transmitan ese valor en la operación exitosa de la red.
- Sería importante fomentar la rotación de personal profesional de un nivel de red a otros, esto ayudará a comprender de mejor manera esa complementariedad.

PUNTOS QUE NO FUERON ABORDADOS

- ¿Qué utilidad o impacto ha tenido en los estados aquí representados el mapeo del peregrinaje de las mujeres que presentan una emergencia obstétrica?
- Acciones que habría que emprender para empoderar a las unidades de atención, con el fin de gestionar acciones en red (de servicios y sociales).

EL EJE DE LA ATENCIÓN MATERNA INFANTIL PARA LA PLANEACIÓN ESTRATÉGICA DE LAS REDES DE SERVICIO

EDUARDO PESQUEIRA
Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud
Secretaría de Salud, México

Se ha comentado que las redes de servicio representan el eje de las tareas de planeación de atención a la salud materna. Algunos de los elementos de estas redes han sido los motores que han guiado el diseño de estrategias de fortalecimiento de infraestructura en municipios de bajo índice de desarrollo humano (IDH).

La Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES), de la Secretaría de Salud, tiene a su cargo el Programa de Fortalecimiento de Infraestructura de Unidades de Atención que forman parte de una red de servicios dirigida a la atención de la salud materna en el país. Se espera cubrir a 593 unidades que contienen aproximadamente 22 500 censables en donde se espera dar atención obstétrica. En estas unidades no se incluyen institutos nacionales de salud ni hospitales especializados (cuadro I).

En el diseño de la estrategia de operación de redes surgió una primera interrogante: ¿la infraestructura disponible en las unidades actualmente (0.44 camas por cada mil habitantes) provee la capacidad de dar respuesta a la demanda de servicios obstétricos? Tradicionalmente, para medir la capacidad resolutive de un sistema de salud se utiliza, por ejemplo, el número de camas censables -la infraestructura básica con

■ Cuadro I

Infraestructura de unidades de atención. México, 2006

Tipo de unidad	Total de unidades	No. de camas
C. S. con hospitalización	89	888
Hospitales de la comunidad	182	2 201
Hospitales generales	289	17 099
Hospitales materno-infantiles	33	2 270
Total	593	22,458

NOTA: no se contemplaron hospitales federales de referencia ni institutos nacionales de salud
Fuente : Dirección General de Información en Salud, Anuario Estadístico 2006

la que debe contar la unidad-; sin embargo, la mayor complejidad del sistema requiere del análisis de los aspectos funcionales de la infraestructura disponible. De esto se sabe poco, de tal manera que en un proceso de diseño y planeación de redes de servicios el reto central es impulsar procesos de revisión y análisis de los recursos disponibles en el ámbito local y en las microrregiones, y considerar la adecuada articulación de todos los elementos de las redes.

Infraestructura existente en las unidades

RECURSO HUMANO CAPACITADO

- Médicos, enfermeras, especialistas
- Paramédicos
- Parteras, auxiliares de salud comunitarios
- Tutores

INMUEBLES

- Casas de salud
- Centro de salud
- Hospital de la comunidad
- Hospital general de referencia
- Posadas

INSUMOS PARA LA SALUD

- Equipo e instrumental
- Medicamentos

Para operar redes de apoyo no es suficiente contar con las unidades físicas y con el equipo; los recursos humanos representan un componente central, en especial los trabajadores sociales, promotores, auxiliares de salud comunitaria; estas son las personas que pueden evitar la existencia de las redes vacías, y asegurar un tránsito fluido entre las unidades de servicios que las componen.

Articulación de acciones en Red

Los recursos que facilitan la comunicación también son fundamentales para facilitar la articulación de las acciones en red:

- Equipo de comunicación radio y teléfono
- Equipo móvil

- Caravanas de la salud
- Equipos de traslado
- Equipos de abasto
- Capacitación del personal
- Comunicación con la comunidad (red social)

Los vectores o nodos son los ejes que articulan la red y deben operar no sólo a escala nacional sino también regional y local. Estos ejes o vectores se traducen en el proceso de traslado, en vehículos para el abasto, en la operación de radios de comunicación, teléfonos, equipo móvil; es decir, en un centro regulador de la capacidad de la red para asegurar una atención sin riesgo para las pacientes. Para asegurar buenas condiciones de tránsito y llegada al punto final que demanda la atención del problema de salud en cuestión, es necesario analizar si estos vectores están debidamente articulados y si están localizados en los lugares en los que deben estar. Para ello, es necesario contar con un sistema de monitoreo detector de indicadores que permita ver si éstos están funcionando en todas las unidades que integran la red. Aunque tradicionalmente el sentido de pertenencia se ha cultivado al interior de las instituciones, al operar redes es importante generar mecanismos para ampliar el sentido de pertenencia y que alcance a cada uno de los componentes de la red de tal manera que una usuaria cuente en cualquiera de los puntos de su red con la información brindada por el personal de manera oportuna y adecuada. Se debe fomentar una comunicación que ayude a entregar la información precisa. Es importante que los actores que participan tengan conocimiento claro de la logística de la operación de los servicios en red. Un elemento esencial para el adecuado funcionamiento de la red es el establecimiento y operación de un centro regulador.

Estrategia de fortalecimiento de la operación de redes

La estrategia de fortalecimiento de operación de las redes de servicios que impulsa la DGPLADES ha dado especial atención a las regiones que concentran municipios de mayor rezago de desarrollo humano, los cuales reflejan indicadores de bajo acceso a los servicios de salud y altas tasas de mortalidad materna y perinatal. Se decidió, por lo tanto, que el eje de esta estrategia sería la atención materno infantil (figura 1).

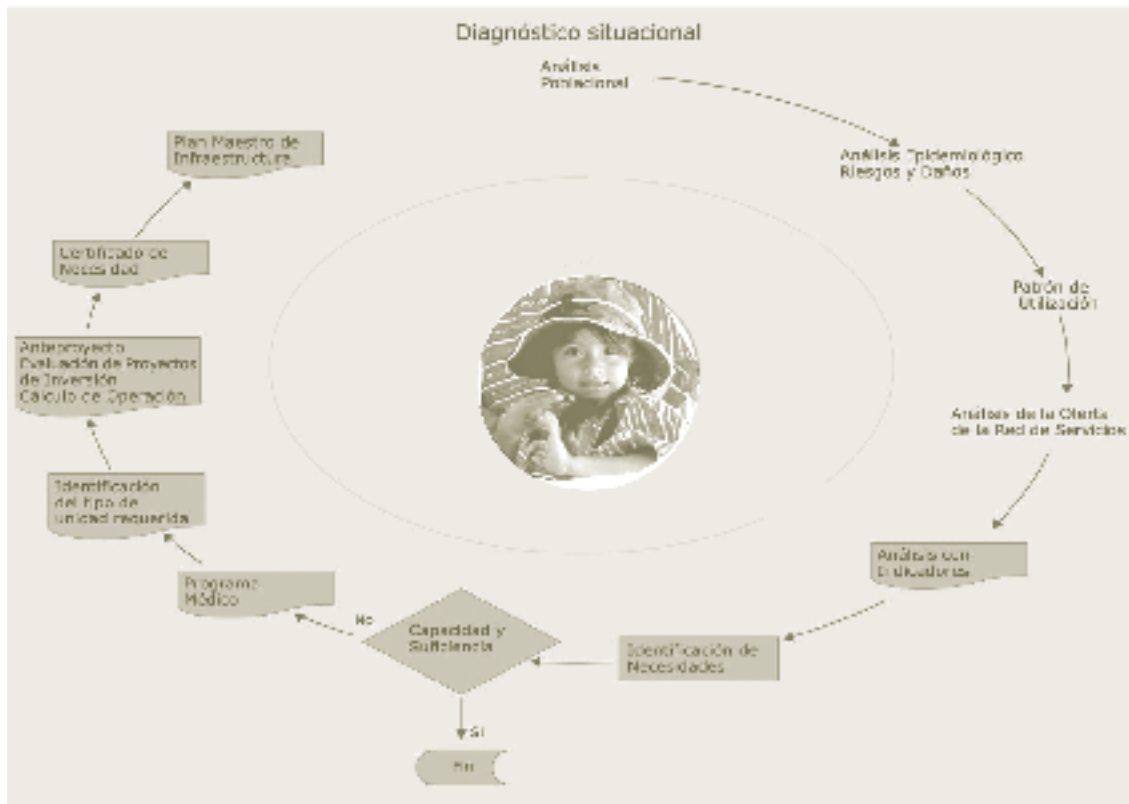
Para operar esta estrategia se debió analizar la utilización de la red de servicios en los municipios seleccionados y se identificaron las necesidades de fortalecimiento en centros, casas de salud y hospitales, pero sobre todo se definieron acciones concretas, necesidades de infraestructura y acciones de articulación para asegurar una adecuada funcionalidad de la red. Se incluyeron los equipos de salud itinerantes, a través de las unidades móviles y equipos de traslado de pacientes e insumos para articular la red. También se consideraron unidades cuya infraestructura amerita un programa de fortalecimiento en la construcción física.

Acciones emprendidas

Son siete entidades federativas las que concentran los municipios de mayor rezago; en ellos se han especificado los materiales necesarios con los que deben contar las unidades para ofrecer la atención adecuada; por ejemplo:

Figura 1

Estrategia de atención materno infantil en municipios de menor índice de desarrollo humano



- Maletines médicos con instrumental para la atención de riesgos
- Ambulancias de traslado
- Camionetas 4x4 para trasladar a personal y llegar a las comunidades más rezagadas
- Camiones de tres toneladas para utilizarlos en el traslado a localidades de difícil acceso
- Equipos de radiocomunicación y telefonía satelital
- Telemedicina
- Equipo e instrumental médico

En el municipio de Nayar, en Nayarit, de alta marginación, conviven técnicas de medicina tradicional y una sección aleopática importante. Ahí se han iniciado acciones de fortalecimiento de los servicios, introduciendo equipamiento técnico. En este municipio hay 30 mil habitantes, de diversas etnias: 53% Coras, 30% Huicholes y 17% Mestizos. Si estuviéramos esperando 600 partos, y 342 se atendieran en un hospital idealmente equipado para brindar atención en un caso de emergencia obstétrica, probablemente otra cantidad importante de partos se resolverán en los centros de salud, muchos de los cuales no cuentan con capacidad de hospitalización. En Santa Teresa, por ejemplo, se atendieron 10 partos; y en San Juan de

Leotán, que tiene 600 habitantes, 25 partos. ¿Por qué se atendieron partos en estas unidades? En pequeñas casas de salud, poco equipadas, se están registrando partos atendidos por personal de los equipos de salud itinerantes; ¿qué está sucediendo? Tenemos un foco rojo porque se siguen atendiendo partos en centros y casas de salud, y en domicilios, sin contar con la capacidad de atención de emergencias obstétricas. La concepción que se ha manejado en este foro es que todo parto puede resultar un evento de mayor complejidad y derivar en una emergencia obstétrica.

En la mayoría de localidades no se cuenta con una red de comunicación bien articulada, y ello constituye un reto importante.

Retos futuros

- Consolidación de la red de atención de emergencias obstétricas
- Fortalecimiento de la red de traslados (terrestres, aéreos y acuáticos)
- Garantizar la continuidad de la atención
- Capacitación del personal, que los insumos estén donde deben estar y que la sociedad se comprometa y empodere
- Fortalecimiento de la red de abasto

Preguntas y comentarios

1. ¿Es accesible para cualquier usuario conocer cuáles son los municipios que fueron incluidos en este plan?, porque, por ejemplo, usted mencionó un municipio de Oaxaca que no entra en los de mayor rezago. Quisiera saber cuáles son los índices que se están incluyendo dentro de este programa. Primero se focalizó la atención en los 100 municipios de menor IDH y ahora se han incorporado otros 25 municipios. ¿Hay una metodología para la determinación del IDH y ese listado está disponible en la DGPLADES y está abierto a su consulta?
2. De esos 100 municipios que usted menciona, ¿podríamos ya contar con información de cuáles de ellos ya cuentan con un plan de fortalecimiento de infraestructura?

Se cuenta con el Plan Maestro de Infraestructura (PMI) que se crea de la siguiente manera:

- Hay una interacción con cada una de las entidades federativas cuyos representantes proponen un número determinado de acciones para incluir en el PMI.
- Este es un proceso dinámico porque se va actualizando a través del Certificado de Necesidad diseñado y operado por la DGPLADES.
- En el momento en que se certifica la necesidad de una acción de infraestructura se determinan las acciones del PMI, a través del Certificado de Necesidad.
- Esta información está disponible en el sitio web de la DGPLADES: <http://www.dgplades.salud.gob.mx/interior/dbi>

Para asegurar la continuidad de la aplicación del PMI se establecen acciones de “blindaje” en cada una de las entidades federativas. El propósito central es que este plan se transforme en una herramienta de planeación, de ordenamiento de infraestructura y, por qué no, de regulación de la inversión en infraestructura y equipamiento en salud. Esto no es fácil porque, especialmente en materia de disponibilidad de recursos para fortalecer infraestructura, estos planes forman parte de las campañas políticas y se someten a los vaivenes y cambios de estos procesos. Una de las preocupaciones centrales es qué hacer para que el PMI se transforme en un instrumento regulador. Los primeros pasos en esta dirección es haber elaborado este Plan en el año 2003 con proyección al año 2010, dando especial atención a la infraestructura y equipamiento de los servicios estatales de salud. Hoy hay una nueva iniciativa indicada por el Secretario de Salud: ampliar el alcance de este Plan a todo el sector salud.

El segundo candado es que se ha establecido un sistema de encuentros anuales con las entidades para revisar el avance de desarrollo de infraestructura y planear el año siguiente.

3. ¿Cómo hacer desde la DGPLADES para asegurar la disponibilidad del recurso humano calificado en la operación de estas redes?

Se ha solicitado el apoyo de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud porque es necesario saber el tipo de recursos humanos que deben formarse para responder a las necesidades demográficas y epidemiológicas del país. Desde que se puso de moda la alta especialización se ha dejado de lado la formación para la atención comunitaria.

La participación de personal alternativo es adecuada; son personas que han mostrado gran experiencia. Hemos impulsado una iniciativa de enriquecimiento mutuo en la que se abren sesiones para compartir experiencias y permitan el mutuo enriquecimiento entre disciplinas. Lo que estamos procurando es que quienes ejercen medicina tradicional lo hagan con el mayor margen de seguridad, de manera profesional y calidad técnica; estamos fomentando que haya profesionalismo y solidez en las respuestas, y acercar a estas personas a los servicios de salud institucionales.

4. Una curiosidad: desde la DGPLADES, ¿cómo regular o evitar la emergencia de pequeñas unidades que aparecen como parte de las promesas de campaña, cómo hacer una sola voz con la DGPLADES para regular todo esto y evitar estas conductas que tienden a alterar el escenario de planeación estable de las acciones propuestas en el PMI? Tengo un ejemplo de un estado muy cercano en el que se ha observado una emergencia de unidades producto de acciones de campaña.

RESPUESTA DE EDUARDO PESQUEIRA

Empiezo por la curiosidad, que es a lo que he dado el nombre de blindar el PMI en cada una de las entidades federativas. Nosotros quisiéramos que este plan de fortalecimiento de infraestructura se transforme en una herramienta de planeación, de ordenamiento de infraestructura, de regulación de la inversión en infraestructura y equipamiento en salud. Lamentablemente no lo hemos logrado, porque el ejemplo que das del estado cercano se repite en muchas entidades federativas, son promesas de campaña, son vientos políticos; la salud vende votos y acerca gente. Cualquier presidente municipal o gobernador que promete construcción de unidades y hospitales gigantes ayuda en mucho a los procesos de campaña. Esta es una de nuestras preocupaciones, el qué hacer para que el PMI se transforme en un instrumento regulador. Hemos

hecho algunos esfuerzos, y es que el Plan Maestro se ha elaborado en el 2003 con proyección al 2010; se ha ocupado estrictamente en lo que es infraestructura y equipamiento de los servicios estatales de salud. Hoy hay una nueva iniciativa que nos ha indicado el Secretario: dar mayor alcance a este Plan, que trascienda, que incorpore a los recursos de atención a la salud, equipamiento, infraestructura y recursos humanos también con alcance sectorial. Consistirá en complementar los recursos y planes que ellos tienen para complementar y evitar duplicar. Con esto respondo tu primera pregunta.

El segundo candado que estamos poniendo es que mantenemos reuniones anuales con las entidades para revisar el avance de la infraestructura y planear el año siguiente. Vamos a procurar que en estas reuniones se acuerde lo que se deberá hacer el año siguiente, teniendo flexibilidad. Este es un elemento dinámico.

COMENTARIO DE ROSA MARÍA NÚÑEZ

Quiero comentarles que existe entre los compañeros de la DGPLADES una gran avidez por y receptividad para conocer y utilizar información en salud reproductiva, piden permanentemente indicadores y opinión para analizar la red de servicios.

También quiero comentar que en los estados no se utiliza regularmente el SINERGIA, un instrumento fundamental para la toma de decisiones; por ejemplo, para identificar si hace falta algún tipo de insumos en las unidades.

ALTA DIRECCIÓN Y MUERTES MATERNAS

ENRIQUE RUELAS
Secretario General
Consejo de Salubridad General, México

Probablemente todos los participantes en este Foro sabemos:

- ¿Qué ocurre?
- ¿Dónde?
- ¿Por qué?
- ¿Qué deberíamos hacer?
- ¿A dónde queremos llegar?

La principal causa de mortalidad materna (MM) está relacionada con la calidad de la atención de las emergencias obstétricas. En 2006, el 86% de las muertes maternas era totalmente prevenible y más de 80% de las mujeres que murieron tuvieron acceso a unidades hospitalarias. La pregunta pertinente es ¿qué hacer? La respuesta exige una visión más amplia de los problemas y de las condiciones que influyen en ellos.

En este Foro, varios temas preocupan en relación con la MM: a) la operación de redes, b) los recursos técnicos y profesionales disponibles en las unidades, c) la calidad de la prestación de servicios a través de los profesionales de la salud o de otro personal que puede apoyar de manera efectiva y oportuna, d) la formación profesional de los médicos en las escuelas de medicina y e) la regulación de los servicios. Sin embargo, esta gran variedad de aspectos de un mismo problema genera –metafóricamente expresado– un gran bosque en el cual, seguramente, quienes deben tomar decisiones se ven en serias dificultades para identificar los aspectos críticos que pueden llevar a soluciones efectivas. La MM ha disminuido, pero aún nos mantenemos estancados.

La Alta Dirección (Management) implica más que la sola administración de recursos; se refiere a la conducción con amplia visión y con capacidad de apreciar la situación desde afuera para obtener una visión de conjunto y definir claramente los cambios esperados. Desde esta perspectiva, se deben enfocar especialmente “los logros” que esperamos obtener; es decir, debemos transitar del “hacer” al “lograr”.

