

ahí que ampliar la participación de otros profesionales involucrados en el cuidado (como enfermeras, responsables de salas de operaciones, responsables de emergencia, trabajadora social, psicóloga, etc.) así como a representantes del primer nivel de atención, podría ayudar a mejorar este aspecto del análisis.

La experiencia del análisis sistemático de las muertes ha ampliado la visión del personal de salud sobre las causales de las defunciones maternas y perinatales y de las posibilidades reales de instrumentar acciones de mejora en los procesos de atención. Consolidar esta estrategia, fortalecer la capacidad analítica y propositiva de los Comités, involucrar a otros agentes de salud, además del personal médico, así como consolidar los esfuerzos que ya se realizan en algunos lugares para avanzar hacia el análisis de la morbilidad grave, constituyen parte de las tareas que pueden ser reforzadas.

Fortalecer las estrategias para la identificación oportuna de las mujeres embarazadas

Según las normas del *Programa APV*, los establecimientos deben elaborar y actualizar trimestralmente el censo de mujeres embarazadas. Sin embargo, es un hecho, que los sistemas de salud estatales varían significativamente en su forma de organización y en el acceso a recursos económicos y humanos, lo que los coloca en distinta situación para invertir recursos en un censo trimestral. Por lo tanto, habría que analizar los factores que dificultan la realización y actualización periódica de los censos de embarazadas, así como el impacto que producen en la cobertura e incremento de asistencia a control prenatal de las mujeres en etapas tempranas de la gestación, para, en función de ellos, promover las intervenciones más eficientes.

Además, los formatos utilizados y la información que recaban los centros de salud, ya sea en el censo o en el registro de embarazadas, varía totalmente entre las redes de servicio. Establecer una normatividad sobre las características conceptuales y metodológicas mínimas que deban ser consideradas en la aplicación de estos censos, así como facilitar sistemas de captura y cómputo para enriquecer su utilidad en la toma de decisiones, podría ser uno de los ámbitos de oportunidad para mejorar el *Programa APV*.

Existen otros mecanismos que usan los centros de salud para promover la búsqueda de atención materna. Uno de ellos, lo constituye el

Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, en su componente de salud. La exigencia de cumplir con las citas al control prenatal para recibir los beneficios del Programa ha contribuido a ampliar la cobertura y la oportunidad de la atención. La inscripción al *Seguro Popular* puede generar un efecto similar. Sería recomendable buscar establecer sinergias entre el *Programa APV* y los dos anteriores, tanto para crear un padrón de beneficiarios único que distinga el tipo de protección que tienen las mujeres de las áreas de influencia de los centros de salud, como para focalizar la atención en aquellas mujeres que no están vinculadas a alguno de ellos.

Revisar y depurar el enfoque de riesgo obstétrico

El concepto de fondo del enfoque de riesgo promovido por *APV* es que las mujeres que presentan esta condición puedan ser vigiladas por un especialista y así disminuir la probabilidad de ocurrencia de complicaciones en la madre o el feto. Esto implica asumir que aquellas clasificadas de bajo riesgo tendrán mayormente una evolución normal y sin complicaciones. Este concepto es compartido casi uniformemente por los profesionales en todos los establecimientos visitados durante el proceso de certificación.

La evidencia ha mostrado que el enfoque de riesgo no es un buen predictor de los casos que presentarán una complicación al momento del parto, por lo que la Secretaría de Salud del nivel federal ha buscado complementar esta estrategia con el fortalecimiento de la capacidad resolutive de las unidades médicas ante una urgencia obstétrica.

Se recomienda actualizar el enfoque de riesgo. El beneficio de una evaluación por un ginecobstetra es más clara en cierto grupo de factores de riesgo, y más discutible en otros. De hecho, es posible que esta percepción exista entre el personal médico de los centros de salud, lo que explique en parte, que en la práctica varíen los criterios para la identificación de riesgo, así como para la referencia al Módulo MATER: en muchos casos se refiere a mujeres clasificadas como sin riesgo, porque se tienen dudas sobre su situación, y se omite a otras consideradas con riesgo, por la percepción de que el riesgo es manejable en el centro de salud.

Referir a mujeres con 'factores de riesgo' de bajo poder de predicción de complicaciones afecta la carga de referencias a los hospitales y sobre todo aumenta los costos para la familia por el traslado y controles posteriores en el hospital. Sería conveniente una revisión de este

tema haciendo uso de la evidencia actualmente disponible en cuanto a la efectividad del enfoque de riesgo.

