

***Comité Nacional Promotor
por una Maternidad Sin Riesgos en México***



**PROPUESTA GENERAL PARA MEJORAR LA RESPUESTA DEL
SISTEMA DE SALUD ANTE LA MUERTE MATERNA**

**Comité Nacional por una Maternidad Sin Riesgos en México
Comité por una Maternidad Voluntaria y Segura en Chiapas
Comité por una Maternidad Sin Riesgos en Oaxaca**

**Graciela Freyermuth
David Meléndez
Sergio Meneses
Paola Sesia**

31 de Marzo 2008

PROPUESTA GENERAL PARA MEJORAR LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD ANTE LA MUERTE MATERNA

Comité Nacional por una Maternidad Sin Riesgos en México
Comité por una Maternidad Voluntaria y Segura en Chiapas
Comité por una Maternidad Sin Riesgos en Oaxaca

Graciela Freyermuth, David Meléndez, Sergio Meneses, Paola Sesia
31 de Marzo 2008

1. IDENTIFICACIÓN DE MICROREGIONES Y MUNICIPIOS PRIORITARIOS PARA INTERVENCIONES PREVENTIVAS DE LA MUERTE MATERNA Y DE PROMOCIÓN DE LA SALUD MATERNA

Considerando que:

- a) de acuerdo al Índice de Desarrollo Humano del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), las desigualdades intraestatales -entre municipios- son mayores que las desigualdades interestatales en México;
- b) la muerte materna sigue siendo subregistrada, sobre todo en los municipios, microregiones y estados con alta marginación, numerosa población indígena y altos porcentajes de población rural; y
- c) la muerte materna es un indicador muy sensible a la desigualdad social en todas sus facetas;

Es importante llegar a una microregionalización del país clara, con el propósito de identificar aquellos municipios/microregiones en donde intervenir de manera prioritaria en salud materna.

Para esta identificación es importante **AMPLIAR LOS INDICADORES** actualmente utilizados por el sector salud. **Debemos ir MÁS ALLÁ DE LOS NÚMEROS ABSOLUTOS DE MUERTE MATERNA REGISTRADA O DE LAS RAZONES DE MUERTE MATERNA.**

Por un lado, se recomienda utilizar el Índice de Desarrollo Humano Municipal que elabora el PNUD, el nivel de marginación municipal del Consejo Nacional de Población (CONAPO) o los Índice de Rezago Social -indicadores disponibles a nivel municipal y por localidad- o la pobreza por ingreso -indicadores estimados disponibles para el nivel municipal- definidos por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL).

Por el otro, además se recomienda utilizar las tasas de mortalidad de mujeres en edad reproductiva, ya que cuando éstas son excesivas con respecto a los promedios estatales, indican una sobremortalidad femenina que fácilmente enmascara muertes maternas no siempre registradas como tales. Cuando se compara la tasa de mortalidad femenina en edad reproductiva entre el nivel nacional y estatal, y por sexo (es decir, con las tasas de mortalidad masculina), se puede identificar también la mortalidad materna relacionada con discriminación genérica (cfr. Documento adjunto).

De acuerdo a nuestra investigación (Freyermuth, Sesia, Cardenas, 2007), el uso de un indicador de rezago social en articulación con tasas excesivas de muerte femenina en edad reproductiva a nivel

municipal, permite identificar a municipios en donde es muy probable que haya muerte materna o condiciones de inequidad de género que están llevando a la muerte prematura de mujeres, independientemente de si ésta fue o no registrada como tal. Dentro de la actual política focalizada en salud, estos municipios tendrían que ser incluidos como prioritarios en políticas y programas de intervención en salud materna.

2. UNIVERSALIDAD Y GRATUIDAD DE LA ATENCIÓN MATERNA

Se deben redefinir los criterios de acceso a los servicios de atención materna, adecuándolos a un enfoque de derecho y a los principios de universalidad y gratuidad no condicionada a la capacidad de pago ni a la derechohabencia dentro de un esquema de seguridad o protección social.

Debe quedar explícitamente definida la responsabilidad del Estado para garantizar el financiamiento y prestación de los servicios de salud materna, además de definirse claramente las bases para la participación de los diferentes niveles de gobierno.

Las intervenciones de salud materna deben contener, por lo menos, los servicios de planificación familiar y anticoncepción, atención calificada del parto y atención obstétrica de emergencia. Vale señalar que dichas intervenciones ya se incluyen en el paquete esencial de servicios, sin embargo, aún no se ha establecido su universalidad y gratuidad, ni la responsabilidad clara de los diferentes niveles e instituciones de gobierno en su financiamiento, prestación y regulación.

Hay que efectuar cambios en la norma que permitan la exención de pago inclusive en aquellas mujeres que no acuden a las cinco consultas prenatales. Estos cambios deben de contemplar el uso de medicamentos que actualmente sólo se usan en segundo nivel de atención para que sean incluidos en la atención de la urgencia obstétrica en un primer nivel de atención. Esto permitirá la canalización de las mujeres en condiciones más estables. En el primer nivel de atención se deben de incluir los medicamentos básicos para estabilizar a mujeres que presentan complicaciones relacionadas con preeclampsia-eclampsia, hemorragia obstétrica y sepsis puerperal. Por ejemplo, es necesario contar con oxitocina y ergometrina, para el manejo oportuno de la hemorragia obstétrica por atonía uterina.

3. FORMACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD

Desde el Sector Salud es importante incidir en la curricula de formación del personal médico y paramédico para cimentar sus conocimientos y habilidades técnicas en atención del embarazo, parto, puerperio y la resolución de aborto. Debe consolidarse la relación entre instituciones de salud y universidades para asegurar las habilidades técnicas y científicas de los egresados de los programas de medicina, enfermería, enfermería-obstetricia y personal auxiliar.

Esta incidencia debe de darse en los siguientes ámbitos:

- 1.- A través de los contenidos técnicos que se transmiten en las especialidades básicas, para que éstos respondan al perfil que se requiere para cubrir las necesidades de plazas en el sector salud.
- 2.- A través de la formulación de preguntas y del análisis de casos clínicos que se resuelvan en los exámenes profesionales.

3.- A través de materiales didácticos de formación continua que deben ser utilizados obligatoriamente por el personal de salud en el internado y el servicio social (material de autoenseñanza y exámenes en línea).

4 - Además, hay que asegurar que los egresados se actualicen de manera obligatoria al momento de los cambios de adscripción de plazas. Esta es una ventana de oportunidad importante, considerando que en los contextos rurales e indígenas que prevalecen en estados como Chiapas, Guerrero y Oaxaca, la movilidad de médicos pasantes y titulados en las clínicas de primer nivel de atención es muy elevada. Estos módulos de autoenseñanza deberán ser elaborados para responder a las necesidades de capacitación continua en obstetricia, y deberán ser estudiados y resueltos correctamente por el personal de salud antes de su incorporación a un servicio.

5 -Por último, es importante asegurarse que, antes de obtener la plaza, se averigüe mediante examen que el personal médico y paramédico conozca las Normas y los Lineamientos Técnicos en el campo de la gineco-obstetricia y en especial de los siguientes documentos:

a) *Norma Oficial Mexicana, NOM 007-SSA2-1993, Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.*

b) *Lineamiento Técnico para la Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Infección Puerperal*

c) *Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Hemorragia Obstétrica Lineamiento Técnico*

d) *Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Preclampsia/Eclampsia Lineamiento Técnico*

Además el personal debe de estar familiarizado con los siguientes documentos:

e) *Programa Arranque Parejo en la Vida - Eslabones Críticos*

f) *Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999. Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar.*

4. CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA. PROMOCIÓN DE ESTRATEGIAS MULTISECTORIALES

La accesibilidad geográfica es fundamental para evitar la muerte prematura de las personas, principalmente durante los padecimientos agudos como las complicaciones obstétricas. Así, se requiere que los servicios de atención inmediata (clínicas, centros de salud, casas de salud y hospitales) estén distribuidos espacialmente de tal manera que aseguren su accesibilidad con un retraso menor a dos horas.

Debe estar disponible un directorio de servicios con capacidad resolutoria, mismo que deberá ser actualizado de manera periódica y puesto a disposición de la población, para que ésta tenga conocimiento del mismo. Este directorio tiene que estar organizado a nivel de cada municipio.

Las presidencias municipales, las clínicas o casas de salud y la población en su conjunto deben de tener disponible una lista de la red de servicios que incluya la ubicación de clínicas con capacidad

resolutiva en atención primaria y atención integral, los 365 días al año y 24 horas al día. Esta red de servicios debe señalar el inventario de clínicas, su distribución y lejanía (en tiempo y distancia) de cada una de las localidades cubiertas. Es indispensable promover estrategia multisectoriales (con la Secretaría de Transportes, con municipalidades, con SEDESOL, entre otras instancias) para la mejora o construcción de caminos que permitan el acceso de aquellos lugares más apartados.