¿Por qué es importante abordar la dimensión de Alta Dirección?

Numerosos eventos de muerte materna registrados en los servicios estatales de salud muestran que la mayoría de ellos no están relacionados con escasez o insuficiencia de infraestructura o insumos, sino que es en este campo donde se debe insertar el ejercicio de la Alta Dirección. En un caso crítico de muertes neonatales en un estado del país se analizaron los factores que incidieron en esas muertes y fueron los siguientes:

- Insuficiente plantilla de personal en turnos vespertino y nocturno.
- Gestión deficiente de la plantilla existente.
- Atención por médicos becarios sin supervisión.
- No hay procedimientos de vigilancia y control de infecciones nosocomiales.
- Inestabilidad laboral en personal de enfermería.
- No hay reuniones del cuerpo de gobierno del hospital.
- Autoridad, liderazgo y gestión directiva insuficiente y rebasada por poder sindical.
- Personal que transita sin disciplina ni control por áreas grises y negras en quirófanos.

La mayoría de estos factores tiene que ver con problemas de organización y de conducción de los procesos de atención.

Otras causas de muerte materna que se han registrado por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGySR), de la Secretaría de Salud (SSA), son las siguientes:

- Ministración insuficiente de líquidos intravenosos.
- Manejo inadecuado de vasodilatadores asociado a muerte por preeclampsia.
- Egresos precoces en mujeres con riesgo.
- Demora en la decisión de intervención quirúrgica.
- Deficiente calidad en la técnica quirúrgica.
- Un alto porcentaje de cesáreas cuya razón no está sustentada.
- Frecuentes accidentes de anestesia.
- Demora en provisión de expansores de volumen y hemoderivados.

Un estudio hecho hace varios años por José Luis Bobadilla demostró que las probabilidades de que una madre muera por cesárea se incrementan cinco veces cuando ésta es realizada por residentes sin supervisión. Nuevamente el problema no es que falte personal médico para atender casos de emergencia, sino que no se cuenta con mecanismos de supervisión organizados.

¿Qué hay detrás de todo esto? He aquí algunos elementos que se deben analizar cuidadosamente:

1. Fenómeno de las “redes vacías”, pues no han sido diseñadas para garantizar que las personas puedan transitar fluidamente por sus cuerdas. En las redes constituidas para ofrecer el servicio de atención materna, las mujeres que transitan terminan cayendo en los agujeros, sin un destino claro, y gran parte de

este peregrinaje concluye con la muerte. Ahí están las unidades y el personal; sin embargo, los nodos no se vinculan para facilitar el tránsito de sus pacientes. Este fenómeno termina configurando “redes vacías”. El agravante de este hecho es que nadie en el sistema les advierte de esos agujeros.

2. La seguridad de los pacientes, conocida como el fenómeno del queso gruyere; es decir, el fenómeno de alineamiento de los agujeros finaliza con un evento adverso que no debiera haber ocurrido. El sistema funciona derivando a las pacientes de un lado a otro sin que el lugar destinado resuelva su necesidad de atención médica, y con este proceso se van alineando los agujeros hasta que sucede lo que no debiera haber ocurrido.

Una frase que ilustra este fenómeno es la que sostiene que “todo sistema está perfectamente diseñado para producir lo que produce”; si hubo una muerte materna no fue casualidad; por lo tanto, el sistema debe diseñarse de una manera diferente.

3. El tercer fenómeno se podría denominar “Fuenteovejuna”, que corresponde al título de una obra de teatro de Lope de Vega. El mensaje es la ausencia de responsabilidad frente a un evento trágico, que podría sintetizarse en una sola frase “todos, pero nadie”. Cuando en nuestros hospitales muere una mujer sucede lo mismo que en esa obra de teatro; la respuesta del personal involucrado es “todos, pero nadie”, y es muy difícil identificar el factor que determinó la muerte. En la responsabilidad diluida surge la irresponsabilidad de todos.

¿Cuáles son las posibles soluciones?

Una posible es incorporarse a la dimensión que ofrece el concepto de Alta Dirección, y para introducirnos en este tema es necesario conocer la definición de los términos “rol” y “dirigir”:

- Rol: conjunto de comportamientos esperados de una persona en una posición determinada.
- Dirigir: tomar decisiones que puedan influir en la organización y orientarla hacia el cumplimiento de objetivos. En nuestras organizaciones se toman muchas decisiones, pero no se sabe si finalmente se logró algo. No se trata de que un directivo haga cosas, sino de que se logren resultados.

¿Qué es un directivo?

El directivo es responsable de su trabajo y del de los otros. Muchos de los problemas en las unidades se deben a que los directivos no ejercen este papel; la supervisión es fundamental para evitar errores. Cada muerte materna lleva consigo la responsabilidad de todo el sistema en sus diversos niveles de dirección y de toma de decisiones. En el caso de un hospital, la Dirección encabeza la responsabilidad de los errores u omisiones.

La concepción moderna de Dirección

Hace veinte años se concebía como un acto de planear, organizar, controlar o administrar. Hoy, se entiende por Dirección a un conjunto de prácticas primarias y secundarias.

PRÁCTICAS PRIMARIAS

- Elaborar estrategias
- Ejecutar estrategias
- Formar o reforzar la cultura organizacional
- Diseñar la estructura

PRÁCTICAS SECUNDARIAS

- Talento
- Innovación
- Liderazgo
- Alianzas

De las prácticas secundarias vale la pena señalar que el talento es un tema relacionado con los recursos humanos, sin considerar a estos últimos como si fueran iguales a los recursos financieros y materiales. El talento es un concepto que se empieza a utilizar y se refiere al atributo de las personas que les permite ser, hacer y lograr. El directivo ya no maneja recursos humanos, sino que orienta, impulsa y motiva talentos.

En las prácticas primarias se incluyen los siguientes elementos importantes para ejercer una Alta Dirección:

1. Los elementos de una estrategia

Estrategia implica un objetivo claramente definido, el cual debe ser medible. Por ejemplo, la meta de reducir, para el 2012 en México, el 50% de la MM en los 100 municipios de más bajo índice de desarrollo humano. Estos objetivos deben formar parte de una estrategia nacional, pero es muy importante que se asuman por cada directivo y que se especifiquen claramente las responsabilidades que asumirá cada unidad y, a su interior, las que cumplirá cada directivo.

Es importante que las estrategias generales se diseñen determinando objetivos; que en cada unidad, cada miembro de la organización tenga claro cuál será su contribución en el cumplimiento de esos objetivos específicos.

ESPECTRO

Los constituye la población a la que se dirigen los servicios. En este caso, la población la conforman las mujeres de todo el país, pero también las de una localidad y las de una unidad de atención determinada. Las estrategias que se definan deben dirigirse a cada uno de estos ámbitos y las responsabilidades deben asignarse a los niveles directivos correspondientes. Las grandes estrategias se constituyen de acciones locales.

El espectro también incluye la geografía, y para ello es necesario definir los límites de los lugares geográficos, jurisdiccionales, incluso los institucionales.

VENTAJA O PROPUESTA DE VALOR

La ventaja corresponde a la propuesta de valor; es decir, qué es lo que se ofrece a las mujeres, qué es lo que gana el centro de salud y qué gana el sistema ofreciéndole a las mujeres la atención adecuada.

La concepción de estrategia debe incorporar todos los elementos que faciliten la ejecución de acciones y el logro de los resultados. Por la diversidad de nuestro país, en las estrategias se deben incluir los valores culturales y luchar con ellos, entendiéndolos, aceptándolos y aprovechándolos en beneficio de los resultados que se pretenden obtener.

La ejecución de las estrategias consiste aterrizarla a la realidad, y es en este nivel donde se debe definir claramente qué es lo que hay que hacer, quién lo debe hacer, cuándo, con qué, y cómo medir el avance del proceso, es decir, la construcción de indicadores. Para ello es necesario generar la capacidad gerencial de todo el sistema, fortalecer la capacidad ejecutiva de cada directivo. En este sentido, se debe reconocer que hemos descuidado este tipo de capacitación al personal gerencial y resulta cada vez más necesario incorporarla como parte de los planes de prevención y control de la MM.

La delegación de responsabilidades

Tradicionalmente ha prevalecido la idea de que el jefe no ejecuta sino delega, para eso es jefe.

En el concepto de Alta Dirección, delegar es:

1. **Tomar y asumir la decisión** de asignar a alguien que se hará responsable. Delegar no es desentenderse de la responsabilidad de decidir, sino identificar a quien asumirá conjuntamente la responsabilidad con el jefe que se la delegó.
2. **Dar la orden con precisión**, definiendo el objetivo, la meta, las estrategias, los recursos que se utilizarán para lograr los objetivos y el tiempo en el que éstos se deben cumplir.
3. **Seguimiento de la orden**, porque puede suceder que después de un tiempo no se ha logrado nada de lo solicitado.
4. **Confirmación de resultados**. Presentar pruebas para demostrar el logro del objetivo propuesto.

Cultura organizacional

Cuando se intenta mejorar algo, se está impulsando un cambio. En nuestras organizaciones se acostumbra que la mejora de los procesos o los cambios en la calidad de los servicios se generan a través de un conjunto de órdenes dadas por la autoridad. Sin embargo, para asegurar que el cambio se arraigue en las estructuras y constituya un valor de las organizaciones es necesario generar cambios de actitud o de conducta en el personal, esto es lo que se denomina cambio en la cultura organizacional.

¿Qué es la cultura organizacional?

- Un conjunto de creencias o convicciones que la gente acepta
- son desarrolladas por un grupo que va aprendiendo a adaptarse
- si estas creencias o convicciones funcionan, se consideran válidas y
- son enseñadas a los nuevos miembros como aquello que es correcto hacer, sentir o pensar

Si en nuestras unidades la prevención de la mortalidad materna estuviera arraigada como un valor cultural de nuestras organizaciones hoy no estaríamos reunidos para los propósitos que ha definido este Foro. No se manifiesta como queremos porque no tiene el valor que quisiéramos que tuviera, y no tiene este valor porque no está arraigado como una creencia organizacional.

Generalmente los líderes son los que crean estos valores en la organización, entendida ésta como sistema, como centro de salud, como hospital, etcétera. Los líderes son los que tienen la posición de jefes o el poder formal. Si quien asume la posición de dirección no da valor a los valores, los valores no lograrán tener valor para la organización. No se puede pensar que la calidad expresada -en este caso- en reducción de muertes maternas sea un valor, si quien dirige no le da valor.

En una organización es necesario contar con:

- Liderazgo
- Capacitación para que se puedan lograr cosas
- Los recursos y la estandarización de los procesos
- Medición de los resultados
- Reconocimiento del valor

Todo este proceso se inicia al dar valor al valor; si este valor se manifiesta y se reconoce, para lo cual tiene que haber dirección e información, entonces con ese reconocimiento éste se refuerza. El reconocimiento puede ser positivo o negativo; la consecuencia positiva se debe expresar en una distinción a quienes hacen bien y los diferencia de quienes no lo están haciendo bien. Pero también la consecuencia negativa debiera ser muy clara para que quienes no están haciendo bien las cosas tengan clara la dimensión del daño que esto genera. Se sabe que esto generalmente no ocurre.

Si no hay reconocimiento al valor esto afecta a la cultura de la organización. Esta función es de la Dirección, de nadie más.

¿Cómo lograr cambios?

Es importante dar a conocer los siguientes datos, para que la gente los conozca, reflexione y cambie. Si tomamos el ejemplo de MM en México:

- Entre 1 200 y 1 300 muertes maternas ¡cada año!
- El 80% es prevenible

- ¡Aproximadamente 100 mensuales!
- ¡3 diarias!
- ¡1 cada 8 horas!

Una forma de motivar el cambio en la población, en el personal de salud y en los directivos es compartir con cada uno de éstos los datos registrados que muestran la dimensión del problema; pero no basta con analizar y reflexionar con ellos; es importante ver y sentir esos datos, personalizar los casos conociendo sus nombres y apellidos, sus condiciones familiares; porque no es una más de las 1 300, sino que es una persona específica, con identidad. Es importante ver y sentir para cambiar.

OCHO PASOS PARA EL CAMBIO ORGANIZACIONAL

1. Crear sentido de urgencia
2. Establecer un equipo “guía”
3. Crear una visión
4. Comunicar y “vender” la visión
5. Empoderar
6. Crear victorias de corto plazo
7. Consolidar mejoras y producir más cambio
8. Institucionalizar el cambio

¿QUÉ ES LO QUE ESPERAMOS DE UN LÍDER?

- Visión clara
- Comunicación
- Motivación
- Habilitación o capacitación
- Ser el ejemplo y predicar con él
- El liderazgo puede contribuir al cambio

Se debe insistir en la diferencia entre “hacer y lograr”; no sirven múltiples informes con una larga lista de números sin que se señalen los logros.

Cuatro verbos importantes

Enfocar: dirigir la atención o el interés hacia un asunto o problema desde unos supuestos previos, para tratar de resolverlo acertadamente. Aunque debe haber estrategias a escala nacional, estatal, jurisdiccional y en cada unidad, es necesario enfocar las prioridades y que una organización aprenda a diferenciarlas del gran cúmulo de actividades que realiza. Es conveniente definir muy pocas prioridades, que sean claramente identificables para atenderlas en primer lugar. Hay que enfocar los objetivos, las prioridades, la visión y, en función de eso, alinear (figura 1).

■ **Figura 1**
Acciones clave de Alta Dirección



Alinear la estructura, los recursos humanos, los procesos y las acciones. En la estructura es necesario definir quién será responsable de qué y quién tiene autoridad, quién debe coordinarse con quién y en este caso es importante identificar quién será el responsable de asegurar que la paciente transite por las redes y no desaparezca en los agujeros. Por lo tanto, se debe alinear las prioridades con los recursos y con las responsabilidades. En el proceso de tránsito en la red sería muy útil olvidar los términos de “referencia y contrarreferencia” y asumir un concepto más adecuado que es el de “continuidad de la atención”. Alinear los procesos de atención al paciente, de apoyo a la atención del paciente y atención al entorno del paciente.

Ejecutar, y

Lograr los objetivos propuestos.

Reflexiones finales

I. Es importante retener:

- Ser directivo no es ocupar la silla de director
- Decidir no es firmar
- Conducir no es dar órdenes
- Delegar no es abdicar

II. Debemos tener objetivos claros:

- en el enfoque y en la alineación están las estrategias
- en la ejecución está la conducción
- en ambas está la acción de dirigir y
- en todo ello está el lograr lo que queremos

III. Por lo tanto, si sabemos:

- ¿dónde estamos?
- ¿qué ocurre?
- ¿dónde ocurre?
- ¿cómo ocurre?

Podemos decir que:

- Dirigir sin evaluar es adivinar
- Evaluar sin dirigir es ilusión
- Dirigir sin ejecutar es alucinación, éste es el argumento central

Conclusión

Para lograr la reducción de la mortalidad materna es necesario asumir una visión gerencial de los servicios en todos los niveles de decisiones.

Preguntas y Comentarios

1. Se debe iniciar la acreditación de procesos, especificando la responsabilidad de los médicos y personal de enfermería en unidades de primer y segundo nivel de atención, ya que hasta ahora se ha dado énfasis a la acreditación de la infraestructura de las unidades.

RESPUESTA DE ENRIQUE RUELAS

En efecto, hay dos procesos, uno de acreditación -que lo lleva a cabo la Subsecretaría de Innovación y Calidad, de la SSA-, y el de certificación -hecho por el Consejo de Salubridad General (CSG). Cuando se estableció como requisito obligatorio en la Ley General de Salud la acreditación de las unidades de atención, se veía que la certificación iba a resultar muy difícil para la mayoría de las unidades, por ello se planteó la necesidad de que se aplicara primero un proceso de acreditación a cargo de la Subsecretaría de Innovación y Calidad y que ésta fuera el primer escalón para aplicar la certificación otorgada por el CSG.

La acreditación tiene la gran limitación de referirse sólo a la disponibilidad de la infraestructura. Sin embargo, el Secretario de Salud aprobó, en el mes de diciembre pasado, la propuesta de que a partir del 2011 las

unidades que tengan interés en acreditarse para dar el servicio del Seguro Popular deberán estar certificadas por el CSG, de tal manera que se alinearán la acreditación con la certificación en un solo proceso, para los hospitales. Así, todo hospital que quiera estar acreditado para el Seguro Popular deberá estar certificado por el Consejo.

La certificación pone el énfasis en los procesos y desde hace unos meses el CSG ha iniciado, con asesoría de organismos internacionales, la aplicación de un nuevo método de certificación basado en “rastreadores”, con la finalidad de dar seguimiento al proceso completo de atención de un paciente. Este nuevo método se aplicará a partir del año 2009. Es decir, se va disminuyendo el peso de la estructura como el único elemento evaluador para la acreditación.

2. El concepto de Alta Dirección se enfocó especialmente en la conducción individual; sin embargo, por las demandas del sistema de salud es necesario plantear un ejercicio de conducción en red. Puesto que una parte importante del servicio de atención a las muertes maternas se debe operar a través de redes, el concepto de Dirección debe evolucionar hacia una conducción colectiva y en red. Y aquí está el gran problema, ya que los directivos son los menos capacitados para establecer relaciones horizontales y comunicarse en red. El concepto de Dirección predominante se ejerce de manera vertical, considera a los equipos de trabajo como grupos subordinados que sólo deben obedecer. No hay cultura de trabajo como el que demanda la red: a través de relaciones horizontales y equitativas.

RESPUESTA DE ENRIQUE RUELAS

Estoy de acuerdo con esa reflexión y veo necesario incorporar a los directivos en una cultura de trabajo en red, en la que exista una nueva concepción de la delegación de tareas y de la toma de decisiones participativa.

3. La operación de redes, y así lo demuestran las experiencias expuestas en este Foro, demanda una mayor racionalidad en la planeación y desarrollo de infraestructura. La instalación de unidades de primer y segundo nivel de atención en las entidades federativas y en las localidades debiera evitar estos nodos vacíos mencionados por el doctor Ruelas, que consisten en unidades con recursos técnicos y humanos insuficientes para atender las demandas de mujeres que transitan en las redes de servicios. Detrás de la operación efectiva de las redes no está sólo el desempeño de una Alta Dirección o el comportamiento organizacional, o el desempeño de un efectivo liderazgo, también está la planeación de infraestructura sobre la cual operan las redes.
4. Nuestro sistema de salud en el proceso de descentralización manifiesta cierta fragmentación, tanto en los estados como en el ámbito federal. Aunque hay una mayor tendencia a promover mecanismos de operación horizontal, el sistema funciona bajo una estructura vertical y fragmentada; los componentes de un programa están dispersos en diversas unidades, lo cual hace más compleja su operación.

RESPUESTA DE ENRIQUE RUELAS

Esta nueva administración se ha propuesto articular e integrar el sistema de salud. La fragmentación no es sólo del sistema, se observa al interior de las propias instituciones y la alineación de los procesos internos de cada institución demanda un largo tiempo.