*Fortalecer los lineamientos de operación
del Módulo MATER*

La instalación de los Módulos MATER ha acelerado la atención de las referencias que no son urgencias, ya que son atendidas, en la mayoría de los casos, el mismo día en que la mujer acude a solicitar el servicio y se ha ampliado el acceso a un especialista para la valoración de las mujeres cuando existen factores de riesgo. Sin embargo, en varias de las unidades visitadas no se comprendía adecuadamente la función y características que debe cumplir el Módulo MATER.

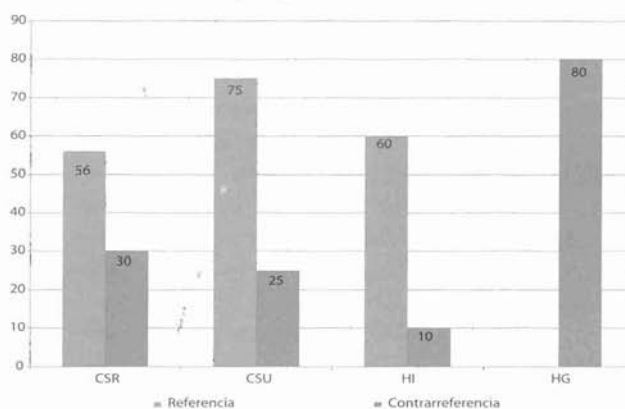
Revisar y definir la función y formas de operación del Módulo MATER es esencial para homologar su funcionamiento en las redes de servicios y podría ser una oportunidad para definir los procedimientos de vinculación-capacitación, referencia-contrarreferencia entre el módulo y el primer nivel de atención.

*Promover un sistema más eficiente
de referencia y contrarreferencia*

En general, los expedientes clínicos del primer nivel de atención cuentan con hoja de referencia al hospital; sin embargo, son muy pocos los que tienen la correspondiente hoja de contrarreferencia a pesar de que los hospitales generales sí la elaboran. Los procedimientos de envío utilizados no funcionan adecuadamente, por lo que se pierde información valiosa para garantizar la continuidad de la atención. Sería relevante que, a partir de las experiencias obtenidas en la ejecución local del *Programa APV*, el nivel federal diseñara una serie de recomendaciones metodológicas y operativas, que contribuyeran a un sistema más eficiente en esta materia para todos los servicios de salud, y que se incorporara este sistema a la brevedad en el Módulo MATER y en la estrategia SINDIS, a fin de que éstos no reproduzcan las mismas debilidades.

*Fortalecer la capacidad de resolución
de emergencias obstétricas y neonatales*

Referencia y contrarreferencia en unidades de primer y segundo nivel



Fuente: Certificación Internacional del *Programa APV*, 2006.

Los hospitales generales reúnen adecuadamente las condiciones para la atención de urgencias obstétricas. En todos los que fueron visitados se verificó que al menos contaran con un ginecobstetra, un anestesiólogo, un pediatra y un internista en todos los turnos, que tuvieran disponible una lista amplia de insumos básicos, así como la Caja Roja⁸ completa, y suficientes unidades de sangre para atender tanto los casos programados como las posibles emergencias.

En contraste, casi todos los hospitales integrales enfrentan serias limitaciones. Su capacidad resolutive se ve mermada por la falta de especialistas en los turnos vespertino y nocturno y, en algunos casos durante la jornada acumulada, a lo que se suma la insuficiencia de unidades de sangre. La disponibilidad de vehículos en las unidades puede hacer la diferencia en la atención de una emergencia, mediante la referencia oportuna y vigilada de las pacientes al segundo nivel. Si bien en todos los hospitales integrales visitado se contaba con este recurso, lo cierto es que en muchos casos los vehículos eran inoperantes en los turnos que no laboraba un chofer. Puede decirse que varias de las unidades observadas eran hospitales por la mañana y centros de salud por

⁸ La Caja Roja contiene los 10 medicamentos esenciales para el manejo de la eclampsia.

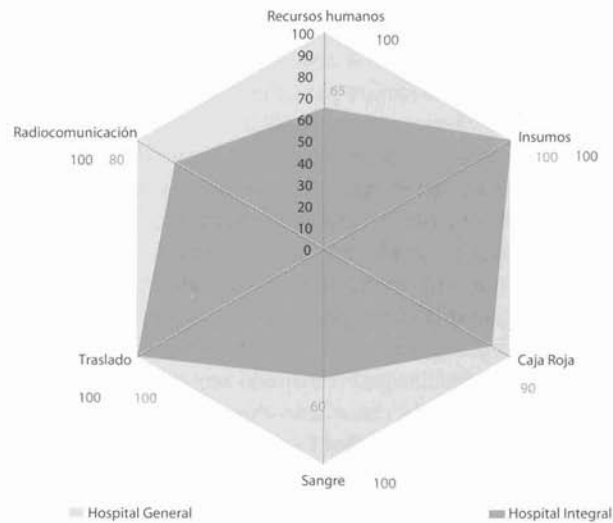
las tardes y noches.