5. CALIDAD EN LA ORGANIZACIÓN Y LA ADMINISTRACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Es fundamental contar con los recursos necesario para la resolución de los problemas de salud que se requiere atender (medicamentos, instrumentos y recursos humanos). Una evaluación de la calidad requiere de auditorias periódicas sobre la disponibilidad de recursos en las clínicas y hospitales de primer y segundo nivel de atención, que propicien un funcionamiento potencial adecuado. También se deben establecer formas de monitoreo periódico de la disponibilidad de dichos recursos en el primer y segundo nivel de atención.

6. CALIDAD TÉCNICA E INTERPERSONAL EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.

Es necesario modificar la visión de que la consulta prenatal es suficiente para identificar mujeres en las que puede ocurrir una urgencia obstétrica. La consulta prenatal debe estar encaminada a proporcionar información y educación a la mujer embarazada sobre aspectos normales del parto, el reconocimiento de situaciones de emergencia obstétricas y un Plan de Seguridad que permita resolver y/o manejar las complicaciones obstétricas; debe servir también para el tamizaje y reconocimiento de mujeres que sufren violencia doméstica, aplicando la Norma 190, o que tienen padecimientos asociados (por ejemplo, la identificación temprana de anemia, infecciones urinarias, infecciones de transmisión sexual, preeclampsia, etc.); a fin de realizar un diagnóstico y tratamiento oportuno.

La consulta prenatal debe de ser de calidad, lo cual implica un trato de calidez hacia la mujer, la transmisión de toda la información necesaria de manera culturalmente apropiada y la realización de los análisis clínicos pertinentes de manera universal y gratuita.

El personal a cargo del primer nivel de atención debe contar con las habilidades para proporcionar la atención primaria de las urgencias obstétricas: hemorragia, preeclampsia/eclampsia y sepsis, complicaciones potencialmente letales. Por ello es menester evaluar y, en caso necesario, modificar este contacto de primer nivel de atención para que sea efectivo y resuelva la urgencia o establezca a la enferma, permitiendo su canalización oportuna y segura a un segundo nivel de atención.

Se debe elaborar una planeación estratégica de los servicios a partir de los casos esperados de urgencias obstétricas. Por ejemplo, se espera que el 15% de los eventos obstétricos sufran alguna complicación. Por tanto, los servicios deben ser monitoreados a partir de la recepción, resolución o traslado de un número de pacientes esperadas con una urgencia obstétrica en un periodo determinado.

Se debe de garantizar la demanda de servicios a partir de problemas de salud, independientemente de las consultas obligadas por transferencias monetarias.

Debemos asegurar la identificación precoz de problemas durante el parto a través del uso de partograma. El partograma gráfico ha probado su eficacia para la detección temprana de problemas durante el trabajo de parto (cfr. Documento adjunto). Hay que asegurarse que el personal médico y paramédico de primer y segundo nivel de atención que atiende partos sepa usar y, efectivamente, utilice el partograma.

Es fundamental evaluar y monitorear la accesibilidad de los servicios de salud con capacidad para resolver la morbilidad de las usuarias y de generar la demanda o utilización del servicio por parte de la población -particularmente en los contextos indígenas, al margen de las transferencias monetarias-. Esto permitirá una mejora en la calidad de la salud de la población.

7. LA COMPETENCIA CULTURAL EN EL SERVICIO. NO DISCRIMINACIÓN Y EQUIDAD

Se requiere, además, la inclusión en el servicio de salud de:

a) Intérpretes culturales que hablen la lengua de la población atendida y que estén oportunamente capacitadas en los derechos de las usuarias y en la interculturalidad en salud.

b) A través de estrategias de acciones afirmativas, en el ámbito indígena es necesario incorporar a personal local en la prestación del servicio (en los diferentes puestos que sea posible, desde auxiliares de salud, parteras, médicos, enfermeras, etc.).

c) Donde no hay parteras locales y hay una insuficiencia de personal médico capacitado para atender partos normales y con complicaciones que se pueden estabilizar a primer nivel de atención, contratar a enfermeras-obstetras o, en su defecto, formar recursos humanos locales (por ejemplo, promotores) para la atención primaria de las urgencias.

Se necesita adaptar los procedimientos y normas de acuerdo a cada contexto cultural y socioeconómico específico. Es importante asegurar los recursos para la atención obstétrica universal y gratuita, así como que los servicios de salud tengan horarios de trabajo "amigables" de acuerdo a los ritmos y horarios locales (por ejemplo, asegurar la disponibilidad del servicio en días de plaza, aun si son domingos, sobre todo pensando en la población que se desplaza desde lugares lejanos).

Es imprescindible sensibilizar al personal médico y paramédico sobre: a) la diversidad sociocultural de la población; b) los derechos de las poblaciones indígenas, los derechos de las mujeres y los derechos de los y las usuarias de los servicios de salud; c) la presencia y extensión de la discriminación hacia poblaciones indígenas, y mujeres indígenas en particular, en los servicios de salud; d) la promoción del respeto a la diversidad cultural que en los servicios de salud se debe de traducir en una actitud de respeto frente a la manifestación de conocimientos, conceptos y creencias sobre la salud, la enfermedad y las formas de curarlas entre la población indígena, incluyendo, por supuesto, en relación al embarazo, parto y puerperio; e) el derecho de las mujeres indígenas, así como cualquiera otra mujer que así lo desee, de atenderse durante el trabajo de parto y el nacimiento en la posición que más le plazca, incluyendo la posición vertical; y f) el hecho que toda cultura está en constante transformación, para evitar estereotipos que no ayudan a la comprensión de las realidades locales.

En particular es importante garantizar en contextos indígenas la aplicación plena de la "Norma Oficial Mexicana, NOM 007-SSA2-1993, Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido" en donde se declara en el punto 5.4.1.2 que se respetarán las posiciones que la embarazada prefiera utilizar durante el trabajo de parto, así como la aplicación de la "Cédula de Unidades de Primer Nivel Centros de Salud en Zonas Indígenas" del Seguro Popular, donde se establecen claramente varios indicadores interculturales que se deben de incluir en la atención a población indígena para mejorar el trato y disminuir las barreras culturales.

8. PLAN DE SEGURIDAD

El Plan de Seguridad incluye la participación de distintos actores y niveles, y es totalmente compatible con el actual Programa de Arranque Parejo en la Vida (cfr. Documento adjunto):

El Plan de Seguridad debe de incluir múltiples niveles: familiar, comunitario, municipal, jurisdiccional y hospitalario; así como múltiples actores: la familia (todos sus miembros), el esposo y la mujer embarazada; el personal de salud local (promotores, parteras y curanderos); las autoridades municipales (presidente, síndico de salud, agentes municipales); los responsables del sistema de radio comunicación y choferes de ambulancia; el personal de salud institucional (médicos y enfermeras de primer nivel, personal hospitalario, personal de recepción de urgencias, médicos de urgencias, personal de trabajo social, directores de hospitales, directores jurisdiccionales, directores de área de salud materna, entre otros).

El Plan de Seguridad incluye los siguientes elementos:

- 1.- La población en general, sobre todo las familias donde se encuentren mujeres embarazadas, deben de conocer los signos y síntomas de urgencia obstétrica.
- 2.- La población en general, y las familias donde existan mujeres embarazadas en particular, deben contar con el directorio de la red de servicios para identificar una clínica que funcione 24 horas 365 días al año, que cuente con el personal y los recursos para proporcionar atención primaria o resolutive de la urgencia obstétrica. El directorio de la red de servicios debe estar disponible, señalando los horarios de atención y el nombre de los responsables. Las autoridades del sector salud y municipales son responsables de garantizar la difusión de dicho directorio de la red de servicios entre la población.
- 3.- Es indispensable la disponibilidad de medios de transporte adecuado y oportuno (ambulancias, carros particulares, etc.)
- 4.- Asimismo es indispensable la disponibilidad de radios comunitarias que sean utilizadas para informar a los diversos actores (autoridades municipales, personal de salud, etc.) de la presencia de una urgencia obstétrica que requiere traslado inmediato a un servicio de salud.
- 5.- El Plan de Seguridad debe establecer claramente qué miembro o miembros de la familia decidirán el traslado en caso de una complicación obstétrica y cómo se llevará a cabo el mismo (en qué medios, con qué recursos, etc.).

6.- El Plan de Seguridad debe de anticipar quién o quiénes pueden hacerse cargo de los hijos mientras la pareja se traslada al hospital o la clínica.

7. El Plan de Seguridad debe brindar información clara que permita conocer los mecanismos de recepción e ingreso en los servicios de urgencias de los hospitales.