Pasos
a seguir |

BÚSQUEDA INTENCIONADA DE MUERTES MATERNAS Y DE NACIMIENTOS, INVESTIGANDO EL SUBREGISTRO

MARÍA BEATRIZ DUARTE GÓMEZ
Instituto Nacional de Salud Pública
Cuernavaca, Morelos, México

La siguiente es una reflexión sobre el subregistro de muertes maternas y nacimientos basada en la experiencia de participación en algunos estudios realizados en diversos estados del país por la Dirección General de Información en Salud (DGIS), de la Secretaría de Salud (SSA),* con el fin de conocer la situación actual del registro de las muertes maternas y de los nacimientos y muertes infantiles. Dichos estudios fueron realizados para mejorar la confiabilidad de los datos que se incorporan en el monitoreo de los avances de las metas 4 y 5 del Milenio. La adecuada detección, caracterización y registro de las muertes maternas e infantiles y de los nacimientos orientará la definición de los mejores modelos y las mejores decisiones para disminuir estas muertes.

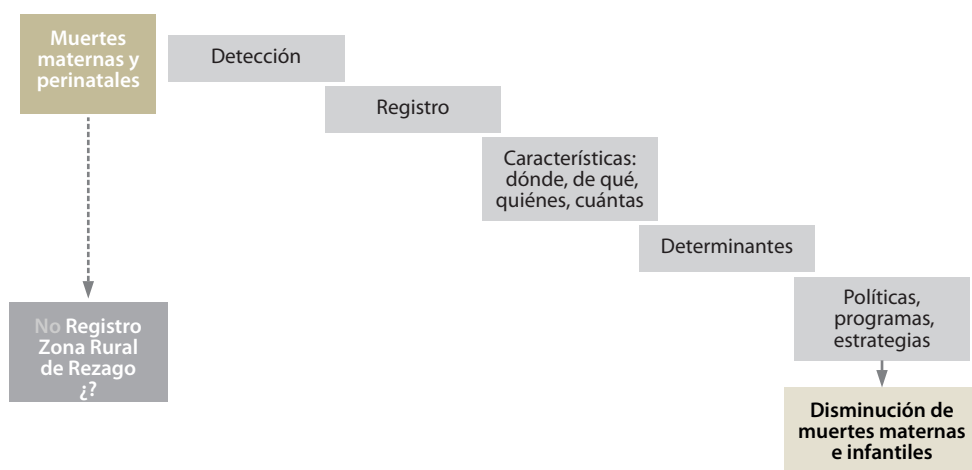
I. ¿Cómo garantizar la confiabilidad de la información sobre muertes maternas?

ANTECEDENTES

Para disminuir las muertes maternas no sólo es necesario identificar cuántas han ocurrido sino también sus determinantes y características; por ejemplo, saber quiénes, dónde y de qué murieron. Estos datos se obtienen básicamente de los registros de la Secretaría de Salud y del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) y se sabe que en estas fuentes hay un porcentaje de muertes maternas que no fueron registradas oficialmente o que se registraron como no relacionadas con el embarazo. Esta última, en México, es una causa de subregistro más frecuente que la primera (figura 1).

* Un estudio de subregistro de mortalidad materna en 2003 y otro sobre la implantación del certificado de nacimiento en las zonas rurales de rezago en 2007, no publicados.

■ **Figura 1**
Subregistro de muertes maternas e infantiles



En el año 2002 la Secretaría de Salud no incluyó en el informe anual datos de mortalidad materna, precisamente por problemas de validez de la información. Ya algunos estudios locales señalaban un subregistro de entre 7% y 50%.

Con el fin de ofrecer cifras confiables, la DGIS, con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud, realizó en el año 2003 un estudio piloto de búsqueda intencionada de muertes maternas mediante el método RAMOS* modificado, el cual consideró las siguientes actividades:†

- Definición de una lista de 46 causas de muerte que podrían estar encubriendo muertes maternas en mujeres en edad fértil; por ejemplo, anemia aguda post hemorrágica.
- Revisión de los certificados de defunción de mujeres en edad fértil con una de estas 46 causas de muerte, para detectar subregistro por mala clasificación o mala codificación, además del expediente clínico y autopsia verbal, de ser necesario.
- Capacitación de responsables de este proyecto en las entidades federativas seleccionadas.

Finalizado este estudio, la Secretaría de Salud estableció una directriz desde el ámbito federal para dar continuidad a la búsqueda sistemática de muertes maternas, utilizando el método RAMOS modificado.

* Reproductive Age Mortality Studies.

† Duarte-Gómez MB. Informe del proyecto de subregistro y mala clasificación de mortalidad materna en México en el año 2002. Versión preliminar. México, DF: Dirección General de Información en Salud / Organización Panamericana de la Salud; 2003 junio. No publicado.

Resultados

El rango fue de 0 a 8 muertes subregistradas en aquellos estados que entregaron sus informes. Otros que no entregaron tuvieron cifras más altas.

Se encontraron casos con causa de muerte como anemia, accidentes cerebrovasculares, o sepsis, que estaban enmascarando causas maternas como aborto, eclampsia o sepsis puerperal.

La falta de recursos humanos y financieros, principalmente para hacer las autopsias verbales, se constituyeron en argumento de algunas jurisdicciones sanitarias para no completar el estudio.

Se observó resistencia de funcionarios de diferentes niveles de algunas Secretarías Estatales de Salud para buscar el subregistro o para informarlo una vez detectado, porque se percibió el estudio como una amenaza al prestigio del estado o como una evaluación indirecta del desempeño de algún encargado de programa.

Ejemplos que muestran hallazgos de muertes maternas mal clasificadas:

Un certificado de defunción de una mujer joven que registra como causa de muerte falla orgánica generalizada y sepsis abdominal. Al hacer la autopsia verbal se encontró que era una mujer de 28 años de edad, a quien se le hizo cesárea seis meses antes. A partir de este evento se empezó a sentir mal y al término de los seis meses falleció. En la autopsia verbal informaron que en necropsia se descubrió que en la cesárea le habían dejado una compresa abdominal (figura 2).

■ **Figura 2**
 Subregistro de muerte materna, por mala clasificación

28 años
 6 meses post
 cesárea.
 Compresa
 abdominal

Otro certificado registraba muerte por falla orgánica múltiple, sin señalar si había estado embarazada o no. En la autopsia verbal se encontró que era una mujer de 20 años de edad a quien el médico remitió al hospital para una cesárea porque tenía condilomatosis vaginal; la familia decidió llevarla a un hospital privado donde le hicieron cesárea y murió durante el evento. En el certificado sólo aparece falla orgánica múltiple como causa directa de muerte.

Otros dos casos de subregistro proporcionados por Dilys Walker, formaron parte de un estudio realizado en el Instituto Nacional de Salud Pública:

El primero, se trata de un certificado de defunción de una mujer de 22 años de edad, en cuyo certificado de defunción se registró el diagnóstico de “fibrilación aurículo-ventricular” y “anemia aplásica”. En la autopsia verbal se encontró que se trataba de una mujer a quien se le había hecho una cesárea a los siete meses de embarazo, después de la cual había muerto.

El segundo, se trata de un caso con insuficiencia respiratoria aguda y diabetes mellitus tipo II como causas de muerte. En la autopsia verbal se identificó que la mujer tenía un embarazo de 32 semanas y había muerto por preeclampsia.

Estos casos fundamentan nuestra afirmación original de que este método sirve para reclasificar las muertes ya registradas. Según datos de la DGIS, en el año 2006 se detectó un subregistro de entre 15.3% a 20.8%, según la fuente: la Secretaría de Salud o el INEGI, respectivamente.*

Conclusiones

Este método sirve para detectar mala clasificación de muertes maternas registradas como no relacionadas con el embarazo.

Se necesitan estudios que detecten muertes no registradas. En éste sólo se reclasificaron las muertes registradas, pero no se buscaron muertes no registradas aunque se asume que su ocurrencia es mínima.

Se requieren otros estudios, aplicables en las localidades, que profundicen el análisis de los determinantes de los servicios de salud, así como los sociales y culturales, que condicionan la ocurrencia de muerte materna.

Es necesario sensibilizar y comprometer a los directivos estatales sobre la importancia de detectar las muertes maternas –evitables en gran parte- e identificar sus determinantes, con el fin de diseñar estrategias adecuadas.

Avances

Se han logrado varios avances en la disminución del subregistro de muertes maternas en México:

* Información suministrada por Luis Manuel Torres, de la DGIS, Secretaría de Salud.

- La búsqueda intencionada de muertes maternas y la capacitación a codificadores para detectar y corregir problemas en el llenado, codificación y captura de certificados de defunción ha disminuido el subregistro por mala clasificación o mala codificación.
- La creación del grupo de atención inmediata de la SSA para el estudio de las muertes maternas y la identificación de eslabones críticos en la atención han logrado compromisos de mejora en la calidad y oportunidad de la atención por parte de los estados.
- Se ha logrado mayor credibilidad en los datos que la SSA emite en el presente.
- Hay mayor información sobre determinantes de las muertes maternas.

LOS RETOS

- Lograr en todos los estados la decisión política de los directivos estatales y jurisdiccionales para investigar las defunciones sospechosas de muerte materna y la asignación de los recursos necesarios para tal fin.
- Estandarizar y simplificar los instrumentos para la recolección, clasificación y codificación de las causas de muerte materna y el análisis de los datos.
- Completar y darle continuidad a la capacitación y sensibilización del personal de salud para la utilización adecuada de herramientas como el método RAMOS, la Clasificación Internacional de Enfermedades -CIE-10 y la autopsia verbal para la clasificación adecuada de las muertes maternas.

II. ¿Cómo detectar el subregistro de nacimientos y muertes neonatales en las zonas rurales de mayor rezago?

ANTECEDENTES

En México hay aproximadamente 800 municipios con bajo índice de desarrollo humano, en donde se esperan 161 mil nacimientos atendidos fuera de la unidad de salud. ¿Cómo hacer para que estos nacimientos y las muertes neonatales que ocurren en casa cuenten con registro?

Con el fin de mejorar la oportunidad de información sobre los nacimientos en el país, base para determinar las tasas de mortalidad materna e infantil, la Secretaría de Salud diseñó un certificado de nacimiento único para todo el país, que debe entregarse a todos los niños y niñas que nazcan a partir del 1 de Septiembre de 2007. Este certificado servirá, además, para obtener el acta de nacimiento, a su vez requisito para la afiliación al Seguro Popular.

HALLAZGOS

Se encontró que el registro en las oficinas del Registro Civil de los menores nacidos en esas zonas, en su mayoría se había realizado tardíamente (hasta los siete años de edad). Quienes aparecían con un registro inmediatamente después del nacimiento se debía a que habían nacido en un hospital o porque en la comunidad había un delegado del Registro Civil; sin embargo, la mayoría estaba por encima de los tres años

como edad de obtención del acta de nacimiento. La disponibilidad de acta de nacimiento -a los tres años de edad- en esas zonas de rezago, era menor de 50%.

En las comunidades más alejadas, las unidades móviles van solamente dos o tres veces al año, para las Semanas Nacionales de Vacunación, de manera que si un nacimiento o una muerte ocurren luego del paso de la brigada quedan sin registrarse en el sector salud hasta la próxima visita de ésta. Si la familia migra en ese intervalo, el evento queda sin registro.

RAZONES DE LA CARENCIA DE ACTA DE NACIMIENTO ANTES DEL AÑO DE VIDA

Las principales razones por las cuales los menores de edad no tenían acta de nacimiento fueron:

Geopolíticas: debido a la gran distancia existente entre las oficinas del Registro Civil y las comunidades estudiadas (de dos a seis horas de camino a pie).

El comentario recibido en el Registro Civil fue el siguiente: "Cuando están muy pequeños no los traen por temor a que se enfermen y cuando están más grandecitos no los traen porque pesan mucho" (oficial RC).

Económicas: el costo del transporte a la oficina del Registro Civil y el costo del acta de nacimiento, el cual aumenta si el registro es extemporáneo (más de un año de edad). Si, además, los padres del menor no tienen su acta de nacimiento el costo se encarece aún más porque deben sacar, primero, su propia acta; pero antes, deben obtener una constancia de que no están registrados en otra parte del estado. Si el Registro Civil utiliza la Internet el trámite se facilita; de lo contrario, estos trámites burocráticos pueden hacer impagables los costos. Por ejemplo, un caso detectado en Tlapa, Guerrero: los padres debían ir hasta la capital del estado a solicitar certificado de no registro y eso implica transporte, pago del certificado, comida, hospedaje. La suma de gastos podría alcanzar los \$1 000.00 pesos, excesivamente alta para familias de localidades muy pobres.

Culturales: relacionadas con valores y creencias de algunos grupos o comunidades indígenas que sustentan la decisión de no llevar al niño al Registro Civil en edades tempranas, o no asignarles un nombre hasta estar seguros de si se les va a criar; es decir, que sobrevivirá.

En síntesis, en el país se observan dos situaciones totalmente distintas en cuanto a las condiciones de registro de nacimiento y muerte de un menor. Por una parte, un niño en una ciudad, o en una localidad cercana a un centro urbano, nace en el hospital, recibe su certificado de nacimiento, con el cual va al Registro Civil y le extienden el Acta de Nacimiento; con ella le otorgan el Seguro Popular. Si el niño no sobrevive y muere antes del año de edad, se le da el certificado de defunción. En el otro extremo está el niño en una zona rural de rezago que nace en su casa, muere en su casa y nunca existió legalmente porque no se registró su nacimiento, ni su defunción.

RETOS PARA DETECCIÓN Y REGISTRO DE NACIMIENTOS Y MUERTES INFANTILES EN ZONAS DE REZAGO

- Las familias en condiciones de extrema pobreza en zonas rurales no tienen incentivos para viajar hasta la cabecera municipal para informar de la muerte de un menor de edad, ni tampoco para registrar tempranamente su nacimiento, porque a esas localidades no ha llegado aún el Seguro Popular. Así, para detectarlas se deben crear mecanismos que faciliten su localización. Además del personal comunitario que trabaja en salud, como las auxiliares de salud de la Secretaría de Salud, o las asistentes rurales de salud del IMSS Oportunidades, se deben incorporar otros informantes clave en la detección y notificación de nacimientos y muertes, como son las parteras, los comités de salud, las vocales del programa IMSS Oportunidades, las ONG que ofrecen servicios en esas localidades y el personal profesional de las unidades móviles.
- También sería necesario reforzar la coordinación intersectorial para detectar muertes y nacimientos, incorporando al personal de la Secretaría de Educación Pública (a través de los maestros rurales del Consejo Nacional de Fomento Educativo –CONAFE-), de la Secretaría de Desarrollo Social (a través de los programas de jornaleros agrícolas y de Oportunidades), de la Secretaría de Gobernación (a través de los ayudantes y comisarios) y de la Comisión de Desarrollo para los Indígenas (CDI), a través de sus delegados.
- Reforzar en el personal de salud la importancia de la notificación y el registro de nacimientos y muertes de recién nacidos, aún si vivieron sólo minutos u horas, para disminuir el subregistro de muertes neonatales tempranas en las zonas rurales.
- Queda pendiente el estudio de los eslabones críticos y de los determinantes de todas las muertes infantiles, y la definición de los mecanismos para que las muertes infantiles y los nacimientos no registrados que se detecten en estas zonas rurales de rezago ingresen a las estadísticas nacionales.

REGISTRO Y SUBREGISTRO DE LA MUERTE MATERNA. PROBLEMAS ENCONTRADOS Y CÓMO MEJORAR EL REGISTRO EN ESTADOS DE BRECHA

PAOLA MARÍA SESIA ARCOZZI-MASINO
GRACIELA FREYERMUTH ENCISO
Centro de Investigaciones y Estudios Superiores
en Antropología Social (CIESAS), México

A partir de la experiencia de la investigación sobre subregistro de las muertes maternas en Oaxaca y Chiapas, el objetivo de esta presentación es responder a las siguientes preguntas:

- ¿Cuál ha sido la magnitud del subregistro de muertes maternas en estos estados?
- ¿Cuáles son los problemas más comunes encontrados en el registro y subregistro de la muerte materna?
- ¿Qué lecciones hemos aprendido para mejorar la confiabilidad del registro?

Para ubicar el contexto en el que se llevó a cabo el estudio sobre registro de muertes maternas en Chiapas y Oaxaca es necesario señalar que inicialmente se diseñó una metodología para estimar el subregistro en ambos estados, enfocándose de manera privilegiada hacia municipios indígenas. Sin embargo, las diferencias sociodemográficas en los municipios de estos estados determinaron finalmente dos acercamientos distintos. En Oaxaca se privilegió la condición de marginalidad de los municipios; en un período de cinco años (1998-2002) se estudiaron 33 municipios. En Chiapas se realizó un acercamiento regional. Se dio seguimiento a todas las mujeres fallecidas en el año 2001, en la región de Los Altos, que cuenta con 17 municipios. En síntesis, se dio seguimiento a 476 muertes de mujeres en edad reproductiva en Oaxaca y a 226 en Chiapas, utilizando la metodología de autopsias verbales.

Algunos resultados de la investigación

El subregistro (lo cual incluye el mal registro de las causas) de defunciones maternas en el año 2001 en Chiapas fue de 63%, de acuerdo con los datos de Estadísticas Vitales, del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI); y de 70%, de acuerdo con las actas de defunción de las oficialías del Registro Civil.

En Oaxaca el subregistro fue de 51.5%, según las actas de defunción de las oficialías del Registro Civil; de 47.4%, de acuerdo con los datos de las Estadísticas Vitales del INEGI, y de 34.3%, de acuerdo con los

datos derivados de la vigilancia epidemiológica de las muertes maternas que llevan a cabo los Servicios de Salud de Oaxaca (SSO).

En Oaxaca la certificación médica no garantizó un menor subregistro de muerte materna. En ambos estados, y sobre todo en los municipios en donde se llevó a cabo este estudio, normalmente el procedimiento consiste en registrar la muerte primero en la Oficialía del Registro Civil, con la expedición del acta de defunción y después se obtiene la certificación médica. Esta última, además, no se obtiene en todos los casos. Esto implica que el procedimiento se realiza a la inversa de como tendría que hacerse. El registro de las causas de muerte en el acta es impreciso e inadecuado debido a que el personal de la Oficialía no puede emitir un diagnóstico médico por no tener las capacidades técnicas. En muchos casos en los que se expide un certificado médico de defunción, el médico que lo expide no ha presenciado la muerte, lo cual genera limitaciones importantes en el diagnóstico de las causas. El procedimiento de registro de las muertes en municipios indígenas es, por lo tanto, fuente importante del mal registro.