8. El Plan de Seguridad debe fomentar cambios estructurales en la interrelación entre los municipios con el sector salud, y entre las distintas instancias del sector (por ejemplo, entre el IMSS-Oportunidades y los Institutos de Salud o Secretarías de Salud estatales)

Un aspecto problemático y que contribuye al retardo para el acceso a un nivel resolutivo en los casos de urgencia obstétrica es la ambigüedad o indefinición de la responsabilidad de los gobiernos municipales en la garantía de servicios de apoyo social y medios para el traslado de las pacientes a los servicios de salud resolutivos. Nos referimos a la presencia y uso de las ambulancias, a la disponibilidad de albergues en las cabeceras municipales, a la presencia de caminos transitables e incluso al apoyo para la promoción de una educación en salud que permita a la población contar con información y, por tanto, mejorar las condiciones para el acceso oportuno a los servicios. El cambio de autoridades municipales cada tres años dificulta la continuidad de las gestiones que se realizan - ya sea por las autoridades sanitarias o las organizaciones sociales- para el desarrollo de acciones previamente concertadas. La normatividad actual no establece la responsabilidad del municipio para garantizar la movilización de recursos que permitan contar con estos servicios, sino que actualmente esto depende de la voluntad política de cada administración y llega a ser conceptualizada, no como un deber del gobierno municipal, sino como una concesión a las autoridades sanitarias o para la misma población. Por esta razón se requiere impulsar iniciativas a través de la Proyecto de Egresos de la Federación en el Ramo 33 (PEF), que establezcan la obligación de los gobiernos municipales para asegurar la red de servicios sociales y de traslado que garanticen el acceso oportuno de la población a un nivel de atención resolutivo. Esto certificaría el cumplimiento de un Plan de Seguridad Municipal. Es importante señalar que esto es posible; algunos gobiernos estatales (como el de Chiapas, por ejemplo) han establecido la obligación para las presidencias municipales de elaborar planes municipales de salud anuales, avalados por las jurisdicciones sanitarias. Por otro lado la responsabilidad de las presidencias municipales en el abastecimiento de agua con presupuesto etiquetado, nos lleva a considerar la posibilidad legal de normar estas responsabilidades en el marco de un Plan de Seguridad.

En los estados de Oaxaca y Chiapas aún coexisten dos sistemas de atención para población abierta: IMSS-Oportunidades y SSA. La microregionalización de la cobertura de estas instituciones fue un avance en la medida en que hizo posible evitar duplicidades. Sin embargo, nuestra experiencia en un modelo de intervención nos ha mostrado que esto evita el funcionamiento apropiado de una red de servicios integral que brinde atención oportuna en caso de urgencias obstétricas. Por ejemplo, frecuentemente personal de las clínicas de la Secretaría de Salud rechaza a las mujeres que provienen de una comunidad bajo el área de influencia del IMSS-Oportunidades y viceversa. Los mismos prestadores de servicios poseen información confusa al respecto: consideran, por ejemplo, que la población que se encuentra en el área de influencia de una unidad del IMSS-Oportunidades no tiene derecho de acudir a las unidades de la Secretaría de Salud de los estados. La propia población ha interiorizado estas ideas de exclusión: por ejemplo, una mujer que no cuenta con afiliación al programa Oportunidades o al Seguro Popular considera que no tiene derecho a utilizar los servicios de salud. La segmentación del sistema de salud que hemos señalado tiene un efecto

negativo, toda vez que retarda la atención de las mujeres y pone en peligro su vida, además que se subutilizan recursos públicos instalados para la resolución de estos problemas.

Mortalidad Materna en Regiones Indígenas: Una propuesta Metodológica para identificar a Municipios de Alto Riesgo en salud materna.

Freyermuth, G. Sesia, P. Cárdenas, R.

RESUMEN DEL PROYECTO

Mortalidad Materna en Regiones Indígenas: Una propuesta Metodológica para identificar a Municipios de Alto Riesgo en salud materna, Freyermuth, G. Sesia, P. Cárdenas, R.

La mortalidad materna (MM) continúa siendo uno de los principales problemas de salud pública en México. Las mujeres residentes en comunidades indígenas representan una proporción importante de las defunciones maternas en nuestro país. Sin embargo, una dificultad que enfrenta el estudio de la MM es la limitada calidad de la información estadística disponible. El subregistro de las defunciones maternas así como la mala clasificación de la causa de muerte contribuyen a una subestimación del grado de MM.

Mediante el uso complementario de información cuantitativa y cualitativa, el proyecto de investigación se propuso construir indicadores que permitan la identificación alterna de municipios de alto riesgo para MM; reconocer las barreras para el acceso y uso de servicios de salud materna que enfrenta la población en las comunidades estudiadas de Chiapas y Oaxaca; y realizar un análisis comparativo de las características de la MM en los municipios involucrados de dichas entidades.

En 42 Oficialías del Registro Civil se identificaron 691 defunciones de mujeres de 15 a 49 años, en 40 municipios de Chiapas y Oaxaca. Se realizaron 587 autopsias verbales (AV) para determinar la causa del fallecimiento, así como algunas de las condiciones que rodearon su ocurrencia. Las autopsias verbales fueron adaptadas a los contextos multiculturales, realizadas en las lenguas originarias y conducidas por equipos interdisciplinarios compuestos por antropólogas, médicos y personal indígena bilingüe. La identificación de la causa de muerte fue realizada por médicos participantes en el estudio.

Resultados

Los resultados documentan que el mal registro de defunciones maternas para el 2001 en Chiapas fue de 63% respecto al INEGI y de 70% en relación a las Oficialías. En Oaxaca el subregistro fue de 51.6% respecto a las Oficialías, 61.9% a INEGI y de 40% con base en la vigilancia epidemiológica de MM de los Servicios de Salud de Oaxaca (SSO)¹.

El mal registro es mayor en los casos que tuvieron atención médica en comparación con aquellos en donde no la hubo. Con la parcial excepción de la base de SSO, la certificación médica no garantizó un menor subregistro de muerte materna..

También se analizó el mal registro 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 exceden el percentil 75- 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, posiblemente exista MM subregistrada. El subregistro guarda una relación directamente proporcional con el índice de inequidad. Así, no se encontró subregistro de MM en los municipios con el índice de inequidad más bajo, siendo el subregistro de 50% en el índice medio y de hasta 80% en los municipios con un índice de inequidad mayor.

¹ La base de vigilancia epidemiológica en muerte materna de la SSO fue establecida en 1999, por lo cual el conteo del subregistro se hizo exclusivamente para los años 1999-2002.

En Oaxaca el análisis correlacionó subregistro y grado de marginación. De las MM 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 maternas en Oficialías y 46 en INEGI; lo cual representa un subregistro de 52.2% en Oficialías, de 50% en INEGI y de 36.1% en SSO. Para municipios con menores grados de marginación (n=8 , se encontró un 40% de subregistro en Oficialías y nada de subregistro en INEGI o SSO.

Obstáculos para un sistema confiable de registro

Estructurales: referidos a la normatividad; baja o nula presencia institucional (servicios de salud y Registro Civil); falta de entrenamiento y continuidad de autoridades municipales para llenar actas en ausencia de oficiales profesionales; inhumaciones al margen de la normatividad.

Geográficos: dispersión poblacional y distancia entre los servicios y muchas localidades.

Culturales: desconocimiento de la lengua originaria por parte de los prestadores; desconocimiento de la importancia del registro por parte de los pobladores; barreras conceptuales entre concepciones causales de muerte de poblaciones locales y la etiología biomédica.

Económicos: Costos de traslado, de tiempo y de expedición de las actas.

Factores relacionados con la dinámica de los funcionarios/autoridades/prestadores de servicios de salud y oficialías del Registro Civil: **la MM es percibida como un indicador que tiene implicaciones políticas y técnicas; limitada capacidad técnica en el diagnóstico; violación a la normatividad; restricciones en los horarios de servicios; errores e inconsistencias en llenado, captura y clasificación de registros.**

Recomendaciones

(Freyermuth/Sesia/Cárdenas/ Meneses, 2007)

Desde el nacimiento de la nación independiente y el estado mexicano moderno, la relación entre la sociedad nacional y sus distintos gobiernos con los pueblos indígenas se han caracterizado por valoraciones y actitudes de negación, discriminación y exclusión. Estas valoraciones y actitudes se reflejan incluso en el registro de los procesos vitales de las poblaciones indígenas en las estadísticas oficiales (se les niega, se les excluye). En el caso que nos ocupa, hasta el día de hoy no se registra la pertenencia étnica de las personas que fallecen.

Es ampliamente conocido que las poblaciones indígenas de México son quienes padecen las condiciones de mayor rezago social y, al mismo tiempo, son quienes disponen de menores bienes y servicios públicos para hacer efectivos sus derechos sociales (entre ellos el de la protección de la salud). Existe, pues, una deuda del Estado mexicano hacia las poblaciones originarias.

Se requiere de una nueva relación que contribuya a subsanar el trato que históricamente ha sido injusto de parte del Estado hacia las poblaciones indígenas. Es necesario orientar las estrategias de acción ante los pueblos indígenas de acuerdo a sus necesidades reales. Para hacerlo, se debe contar con información veraz y pertinente. Por esta razón, es una necesidad ineludible e impostergable

reconocer cabalmente la pertenencia étnica en el registro de los procesos vitales de las poblaciones indígenas (nacimiento, enfermedad, mortalidad).

La Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004, En materia de Información en Salud, publicada en el DOF el 28 de septiembre de 2005, establece que en el Subsistema de población y cobertura, la desagregación de la información debe ser, cuando sea el caso, “indicando la cobertura de personas de población indígena o en regiones indígenas” (punto 7.6). Del mismo modo, el Subsistema de servicios otorgados debe abarcar “la pertenencia a población indígena” (punto 9.3). Sin embargo, en el Subsistema de daños a la salud no se indica que el registro de la mortalidad incluya datos relativos a la pertenencia étnica del fallecido (punto 10.8).

Los resultados de la investigación documentan la magnitud y la forma en que está ocurriendo el subregistro en dos contextos indígenas. La similitud de esas situaciones en ambos estados nos hace pensar que muy probablemente esto este ocurriendo en otras partes del país. Si es así el gobierno mexicano esta más alejado de lo que se piensa en el cumplimiento del quito objetivo del milenio, que concierne a la disminución de la tasa de muerte materna.

La primera recomendación a la Dirección General de Información en Salud de la Secretaría de Salud Federal, es que la estimación del subregistro en regiones indígenas debe de realizarse a través de la búsqueda intencionada con el método de Ramos de todas las mujeres fallecidas en edad reproductiva, y no utilizando el método Ramos modificado empleado para la última estimación oficial.

Como un indicador alterno al de muerte materna podemos emplear la mortalidad en edad reproductiva elevada. Este es un indicador relacional y esta construido bajo el supuesto que en aquellos lugares en donde existe una sobremortalidad femenina con respecto al resto de las mujeres de la entidad -es decir, que están más allá de la centil 75- es un indicador que puede ser utilizado de manera alterna para identificar municipios o regiones con alta tasa de mortalidad materna. Estamos pensando en aquellas regiones en donde el registro de la mortalidad materna es limitado y, por tanto, no es posible estimar con veracidad las tasas de mortalidad materna.

Dos indicadores adicionales han sido utilizados en este estudio que pueden ser de utilidad para definir regiones que requieren de mayor atención, el índice de marginalidad y la relación de sexos entre tasas de mortalidad en edad reproductiva. Cuando su distribución esta muy alejada del promedio estatal y nacional, podemos suponer que las mujeres de esos municipio son más vulnerables que sus pares y por lo tanto es posible que existan muertes maternas subregistradas.

Las recomendaciones en torno al subregistro o mal registro de la muerte materna no pueden dejar del lado aquellas que se desprenden de la dinámica del registro civil y del sector salud, que identificamos como problemáticas y que fueron expuestas en el apartado de de los Resultados de la Investigación y que a continuación enumeramos.

- Modernización de los sistemas de registro, lo que implica su digitalización y su homogeneización en todo el país.
- El Registro Civil junto con la Secretaría de Salud deberán reconocer cuáles son las zonas en las que su ubicación geográfica dificulta que la población cumpla con la normatividad, y crear estrategias que permitan incluir a las localidades apartadas a este sistema de registro.

- Establecer campañas de regularización en relación a las muertes ocurridas (de la misma manera que se hace con los matrimonios o los nacimientos)
- Capacitación continúa a las autoridades civiles locales, en ausencia de oficiales profesionales del Registro Civil y/o médicos profesionales para el llenado del certificado médico.
- Se requiere que el Registro Civil asegure que en la curricula de las carreras de medicina, enfermería y trabajo social se incluyan contenidos que aseguren la sensibilización y el entrenamiento a los estudiantes del último año de formación sobre la importancia y las formas en que deben ser llenado estos certificados.
- Es necesario capacitar en los municipios indígenas al personal de salud local o autoridades en el llenado de los certificados, sobre todo para aquellas enfermedades que requieren seguimiento epidemiológico.
- El Registro Civil requiere proyectarse a la sociedad a través de campañas de sensibilización para la población en su conjunto para que se de el cumplimiento de los registro obligatorios.

Problemas Culturales

- Se requieren investigaciones de campo con mayor profundidad para identificar el valor que la población le otorga a estas instancias a fin de identificar la mejor manera de relacionarse con ella.
- Crear fondos para investigaciones aplicadas que permitan identificar de mejor manera las formas de funcionamientos de los sistemas de registro, y las prácticas y representaciones que los distintos actores tienen de los distintos actos del Registro Civil.
- Asegurar en todas las oficialías ubicadas en regiones indígenas la presencia de personal bilingüe.
- Se requiere que este personal respete las nosologías tradicionales a las que la población atribuye la muerte de sus parientes. Solamente de esta manera el sector salud podrá incidir de forma adecuada en las nosologías tradicionales y evaluar su trabajo en estas regiones y reconocer las barreras de entendimiento para determinar causas en ausencia de atención médica directa antes del fallecimiento.
- Desconocimiento de la importancia del registro por parte de los pobladores.

Problemas Económicos

- Crear estrategias de registro de muerte que disminuyan los costos del traslado. Por ejemplo, incluir al personal de programas sustantivos (Seguro Popular u Oportunidades) en los trámites para el registro de las muertes.

Problemas institucionales y operacionales en el sector público (funcionarios Oficialías del Registro Civil, autoridades civiles y prestadores de servicios de salud)

- Ampliación del horario en contextos multiculturales, a fin de mejorar la respuesta del registro.
- El Sector Salud debe trabajar conjuntamente con los Oficialías del Registro Civil sobre la importancia del registro de ciertos padecimientos como muerte materna o el cólera, para evitar que a estos padecimientos se les otorgue el status de políticamente incorrectos y desde las propias oficialías se promueva el ocultamiento.
- El Sector Salud debe de capacitar a su personal permanente, sobre todo del contexto rural, en el manejo de los formatos del certificado, a fin de asegurar un diagnóstico clínico adecuado sobre las causa de muerte.
- El mayor reto del Sector Salud es promover iniciativas que disminuyan el ocultamiento de ciertas causas de muerte, como mortalidad materna, homicidios, gastroenteritis, entre otros. Estos actos están relacionados a la forma en que se está monitoreando y evaluando el desempeño del personal de salud en el momento de que ocurra una muerte materna, las maneras en que se analizan los casos y la forma en que se atribuyen las responsabilidades. Este es el mayor reto de las Instituciones de Salud.

Modificaciones sistémicas para la definición de una política de salud para disminuir la muerte materna

Sergio Meneses Navarro, Graciela Freyermuth Enciso, David Mariano Meléndez Navarro

Introducción

Disminuir las inequidades sociales es parte sustantiva de la agenda política nacional e internacional. Basados en la noción de derecho, el marco normativo internacional reconoce la obligación de los Estados de garantizar la igualdad de hombres y mujeres para el goce de todos sus derechos económicos, sociales, culturales, civiles y políticos. Así, el Estado es responsable de adoptar medidas progresivas que aseguren el pleno ejercicio de estos derechos por parte de todos los ciudadanos. En el año 2000, en el Marco de la Cumbre del Milenio, los estados miembros de la Organización de las Naciones Unidas suscribieron la Declaración del Milenio, cuyo quinto objetivo es disminuir la razón de muerte materna (MM) en tres cuartas partes entre 1990 y el 2015.

El presente documento esboza los cambios sistémicos necesarios para la definición de una política de salud dirigida a disminuir la MM en el país.

Consideraciones para una política de salud dirigida a disminuir la muerte materna

La razón de MM en México es alta (60 decesos por cada 100 mil nacidos vivos registrados en el año 2006) y, según datos de la Secretaría de Salud, aproximadamente el 99% de las MM entre 2000 y 2004 fueron evitables y, por lo tanto, injustas.

La MM es expresión de profundas injusticias que deben ser corregidas. Técnicamente esto es posible; desde hace dos décadas contamos con evidencias de intervenciones costo-efectivas para abatir la MM. Así, la persistencia de MM no es un problema tecnológico, sino de prioridad política. Este reconocimiento obliga a hacer cambios en los diferentes niveles de la definición de políticas de salud. El presente documento sugiere cambios estructurales en el nivel sistémico, donde se definen las funciones, derechos y responsabilidades de los actores del sistema de salud.

En este nivel se deben redefinir, por un lado, los criterios de acceso a la atención materna y, por otro, la obligación del Estado al respecto.