La investigación correlacionó subregistro y grado de marginación, en Oaxaca. De las muertes maternas encontradas en campo ($N=97$), 92 se concentraron en municipios de muy alta marginación ($N=25$), mientras que sólo 44 de estas defunciones estaban registradas como muertes maternas en oficialías y 46 en el INEGI, lo cual representa un subregistro de 51.2% en las primeras, de 50% en el segundo y de 36.1%, según los datos derivados de la vigilancia epidemiológica de los SSO. En municipios con menor grado de marginación se encontró todavía un 40% de subregistro en Oficialía, pero no se encontró subregistro en INEGI ni en la información epidemiológica de los SSO.

En Chiapas, también se analizó el subregistro a partir del índice de inequidad, construido bajo el supuesto de que, en los lugares donde existe una sobremortalidad femenina respecto al resto de la entidad -que exceda el percentil 75, respecto del promedio estatal- y la relación de mortalidad por sexos está alejada del promedio estatal, las mujeres son más vulnerables que sus pares de otros municipios y, por lo tanto, es probable que exista muerte materna subregistrada.

El subregistro guarda una relación directamente proporcional con el índice de inequidad en Chiapas. No se encontró subregistro de muerte materna en los municipios con el índice de inequidad más bajo, hubo 50% de subregistro en los de índice medio y hasta 80% en los municipios con un índice de inequidad mayor.

Lecciones aprendidas

1. En los estados de brecha, la aplicabilidad del método RAMOS modificado mejora el registro de la muerte materna, pero no es suficiente para abatir el subregistro. Esto se debe a que en estados de profundo rezago, como Chiapas y Oaxaca, el mal registro se debe también a que un porcentaje de muertes maternas se registró como no relacionado con el embarazo. Encontramos así muertes maternas que habían sido (mal) registradas como muertes por desnutrición, alcoholismo o enfermedades diarreicas. Causas como las mencionadas no están ni lejanamente relacionadas con muerte materna y no figuran en el listado de las 46 causas de muerte consideradas como sospechosas de ser muertes maternas en el método RAMOS modificado.

2. En los estados de brecha, el subregistro de muerte materna se da no sólo por el mal registro de sus causas, sino por no contar con registro de muerte. La demostración de esto se señala en ejemplos de mal registro y no registro. Del total de 97 muertes maternas que se encontraron en los 33 municipios estudiados en Oaxaca, 37 estaban mal registradas en oficialías del Registro Civil, mientras que 13 no estaban registradas. En estos 13 casos, se trata de mujeres que residían y fallecieron en esos municipios, por lo que la ausencia de registro en las oficialías correspondientes no se justifica. En cuanto a las Estadísticas Vitales del INEGI, de esas 97 muertes 36 estaban mal registradas, mientras que siete muertes maternas no tenían registro alguno.
3. En estados de brecha, como Oaxaca, se presentan ambas situaciones: a) mal registro de muertes maternas con causas que el método RAMOS modificado no podría detectar, y b) muertes maternas no registradas, que no aparecen en oficialías o en el INEGI. Aquí se ve más claramente la limitación del método RAMOS modificado para abatir el subregistro en estados como Oaxaca. El 56% del subregistro encontrado en Oaxaca ($N=24$) de muertes maternas mal registradas en el INEGI hubiera sido detectado por el método RAMOS modificado. Sin embargo, 44% del subregistro encontrado en el INEGI ($N=19$) no se hubiera detectado por el método RAMOS modificado. Estas 19 muertes maternas incluyen los 12 casos registrados como causas no sospechosas de ser muertes maternas (diarrea, desnutrición, trastornos mentales, cirrosis, anemia nutricional, etc.), más las siete muertes que no aparecen en los registros oficiales de INEGI. Estos datos indican que el método RAMOS modificado es un avance importante en la búsqueda y corrección del subregistro en muerte materna, pero que enfrenta limitaciones en su aplicabilidad en estados de brecha, por las razones mencionadas. En otras palabras, es un método de aplicación necesaria, pero no suficiente si se quiere abatir el subregistro.
4. Por último, es importante mencionar que 90% ($N=17$) de las muertes que el método RAMOS modificado no hubiera detectado en el estudio de Oaxaca, ocurrieron en municipios de muy alta marginación. En la investigación se encontró que estos municipios no sólo presentan altísimas razones de muerte materna, sino también un subregistro particularmente alto. Es para los municipios de alto rezago social que se recomienda ir más allá del método RAMOS modificado en la búsqueda del subregistro. En estos municipios es recomendable analizar todas las causas de muerte femenina en edad reproductiva a través de autopsias verbales. Sólo así lograremos acercarnos a cifras que reflejen más de cerca la magnitud real del problema de la muerte materna en estos espacios sociogeográficos.

Otras lecciones aprendidas en el estudio del registro y subregistro de muerte materna

- Normatividades estatales obsoletas, laxas o no acordes con los planteamientos federales.
- Baja o nula presencia institucional (servicios de salud y Registro Civil) en un territorio con una altísima dispersión poblacional. El ejemplo de Oaxaca es ilustrativo: en el estado hay sólo 123 oficialías (dato de 2004), cuando los municipios son 570 y las localidades casi 11 000.
- Entrenamiento deficiente o nulo de las autoridades civiles locales, en ausencia de oficiales profesionales del Registro Civil o médicos profesionales, para realizar el llenado del certificado médico.

- Sistema político municipal donde los cargos se mantienen de 1 a, máximo, 3 años, lo cual imposibilita la permanencia de autoridades civiles entrenadas en la práctica por más tiempo.
- La ausencia de autoridades capacitadas y sensibilizadas posibilita que los entierros ocurran al margen de las normas vigentes.

Los retos

A partir de estos estudios se deduce que Chiapas y Oaxaca, como probablemente muchos otros estados del país, tienen grandes retos que vencer:

- Problemas de alta dispersión y fragmentación poblacional.
- Largas distancias para llegar a los servicios, lo cual se manifiesta con mayor gravedad en temporadas de lluvias por el mayor aislamiento de un gran número de localidades.
- Los prestadores de servicios de salud y personal del Registro Civil desconocen las lenguas indígenas habladas por la población.
- Los pobladores desconocen la importancia del registro de eventos vitales como el nacimiento y la muerte.

Se deberá poner atención a los altos costos de traslado para registrar una muerte; a otros costos indirectos (como el tiempo de traslado para registrar una muerte) y al de expedición de un acta de defunción.

Problemas institucionales y operacionales en el sector público:

- Horarios limitados de los servicios públicos de registro y certificación médica.
- La muerte materna es vista como una causa de muerte que tiene implicaciones políticas y técnicas por su alta visibilidad en la actualidad.
- Impericia o poca capacidad técnica en el diagnóstico clínico de la causa de muerte, incluyendo a los médicos certificantes.
- Violaciones voluntarias o involuntarias a la normatividad.
- Errores de llenado, captura y clasificación en registros y actas, además de inconsistencias entre diversas fuentes de información y registro.

La identificación de estos problemas permite no sólo entender los procesos que coadyuvan a la presentación de subregistro, sino también en la búsqueda de pautas para poder proponer soluciones para corregirlos.

Relatoría de la Mesa

SISTEMAS DE INFORMACIÓN

MODERADORA: MARÍA DE LA LUZ KAGEYAMA ESCOBAR

Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública.

RELATORA: LISA MARIE DE MARIA

Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas, Instituto Nacional de Salud Pública.

Objetivo. Enriquecer el modelo de análisis propuesto, con observaciones de los participantes acerca de las fuentes de información y de los indicadores que deben incluirse.

Antecedentes

Rosa María Núñez Urquiza introdujo el tema con el antecedente de que dada la heterogeneidad de condiciones demográficas, económicas y en acceso a servicios de salud se han realizado en el país diversos estudios sobre estas condiciones y la mortalidad materna. En especial se ha documentado la diferencia en el acceso a los llamados “indicadores de proceso”, como son la cobertura de planificación familiar y de atención de parto, entre otros, pero hasta el ámbito estatal. Es decir, se han documentado las diferencias entre los estados. Si bien eso ayuda a orientar estrategias diferentes entre los estados, es necesario, para cada plan estatal, precisar las diferencias entre los municipios. El modelo que se expone, objeto de este Foro, pretende dar cuenta de las diferencias epidemiológicas entre los municipios aun dentro de un mismo estado.

La utilización de un modelo de priorización de estrategias en el ámbito municipal requiere de información local. En México, a través del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática y del Consejo Nacional de Población se obtuvo la información de las variables independientes:

- Tamaño de la población
- Marginalidad
- Tasa global de fecundidad
- Porcentaje de población no afiliada a instituciones de seguridad social

Por otro lado, de la Dirección de Informática Médica y Georreferenciación, del Instituto Nacional de Salud Pública, se obtuvieron las estimaciones de “tiempo de viaje” al hospital más cercano, desde cada localidad habitada en el país.

- Tiempo de viaje al hospital

A través de la Dirección General de Información, de la Secretaría de Salud, se obtuvo información sobre:

- Número de muertes maternas
- Causas de muertes maternas
- Razón de mortalidad materna
- Porcentaje de defunciones que ocurren fuera del hogar

Con esta información se estableció como periodo de estudio los años 2003-2006, y se obtuvo la razón de mortalidad materna por municipio, para el periodo, y la composición porcentual de causas de muerte materna para cada municipio, y luego para los conjuntos de municipios, llamados “conglomerados municipales”.

En los sistemas estatales de salud se cuenta con información municipal de cobertura de planificación familiar, atención prenatal, atención del parto, atención de emergencia obstétrica y prenatal, cesáreas y vigilancia del puerperio. Sin embargo, 17 entidades federativas cuentan además con servicios de IMSS Oportunidades, que no desagrega –todavía- la información entre los municipios. En todos los estados hay servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) que tampoco presentan la información por municipio. Es decir, al pretender un área geográfica-poblacional más precisa, se pierden algunos indicadores.

El grupo analizó las siguientes preguntas:

- ¿Qué condiciones son necesarias en la organización de los Sistemas Estatales de Salud para poder generar los indicadores de proceso en el ámbito municipal?
- Desde 2003 se ha hecho un esfuerzo por corregir el subregistro de la mortalidad materna. Interesa conocer la opinión de los participantes sobre la precisión de la notificación y de las cifras estatales de mortalidad materna.
- ¿Cuáles pueden ser las consecuencias de tolerar un subregistro?
- Hay expertos internacionales que opinan que el monitoreo del registro de las muertes maternas debe hacerse por un grupo externo, para mantener la veracidad de las cifras. Ustedes ¿qué opinan al respecto?
- ¿Conocen los participantes el método “Reproductive Age Mortality Studies (RAMOS)”? ¿Cuáles son sus ventajas y los obstáculos para su aplicación?

En su percepción, ¿es un método conocido entre el personal de los sistemas estatales de salud, de los Departamentos de Evaluación y de los de Estadística?

Contexto

La discusión partió de la premisa de que no hubo información sobre indicadores de proceso (atención prenatal, cesáreas y cobertura de PF, en el ámbito municipal, de los servicios que ofrecen el IMSS, el IMSS Oportunidades. Éstos están disponibles en el municipio para la población atendida por los sistemas estatales de salud, lo cual no ocurre para la población atendida por el IMSS Oportunidades, de manera que en 17 estados con IMSS Oportunidades los datos del Subsistema de Información de Atenciones y Egresos Hospitalarios (SAEH) refleja sólo una porción de la población. Además, tampoco el IMSS, régimen ordinario, ni el ISSSTE registran datos municipales.

El sistema de cubos dinámicos, de la Dirección General de Información (DGIS), de la Secretaría de Salud (SSA) tiene datos municipales sobre atención prenatal, cesáreas y vigilancia del puerperio, pero adolece de las mismas características respecto a IMSS Oportunidades e IMSS Régimen ordinario. Los datos recabados son exclusivamente para la SSA. Algunos estados sí recopilan datos municipales, por ejemplo, Tlaxcala. Los responsables en las Jurisdicciones Sanitarias de la SSA pueden también solicitar a sus homólogos de otras instituciones la información que tengan a escala municipal.

Entre los obstáculos para la recolección de datos de calidad se comentó lo siguiente: los sistemas de recolección de datos están desvinculados entre las instituciones; los mecanismos para recoger datos son deficientes; los sistemas para cada etapa del programa son diferentes; hay duplicación de funciones; en el ámbito local se percibe que recolectar datos es únicamente un ejercicio, una carga más de trabajo, y no utilizan los datos ellos mismos para retroalimentar a sus programas y a los responsables de éstos.

Se afirmó que todo el sector salud debiera estar trabajando en la perspectiva de una integración inter-operativa en los sistemas de recolección de datos. Ya existe un movimiento en esta dirección, a saber:

- La DGIS tiene la meta de uniformar criterios.
- Hay compromiso de varias instituciones para uniformar la recolección de datos, para la construcción de bases de datos y para el análisis mismo.
- Existe la oportunidad tecnológica; por ejemplo: la georreferenciación en los servicios de salud y el expediente único electrónico que ya opera dentro de cada institución.
- Se recomendó rediseñar el sistema de recolección de datos con metas en común (metas que crucen programas e instituciones).

Se observó que los indicadores incluidos actualmente tienden a ser más de productividad y no de proceso. Son los mismos indicadores de siempre, pero dada la observación de la doctora Deborah Maine acerca de que estamos operando con los mismos supuestos de siempre, quizás se deben reformular algunos, además de incluir indicadores de calidad, de referencia oportuna y datos de morbilidad.

Existen brechas entre la recolección de la información y divergencias en las necesidades en el uso de ésta: académico *vs.* operativo; Institutos Nacionales de Salud *vs.* un hospital local o un hospital general de referencia de una red.

Se hizo la observación de que antes de que se estandaricen los procesos y se busquen nuevos indicadores, en el corto plazo hay que identificar el repertorio de información y de análisis y verificar la consistencia interna de los indicadores.

Subregistro de mortalidad materna

Al hacer énfasis en un indicador se generan varios fenómenos de registro, en algunos lugares se oculta el indicador, en otros mejora, de manera que existe una polarización en cuanto a la manifestación del sub-registro de mortalidad materna en algunos estados que desean ocultar muertes (sub-registro) *vs.* otros donde se ha incrementado la mortalidad materna, debido a una mejor gestión en el registro. Mejorar el registro de mortalidad materna, así como el de otros datos/indicadores de morbilidad, requiere transformar el sistema de registro y notificación.

Factores que contribuyen al subregistro:

- Existe un verticalismo en la recolección: la información sube, pero no baja.
- No hay retroalimentación para el nivel donde se recolecta la información.
- No se destaca la importancia de recolectar datos: muchos administradores ven este proceso sólo como el llenado de un formato más.
- Reportar (reconocer) una muerte materna es punitivo y conlleva un estigma (vigilancia es un término "cargado").
- Pesado trabajo el de juntar informes.
- Distanciamiento, físico y mental, entre el nivel central y los niveles en donde se llenan los informes.
- El proceso en sí está descentralizado, entonces los estados dan la información que quieren, la que les convenga.

¿Quién debe revisar los registros de muertes maternas?

Hubo consenso en la opinión de que el grupo responsable de revisar las muertes maternas no debe estar compuesto únicamente de actores externos al sistema. Se debe conformar un grupo de agentes externos que trabaje conjuntamente con personal interno. Este grupo también debe fungir más como asesor que como auditor y debe tener la obligación de dar retroalimentación acerca de la recolección de datos, de la identificación de las muertes y de la interpretación y análisis de sus causas.

Se propuso mejorar los procesos que van a permitir un registro adecuado de las muertes maternas. Las áreas con los peores registros de mortalidad materna son también aquellas en donde la calidad de la atención es peor.

Análisis del Método RAMOS para identificar muertes maternas

Se opinó que la metodología RAMOS es efectiva como tal, pero existen dudas acerca de la eficiencia (y como resultado, del costo-efectividad) del proceso de revisión. No en todos los sistemas estatales de salud tienen asignada a una responsable con la tarea exclusiva de aplicar el método RAMOS, y es una responsabilidad que tiende a rebotar entre los jefes de Epidemiología y de Salud Reproductiva y, por lo tanto, en algunos estados no se aplica en forma regular.

EL MODELO PARA ESTABLECER PRIORIDADES DE INTERVENCIÓN POR MICRORREGIONES

ROSA MARÍA NÚÑEZ URQUIZA
Instituto Nacional de Salud Pública
Cuernavaca, Morelos, México

Aplicación de las fases de transición epidemiológica

El análisis de datos a escala municipal tiene la limitación del subregistro aún existente en nuestro país.

Para estudiar la mortalidad materna es necesario reunir un período de por lo menos cuatro años, porque al no ser un evento tan frecuente no permite cubrir a cada una de las localidades consideradas en el análisis. Para posicionar el análisis en la localidad es necesario utilizar el dato de muerte neonatal, pues es un evento más frecuente. Se registran 15 000 muertes infantiles al año, 40 000 en el año 2000, entonces en un período de cuatro años se cuenta con 100 000 muertes infantiles de las cuales 50% han sido muertes neonatales.

Como proxy de cercanía entre la unidad y la población se utilizó la vacunación con BCG al primer mes de vida, porque se aplica al nacer. Se identificaron cerca de 300 municipios donde no había cobertura de BCG en el primer mes de vida; durante el segundo mes de vida se identificaron 149 municipios donde no hubo cobertura y al tercero todavía se identificaron municipios muy alejados que tenían coberturas bajas (70%, 84%).

El gran mérito de aplicar el análisis de datos al ámbito local y hacerlos visibles es que son elementos directos para fundamentar la necesidad de recursos en las localidades que se incorporan al análisis. Es en este nivel donde los datos respaldan la gestión de recursos y se transforman en un instrumento de planeación; es decir, un instrumento de advocacy.

Un aspecto importante en el uso de este modelo de análisis es saber leer e interpretar los datos. No es lo mismo decir que en Guerrero 50% de las muertes por hemorragia ocurrió fuera de la unidad médica, que decir que en una localidad específica, por ejemplo, Alcozauca murieron cuatro mujeres fuera de la unidad médica, un hospital que no cuenta con el servicio que se necesita. A esto debe seguir un análisis con instrumentos de mapeo para identificar el flujo de las redes de servicios; al integrar ambos componentes se puede elaborar un plan estratégico más preciso de lo que habitualmente se hace en los planes estatales de salud. Una vez elaboradas las tipologías resulta más fácil medir cómo funcionan en la propia localidad y rehacerlas, de tal manera que permiten diversas interpretaciones de cada una de las variables dependientes.

Esta metodología no ofrece resultados estáticos, ya que evolucionan de acuerdo con los análisis y revisiones al interior de cada estado. La meta propuesta en este proyecto es contar con el mapeo de variables y sus relaciones en cada municipio de cada estado.

Todos estos pasos deben realizarse para llegar a definir las fases de la transición epidemiológica.