El artículo 4º de la Constitución mexicana establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud y que la ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud. A su vez, la Ley General de Salud (LGS) implanta dos criterios de acceso a los servicios: a) ser derechohabiente de alguna institución de seguridad social o del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), o b) pertenecer a la población general no derechohabiente de dichos servicios. La atención materno-infantil es motivo de salubridad general (artículo 3º de la LGS) y se incluye en el paquete de servicios básicos de salud (artículo 27 de la LGS) dirigidos a la toda la población. Los servicios de salud materno-infantil se prestarán en establecimientos públicos de salud, regidos por criterios de universalidad y gratuidad fundada en las condiciones socio-económicas de los usuarios (artículo 35 de la LGS). Sin embargo, a pesar de que el Estado es responsable de garantizar los derechos sociales, ni la Constitución ni la LGS establecen la obligación jurídica del Estado mexicano para garantizar el acceso universal, efectivo, oportuno, de calidad y gratuito a los servicios de salud materna para todas las mujeres, independientemente de su condición de afiliación o no a la seguridad social o al SPSS o a cualquier otro criterio de exclusión. De este modo, y toda vez que los servicios de salud materna son costo-efectivos, generan grandes externalidades positivas y encierran profundas implicaciones para la equidad de género y justicia social, consideramos adecuados dos cambios estructurales en el nivel sistémico de las políticas:

a) Se deben redefinir los criterios de acceso a los servicios de atención materna basados en un enfoque de derecho, bajo los principios de universalidad y gratuidad no condicionada a la capacidad de pago ni al estado de derechohabencia a un esquema de seguridad o protección social.

b) Debe quedar explícitamente definida la responsabilidad del Estado para garantizar el financiamiento y prestación de los servicios de salud materna, además de definirse claramente las bases para la participación de los diferentes niveles de gobierno (federal, estatal y municipal).

En el nivel programático deben definirse las intervenciones costo-efectivas para incluirse dentro de los servicios de atención materna universales y gratuitos. Dichas intervenciones deben contener, por lo menos, los servicios de planificación familiar y anticoncepción, atención calificada del parto, y atención obstétrica de emergencia. Vale señalar que dichas intervenciones ya se incluyen en el paquete esencial de servicios, pero aun no queda clara la responsabilidad del Estado, ni la concurrencia de los diferentes niveles de gobierno e instituciones para garantizar el acceso, financiamiento y prestación de los mismos.

Monitoreo y evaluación continúa de las condiciones de accesibilidad, la disponibilidad de recursos y calidad de la atención para la atención materna en unidades de primer y segundo nivel de atención

Sergio Meneses Navarro, Graciela Freyermuth Enciso, David Mariano Meléndez Navarro

Marzo de 2008

Introducción

Aunque generalmente el embarazo, parto o posparto suelen tener una evolución normal y un desenlace adecuado, aproximadamente el 15% de las mujeres durante la maternidad pueden presentar alguna complicación que ponga en peligro su vida. La mayoría de estas complicaciones no pueden ser pronosticadas, sin embargo pueden ser resueltas exitosamente con intervenciones médicas oportunas y de calidad. Una precondition obvia para lograr lo anterior es que los servicios de salud sean accesibles, cuenten con los recursos precisos y el personal médico posea las habilidades y conocimientos necesarios para resolver las urgencias obstétricas².

De este modo, el monitoreo y la evaluación continua de las condiciones de accesibilidad; la disponibilidad de recursos humanos, materiales y farmacológicos; y de los conocimientos y habilidades técnicas del personal médico en las unidades de primer y segundo nivel de atención es un ejercicio imprescindible para conocer la capacidad de respuesta del sistema de salud ante las urgencias obstétricas. El presente documento esboza de manera sintética los aspectos que deben incluirse en el procedimiento de monitoreo y evaluación respectivo.³

Aspectos que deben incluirse en el procedimiento de monitoreo y evaluación a la atención materna en unidades de primer y segundo nivel de atención

Respecto a las **condiciones de accesibilidad** es necesario indagar los siguientes aspectos:

- Si la unidad de salud (de primero y segundo nivel) funciona las 24 horas del día, los 7 días de la semana, 365 días al año, y cuenta con personal especializado o capacitado para la resolución de complicaciones obstétricas.
- Si se cuenta con medios de transporte que brinden el servicio de traslado desde las comunidades hasta la unidad de salud de primer nivel, y desde ésta hacia una unidad hospitalaria.
- Si se cuenta con medios de comunicación (teléfono, radios) entre las comunidades y la unidad de salud, y si son utilizados por motivos de emergencias obstétricas.
- Si las pacientes y sus familiares pueden acceder desde la entrada a la sala de emergencias o valoración de manera rápida y fácil sin encontrar barreras físicas (puertas con candado o bajo llave) o de procedimiento (papeleos, trámites burocráticos).
- En el ámbito indígena de México es fundamental saber si la unidad de salud cuenta con personal hablante de la lengua indígena local o personal indígena originario de la misma comunidad.

² Freedman L.P, et. al. "Practical lessons from global safe motherhood initiatives: time for a new focus on implementation", *The Lancet*, 2007, 370:1383-1391.

³ La presente propuesta sintetiza la elaborada en Freyermuth, Graciela y Sergio Meneses, "Evaluación de la atención institucional a la urgencia obstétrica en Los Altos de Chiapas", en Freyermuth, Graciela, et. al. 2004, *Maternidad Peligrosa*, CIESAS, INDSOL, Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población, p. 15 – 71.

- En caso de ser necesaria una referencia de una unidad de primer nivel a una unidad hospitalaria, es necesario saber si la unidad de salud brinda o consigue transporte para la referencia; si se acompaña a la mujer por personal calificado durante el traslado; si el personal de la clínica se comunica con el del hospital para informarle sobre la referencia; y si el personal de la clínica elabora una nota de referencia que facilite el ingreso de la paciente al hospital.
- Finalmente, es importante saber si las mujeres con complicaciones obstétricas reciben atención médica inmediata sin encontrar barreras financieras de ninguna índole (por ejemplo, tener que pagar los servicios, el traslado, los suministros –medicamentos, equipos-, etc.).

También es necesario conocer algunas **características generales de la infraestructura** de la unidad de salud. Para las de primer nivel es necesario saber si cuentan con:

- área de hospitalización y observación
- sala de expulsión
- ambulancia

Para las unidades de segundo nivel es necesario indagar si cuentan con:

- área de hospitalización obstétrica
- sala de expulsión
- quirófano
- laboratorio de análisis clínicos
- banco de sangre o puesto de sangrado
- ambulancia

Respecto a la **disponibilidad de recursos materiales** es necesario saber si se encuentran y funcionan los siguientes:

- Esfingomanómetro o baumanómetro
- Estetoscopio
- Termómetro clínico oral y/o rectal
- Estetoscopio de Pinard
- Básculas para adulto e infante
- Equipo completo para la atención de parto (tijeras para cortar el cordón, pinzas para el cordón, 2 pinzas mayo, campos estériles, ligadura de cordón, gasas estériles, guantes estériles, etc.)
- Equipo completo de sutura (pinzas con y sin dientes, porta agujas, tijeras, bisturí, etc.)
- Espéculos vaginales (de diversos tamaños)
- Equipo de dilatación y para legrado
- Tanque de oxígeno, mangueras y mascarilla facial o cánula nasal
- Sondas Foley y bolsa para recolectar orina

Además debe tomarse en cuenta la disponibilidad de otros consumibles como guantes de latex estériles, jeringas y agujas desechables, equipos de venoclisis, antisépticos locales (como yodo), alcohol, formatos de partograma y tarjetas para las mujeres embarazadas, ligadura para el cordón, gasas estériles, tiras reactiva para orina/ tira reactiva para medir albúmina, entre otros.

Acerca de la **disponibilidad de recursos farmacológicos y soluciones endovenosas** debemos saber si se cuenta con:

- Anestésicos locales como lidocaína al 2%
- Antibióticos como ampicilina (en cápsulas o ampolletas), penicilina benzatinica, penicilina procaina, cefalexina, gentamicina, metronidazol y clindamicina (en ampolletas)
- Micronutrientes como sulfato o fumarato ferroso y ácido fólico
- Antihipertensivos como hidralazina, alfametildopa y nifedipino.
- Anticonvulsivos como fenitoína, diazepam y sulfato de magnesio.
- Oxitócicos como oxitocina y ergometrina.
- Toxoide tetánico
- Soluciones fisiológicas, de Hartmann, glucosadas y combinadas.

Además, en las unidades de primer nivel es necesario saber si existe personal calificado para la atención básica de las urgencias obstétricas y para la referencia oportuna de las mismas las 24 horas del día, todos los días de la semana. En los hospitales debe contarse, asimismo, con obstetra y anestesiólogo en todos los horarios.

Finalmente, respecto a los conocimientos y habilidades del personal médico es necesario saber si son capaces de:

- Realizar las actividades de control prenatal de acuerdo a los protocolos establecidos⁴
- Brindar atención obstétrica en un parto normal, incluyendo manejo activo del trabajo de parto, de acuerdo a los protocolos establecidos⁵
- Realizar seguimiento a las púerperas de acuerdo a los protocolos establecidos⁶
- Manejar casos de preeclampsia y eclampsia de acuerdo a los protocolos establecidos⁷
- Manejar casos de hemorragia obstétrica de acuerdo a los protocolos establecidos⁸
- Manejar infecciones obstétricas de acuerdo a los protocolos establecidos⁹

⁴ Diario Oficial de la Federación, 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; Secretaría de Salud, 2001, *Embarazo saludable, parto y puerperio seguros, recién nacido sano. Manual de atención*, Secretaría de Salud, México

⁵ Diario Oficial de la Federación, *Op. Cit.*; Secretaría de Salud, 2001, *Op. Cit.*

⁶ *Ibidem.*

⁷ Secretaría de Salud, 2002, *Prevención, diagnóstico y manejo de la preeclampsia/eclampsia. Lineamiento técnico*, Secretaría de Salud, México; OMS, 2002, *Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto. Guía para obstetras y médicos*, OMS, FNUAP, UNICEF, Banco Mundial, Washington, Estados Unidos.

⁸ Secretaría de Salud, 2002, *Prevención, diagnóstico y manejo de la hemorragia obstétrica. Lineamiento técnico*, Secretaría de Salud, México; OMS, 2002, *Op. Cit.*

⁹ Secretaría de Salud, 2001, *Lineamiento técnico para la prevención, diagnóstico y manejo de la infección puerperal*, Secretaría de Salud, México; OMS, 2002, *Op. Cit.*

- Realizar una extracción de restos placentarios de acuerdo a los protocolos establecidos¹⁰
- Realizar intervenciones quirúrgicas obstétricas, particularmente cesárea e histerectomía, de acuerdo a los protocolos establecidos¹¹

El plan de seguridad como modelo para el diseño y puesta en marcha de acciones multinivel y multisectoriales para disminuir la Muerte Materna

Graciela Freyermuth, David Meléndez, Sergio Meneses

Abril de 2008

El plan de seguridad es un modelo para el diseño y puesta en marcha de acciones multinivel y multisectoriales para disminuir la muerte materna. Estas acciones requieren del desarrollo de responsabilidades que implican desde el ámbito familiar hasta el de los diferentes niveles e instancias de gobierno.

Determinar las prioridades y planear la puesta en marcha de intervenciones en salud presenta diversas dificultades: retos técnicos, financieros, políticos, éticos y organizacionales. Este conjunto de elementos se interrelacionan conformando lo que algunos denominan la “complejidad de las intervenciones”. Sin embargo, entre más se disponga de evidencias y modelos para identificar las prioridades, menos compleja se puede hacer una intervención.

En el tema de la salud materna se ha logrado reunir evidencias y algunas propuestas de intervención muy claras que permiten disminuir la complejidad técnica en la búsqueda por disminuir la mortalidad materna. Esa diversidad de evidencias en el tema han permitido la generación de información y análisis que posibilitan reconocer, por un lado, los servicios (de traslado, apoyo y atención) que tienen que estar disponibles y los actores involucrados y, por otro lado, los niveles y sectores responsables de producir los diversos servicios. Sin embargo, aunque se han logrado identificar los actores, los recursos y servicios necesarios, han estado ausentes los mecanismos para desencadenar las acciones necesarias desde los diferentes tipos de actores, sectores y niveles. El **Plan de Seguridad** contiene los elementos indispensables para consolidarse como un modelo de intervención -complementario al Programa de Arranque Parejo en la Vida- desde diferentes niveles y para distintos actores considerando que, por un lado, reconoce los servicios o apoyos necesarios para alcanzar la atención, pero sobre todo identifica las responsabilidades de cada actor y nivel.

Los servicios que reconoce son:

- Educación para la salud que permita la identificación de las urgencias obstétricas, dirigida a la población en general y personal de salud (técnico, médicos, recepción y responsable de canalización).
- Formación de recursos humanos
- Atención oportuna de primer nivel (estabilización)
- Traslado oportuno con personal capacitado
- Recepción inmediata en segundo nivel
- Atención resolutoria de la urgencia
- Seguimiento

¹⁰ Secretaría de Salud, 2002, *Prevención, diagnóstico y manejo de la hemorragia obstétrica. Lineamiento técnico*, Secretaría de Salud, México, p. 45-47; OMS, 2002, *Op. Cit.*

¹¹ Secretaría de Salud, 2001, *Embarazo saludable, parto y puerperio seguros, recién nacido sano. Manual de atención*, Secretaría de Salud, México; OMS, 2002, *Op. Cit.*

Los actores son:

- La familia (el esposo, la mujer y demás miembros de la misma)
- Personal local o comunitario de salud (promotores, parteras, curanderos, entre otros)
- Organizaciones sociales o religiosas
- Las presidencias municipales
- Personal de salud de primer nivel
- Personal de trabajo social (en primer y segundo nivel)
- Personal del servicio de urgencias
- Personal del servicio de gineco-obstetricia
- Personal de ambulancia y radios
- Medios de comunicación

Los niveles son:

- Familiar
- Comunitario/municipal
- Servicios de salud
- Jurisdiccional

Los actores y servicios se interrelacionan y complementan de acuerdo a cada nivel. De esta manera tenemos las siguientes acciones y responsables por cada nivel y actor.

Plan de Seguridad dirigido a la familia

1.- La mujer embarazada y su familia deben conocer los signos y síntomas de urgencia obstétrica en un lenguaje comprensible, a saber;

presencia de sangrado en cualquier momento del embarazo, el parto y después del parto; trabajo de parto prolongado; retención de placenta; síntomas de toxemia o eclampsia que pueden ser identificados a través de manos y cara “hinchadas”, dolor de cabeza, “zumbidos de oídos” y “ataques”. Estos problemas se pueden presentar a pesar de que la mujer haya asistido a la consulta prenatal en la clínica de salud y, por lo tanto, debe estar preparada para hacerles frente.

2.- Identificar una clínica que funcione 24 horas 365 días al año.

No todas las clínicas de los municipios cuentan con servicio y medicamentos todos los días del año ni las 24 horas del día. Si una mujer presenta una complicación debe acudir a la que tenga personal calificado para la atención obstétrica de emergencia básica y que cuente con los medicamentos e insumos necesarios para la misma. Si no existe una clínica así, es preferible identificar un centro hospitalario en una ciudad cercana que asegure que la mujer con complicaciones va a ser atendida. Para ello la familia debe trasladarse un día domingo para conocer el mejor camino para llegar rápidamente en caso de necesitarlo.

3.- Conocer la clínica y saber a qué distancia está del domicilio.

No basta saber que hay una clínica las 24 horas del día los 365 días del año; la familia debe saber con quién tiene que acudir en caso de urgencia, por ello es recomendable ir antes a esa clínica y saber quién o quiénes son los encargados de la atención en casos de urgencias. Muchas veces es en el servicio de urgencias donde se atienden a las mujeres con complicaciones, pero si no habla español debe saber con quién acudir para que puedan comprender mejor sus necesidades. En

algunos hospitales hay encargados especiales para estos casos. Esto es necesario que sea identificado antes de que ocurra una complicación.

4.- Conocer la forma de llegar a la clínica con el transporte adecuado.

Si la familia ya eligió la clínica, un segundo paso es conocer la forma de llegar lo más rápidamente. Para ello se debe identificar un medio de transporte que pueda utilizar, las 24 horas del día durante todo el año, y contar con el dinero suficiente para el traslado. En el caso de vivir en una cabecera municipal o en una localidad que cuente con una ambulancia, la familia debe conocer el procedimiento para contar con ella, el domicilio del chofer encargado y la manera de conseguir el dinero para la gasolina o la gasolina misma.

5.- Utilizar las radios comunitarias disponibles.

Las radios comunitarias instaladas en las clínicas o las escuelas pueden ser utilizadas para conseguir un vehículo en caso de urgencia; para ello la comunidad debe estar organizada y hacer gestiones previas con las presidencias municipales. Si estos trámites no son anticipados por las autoridades locales será muy difícil conseguir de manera oportuna un vehículo para el traslado. De la misma manera que en el caso del vehículo, se deberá tener la información necesaria para establecer el contacto de manera oportuna con el encargado de la radio.

Plan de Seguridad dirigido a parteras, promotores, y curanderos

1.- La partera, los promotores, y los curanderos de la localidad deben conocer los signos y síntomas de urgencia obstétrica, a saber:

Presencia de sangrado en cualquier momento del embarazo, el parto y después del parto; trabajo de parto prolongado; retención de placenta; síntomas de toxemia o eclampsia que pueden ser identificados a través de manos y cara “hinchadas”, dolor de cabeza, “zumbidos” y “ataques”. Estos problemas se pueden presentar a pesar de que la mujer haya asistido a la consulta prenatal.

2.- Contar con el **Directorio de la Red de Servicios** disponibles y conocer la clínica y saber a qué distancia está de la comunidad.

Es indispensable contar con el Directorio de la Red de Servicios disponibles y conocer la clínica más cercana que otorga atención primaria las 24 hrs. los 365 días al año y aquel hospital que proporciona atención resolutive. Para ello las Jurisdicciones Sanitarias deberán hacer recorridos de reconocimiento a estos actores claves en dichos servicios.

3. Conocer las gestiones y con quién o quiénes se tienen que realizar para obtener un transporte para el traslado.

Los promotores, curanderos y parteras deben de saber quién es el responsable de la ambulancia y de los transportes locales particulares. Para ello debe identificar un medio de transporte que puedan utilizar las mujeres las 24 horas del día durante todo el año. En el caso de vivir en una cabecera municipal o en una localidad que cuente con una ambulancia, estos prestadores de salud deben conocer el procedimiento para contar con ella, el domicilio del chofer encargado y la manera de conseguir el dinero para la gasolina o la gasolina misma.