Por último, se debe atender a la arquitectura de redes de servicio con un enfoque de riesgo, en la que se incluyan centros de salud para intervenciones en salud pública, hospitales comunitarios con dos camas, hospitales integrales con 8 a 10 camas y hospitales generales de jurisdicción equipados. En este punto, es importante considerar una observación de la doctora Deborah Maine que señala la importancia de incluir unidades con capacidad real de atender y resolver problemas de atención y eliminar unidades que cuentan con una infraestructura incipiente, que no tienen personal para cubrir los diversos turnos, sin laboratorio ni banco de sangre, que no cuentan con el personal especializado para atender complicaciones obstétricas y que representan una carga en el presupuesto de la entidad.

Comentarios

Es interesante el planteamiento metodológico; tiene componentes de planeación que pueden ser aplicables en los distintos niveles de las políticas públicas.

La interrogante aquí es el tipo de datos que debe integrarse; si bien la tipología de conglomerados ayuda a resolver la efectividad de las variables, un reto importante es la "causalidad reversa" cuando el estudio es transversal. Si bien existe la posibilidad de la causalidad reversa por tratarse de un estudio transversal, no se está aseverando que estas tipologías están causando la mayor o menor incidencia de mortalidad materna (MM).

La duda en relación con este modelo es si el abordaje del problema a través de asociaciones multi-nivel y de conformación de conglomerados no pierde la perspectiva de los fenómenos individuales, o de los eventos municipales al interior de un estado o de una comunidad al interior del municipio.

Todo estudio basado en la conformación de conglomerados (como unidad básica el municipio, y dentro de él sus localidades y al interior de éstas, las familias) tiene lo que se denomina falacia ecológica, que consiste en que sus características son más fuertes en los niveles más agregados (el estado), y en la medida en que se bajan los niveles de análisis hay una mayor variabilidad. Cuanto más bajo es este nivel son mayores las dificultades para localizar información.

Sabemos cuáles variables se asocian a MM. Para este modelo habría que pensar mejor si las variables seleccionadas (por ejemplo, vacunación) son las más adecuadas para relacionarlas con la MM. En el caso de la vacunación, ésta señala más directamente el acceso a clínicas pequeñas o la promoción de la salud comunitaria, por lo tanto es dudoso si se trata de un buen indicador para los objetivos del modelo.

Los conglomerados de estas variables independientes se han conformado precisamente porque se sabe que están correlacionadas con la MM y lo que interesa en esta fase de desarrollo del modelo es ver qué tanto, al interior de cada conglomerado, las intervenciones médicas hacen la diferencia.

La información obtenida de los análisis de los conglomerados exige la utilización de estrategias efectivas para difundirla en los ámbitos estratégicos del Sistema Nacional de Salud y hacer conciencia de su dimensión.

Este modelo podría representar un recurso muy útil para los países de América Latina.

RECAPITULACIÓN DEL MODELO PARA ESTABLECER PRIORIDADES DE INTERVENCIÓN POR MICRORREGIONES

ROSA MARÍA NÚÑEZ URQUIZA
Instituto Nacional de Salud Pública
Cuernavaca, Morelos, México

Este modelo muestra la correlación entre variables determinantes con distinto grado o peso en contextos diversos. Al conocer las diferencias se facilita la selección de intervenciones alternativas, dando prioridad a aquellas que prometen mayor impacto potencial para cada población. Es conveniente aclarar que si bien sustentar que una intervención de baja complejidad tecnológica -como la capacitación en parto limpio- puede todavía tener alto impacto en una población pobre con un patrón epidemiológico rezagado, en ningún momento debe llevar a circunscribir tecnología barata para las poblaciones pobres. La gente pobre también requiere de unidades de cuidados intensivos neonatales y obstétricos. Lo que se quiere señalar aquí es que algunas intervenciones en salud pública que fueron efectivas hace treinta años todavía tienen un espacio de impacto en zonas muy rezagadas, mientras que en otras sería un gasto ineficiente porque el problema específico (sepsis puerperal por atención en hogar) se ha superado.

La estimación del impacto potencial de una intervención puede llevar a la conclusión de que ya no es eficiente ni necesaria en una población, y que para lograr cambios favorables se requiere de intervenciones con tecnología más compleja, o bien de otro tipo de intervenciones sociales y ambientales, como son los cambios en estilos de vida en escuelas y en espacios de trabajo, tránsito y comercio.

Por lo tanto, es conveniente contar con un esquema de evaluación de la capacidad de un hospital y de su red de servicios, complementaria al Modelo de Transición Epidemiológica propuesto.

Contar con un modelo que muestra las correlaciones entre variables demográficas, epidemiológicas y de servicios de salud permite ubicar a cada microrregión en la fase de transición epidemiológica en que se encuentra una población. El modelo es una herramienta para hacer decisiones inteligentes sobre ¿qué es efectivo hacer, dónde?, ¿qué se requiere para que una organización implante una intervención con eficiencia?, ¿qué impacto podemos esperar de la intervención?

La metodología para identificar las microrregiones según su estadio en la transición epidemiológica materno infantil consiste en la descripción de indicadores -en rangos de tasa, número y correlaciones- en una matriz dividida en cuatro fases: rezago, transición 1 (incipiente), transición 2 (alta), y epidemiológico emergente.

Como se observa en el cuadro I, entre los indicadores se incluyen: a) indicadores demográficos, económicos, b) niveles y composición proporcional de la mortalidad materna y de la mortalidad infantil, c) indicadores de disponibilidad de servicios, cobertura y nivel de “efectividad”.

■ Cuadro I

Indicadores utilizados en la caracterización de estadios de la transición epidemiológica materno infantil

Indicadores/Fase	Rezago	Transición incipiente	Transición alta	Epidemiológico emergente
Económico-demográficos				
Epidemiológicos				
Disponibilidad de servicios				

Al articular las fases de transición epidemiológica con las variables dependientes se definen las causas de mayor frecuencia en cada una de ellas:

- En las zonas de rezago, por ejemplo, la mortalidad materna por sepsis o por hemorragia posparto en mujeres mayores de 37 años de edad y muertes fuera de la unidad médica.
- En las de transición alta, muertes por preeclampsia, por hemorragia postcesárea.
- En las de transición alta emergente, muertes por trombosis venosa profunda en puerperio quirúrgico, muertes por causas indirectas, por violencia y accidentes.

En la mayoría de los países mesoamericanos se cuenta con un extenso número de unidades de atención primaria y una creciente disponibilidad de unidades hospitalarias. Sin embargo, la oferta de servicios está fragmentada entre locales de salud para la promoción de planificación familiar, centros de salud para la atención prenatal, desvinculados de las unidades hospitalarias y sin interacción eficiente con laboratorios y bancos de sangre. Además, hay cierta escisión entre la planeación de programas preventivos, la administración de la atención médica clínica y otros componentes de apoyo estructural, como la información y la planeación de infraestructura.

La vinculación ordenada o eslabonamiento de los distintos componentes es esencial para ofrecer una atención continua a las pacientes. Por eso, en este foro se ha incluido la presentación del método denominado “Detección de eslabones críticos de los sistemas de atención”, porque si logra reorganizarse podría elevar, en el corto plazo, la razón de sobrevivencia de las mujeres que presentan complicaciones obstétricas. El reto ya no es solamente ampliar la cobertura de atención, sino asegurar la funcionalidad de las redes para garantizar la continuidad de la atención a las pacientes, disminuir las demoras e incrementar la razón de sobrevivencia.

Es importante señalar que este modelo está en construcción y el propósito de esta reunión es analizar y contribuir con la identificación de indicadores que puedan ayudarnos a tener una visión más completa y precisa de las causas de la mortalidad para dar respuestas eficientes. Es necesario conocer los costos del paquete básico y del diferenciado.

La pregunta final es:

¿Qué es efectivo hacer, dónde?

Las respuestas hasta ahora son:

- Depende de la fase en que una población se encuentre en la transición epidemiológica.
- Tipificar cada región y microrregión, según la fase de transición epidemiológica, materna-perinatal nos permite saber dónde hacer qué y estimar el impacto potencial de cada intervención.
- Una intervención “eficaz” tiene un impacto distinto en cada población.

Comentarios

Para desarrollar el modelo es necesario que a nivel regional, estatal o municipal se analicen los datos que deben incluirse en el modelo, especialmente en relación con la disponibilidad de los servicios y su potencial para abrir redes de apoyo. Es en ellas en donde se identificará la capacidad de respuesta en materia de recursos y servicios.

Actualmente el modelo ha avanzado en la incorporación de datos de los municipios; aún falta incluir datos de localidades.

Relatoría de la Mesa

FASES DE TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA: REZAGO Y TRANSICIÓN INCIPIENTE

MODERADORA: MARÍA BEATRIZ DUARTE GÓMEZ
Instituto Nacional de Salud Pública.

RELATOR: JOSÉ ALONSO RESTREPO RESTREPO
Consultor

El objetivo de esta mesa fue la revisión de la caracterización de los contextos de las fases de transición epidemiológica, como rezago, transición incipiente, emergencia, y urbano polarizado. En esta mesa se discutieron las características de las primeras dos fases: rezago y transición epidemiológica incipiente, con la finalidad de que los participantes enriquecieran cada uno de sus componentes.

Temas

1. Enriquecimiento de la caracterización de los municipios en rezago y en transición epidemiológica incipiente.
2. Caracterización de los servicios de salud en estos municipios.

Discusión

Se comentó que las características de los municipios que, según el modelo de análisis estadístico presentado, quedaron dentro de “rezago”, están relacionadas con el alto nivel de marginación: municipios pequeños, con comunidades rurales, mucha dispersión poblacional, escasez de carreteras y baja cobertura de servicios públicos. En relación con las características de la población, escasa disponibilidad de dinero, baja escolaridad, falta de autonomía de las mujeres para la toma de decisiones y problemas de acceso geográfico, económico y cultural.

Se ejemplificó el tipo municipio en rezago, con la descripción de un municipio de Jalisco -Ocotlán- y dos de Chiapas (Las Margaritas y Ocosingo) y se precisaron algunos puntos del contexto:

- Geográfico: no sólo largas distancias a un hospital, sino también a una unidad de salud de primer nivel.
- Económico: no hay dinero para el transporte.
- Cultural: en las zonas indígenas hay problemas de comunicación por el idioma y rechazo a los servicios de salud institucionales en algunas comunidades que prefieren estar aisladas, ya sea por razones

políticas, por ejemplo, en Chiapas en las zonas zapatistas, o culturales, como en la Sierra Huichola de Jalisco, en Ocotlán.

Asimismo, se destacaron algunas características adicionales de los municipios en rezago, a saber:

- Alto porcentaje de atención de parto por familiares y parteras tradicionales, tanto capacitadas como no capacitadas.
- Importancia de las redes sociales de apoyo; por ejemplo: Red Social en Las Margaritas (Chiapas).
- La principal causa de mortalidad materna no es la sepsis sino la hemorragia.

Características de los servicios de salud en municipios en rezago

1. Los centros de salud han hecho funciones de salud pública, pero en general las unidades de salud en los municipios rurales tienen baja capacidad resolutoria para problemas médicos; por ejemplo, insumos insuficientes, faltan equipos mínimos para el diagnóstico –la falta de esfigmomanómetro no permite el diagnóstico de preeclampsia, mesas de examen deterioradas.
2. Eso condiciona traslados a otras unidades, lo cual deriva en pérdida de tiempo.
3. El personal de salud no necesariamente tiene las competencias para la atención de partos.
4. Las parteras se consideran fundamentales en los municipios en rezago porque refieren y acompañan a la paciente para que se sienta más segura; sin embargo, a veces su acompañamiento es rechazado en el hospital.
5. El personal de los servicios públicos no se apega a las normas y lineamientos clínicos. Falta divulgación de normas y supervisión para que las lean, las entiendan y las cumplan. Por ejemplo, en el Programa IMSS-Oportunidades no se distribuyen las normas, pero se comentan y analizan en talleres en la Unidad Médica Rural. Se discutió si las normas deberían ser iguales para todo tipo de municipio, concluyéndose que deben ser uniformes para alcanzar una estandarización que garantice la calidad.
6. El personal no tiene competencias para la atención intercultural en comunidades indígenas; por ejemplo, se observa rechazo a las parteras tradicionales en el hospital.
7. La cobertura de atención médica se ha ido incrementando a través de unidades móviles y caravanas.

Se hicieron las siguientes recomendaciones:

- Capacitar al personal de los municipios en contextos de rezago, incluyendo a las parteras, para afinar la barrera del idioma y para mejorar la referencia; por ejemplo, el IMSS-Oportunidades ha dado capacitación en aspectos de obstetricia a mujeres nativas de la región (como auxiliares de enfermería). Se recomienda la contratación de médicos titulados para el área rural para no depender solamente de médicos pasantes. Para Chiapas se recomendó la capacitación a personal de nivel técnico, como son los Consejeros Comunitarios de Salud (COCS), y para Guerrero los Técnicos de Atención Primaria en Salud (TAPS), con el fin de dar seguimiento a las embarazadas y referirlas a otro nivel de atención.

- Incrementar la disseminación de normas oficiales entre el personal, sensibilizarlo y supervisarlo para que las cumplan. Verificar la comprensión y cumplimiento de las normas mediante monitoreo permanente.
- Se mencionó el programa “El obstetra te visita”, que inició en Jalisco, en el cual se desplaza un obstetra a las unidades de primer nivel de atención a donde se cita a las embarazadas del área de influencia y se refiere a aquellas que requieran consultas con el especialista.

Características de los municipios en “transición epidemiológica incipiente”

Se consideró que no hay mayores diferencias demográficas entre los municipios en rezago y los municipios en fase de transición epidemiológica incipiente, excepto la escolaridad más elevada y la menor presencia de redes sociales, pues éstas disminuyen con la urbanización.

Características de los servicios de salud en municipios en transición epidemiológica incipiente

En los municipios en fase de transición epidemiológica incipiente hay más oferta de servicios de salud que en los de rezago; debido a menor dispersión de la población fueron objeto de mayor inversión en infraestructura -“Programa Ampliado de Cobertura”- y tienen mayor porcentaje de población afiliada a las instituciones de seguridad social.

En algunos municipios rurales pero con mayor concentración de población, como en Zitalá y Zinacantán, Chiapas, se han creado centros de salud con unidades de servicios ampliados, con posada materna anexa e interacción con la partera, con unidad odontológica y laboratorio.

Respecto a la mortalidad infantil la proporción de muertes en el periodo posneonatal es mayor que en los municipios urbanos con un patrón epidemiológico “emergente”. En los municipios de rezago las infecciones respiratorias agudas y las enfermedades diarreicas agudas en el periodo posneonatal todavía dan cuenta de cerca de 46% de las muertes infantiles, mientras que en los municipios más avanzados la mortalidad infantil se concentra en el periodo neonatal, por causas como asfixia, prematuridad y malformaciones congénitas. Los recursos para la atención de la morbilidad neonatal son escasos, aun más que para la atención materna. En los servicios de salud de esos municipios falta darle importancia al neonato.

Relatoría de la Mesa

INTEGRACIÓN DE UN PAQUETE ESTRATÉGICO PARA MUNICIPIOS EN ESTADIO DE REZAGO RURAL

MODERADORA. MARÍA BEATRIZ DUARTE GÓMEZ
Instituto Nacional de Salud Pública.

RELATOR: EDUARDO MORALES ANDRADE
Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Secretaría de Salud.

El objetivo de esta mesa fue contribuir a la precisión de las intervenciones que deben destinarse con más énfasis a los municipios que están en fase de rezago epidemiológico. Es decir, aquellos en donde un alto porcentaje de la población vive en condiciones de dispersión rural, a una distancia mayor de 2 horas del hospital más cercano, con alta marginalidad, que tienen bajas coberturas de atención del parto institucional, y presentan una elevada razón de mortalidad materna, un elevado porcentaje de sepsis puerperal y de hemorragia posparto, de partos atendidos en hogar, y de muertes que ocurren en el hogar o en el traslado entre unidades de atención.

El tema generador fue “Entre las intervenciones que se incluyen para abatir muertes maternas, cuáles deben enfatizarse en los municipios que presentan rezago social y epidemiológico”.

Respecto al tipo de recursos humanos, los participantes hicieron notar el rol de los recursos comunitarios, como son las parteras tradicionales en estas áreas.

- El grupo opinó que deben participar como agentes clave en la comunicación con la comunidad, fomentando la participación comunitaria. Que son promotoras naturales y que son un recurso al que se debe apoyar y capacitar para que, a su vez promueva el empoderamiento de la mujer, especialmente en lo que toca al cuidado de su salud, a las decisiones en su sexualidad y fecundidad, y a la atención a su embarazo.
- Las parteras tradicionales son profesionales de la salud y, además, un vínculo entre la población y los servicios de salud; por eso es necesario no sólo permitir que trabajen sino procurar su vinculación con los servicios de salud, acompañado del acceso a la atención. Asimismo, fortalecer la capacitación técnica e incrementar el número de parteras certificadas.
- Se debe promover que haya “parteras profesionales técnicas”, que laboren profesionalmente en el sistema de salud. A ellas debe proveérseles de insumos para la adecuada atención del parto normo-evolutivo, y para la estabilización de pacientes ante una emergencia obstétrica.
- Deben tener conocimiento de las redes de atención, para referir a las pacientes.

- Se abundó en la necesidad de mejorar la capacitación al médico y a la médica para atender partos normoevolutivos y, en particular, para la identificación de signos de emergencia obstétrica, así como para la estabilización de las pacientes antes de ser referidas.
- Se manifestó que muchos médicos pasantes no conocen el directorio de las unidades, ni el perfil de cada una de las unidades que componen una red de servicio, para poder referir a las pacientes.

Intervenciones

Como eje de todas las intervenciones, se debe de incorporar el “Plan de Seguridad para el parto”. Esta estrategia debe incluir a los integrantes de la familia. Para que el plan sea eficaz, se debe contar con una red de servicios en donde se incorporen unidades de primer nivel y que los hospitales sean resolutivos de las complicaciones obstétricas. Para ello debe haber garantía de gratuidad de todos los servicios relacionados con el embarazo, el parto y el puerperio. La gratuidad debe incluir a las redes institucionales, es decir, que toda mujer embarazada pueda ser atendida en cualquier institución, independientemente de su derechohabencia.

Para que el círculo se cierre, deben implementarse en todo el país módulos de medicina tradicional, como los que hay en los Hospitales Mixtos de varios estados del país –en el municipio de Jesús María, en Nayarit, y en el municipio de Cuetzalan, en Puebla, entre otros.

Es necesario que se diseñen intervenciones integrales, con campañas de educación para reconocer signos y síntomas de alarma; con campañas radiofónicas; pláticas educativas no sólo a las mujeres, sino también a las familias, con énfasis en la incorporación de los hombres. Además, que los mensajes se transmitan en la lengua local, tomando en cuenta la cultura de la comunidad, con el fin de que esta información sea significativa, apoyándose en el personal originario de la zona y en los líderes de la comunidad.