4.- Utilizar las radios comunitarias disponibles.

Las radios comunitarias instaladas en las clínicas o las escuelas pueden ser utilizadas para conseguir un vehículo en caso de urgencia, para ello este personal de salud en la comunidad debe estar organizado y hacer gestiones previas con las presidencias municipales o los servicios de salud. Se

deberá tener la información necesaria para establecer el contacto de manera oportuna con el encargado de la radio.

5.- Definir quién o quienes deciden el traslado.

La partera, el promotor o el curandero junto con la familia deben acordar quién tomará la decisión del traslado en caso de que el esposo no se encuentre en el hogar.

6.- Acompañamiento al primer nivel asegurando la estabilización y el traslado en el segundo nivel.

La partera, el curandero o el promotor deben conocer los procedimientos que se utilizan para la estabilización de la mujer. Por ejemplo, la necesidad de canalizar y de administrarles medicamentos vía intravenosa.

7.- Acompañamiento al segundo nivel, en caso de que se requiera promoviendo la recepción inmediata de la paciente.

La partera, el curandero o el promotor deben conocer el funcionamiento del hospital a fin de que puedan realizar las gestiones necesarias para el acceso inmediato de la paciente a la llegada del hospital. Por ejemplo, con quién acudir cuando hay un rechazo para el ingreso de la mujer.

Plan de seguridad dirigido al personal de salud de clínicas de primer nivel

1.- El personal de salud de la localidad deben conocer los signos y síntomas de urgencia obstétrica, a saber:

Presencia de sangrado en cualquier momento del embarazo, el parto y después del parto; trabajo de parto prolongado; retención de placenta; síntomas de preeclampsia o eclampsia que pueden ser identificados a través de edema en manos y cara, dolor de cabeza, acúfenos, fosfenos y convulsiones, dolor en el hipocondrio derecho. El personal de salud debe saber que estos problemas se pueden presentar a pesar de que la mujer haya asistido a la consulta prenatal y no tenga antecedentes de estos problemas.

2.- Contar con el **Directorio de la Red de Servicios** disponibles y conocer la clínica y saber a qué distancia está de la comunidad.

Es indispensable contar con el Directorio de la Red de Servicios disponibles y conocer la clínica más cercana que otorga atención primaria las 24 hrs. los 365 días al año y aquel hospital que proporciona atención resolutive. Para ello, las Jurisdicciones Sanitarias deberán hacer recorridos de reconocimiento con este personal de salud.

3. Conocer las gestiones y con quién o quiénes se tienen que realizar para obtener un transporte para el traslado.

El personal de salud de la localidad debe saber quién es el responsable de la ambulancia y de los transportes locales particulares. Para ello debe identificar un medio de transporte que puedan utilizar las mujeres las 24 horas del día durante todo el año. En el caso de vivir en una cabecera municipal o en una localidad que cuente con una ambulancia, estos prestadores de salud deben conocer el procedimiento para contar con este vehículo, el domicilio del chofer encargado y la manera de conseguir el dinero para la gasolina o la gasolina misma.

4.- Utilizar las radios comunitarias disponibles.

Las radios comunitarias instaladas en las clínicas o las escuelas pueden ser utilizadas para conseguir un vehículo en caso de urgencia, para ello este personal de salud debe organizar a la comunidad y hacer gestiones previas con las presidencias municipales para contar con el acceso a un vehículo a

través del uso de las radios comunitarias. Se deberá tener la información necesaria para establecer el contacto de manera oportuna con el encargado de la radio.

5.- Definir quién o quienes deciden el traslado.

El personal de salud de la localidad junto con la familia de las mujeres embarazadas debe acordar quién tomará la decisión del traslado en caso de que ocurra algún imprevisto y el esposo no se encuentre en el hogar. Este acuerdo debe realizarse por rutina en todos los casos en que exista una mujer embarazada.

6.- Asegurar la disponibilidad de los recursos necesarios para otorgar atención primaria de la urgencia obstétrica.

El personal de salud de la localidad debe conocer los procedimientos que se utilizan para la estabilización o la atención primaria de una mujer con una urgencia obstétrica: sangrado, preeclampsia o fiebre puerperal. Debe conocer cuáles son los medicamentos y los recursos que se requieren y asegurar su disponibilidad en la unidad de salud.

7.- Atención primaria de la urgencia obstétrica asegurando la estabilización y el traslado en el segundo nivel.

El personal de salud de la localidad debe tener las habilidades para proporcionar la atención primaria de la urgencia obstétrica -sangrado, preeclampsia o fiebre puerperal-, a fin de proporcionar la atención primaria de la urgencia obstétrica y asegurar la estabilización de la paciente previamente a su traslado.

8.- Acompañamiento al segundo nivel en caso de que se requiera, promoviendo la recepción inmediata de la paciente.

El personal de salud local debe conocer cual es el hospital o la clínica que puede otorgar atención resolutive para el problema de urgencia obstétrica a fin de asegurar el acceso inmediato de la paciente a su llegada.

Plan de seguridad para el personal de salud de clínicas de segundo nivel

1.- Asegurar la disponibilidad de los recursos humanos e insumos necesarios para otorgar atención inmediata de la urgencia obstétrica.

El responsable del servicio de urgencias debe asegurar los medicamentes e insumos para proporcionar la atención de la urgencia obstétrica y garantizar su disponibilidad. Asegurar que el personal de urgencias proporcione la atención que se requiere para la estabilización de una mujer con una urgencia obstétrica -sangrado, preeclampsia o fiebre puerperal-, a fin de lograr su estabilización previamente a su valoración por el especialista

2.- Contar con personal capacitado y sensible en el servicio de recepción del área de urgencias que no rechace a las mujeres que acuden en busca de atención obstétrica.

3.- Contar con interpretes culturales en aquellos lugares en los que se atiende mujeres indígenas.

4.- Estabilización y atención de la urgencia obstétrica a toda mujer que acuda al servicio independientemente de la disponibilidad de camas para el internamiento.

5.- Contar con los recursos humanos capacitados para otorgar atención resolutive de la urgencia obstétrica.

Es necesaria la disponibilidad de un cirujano o ginecoobstetra, un anestesiólogo, además de medicamentos e insumos necesarios, entre ellos sangre.

6.- Contar con el Directorio de la Red de Servicios disponibles de la región que cuenten con servicios de atención resolutivos.

Contar con el Directorio de la Red de servicios disponibles y conocer la clínica más cercana que otorga atención primaria las 24 hrs. los 365 días al año y aquel hospital que proporciona atención resolutiva. Se requiere asegurar referencia adecuada de pacientes con urgencias obstétricas.

Para los gobiernos municipales

1.-El municipio debe garantizar un sistema de traslado oportuno a primer y segundo nivel de atención, de las mujeres con complicaciones obstétricas.

Los municipios deben etiquetar un presupuesto destinado a garantizar la disponibilidad de la ambulancia u otro medio de transporte las 24 horas, los 365 días del año. Para lograr que este servicio sea accesible es importante que se difunda a toda la población el procedimiento para solicitar la ambulancia o el medio de transporte y lograr un traslado oportuno.

Los Ayuntamientos deben procurar mejorar la capacidad de comunicación entre las comunidades y el sitio en donde se va tener disponible el servicio de la ambulancia o transporte. Esto se puede hacer mediante la instalación de radios de comunicación en puntos estratégicos o mejorando los servicios de telefonía.

El municipio debe identificar y monitorear la red de servicios instalada a nivel municipal y regional.

Los Ayuntamientos municipales deben saber cuáles son los servicios de atención médica que se encuentran en su municipio y región, reconociendo la capacidad resolutiva, horarios de atención y responsables de los mismos. De esta manera pueden realizar acciones de monitoreo haciendo las recomendaciones y sugerencias directamente a responsables jurisdiccionales.

Para las jurisdicciones sanitarias

Las Jurisdicciones sanitarias deben realizar campañas masivas de educación e información en salud materna; deben brindar información para la población en general sobre los signos y síntomas de las complicaciones obstétricas, los lugares a los cuáles acudir en caso de presentarse alguna de estas y los mecanismos de queja en caso de recibir una atención deficiente.

Las jurisdicciones sanitarias deben sensibilizar, persuadir y asesorar a los ayuntamientos municipales para que elaboren su propio plan de seguridad, el cuál debe incluir el sistema de traslado y monitoreo de los servicios de salud. Esto se puede realizar mediante talleres intermunicipales en donde deben acudir al menos los presidentes municipales, regidores de salud y educación.

Las jurisdicciones sanitarias deben capacitar a todo el personal (médico-paramédico-trabajo social-administrativo-vigilancia) de primer y segundo nivel que intervenga en el proceso de atención de una mujer con complicaciones obstétricas, garantizando el máximo estándar (de acuerdo al nivel de atención) en la calidad y calidez.

Propuesta al Programa Oportunidades

Medico David Meléndez Navarro
Secretariado Técnico del Comité Nacional Promotor por una Maternidad sin Riesgos
Dra. Graciela Freyermuth Enciso
Secretaria Técnica del Comité Nacional Promotor por una Maternidad sin Riesgos (CPMSR) e
investigadora titular del CIESAS, unidad Sureste (Chiapas)
Dra. Paola María Sesia
Coordinadora del Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos- Oaxaca (CPMSR-Oaxaca) e
investigadora titular del CIESAS, unidad Pacífico Sur (Oaxaca)

Objetivo: Incorporar algunas acciones de intervención y de monitoreo/evaluación relativamente sencillas que apoyen en la promoción de la salud materna y el abatimiento de la mortalidad materna entre la población femenina y masculina en edad reproductiva beneficiaria del programa Oportunidades

Justificación: Entre los Objetivos del Milenio suscritos por México, la disminución de la muerte materna es el que más dificultades presenta para poder cumplir con la meta propuesta para 2015 (Meta: reducción de la muerte materna a $\frac{3}{4}$ partes con respecto al año 2000). La muerte materna presenta dos grandes tendencias de concentración en México: a) los números absolutos más altos se registran entre mujeres de escasos recursos de poblaciones urbanas o periurbanas que fallecen en los grandes hospitales de concentración del Distrito Federal o el Estado de México; b) las otras muertes maternas ocurren entre mujeres rurales, indígenas, de escasos recursos que se ubican en su mayoría en localidades pequeñas y aisladas y que no tienen acceso real (geográfico, social o económico) a servicios de emergencia obstétrica con capacidad resolutive. Estas muertes se concentran en los estados de Chiapas, Guerrero y Oaxaca, así como en otras regiones indígenas del país. Las mujeres que viven en estos entornos sociales presentan un riesgo de morir de dos a tres veces más alto que el riesgo de morir de las mujeres mexicanas en su conjunto.

En ambas tendencias, las mujeres que fallecen por causas maternas se caracterizan por ser mujeres pobres y la muerte materna sigue siendo un indicador particularmente sensible a la desigualdad social. Por su perfil social, es muy probable que una gran parte de estas mujeres fallecidas, en los últimos años, hayan sido beneficiarias del programa Oportunidades.

Es conocido que garantizar el acceso implica unas medidas de reestructuración de los servicios de salud viable y poco costosa con la actual estructura de APV, con la gratuidad universal del parto y bajo el enfoque de la Atención Obstétrica de Emergencia (AOE). En este marco, es fundamental poder garantizar el abasto continuo de los medicamentos básicos para AOE en primer nivel de atención y los conocimientos técnicos del personal médico para poder identificar la emergencia y poder actuar sobre ella para estabilizar a la mujer mientras se garantiza su transporte a segundo nivel de atención.

Dentro de este enfoque, se ha visto además que hay intervenciones adicionales con la población en general (la cual incluye a las y hombres en edad reproductiva y a sus familias), las autoridades municipales, el personal médico y paramédico de salud a nivel local que son altamente efectivas y muy poco costosas. Entre estas, se ubica la información sobre signos y síntomas de complicaciones obstétricas entre la población para que ésta pueda reconocer una emergencia obstétrica al ocurrir y la formulación y actualización continua de un Plan de Seguridad municipal, en donde se identifica con

claridad y oportunidad los servicios de salud disponibles con capacidad resolutive en AOE, su ubicación y distancia, costos y medios de transporte.

Bajo este enfoque y aprovechando la cobertura masiva del Programa Oportunidades en poblaciones de escasos recursos (que coinciden con la población femenina más a riesgo de morir de muerte materna), se plantean aquí las siguientes líneas de acción a desarrollarse en el componente salud del Programa Oportunidades:

1.- La integración del padrón de familias

Es pertinente ampliar el padrón sobre todo en regiones indígenas en donde existen personas que viven bajo una pobreza extrema y no se encuentran afiliados al programa. Esta ausencia en la afiliación al programa no solo los excluye de los diversos apoyos que ofrece el programa sino que además perciben que el no estar afiliado los excluye también de solicitar atención médica en los servicios de salud públicos. Es por eso que en las regiones indígenas es importante reconsiderar y mejorar el procedimiento para la identificación de localidades y la identificación de familias para que exista una ampliación en la cobertura de afiliación al menos en los municipios de alto rezago, mayores índices de pobreza y altas tasas de mortalidad en edad reproductiva en mujeres.

2-La prestación de Servicios de salud y certificación de corresponsabilidades

a) En el momento de la incorporación a las familias

En el momento de que se incorporan las familias al programa se les proporcionan a los integrantes de las familias beneficiarias las acciones del

Paquete Esencial (Básico) de Servicios de Salud previstas en las presentes Reglas de Operación, en especial a los grupos vulnerables específicos: Menores de 5 años, embarazadas y mujeres en periodo de lactancia. En este momento sería importante proporcionarles (de manera gráfica, en video y audio) los elementos de un plan de seguridad familiar para las mujeres embarazadas, que incluyera de manera clara, los signos de alarma, las acciones que como familias de oportunidades deben realizar para evitar una muerte materna en su familia y que presente verazmente la red de servicios con capacidad resolutive a nivel regional.

b) Consolidar la incorporación automática de población con OPORTUNIDADES al Seguro Popular.

Si bien es cierto que no toda la población en situación de pobreza extrema está afiliada a OPORTUNIDADES, un buen sector de este grupo poblacional se encuentra afiliado, sin embargo, estar afiliado al programa de OPORTUNIDADES no garantiza que tendrás un acceso gratuito a los servicios de salud que están fuera del paquete básico de servicios, por ejemplo la atención de complicaciones obstétricas.

Actualmente en Chiapas Guerrero y Oaxaca la afiliación al seguro popular se ha limitado exclusivamente a afiliar a población con oportunidades y familias que tuvieron un hijo después del 1° de diciembre del 2006. Sin embargo, el procedimiento de afiliación se ha dejado bajo responsabilidad personal, es decir las familias de oportunidades tienen que llevar sus papeles y hace el proceso de afiliación. Este hecho ha limitado la cobertura del seguro popular a población con OPORTUNIDADES y persiste la barrera económica para que mujeres con complicaciones obstétricas accedan a servicios de salud en un segundo nivel de atención. Ante tal situación es pertinente obviar los trámites administrativos para que familias con oportunidades se afilien al SP,

esto se puede realizar mediante la incorporación automática de población OPORTUNIDADES al SP.

C) El paquete básico de los servicios de salud de OPORTUNIDADES.

El paquete básico de servicios de salud de OPORTUNIDADES incluye acciones de carácter principalmente preventivas y de detección oportuna de problemas de salud, que se proporcionan a cada uno de los integrantes de las familias beneficiarias en forma gratuita a través de citas programadas.

En este paquete es urgente incluir la atención gratuita de las complicaciones obstétricas en los servicios de salud de primer y segundo nivel.

Es decir, independientemente del estado de aseguramiento de la familia al SP se debe incluir como un servicio la atención de las urgencias obstétricas de manera gratuita, precisando los establecimientos responsables de brindar ese servicio a nivel regional.

Por otro lado, la capacitación sobre el plan de seguridad a las familias debe ser parte del servicios del paquete básico que ofrece el programa.

D) La certificación de CORRESPONSABILIDAD del programa OPORTUNIDADES.

El programa de oportunidades en su componente de prestación de servicios contiene como objetivo el informar al programa sobre el grado de corresponsabilidad de las familias.

La corresponsabilidad la presentan como la Acción que realizan los integrantes de las familias, de asistir de acuerdo a las citas programadas a las Unidades de Salud, a recibir las acciones del Paquete Esencial (Básico), así como a la capacitación para el autocuidado de la salud.

Este componente se puede ampliar con la inclusión del plan de seguridad y verificar el grado de corresponsabilidad que tiene una familia al momento de diseñar su plan de seguridad familiar.

3.-La formación de estructuras comunitarias

El programa contiene un componente denominado “formación de estructuras comunitarias” el cuál se traduce como la conformación de “comités de promoción comunitaria” y tiene como objetivo “Conformar, renovar y actualizar los Comités de Promoción Comunitaria, para fortalecer la operación y enfocar sus acciones a mejorar el impacto social del programa.” Y a su vez, este comité tiene como funciones “Contribuir a establecer una mejor vinculación entre las familias beneficiarias y el personal de los servicios de salud, educación y la Coordinación Nacional, a canalizar solicitudes y sugerencias de las familias, así como fortalecer las acciones de nutrición, contraloría social y transparencia del Programa, preservando en todo momento la libertad de las familias beneficiarias de interlocución directa con instancias operativas y normativa”. Considerando lo anterior es factible que a este comité se le atribuya la promoción y conformación de un plan de seguridad comunitario para las evitar la muerte materna y al mismo tiempo se le otorguen facultades para que realicen monitoreo de la red de servicios y presenten quejas y sugerencias relacionadas con el acceso a los servicios por parte de mujeres con complicaciones obstétricas.