Para que un “Plan de seguridad para el parto” funcione es necesario involucrar a las autoridades y a los integrantes de la comunidad en todas las actividades de promoción acerca de la importancia de la vida de las mujeres, llegar a acuerdos para apoyo en transporte, y crear de un fondo de emergencia para lo que sea necesario. Además, es imperativo mejorar la comunicación y la actitud del personal de salud frente a la comunidad para ganarse su respeto, y garantizar las condiciones laborales de dichos trabajadores.

Se debe promover la incorporación de otros sectores, como la Secretaría de Educación Pública y la de Comunicaciones y Transportes, que tengan que ver con el desarrollo social.

En los municipios que están en contextos de rezago epidemiológico es indispensable que las parteras tradicionales cuenten con medios de asepsia, y los centros de salud, con medios de transporte, de forma que si se presenta una complicación las mujeres puedan ser trasladadas oportunamente a los hospitales de la red. Para ello es indispensable dotar de medios de radio y comunicación a los recursos comunitarios, como promotoras de salud, parteras y médicos pasantes en los centros de salud.

Se adujo que mientras existan comunidades aisladas, sin carreteras, o baja la mujer a un albergue contiguo al hospital en las vísperas del parto, o debe contarse con traslados aéreos para las mujeres que presenten complicaciones obstétricas.

Relatoría de la Mesa

POBLACIONES QUE SE ENCUENTRAN EN FASE DE TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA INCIPIENTE EN MUNICIPIOS RURALES

MODERADORA: SANDRA TREVIÑO SILLER
Instituto Nacional de Salud Pública.

RELATORA: DORIS VERÓNICA ORTEGA ALTAMIRANO
Instituto Nacional de Salud Pública.

Introducción

El contexto en el que vive la población cuyo patrón epidemiológico es el de transición incipiente rural se caracteriza porque la población se asienta en comunidades pequeñas y dispersas, en situaciones de marginación, hay un bajo nivel de escolaridad, aun cuando hay escuelas en todas las comunidades, más de 30% de las personas mayores de 15 años de edad no termina la instrucción primaria. La población indígena expulsa fuerza laboral de adultos y jóvenes a otras regiones de México y a los Estados Unidos de América. Hay pocas carreteras pavimentadas. Se observa un mayor acceso a la atención del parto en unidades médicas públicas (entre 50% y 70% de los nacimientos se atienden en centros de salud con hospitalización y hospitales comunitarios); sin embargo la solución de emergencias obstétricas es muy baja (se observan tasas de letalidad superiores a 3%).

Temas generadores

Para los municipios en fase de transición epidemiológica incipiente se recomienda la integración de un paquete estratégico de intervenciones dentro de los siguientes componentes:

- Disponibilidad de estructura de servicio
- Personal para la atención de la mujer en el embarazo, parto y puerperio, y atención del recién nacido
- Intervenciones de salud pública
- Intervenciones clínicas
- Políticas saludables en otros sectores

Intervenciones en la estructura y funcionamiento de los servicios

- Se reconoció que en México hay una gran extensión de centros de salud y de brigadas móviles para hacer llegar el paquete básico de atención y que, además, hay municipios rurales que cuentan con hospitales. Sin embargo, se reconoció que estos hospitales adolecen de irregularidad en la ministración de insumos, pero sobre todo de falta de personal especialista en turnos nocturnos y de fin de semana. Los participantes recomendaron revisar la infraestructura hospitalaria existente, que es necesario garantizar la composición mínima del equipo con personal de medicina general, enfermería, ginecología y pediatría y que en algunas áreas es necesario contar con intérpretes en lengua indígena.
- Se argumentó que las estrategias preventivas son de mayor importancia en estos municipios, como la promoción de la planificación familiar, el uso oportuno de métodos anticonceptivos y la preparación de la mujer con micronutrientes, complementos alimenticios y un aporte de ácido fólico previo al embarazo.
- Se comentó sobre la baja utilización de los hospitales existentes en zonas indígenas. Se expuso que las mujeres van a la atención prenatal pero que al momento de parir muchas eligen quedarse en su casa. Se habló de la necesidad de recuperar la figura de la auxiliar de salud o del promotor de salud con una formación para dar apoyo emocional a la comunidad, garantizándoles su permanencia en ella.
- Utilizar los recursos humanos disponibles en la comunidad y formarlos en habilidades y destreza básicas.
- Se recomendó que entre la capacitación del personal se haga énfasis en la sensibilización intercultural.
- Se dijo que en estas áreas suele haber personal que no tiene competencias en la atención de emergencias obstétricas.

Intervenciones en salud pública. Prevención y promoción

- Recuperar el ejemplo de la Casa de las Mujeres Indígenas que funciona en algunos estados: Oaxaca, Puebla, Guerrero y Veracruz.
- Fomentar el inicio temprano de la lactancia materna en el puerperio, para disminuir la hemorragia en el posparto.

Intervenciones clínicas para la atención de emergencias obstétricas

- Contar en la atención prenatal con médicos y médicas generales que tengan capacidad para estabilizar a las embarazadas que requieran el traslado a unidades de segundo o tercer nivel de atención, con pruebas rápidas de embarazo, y con tiras para proteinuria.
- Implementar las estrategias de "parto humanizado", y en especial el parto vertical en los contextos culturales en donde éste es más aceptado.
- Insistir en dejar de hacer episiotomía de rutina e implementar la episiotomía selectiva.
- Garantizar la inclusión del sulfato de magnesio en el cuadro básico de medicamentos y utilizarlo. Manejar oxitócicos en unidades de segundo nivel de atención.
- Brindar capacitación básica en resucitación neonatal.

Políticas saludables en otros sectores

- Se dijo que es indispensable que la Secretaría de Salud federal abogue porque otros sectores del ejecutivo mejoren la infraestructura de carreteras, el sistema de comunicaciones, las fuentes de trabajo.

Es necesario establecer alianza y acuerdos con:

- La Secretaría de Educación Pública (SEP), para capacitar a orientadores en planificación familiar (PF) y en el uso de anticonceptivos.
- El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), para promocionar la salud materna y neonatal.
- Comisiones de Derechos Humanos Estatales, para la concienciación acerca de derechos y deberes sexuales y reproductivos de las usuarias de servicios de salud maternos.
- La Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), para el traslado de las mujeres en emergencia obstétrica.
- La Secretaría de Comunicaciones y Transportes y con los medios de comunicación, para difundir información sobre prevención, como el uso del ácido fólico y para el reconocimiento de emergencias obstétricas.
- Las posiciones más consistentes se refirieron a establecer vínculos intersectoriales con la SEP, la SEDENA, la Secretaría de Comunicaciones y Transportes, Derechos Humanos e instancias legislativas. Es necesario firmar acuerdos y convenios con las autoridades para que las acciones que se lleven a cabo rutinariamente puedan ser monitoreadas y haya sanciones en caso de incumplimiento.

Puntos de consenso

- Llevar a cabo convenios, monitoreo y sancionar a las instancias que no cumplan con sus compromisos.
- Adecuar la infraestructura hospitalaria existente para que funcione resolutivamente, haciendo énfasis en la composición mínima del equipo con personal de medicina general, enfermería, ginecología y pediatría. Contar con intérpretes en lengua indígena.
- Fortalecer las estructuras disponibles con personal capacitado para ejecutar las acciones clínicas enunciadas como adecuadas para este paquete.

Puntos de controversia

- El principal punto de controversia estuvo en la necesidad de invertir recursos financieros para que las acciones de los promotores y auxiliares de salud sean de orden obligatorio y no voluntario.
- La independencia para efectuar acciones de salud, y de los actores, no debe estar sujeta a voluntades políticas.
- Un punto que no se abordó en la mesa fue la utilización de la técnica de aspiración manual endouterina (AMEU) que pudiera ser incluida en el paquete.

Relatoría de la Mesa

INTERVENCIONES EN EL SISTEMA DE ATENCIÓN EN LOS CONTEXTOS DE TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA EMERGENTE EN CONGLOMERADOS URBANOS

MODERADORA: SANDRA SOSA RUBÍ

Instituto Nacional de Salud Pública.

RELADORES: LISA MARIE DE MARIA, LUCERO CAHUANA HURTADO

Instituto Nacional de Salud Pública.

FRANCISCO BARRAGÁN GONZÁLEZ. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Secretaría de Salud.

Antecedentes

Se describieron las condiciones en que vive la población en contextos de transición epidemiológica emergente en conglomerados urbanos:

“Este patrón epidemiológico se caracteriza por la disminución de la mortalidad infantil, así como por la disminución de la mortalidad por enfermedades infecciosas. El porcentaje de población obesa se incrementa, mientras la desnutrición infantil ha disminuido. La mayoría de las localidades y de la población goza de un buen índice de desarrollo humano. Un alto porcentaje de la población está afiliada a la seguridad social. Hay disponibilidad suficiente de centros de salud y acceso a hospitales generales de la Secretaría de Salud. Sin embargo, la población hace uso frecuente de servicios privados (cuya calidad varía). La mortalidad materna ha descendido, pero es todavía alta en relación con la disponibilidad de recursos y con el nivel socioeconómico de la población.”

Temas

Con base en esta descripción, se solicitó al grupo hiciera recomendaciones sobre la integración de un paquete estratégico de intervenciones dentro de los siguientes componentes:

1. Disponibilidad de estructura de servicio
2. Personal para la atención de la mujer en el embarazo, parto y puerperio, y atención del recién nacido
3. Intervenciones de salud pública
4. Intervenciones clínicas
5. Políticas saludables en otros sectores

El grupo consideró importante concentrarse en los puntos: estructura para la atención, personal necesario y políticas saludables en otros sectores. Mientras que sólo tangencialmente se tocó lo relacionado con intervenciones clínicas y de salud pública.

Asimismo, se describieron las condiciones de los contextos poblacionales en “fase de transición epidemiológica emergente” en conglomerados urbanos, a saber:

“Hay hospitales disponibles, pero suelen estar saturados y algunos de ellos no cuentan con personal especialista en todos los turnos. La percepción de calidad que las potenciales usuarias tienen de las instituciones públicas está estrechamente ligada a esta carencia, lo que las orilla al uso de servicios privados -en los cuales no se asegura el seguimiento de normas y lineamientos técnicos-, o a demandar la atención en los hospitales más grandes, los de alta especialidad, que suelen saturarse. La carencia de recursos se refiere a:

- Ausencia de equipos de gineco-obstetras, pediatras, anestesiólogos e internistas en todos los turnos. En algunos hospitales se prefiere, incluso, contratar médicos cirujanos generales a gineco-obstetras, en tanto se les percibe como capaces de solucionar un mayor número de eventos.
- La ausencia de unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN), lo que genera el rechazo de pacientes (fenómeno observado en Guadalajara, Distrito Federal y zona conurbada del Estado de México).
- Sobresaturación de hospitales urbanos e incluso de Clínicas Avanzadas de Atención Primaria a la Salud (CAAPS) debido a que los centros de salud no tienen capacidad de atender partos (Acapulco).
- Carencia de hemoderivados.
- Prolongados tiempos de espera para la consulta.
- Registro incompleto de las mujeres, ausencia de registro de la mujer que solicita atención.

Otras características que merman la percepción de la calidad son:

- La carencia de comunicación entre las unidades de primer y segundo nivel de atención.
- La baja comunicación entre el personal de enfermería y el médico.
- Cierta falta de sensibilidad para la atención de las mujeres debido a la numerosa demanda (“despersonalización”).
- Escasa coordinación entre instituciones que operan en la misma zona, e incluso al interior de la misma institución.

El grupo resaltó que el énfasis puesto por la Federación en zonas rurales ha opacado la importancia que tiene el mejorar el desempeño de las instituciones en las zonas urbanas, por ejemplo, el Programa Arranque Parejo en la Vida. “Se debe reconocer que la zona urbana presenta una situación muy heterogénea, caracterizada por gente cubierta por diferentes instituciones”.

Paquete estratégico

En la integración de un paquete estratégico para zonas urbanas se recomienda:

- Disponibilidad de estructura de servicio
 - Construcción de unidades de cuidados intensivos neonatales en hospitales urbanos (unidades que se consideren estratégicas). Asegurar que cuenten con camas de terapia intensiva y con hemoderivados.
 - Con el propósito de evaluar la capacidad resolutive de los centros de salud y hospitales, se sugiere crear un sistema de registro de mujeres que se acercan a las unidades de salud de la Secretaría de Salud, independientemente de que sean efectivamente atendidas o no. En Jalisco este sistema ha servido para ubicar las unidades que consistentemente rechazan la atención de mujeres embarazadas. De este modo se podrían ubicar los eslabones críticos de la atención de las mujeres embarazadas.
 - Coordinar acciones interinstitucionales que aseguren la atención de la mujer independientemente de la derechohabiencia e incluso del lugar donde se inscribió la paciente a un seguro (en el caso del Seguro Popular).
 - Utilizar unidades móviles de salud con capacidad de realizar estudios de laboratorio y gabinete para la búsqueda activa de pacientes y acercar los servicios a las mujeres. Un ejemplo es el programa “El obstetra te visita”, en Jalisco.
 - Implementación de un sistema de citas para el control prenatal que reduzca los tiempos de espera de las mujeres.
- Personal para la atención de la mujer en el embarazo, parto y puerperio, y atención del recién nacido:
 - En los hospitales, garantizar la provisión de servicios las 24 horas, lo que implica la disponibilidad de gineco-obstetra, anestesiólogo, pediatra e internista en todos los turnos. Esto evitaría que los hospitales tengan motivos para rechazar a las mujeres que se acercan a solicitar atención.
 - Siguiendo el ejemplo del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), impulsar el rol de la enfermera materno-infantil quien, además de realizar el seguimiento y monitoreo de la mujer en su embarazo, ofrece información sobre lactancia, planificación familiar y riesgos en el embarazo. En general, capacitar a las enfermeras para la detección de signos de alarma durante el embarazo de las mujeres que asisten a consultas prenatales.
 - Fortalecer el trabajo conjunto del personal de enfermería y del médico para que, coordinados, mejoren el seguimiento de las mujeres embarazadas durante la atención prenatal.
 - Ayudar a las mujeres a delinear, junto con el personal proveedor de servicios de salud, un plan de parto, con el fin de anticipar qué hacer y a dónde acudir ante cualquier eventualidad.
- Intervenciones de salud pública
 - Realizar un censo interinstitucional para tener un registro detallado de las mujeres embarazadas y sus fechas probables de parto. Se sugiere para ello aprovechar las visitas que realiza el personal de enfermería para la vacunación, aunque se reconoce que en zonas urbanas se debe conside-

rar un horario adecuado (visitas por la tarde o en fines de semana), ya que una gran proporción de las mujeres trabaja.

- ▶ Utilización de un brazalete de color rojo para identificar a mujeres con embarazo de alto riesgo (como en los Hospitales de Puebla).

- Intervenciones clínicas

La prevalencia de complicaciones obstétricas observada en zonas urbanas y rurales es similar. Las hemorragias y la hipertensión arterial son las principales causas de muerte materna; por ello, se recomienda fortalecer las acciones para atender dichos padecimientos.

Se manifestó que en las zonas urbanas suele haber capacidad física instalada para la atención del parto, pero insuficientes recursos para la atención neonatal. Esto condiciona el “rechazo” a las mujeres que son referidas a otras unidades, ocasionando demoras en su atención.

- Políticas saludables en otros sectores

- ▶ Utilizar medios de comunicación masiva como la televisión y la radio para recomendar a las mujeres que asistan regularmente a la atención prenatal y ubiquen señales de alarma durante el embarazo.
- ▶ Fortalecer la capacitación del personal médico para la atención de partos; enseñarle, desde cuando están en la facultad de medicina, las normas y lineamientos para el manejo del parto y del puerperio (emergencias, cesáreas, entre otros).
- ▶ Papel de la Comisión Federal para la Prevención de Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) en la supervisión y certificación de unidades médicas privadas, y revisar unidades médicas repetidoras de muerte materna.
- ▶ Aumentar y certificar, desde la carrera, el conocimiento de la “Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio”, y los lineamientos del Programa Arranque Parejo en la Vida.
- ▶ Fortalecer redes sociales. Identificación de líderes de manzanas y de colonias, para informar sobre la importancia de la atención prenatal y de los signos de alarma durante el embarazo.
- ▶ Generar convenios con ayuntamientos y agrupaciones sociales para la remisión oportuna de las embarazadas a los hospitales.

Conclusiones

El problema fundamental de la oferta de servicios maternos en áreas urbanas es la falta de un esquema de redes de atención. La infraestructura existente está incompleta por deficiencia de recursos humanos y hasta de insumos materiales. La sobrecarga de trabajo del personal lo hace insensible en la atención de las embarazadas. Todo esto contribuye a que muchas mujeres embarazadas en zonas urbanas se dirijan a servicios privados. Actualmente hay poca regulación de los servicios privados por parte de la Secretaría Federal y de

las secretarías estatales de salud. La atención a la embarazada es de poca calidad en muchas unidades privadas, sobre todo en el momento del parto. La alta frecuencia con la que en las unidades privadas las mujeres son sometidas a operación cesárea demanda de regulación por parte de la Secretaría de Salud.

Cinco puntos son los más importantes para mejorar la atención en estas zonas:

1. Aumentar la oferta de servicios de cuidados intermedios e intensivos para los recién nacidos pretérmino y los de bajo peso; así como la oferta de servicios de emergencia obstétrica las 24 horas. Esto evitaría que los hospitales rechacen a las pacientes, y que ellas deambulen de un hospital a otro y tengan que recurrir a uno privado.
2. Fortalecer el papel del personal de enfermería, convirtiéndolo en personal de enfermería materno-infantil. Asimismo, coordinar las acciones entre el personal médico y el de enfermería, y el de los equipos entre los turnos para la atención.
3. Asegurar la coordinación interinstitucional, para que no se rechacen pacientes por no ser derechohabientes.
4. Buscar el apoyo de redes sociales, y aprovechar los medios de comunicación masiva para difundir información sobre la importancia del control prenatal y el reconocimiento de signos de alarma durante el embarazo.
5. Asegurar el conocimiento y el cumplimiento de la Norma Oficial Mexicana correspondiente a la atención del embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, y de los lineamientos oficiales en unidades médicas privadas.

Relatoría de la Mesa

PAQUETE ESTRATÉGICO: PATRÓN EPIDEMIOLÓGICO URBANO POLARIZADO

MODERADORA: MARÍA DE LA LUZ KAGEYAMA ESCOBAR
Instituto Nacional de Salud Pública.

RELATORA: ROSA MARÍA NÚÑEZ URQUIZA
Instituto Nacional de Salud Pública.

Introducción

Estos conglomerados se caracterizan por ser urbanos, densamente poblados. Cuentan con alta disponibilidad de hospitales para toda la población, pero generalmente están saturados, y conviven al lado de hospitales de instituciones como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y Petróleos Mexicanos (PEMEX), que están subocupados.

El patrón epidemiológico se caracteriza por presentar promedios de tasas de incidencia que reflejan una “transición” desde las enfermedades infecciosas, hacia las crónico-degenerativas. Sin embargo, al interior de estas ciudades hay grupos poblacionales muy heterogéneos. Por un lado, hay colonias suburbanas marginadas, con población de reciente inmigración, donde todavía en la mortalidad aparecen las llamadas enfermedades del rezago. Mientras que en otras colonias residenciales la población goza de mejores condiciones de vida, menor mortalidad infantil, menor mortalidad materna, y en la mortalidad general se observan las enfermedades crónico-degenerativas y los accidentes. Es por eso que se les ha llamado “urbano polarizadas”.

En la atención de las mujeres por evento obstétrico se observa que 50% de ellas son trabajadoras asalariadas, y entre 12 y 18% son trabajadoras de la economía informal, como las vendedoras ambulantes.

Ante el hecho de que la Dirección General de Planeación Estratégica recibe propuestas para incrementar la infraestructura de atención materna en estos conglomerados urbanos, por favor aporte su opinión sobre los siguientes temas:

1. Universalidad del acceso a la atención del parto, sin importar filiación institucional.
2. Fortalecimiento de departamentos obstétricos en hospitales generales o, bien, creación de hospitales maternos.
3. Incremento de Bancos de Sangre o, bien, sólo puestos de sangrado.

1. Universalidad del acceso a la atención del parto, sin importar filiación institucional

Algunos participantes compartieron la idea de que en México hay una práctica institucional de recibir a todas las mujeres que presenten una emergencia obstétrica en cualquier hospital, sin importar si es afiliada o no. La experiencia del grupo representada por cinco entidades federativas y personal del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGySR) es que, en la práctica, no se recibe a las mujeres que no son afiliadas.

Aunque existe el marco normativo, y ahora también financiero, para la facturación cruzada, en la práctica no se ha logrado que una mujer con emergencia obstétrica sea atendida en cualquier hospital, sin importar filiación.

Se mencionó que el IMSS sí recibe desde marzo de 2006 a mujeres referidas por el IMSS-Oportunidades, por un acuerdo especial de su Consejo Interno, promovido por la directora del CNEGySR y el entonces Subsecretario de Innovación y Calidad, y hoy Presidente del Consejo de Salubridad General.

2. Ante la pregunta ¿qué modelo es mejor para la atención obstétrica?:

- a) Dentro de hospitales generales, en un departamento obstétrico.
- b) En los hospitales maternos o, incluso,
- c) La atención en centros de salud urbanos con hospitalización siempre y cuando estén cerca de un hospital que sí tenga capacidad resolutive.

El grupo señaló que ambos tipos de hospital son convenientes y complementarios, como en el caso de León, Guanajuato.

Sobre la atención en centros de salud urbanos se descartó, porque en estos conglomerados urbanos hay hospitales que son los que cuentan ya con personal especializado.

Se incluye aquí el comentario de Roberto Martínez Poblete sobre trasladar con anticipación a las mujeres de localidades rurales lejanas hacia las Posadas AME (Atención a la Mujer Embarazada), contiguas a un hospital, práctica que ha establecido recientemente el Estado de México con base en la evidencia de que cualquier parto puede complicarse.

Llevar a las mujeres en la víspera del parto a un hospital es una práctica en el estado de Querétaro, en la Sierra Gorda, que se tiene desde que un médico obstetra, a principios del siglo pasado, la promovió y se hizo parte de la cultura regional, y ello explica el que la mortalidad materna en esa zona pobre sea más baja que la experimentada hasta hace poco por las poblaciones de las sierras contiguas, como la Sierra Huasteca.

Las posadas AME, que promovió el Programa Arranque Parejo en la Vida, y los albergues que ha tenido IMSS-Oportunidades sirven al propósito de hospedar a las mujeres que viven lejos de un hospital, por lo menos “una semana antes de la fecha probable de parto”.

3. Necesidad de disponibilidad de sangre. Bancos de sangre o puestos de sangrado

‘Casi todas las entidades federativas solicitan la construcción de más bancos de sangre. El Centro Nacional de Transfusión Sanguínea se inclina por pocos bancos de sangre, para controlar la calidad. En la experiencia de los participantes se plantea la pregunta, ¿cómo se puede lograr contar con productos hemáticos, sin incrementar la cantidad de bancos?’

Un participante recomendó que los médicos obstetras desarrollen la habilidad de evitar la necesidad de sangre, por ejemplo, al hacer una cirugía cuando se detecta acretismo placentario mediante ultrasonografía. Asimismo, que la decisión de intervenir quirúrgicamente sea más oportuna, así como iniciar la aplicación intravenosa de soluciones antes de que sea indispensable utilizar sangre. En ese sentido, se afirmó la conveniencia de contar con la caja guinda que incluye la solución de almidón de baja densidad llamado voluven (fresenius kavi). Sin embargo, se señaló que la sangre es necesaria cuando se detecta acretismo placentario, y se afirmó que éste es cada vez más frecuente debido al antecedente de cesárea.

Se mencionó que en muchas ocasiones una paciente es trasladada a otra unidad porque en la primera no se cuenta con sangre y, sobre todo, con plaquetas. El grupo recomendó que se traslade mejor el insumo al hospital donde se encuentra la paciente.

Se expuso la experiencia de países exitosos en la disponibilidad oportuna de sangre, como en la Provincia de Québec, donde hay pocos bancos de sangre y laboratorios de procesamiento, pero una permanente recolección de sangre en espacios sociales (centros comerciales, de trabajo, escuelas), y un excelente sistema de comunicación de necesidad de sangre y de traslado de la misma donde participan los ayuntamientos, la policía y grupos voluntarios.

Discusión sobre efectividad de la atención prenatal

Aunque estaba fuera de agenda el subdirector médico del Hospital General de León, Guanajuato, quiso rebatir lo que en una plenaria se presentó: que la atención prenatal no es efectiva para evitar muertes maternas. Habló *del índice de riesgo de Copland* y sus beneficios para derivar a las mujeres complicadas a la atención con especialistas.

La Dra. Langer aclaró que no se considera que la atención prenatal no sea conveniente, sino que por sí misma no resuelve la complicación. Es necesario contar con el acceso a la atención de emergencias obstétricas. El factor de riesgo no tiene valor predictivo de “no complicación”, ya que una mujer sin ningún factor de riesgo puede complicarse en el momento del parto.

Otro tema abordado por Ángel Uscanga Escobar fue que la falta de conocimiento de las normas por parte del personal clínico, e incluso de los jefes y supervisores, redundan en que cada quien sigue lo que aprendió en su escuela. Se comentó que este tema tan relevante debe presentarse ante la Dirección General de Calidad, que regula la participación de las escuelas de medicina en campos clínicos.

Sobre políticas saludables se dijo que la Secretaría de Salud tendría que impulsar que las condiciones de trabajo se apeguen a la Ley General del Trabajo. Silvia Roldán Fernández agregó que, en efecto, muchas mujeres que trabajan en servicios, y no sólo en la industria, están expuestas a jornadas laborales muy largas, en una sola postura. Ejemplificó con el caso de las mujeres que trabajan en los supermercados.

Abogó porque se realicen acciones de concienciación con los grandes patrones, directamente, y con los sindicatos.

El grupo recomendó que se lleven al congreso las iniciativas de ley que garanticen el acceso, a cualquier institución de atención médica, de todas las mujeres que presentan una emergencia obstétrica, sin discriminación por estar o no afiliada. Se adujo que el marco legal y administrativo que facilita el Seguro Popular debiera ejercerse entre los estados y entre las instituciones públicas, e incluso con el sector privado.

Relatoría de la Mesa

INTERVENCIONES NECESARIAS EN CONTEXTOS POBLACIONALES EN SITUACIONES DE DESARROLLO URBANO POLARIZADO Y CAÓTICO

MODERADORA: DILYS MARGARET WALKER EVANS
Instituto Nacional de Salud Pública.

RELATORA: PATRICIA MORA GONZÁLEZ
Secretaría de Salud (SSA), Cuernavaca, Morelos.

Se utilizó el término “desarrollo caótico” para describir la situación de la oferta de servicios en la metrópoli de la Ciudad de México y los municipios aledaños del Estado de México. Por una parte, el Estado de México no tiene suficiente capacidad física instalada para la atención del parto entre población no afiliada al IMSS, en zonas como Chimalhuacán, Texcoco, Chalco, entre otras. Por otra parte, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en esas zonas tiene hospitales con una ocupación menor a 70%. Sin embargo, las mujeres que presentan una emergencia obstétrica están en riesgo, una de cada cuatro, de tener que acudir a más de un hospital porque los existentes están saturados. Hay hospitales del Estado de México como en Naucalpan, Netzahualcóyotl, Inguarán, Cuautitlán que operan con más de 120% de ocupación, así como el Hospital General Dr. Manuel Gea González. En contraste, en la misma zona Sur el Hospital de Gineco-Obstetricia número 4, del IMSS, tiene más recursos humanos y no supera el 70% de ocupación. Además, hay gran cantidad de unidades privadas que atienden partos tanto en el Estado de México como en el Distrito Federal, y menos de 50% de éstos cuenta con más de dos médicos y más de cinco camas.

Temas generadores

- Atención interinstitucional de las pacientes con emergencia obstétrica, es decir, que sean admitidas en hospitales de cualquier institución.
- Regular unidades privadas que brindan atención obstétrica de mala calidad, que no están acreditadas y que no se ciñen a los lineamientos de la Norma Oficial Mexicana para la atención del embarazo, el parto, el puerperio y del recién nacido.
- Incrementar la capacidad resolutive de los hospitales de la SSA.

El objetivo de esta mesa fue aportar recomendaciones muy específicas para que logremos en México la atención obstétrica universal, la regulación de las unidades de atención obstétrica privadas, caracterizadas arriba, y el incremento de la capacidad resolutive en los hospitales.

Antecedentes

Una de cada tres mujeres que fallecen en áreas rurales, y 1 de cada 5 en zonas urbanas, tuvieron que ir a más de tres unidades hospitalarias antes de morir.

Parte de los factores que condicionan esta situación emergió en las mesas de trabajo y en las discusiones y presentaciones en las plenarios.

Desarrollo de los temas

Atención universal

- Existe atención segmentada entre las instituciones prestadoras de servicios de salud.
- Se han realizado diversos esfuerzos para universalizar entre instituciones del sector salud la atención que no han dado resultados, como la facturación cruzada, las cajas financieras, entre otros.
- Se ha visto que no basta con la buena voluntad de los actores, por lo que debe quedar explícita en leyes, reglamentos y normas la atención de las emergencias obstétricas en cualquier unidad de cualquier institución. También se requiere de una decisión de carácter presidencial para hacerla efectiva.
- Es necesaria la revisión de los tabuladores de costos y de otras barreras interinstitucionales para hacer posible el acceso a cualquier unidad, no importando la derechohabencia de las embarazadas.
- Se comentó que nuevamente existe la intención de establecer convenios entre las instituciones, asunto tratado en una reciente reunión, en Tabasco, de directivos nacionales del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) con el Secretario de Salud, para garantizar la atención, a cualquier mujer embarazada, dentro de las unidades del sector.

Regulación de unidades privadas que brindan atención obstétrica de mala calidad, que no están acreditadas y que no se ciñen a los lineamientos de la Norma Oficial Mexicana para la atención del embarazo, el parto, el puerperio y del recién nacido.

- Estas unidades obedecen a intereses económicos personales y a mafias de médicos, y operan sin cumplir con los requerimientos necesarios para una atención de calidad. Se señaló que tienen, además, una gran movilidad y es difícil su control.
- Es importante el endurecimiento de las medidas regulatorias a través de la Comisión Federal para la Prevención de Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) e incluso de instituciones de seguridad pública para suprimirlas. Este tipo de unidades no debería de existir.
- Existe además el problema de que contar con una cédula profesional de médico prácticamente autoriza para realizar cualquier tipo de atención sin que se exija contar con las competencias necesarias; este problema está aún pendiente de resolver.

- Por otro lado, entre la población existe el supuesto de que la atención privada es mejor y esto se refuerza por los problemas de calidad, cobertura y accesibilidad en los servicios institucionales.
- Las normas y reglamentos cuentan con vacíos que son aprovechados por las mencionadas unidades privadas para funcionar.
- Fortalecer la capacidad resolutive de los hospitales de la Secretaría de Salud (SSA).
- Se debe establecer la gratuidad de la atención obstétrica de manera homogénea, y que exista personal médico y alternativo calificado para cubrir todos los turnos, tanto en los hospitales urbanos, como en los nuevos hospitales, en áreas de difícil acceso en donde los médicos no desean trabajar.
- En algunos hospitales urbanos también es necesario incorporar unidades de terapia intensiva neonatal, porque a menudo a esta carencia se le considera como la causa del rechazo a pacientes cuyos recién nacidos pueden desarrollar complicaciones que ameritan estos servicios.
- Habría que mejorar la capacitación del personal de salud y contar con procedimientos bien establecidos para la atención de las emergencias obstétricas.

Nuevas aportaciones

Aunque no se profundizó, se mencionó el papel del Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular) en el fortalecimiento de la infraestructura de los hospitales, lo que ha ido cambiando positivamente la imagen de nuestras unidades.

Conclusiones

Es imperativo:

- Lograr la universalidad de la atención a través de modificaciones a la ley y del compromiso presidencial.
- Desaparecer las unidades de atención obstétrica privada de mala calidad, con apoyo de la COFEPRIS.
- Continuar con el fortalecimiento de la infraestructura de las unidades de la SSA, y de su capacidad resolutive, en todos los turnos, aprovechando el papel del Seguro Popular.

PERSPECTIVAS DE LA INVESTIGACIÓN

BERNARDO HERNÁNDEZ PRADO
Instituto Nacional de Salud Pública
Cuernavaca, Morelos, México

Después de estos tres días de trabajo es pertinente definir los pasos a seguir desde la perspectiva de la investigación. Si nos remontamos a las preguntas planteadas al inicio de este taller: ¿qué necesitamos hacer para reducir la muerte materna y perinatal, en dónde?, la investigación puede contribuir a responderlas mediante tres elementos, a saber:

- La calidad de la información
- La información para el diseño y focalización de intervenciones
- La evaluación de las intervenciones

Calidad de la información

En condiciones de subregistro de datos de la muerte materna es conveniente mantener la atención en el desarrollo de registros que permitan obtener información confiable sobre el numerador (muertes) y el denominador (nacimientos); continuar estudios en poblaciones específicas donde el subregistro es mayor y extender esto a la calidad de la información sobre la atención al embarazo y el nacimiento.

INFORMACIÓN PARA EL DISEÑO Y FOCALIZACIÓN DE INTERVENCIONES

En rigor, es posible afirmar que la mortalidad materna es un tema de acción más que un tema de investigación (Langer 1990); sería un error iniciar acciones sin tener claramente definido qué es lo que se debe hacer y lo que no; por lo tanto, es necesario generar información sobre temas relevantes, definir las intervenciones efectivas y los procedimientos que faciliten la adopción de innovaciones y el cambio de actitudes, entre otros. También es importante avanzar en el ejercicio de generar la información acerca de la regionalización para focalizar intervenciones.

Evaluación de las intervenciones

Contamos con acciones efectivas para muchos de los problemas relacionados con la mortalidad materna y perinatal. Lo que no sabemos es cómo se desarrollan y qué resultados tienen las intervenciones específicas al momento de instrumentarse; es indispensable contar con un componente de evaluación, en lo posible desde el inicio de la intervención. También en el momento de la evaluación se debe pensar en los objetivos de ésta y en el usuario de la información.

Algunos puntos clave a considerar en esta evaluación son:

- Indicadores de proceso y resultados
- Diseño: mediciones, grupos de comparación
- Factibilidad para recolectar la información
- Variedad de enfoques: cuantitativos, cualitativos
- Impacto de la intervención
- Monitoreo
- Costos, costo-efectividad de las intervenciones

Contribuciones de la investigación

El compromiso central de la investigación

- Generar información que contribuya a reducir la mortalidad materna y perinatal.
- Retomar el concepto de investigación por misión; es decir, que sus resultados se dirijan a la solución de problemas de salud estratégicos para el país.
- Considerar la difusión como un paso indispensable para la aplicación de resultados.

ASESORÍA EN SERVICIOS DESDE EL CENTRO DE INVESTIGACIÓN EN SISTEMAS DE SALUD, DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

MIGUEL ÁNGEL GONZÁLEZ BLOCK
Director del Centro de Investigación en Sistemas de Salud
Instituto Nacional de Salud Pública
Cuernavaca, Morelos, México

Reconocimiento a Rosa María Núñez Urquiza

Rosa María Núñez Urquiza merece el más profundo agradecimiento de todos nosotros por su gran compromiso en la organización de este evento. En su trayectoria profesional ha demostrado verdadera pasión por investigar las causas de la mortalidad materna y ha sabido combinar su trabajo de investigadora con el de gestora y dinamizadora del sector salud en los diversos niveles de toma de decisiones. También ha demostrado amplias habilidades para combinar de manera efectiva su conocimiento científico con la práctica y con el desarrollo de políticas. Ha trabajado en todos los ámbitos, desde su contacto con parteras, con secretarios de salud y con expertos internacionales. Con las mujeres de distintas regiones del país ha estado en un diálogo permanente, conoce la realidad a fondo y en detalle. Es una gran fortuna para el Instituto y para todos nosotros compartir de esta manera su liderazgo.

Asimismo, agradecemos a todo el equipo técnico y logístico que apoyó el desarrollo de este evento.

El Centro de Investigación en Sistemas de Salud

El papel que ha desempeñado el Centro de Investigación en Sistemas de Salud para continuar impulsando el desarrollo de este tipo de ejercicios se ejemplifica mediante tres iniciativas encaminadas a fortalecer el desarrollo de los sistemas de salud y llevar la evidencia científica a sus diversos actores:

Centros estatales para el desarrollo de sistemas de salud

Teniendo en cuenta la importancia que tiene en la actualidad el desarrollo de los sistemas de salud en el país, estos centros se han iniciado de manera piloto y se extenderán a Oaxaca, Guerrero, Veracruz, Tamaulipas y Colima, entre otras entidades. El Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) identifica a una agencia de la sociedad civil interesada en el tema del desarrollo de sistemas de salud, ya sea porque tiene un trabajo de desarrollo social o porque tiene capacidad de investigación. Mediante un convenio le da a esta agencia la concesión de

Centro Estatal para el Desarrollo de Sistemas de Salud (CEDES), que consiste en una serie de plataformas de información, investigación y capacitación, con base en las cuales es posible realizar diagnósticos estatales, vincularse con expertos localizados en las mismas entidades, trabajadores de la salud del estado y con el propio INSP, con la finalidad de ir integrando y fortaleciendo equipos que puedan llevar a cabo proyectos específicos.

Se cuenta en el país con ejemplos interesantes en los que se evidencia la articulación de organismos académicos, de la sociedad civil y gubernamentales, como en Chiapas. Con ellos se aprende para llevar esta iniciativa a otros estados, con la finalidad de fortalecer en las entidades federativas la capacidad de desarrollar estudios y diagnósticos de manera muy cercana con la sociedad. Así, el CEDES tendría la capacidad de interactuar no sólo con la Secretaría de Salud, sino con todas las demás agencias del sector y actores responsables de atender los problemas de salud (en este caso, de mortalidad materna –MM-), para fortalecer su capacidad de dar una respuesta descentralizada y efectiva a los problemas locales y poner a su disposición, por ejemplo, el modelo que en este Foro se está desarrollando.

La investigación para el desarrollo de los sistemas estatales de salud

Consiste en operar un consorcio con el interés de desarrollar herramientas que permitan fortalecer la relación entre investigación y toma de decisiones. La investigación para el desarrollo de los sistemas estatales de salud (INDESES) es una iniciativa financiada actualmente por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) y por la Alianza para la Investigación en Sistemas de Salud, de Ginebra. Con ella, se espera intervenir en cuatro fases fundamentales en el proceso de transmisión del conocimiento:

- El propósito es tener la capacidad de generar bienes públicos:
- Adquisición del conocimiento por parte de los tomadores de decisiones, directivos de programas y miembros de la propia comunidad.
- Análisis de la información para identificar pertinencia y grado de aplicabilidad en el estado.
- Adaptación de esta información para generar herramientas que apoyen la toma de decisiones.
- Aplicación, que comprende desde la capacitación en el manejo de estas herramientas hasta formular políticas con base científica.

Hay un plan de desarrollo para cada una de estas etapas.

La operación de este consorcio se lleva a cabo de manera experimental en Baja California, Chiapas, Jalisco, Sonora, Tabasco y Zacatecas, y se está preparando el inicio de la ampliación de CEDES e INDESES en Guerrero y Oaxaca.

El Instituto Mesoamericano de Salud Pública, se está iniciando con apoyo de la Asociación Internacional de Institutos de Salud Pública. El propósito es desarrollar capacidades para generar bienes públicos regionales, tales como investigación, capacitación o programas de posgrado que no pueden llevarse a cabo en los países de la Región Mesoamericana o incluso al interior de nuestro país, de manera independiente.

Estas tres plataformas están a disposición de todos los interesados.

Existe la posibilidad de trabajar el modelo presentado en este evento, utilizando las plataformas de CEDES o de INDESES o del Instituto Mesoamericano, localizando fuentes de financiamiento y otros recursos que ayuden a emprender acciones de colaboración.

Una reflexión final sobre las grandes estrategias que llevan a la reducción de la MM, y que se han analizado en este Foro, podría sintetizarse en lo siguiente:

“El combate a la muerte materna exige un trabajo intersectorial muy amplio al que deben incorporarse, además de los proveedores de los servicios de salud, los organismos vinculados a la educación y al desarrollo social. Evitar la muerte materna implica otorgar un valor social y cultural a la mujer en si misma, a la mujer embarazada y a la mujer en trabajo de parto, en una sociedad en transición, compleja y con grandes desigualdades.”

Por lo tanto, el modelo de transición epidemiológica presentado y trabajado en este Foro debe ser conocido, en sus aspectos más generales, por todos los sectores para fomentar el trabajo intersectorial y el abordaje integral de este problema estratégico de salud.

AGRADECIMIENTOS

CUITLÁHUAC RUIZ MATOS
Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
Secretaría de Salud, México

Agradecemos al Instituto Nacional de Salud Pública por su hospitalidad; nuestro reconocimiento a Rosa María Núñez Urquiza por su compromiso y por la pasión que siempre ha puesto en los temas de salud materna y perinatal; a Deborah Maine y a Marge Berer por sus contribuciones en materias tan importantes que dan luz y esperanza en cuanto al desarrollo y operación del modelo de transición epidemiológica para evitar la muerte materna, propuesto en este Foro. Las estrategias sobre cómo operar este modelo han sido ampliamente discutidas; hay importantes avances en cuanto a la aplicación de ciertas estrategias específicas en México; por ejemplo, la incorporación de personal alternativo calificado y con capacidad de atender en un contexto cultural complejo ya se está operando en varios estados. A los representantes de altos niveles de dirección de los servicios de salud en Chiapas, Durango, Estado de México, Guerrero, Guanajuato, Nuevo León, Tabasco, quienes hicieron aportaciones con gran talento humano en las sesiones de discusión.

La colaboración con una institución académica como el Instituto Nacional de Salud Pública abre amplias posibilidades para crear conceptualmente una red que incorpore a todos los organismos, federales y estatales, involucrados en la atención de la salud materna, y para operarla de acuerdo con los elementos fundamentales que señala el modelo analizado en estas sesiones de trabajo. Cabe destacar de manera especial la buena e intensa relación entre los organismos gubernamentales y las organizaciones de la sociedad civil. Combatir la mortalidad materna es tarea de todos.

REFERENCIAS

Referencias citadas por ponentes durante su presentación, y bibliografía recomendada

PATRICIA URIBE

1. Hill K, Thomas K, AbouZahr C, Walker N, Say L, Inoue M, Suzuki E, on behalf of the Maternal Mortality Working Group. Estimates of maternal mortality worldwide between 1990 and 2005: an assessment of available data. *Lancet* 2007 Oct;370(9595):1311-9.
2. Gill K, Pande R, Malhotra A. Women deliver for development. *Lancet* 2007Oct;370(9595):1347-57.
3. Lazcano E, Palacio S, Allen B. La relación entre el desarrollo humano y la salud reproductiva: las inequidades regionales en México. México, DF: Secretaría de Salud – PNUD; 2006.
4. Lozano-Ascencio R, Núñez-Urquiza RM, Duarte-Gómez MB, Torres-Palacios LM. Evolución y tendencias de la mortalidad materna en México: análisis de la factibilidad y efecto potencial de intervenciones seleccionadas para el cumplimiento de las metas del milenio. En: México, ante los desafíos de desarrollo del Milenio. México, DF: CONAPO; 2005. Disponible en: www.conapo.gob.mx
5. Secretaría de Salud. Cuentas en salud reproductiva y equidad de Género, elaboradas por el INSP, 2003, 2004, 2005 y 2006. Disponible en: www.generosaludreproductiva.gob.mx
6. Cahuana-Hurtado L, Ávila-Burgos L, Pérez-Núñez R, Uribe-Zúñiga P. Análisis del gasto en salud reproductiva en México, 2003. *Rev Panam Salud Publica/ Pan Am J Public Health* 2006;20(5):287-98.
7. Filippi V, Ronsmans C, Campbell OM, Graham WJ, Mills A, Borghi J, Koblinsky M, Osrin D. Maternal health in poor countries: the broader context and a call for action. *Lancet* 2006 Oct 28;368(9546):1535-41.
8. Secretaría de Salud. Programa de acción específico 2007-2012 Arranque Parejo en la Vida. México, DF: SSA; 2008.

MARGE BERER

1. Shah IH, Say L. Maternal mortality and maternity care from 1990 to 2005: uneven but important gains. *Reprod Health Matters* 2007 Nov;15(30):17-27.
2. Hussein J. Roundtable: Celebrating progress toward safer pregnancy. *Reprod Health Matters* 2007 Nov;15(30):216-8.
3. Cragin L, DeMaria LM, Campero L, Walker DM. Educating skilled birth attendants in Mexico: do the curricula meet international confederation of midwives standards? *Reprod Health Matters* 2007 Nov;15(30):50-60.

CUITLÁHUAC RUIZ MATUS

Núñez-Urquiza RM, Duarte-Gómez MB, Javier-Marín L, Arroyo-Román L. Más allá de las Cifras: detección de eslabones críticos en los p´rocesos de atención para disminuir muertes maternas. *Genero Salud Cifras* 2005;3(2/3):5-15.

Bibliografía recomendada por NADINE GASMAN (planificación familiar)

1. Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia (SEGEPLAN). Segundo Informe de Avance de las Metas del Milenio. 2005. Disponible en: <http://www.guatemala.gov.gt/Segeplan/Herramientas/MetasMilenio/index.htm>
2. Abramson W, Sánchez A, Olson N. Diagnóstico de la disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos en Guatemala: fortalezas y retos de los servicios de planificación familiar en Guatemala. Guatemala: DELIVER, para la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID); 2006.
3. Estudio cualitativo de barreras hacia los servicios de salud reproductiva en poblaciones indígenas. Proyecto HPI. USAID. 2007.
4. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Línea basal de mortalidad materna para el año 2000. Guatemala: MSPAS; 2003.
5. Opiniones de usuarias de servicios públicos de salud con necesidad insatisfecha de planificación familiar. Population Council/UNFPA. Marzo 2008-09-22.
6. Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2002. Guatemala, Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; 2003. 295 pp.
7. Decreto 87-2005. Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar y su Integración en el Programa Nacional de Salud Reproductiva. Guatemala: Congreso de la República, 16 de noviembre de 2005.

PONENTES Y PARTICIPANTES

Ponentes

Marge Berer

Editora del Reproductive Health Matters Journal

Javier Domínguez del Olmo

Asesor de Calidad de Servicios de Salud Reproductiva en América Latina y el Caribe, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)

María Beatriz Duarte Gómez

Investigadora. Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), México

Graciela Freyermuth Enciso

Investigadora. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), México

Nadine Gasman Zylberman

Representante del Fondo de Población de las Naciones Unidas, en Guatemala

Miguel Ángel González Block

Director Adjunto. Centro de Investigación en Sistemas de Salud (CISS), INSP

Jorge Hermida

Director para América Latina. Health Care Improvement Project. Agencia de Cooperación Internacional de los Estados Unidos (USAID). Ecuador

Juan Eugenio Hernández Ávila

Director de Informática y Geografía Médica, INSP

María de la Luz Kageyama Escobar

Investigadora. CISS, INSP

Ana Langer Glas

Directora Ejecutiva. EngenderHealth

Deborah Maine

Universidad de Boston, Departamento de Epidemiología. Fundadora de la iniciativa Averting Maternal Deaths and Disabilities

Ignacio Méndez Ramírez

Instituto de Investigaciones en Matemáticas Aplicadas y en Sistemas (IIMAS), Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)

Gabriel Núñez Urquiza

Director de Espacios para la Salud. Dirección General de Planeación y Desarrollo Estratégico en Salud

Rosa María Núñez Urquiza

Profesora/Investigadora. INSP

Eduardo Pesqueira Villegas

Director General. Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES), SSA

Francisco Javier Posadas

Director de Políticas. Secretaría de Salud, San Luis Potosí, México

Silvia Roldán Fernández

Asesora. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGySR), Secretaría de Salud (SSA), México

Enrique Ruelas Barajas

Secretario General. Consejo de Salubridad General, México

Cuitláhuac Ruiz Matus

Director de Salud Materna y Perinatal. CNEGySR, SSA

Paola María Sesia Arcozzi-Masino

Investigadora. CIESAS, México

Patricia Uribe Zúñiga

Directora General. CNEGySR, SSA

Elena Zúñiga Herrera

Secretaria General. Consejo Nacional de Población (CONAPO), México

Participantes en las mesas de discusión

Armando Altamirano Jiménez

Subsecretario de los Servicios de Salud, Oaxaca, México

Eduardo Álvarez Falcón

Director de Gerencia y Liderazgo en Salud, CISS, INSP

Carlos Mauricio Álvarez García

Jefe de la Oficina de Salud Reproductiva y Materno-Infantil, IMSS-Oportunidades, México

Emilio Arreola Cháidez

Director de Servicios de Salud, Secretaría de Salud, Durango, México

Miriam Astorga Castañeda

Jefa del Departamento de Prevención de la Discapacidad, CNEGySR, SSA

Ana Cecilia Ávila Guzmán

Jefa del Departamento de Salud Reproductiva, Secretaría de Salud, Tabasco, México

Francisco Barragán González

Analista. Dirección de Salud Materna y Perinatal, CNEGySR, SSA

Luis Rodrigo Barrera Ríos

Secretario de Salud, Guerrero, México

Sharon Bissell Sotelo

Representante de la Fundación MacArthur, Chicago, Estados Unidos de América

Víctor Manuel Caballero Solano

Secretario de Salud, Morelos, México

María del Socorro Cabrera Salgado

Jefa del Departamento de Salud Reproductiva, Secretaría de Salud, Puebla, México

Lucero Cahuana Hurtado

Instituto Nacional de Salud Pública

Luz Elena Cahuich Alarcón

Médica general

Diana Carpio Ríos

Subdirectora de Epidemiología y Atención Preventiva, Secretaría de Salud, Puebla, México

Roberto Carrión Falcón

Subdirector de Redes Sociales, CNEGySR, SSA

Susana Cerón Mireles

Directora General Adjunta de Salud Reproductiva, CNEGySR, SSA

Eduardo de la Luna y Olsen

Coordinador Estatal de Mortalidad Materna y Perinatal, Secretaría de Salud, Guanajuato, México

Virginia del Toro Olvera

Trabajadora Social

Lisa Marie De Maria

Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas, Instituto Nacional de Salud Pública

María Beatriz Duarte Gómez

Investigadora. Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), México

Celia Escandón Romero

Asesora Independiente. Titular de la Unidad de Supervisión Operativa, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

María del Carmen Esquivel Pinela

Médica general

Gladys Faba Beaumont

Coordinadora Académica. Programa de Actualización de Médicos Generales y Personal de Enfermería con Base Científica, INSP

Mónica García Rojas

Subdirectora de Medicina Preventiva, Servicios de Salud, Oaxaca, México

María Luisa Gontes Ballesteros

Directora de los Servicios de Salud, Morelos, México

María Patricia González Cuéllar

Jefe del Área de Vigilancia en Salud Pública, Secretaría de Salud de Bogotá, Colombia

Juan Eugenio Hernández Ávila

Director de Informática y Geografía Médica, INSP

Beatriz Hernández de León

Asesora en Economía. Especialista en Salud Pública

Elvia Patricia Herrera Gutiérrez

Secretaria de Salud, Durango, México

Leticia Jarquín Estrada

Subdirectora de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades, Secretaría de Salud, Chiapas, México

Leticia Javier Marín

Responsable del Programa Violencia Intrafamiliar, Secretaría de Salud, Guerrero, México

Silvia Esperanza Jiménez García

Coordinadora de Programas. Área de Supervisión y Evaluación de la División de Salud Materna Perinatal, IMSS

María de la Luz Kageyama Escobar

Investigadora. CISS, INSP

Jaime Laguna Uribe

Coordinador de Seguimiento Operativo. Salud Perinatal. CNEGySR

Manuel Lila de Arce

Secretario de Salud, Veracruz, México

Hugo López -Gatel Ramírez

Director General Adjunto de Epidemiología, SSA

Nemecio López Vargas

Subsecretario de Prevención y Control de Enfermedades, Secretaría de Salud, Nuevo León, México

Ricardo López Vázquez

Subdirector de Grupos Poblacionales Muerte Materna y Perinatal, Secretaría de Salud, Chiapas, México

Rufino Luna Gordillo

Director de Atención a la Salud Materna y Perinatal, CNEGySR, SSA

Guadalupe Mainero del Paso

Comunicación e Intercambio para el Desarrollo Humano en América Latina, , A.C.

Beatriz Mansur Macías

Dirección de Cultura Demográfica, CONAPO, México

Liliana Martínez Peñafiel

Subdirectora de Atención al Recién Nacido, CNEGySR, SSA

Roberto Martínez Poblete

Secretario de Salud, Instituto de Salud del Estado de México, México

Paula M. Medina Nava

Responsable del programa de Mortalidad Materna, Secretaría de Salud, Jalisco, México

Roberto Mejía Pérez

Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud, Nayarit, México

Patricia Mora González

Directora del Centro de Salud número 1 de , Servicios de Salud, Morelos, México

Jorge Alberto Mora Tapia

Subdirector Médico del Hospital General Regional de León, Guanajuato, México

Eduardo Morales Andrade

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Secretaría de Salud

Evangelina Morales

Jefa del Departamento de Sistemas de Información Geográfica en Salud, INSP

Ricardo Muñoz Soto

Coordinador de Lineamientos Técnicos en el Área de Salud Perinatal, CNEGySR, SSA

Saúl Murrieta Vega

Director de Atención Médica, Secretaría de Salud, Tabasco, México

Gabriel Núñez Urquiza

Director de Espacios para la Salud, Dirección General de Planeación y Desarrollo Estratégico en Salud

Rosa María Núñez Urquiza

Coordinadora general del Foro. Profesora/Investigadora, INSP

Doris Verónica Ortega Altamirano

Instituto Nacional de Salud Pública

Gregorio Pérez Palacios†

Director General, Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa (INPer)

José Alonso Restrepo Restrepo

Consultor. Cuernavaca, Morelos, México

María Elena Reyes Gutiérrez

Médica general

Hilda Reyes Zapata

Directora General Adjunta de Articulación del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica, Consejo de Salubridad General, México

Horacio Rodríguez Alcipret

Universidad Politécnica de Cataluña, Barcelona, España

Celina Rueda Neria

Investigadora, CISS, INSP

René Santos Luna

Subdirector de Geografía Médica y Sistemas, INSP

Raffaella Schiavon Ermani

IPAS México

Sandra Sosa Rubí

Investigadora. Centro de Evaluación y Encuestas. INSP

Luis Manuel Torres Palacios

Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud, México

Sandra Treviño Siller

Investigadora. CISS, INSP

Elizabeth Ulloa Robles

Jefa del Departamento de Salud Reproductiva, Secretaría de Salud, Jalisco, México

Ángel Uscanga Escobar

Supervisor médico, Programa arranque Parejo en la Vida, CNEGySR, SSA

Eliette Valladares Cardoso

Directora del Centro de Investigación en Demografía y Salud, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, León, Nicaragua

Martín Vásquez Villanueva

Secretario de Salud, Oaxaca, México

Ramón de Jesús Velarde Ayala

Director de Programas Preventivos, Secretaría de Salud, Tabasco, México

Patricia Veloz Ávila

Directora de Desarrollo Comunitario, CNEGySR, SSA

Miriam Esther Veras Godoy

Directora de Políticas y Estrategias en Salud Pública, Secretaría de Salud, Hidalgo, México

Gustavo Von Schmeling

Subdirector de Monitoreo y Seguimiento, CNEGySR, SSA

Dilys Margaret Walker Evans

Investigadora. Dirección de Salud Reproductiva

MEMORIA DEL **foro**
mesoamericano

TRANSICIÓN
EPIDEMIOLÓGICA
de la
MORTALIDAD
MATERNA

Se terminó de imprimir en mayo de 2009.
La edición consta de 500 ejemplares y estuvo
al cuidado de la Subdirección de Comunicación
Científica y Publicaciones del INSP