Dada la dificultad expresada por los equipos médicos para garantizar la presencia de ginecobstetras las 24 horas del día, sería conveniente asegurar la disponibilidad de unidades de sangre y el traslado vigilado de las pacientes en los hospitales integrales para elevar su capacidad de respuesta en el manejo de urgencias obstétricas.

Por su parte, los centros de salud, particularmente los de las áreas rurales dispersas, y aquellos que tienen servicios de hospitalización, también requieren de más herramientas para estabilizar una urgencia obstétrica. En la mayoría de los centros de salud visitados la capacidad de respuesta ante una urgencia obstétrica es limitada ya que presentan varias de las siguientes condiciones:

- No se cuenta con vehículos institucionales o comunitarios para garantizar traslado ante una urgencia obstétrica.
- No siempre se cumple el acompañamiento de las mujeres por personal de salud que son referidas a los hospitales con una emer-

Condiciones para la atención de urgencias obstétricas en hospitales generales e integrales



Fuente: Certificación Internacional del Programa APV, 2006.

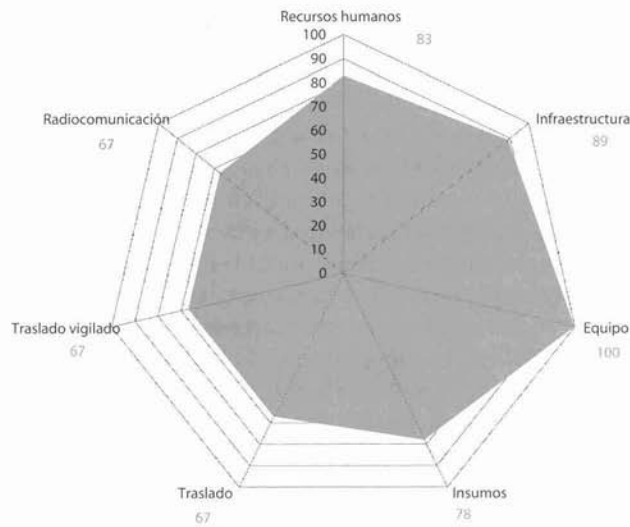
- gencia.
- Muchos no cuentan con sistema de radiocomunicación o no funcionan adecuadamente.
 - Es frecuente la falta de insumos para estabilizar a pacientes.
 - Falta personal de salud las 24 horas.

Brindar especial atención al fortalecimiento de la infraestructura de estas unidades en las esferas antes descritas, se convierte en un área de oportunidad muy relevante.

Consolidar los servicios de las Posadas de Asistencia a la Mujer Embarazada (AME)

De la observación de las redes visitadas se desprende que las posadas

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



Fuente: Certificación Internacional del Programa APV, 2006.

que mejor funcionan son aquéllas en las que el personal directivo de los hospitales participó en la decisión de su instalación, con pleno consentimiento de su importancia y necesidad y donde existen vínculos estrechos con las autoridades municipales, agentes de salud comunitarios y organizaciones civiles. Las oficinas jurisdiccionales, con el apoyo de las autoridades estatales, juegan un papel relevante en la instalación y puesta en operación de las posadas, por su liderazgo para movilizar recursos y, en ocasiones, por financiar estos servicios.

La dependencia a recursos externos de la mayoría de las posadas, hace necesario que se diseñe un mecanismo de evaluación que permita valorar su importancia estratégica, su costo-beneficio y su sustentabilidad, lo que podría apoyar la toma de decisiones en aquéllas redes que aun no cuentan con este servicio.

Consolidar los Servicios Integrales para la Prevención de la Discapacidad (SINDIS)

El *Programa APV*, según las expresiones de algunas de las personas entrevistadas, les ha servido a los hospitales donde se ha incorporado la estrategia *SINDIS* para organizar mejor las clínicas y para ofrecer de manera integral los servicios. En general, el tratamiento de las malformaciones genéticas en estos hospitales se realiza de una forma multidisciplinaria, cuidando tanto los aspectos físicos como sociales, emocionales y psicológicos. Sin embargo, mayor énfasis se requiere en los dos últimos aspectos del cuidado del niño y su familia.

Los aspectos médicos están avanzando en calidad y cantidad, pero la atención de las necesidades sociales y de salud mental, si bien están siendo abordadas, requieren mayor soporte para alcanzar el mismo nivel de avance y desarrollo de lo clínico. Cabe señalar que las áreas de desarrollo infantil y estimulación temprana como parte del cuidado del niño desde el nacimiento no siempre están presentes en los hospitales con *SINDIS*, al igual que en las otras unidades de la red de servicios. Esta es, sin duda, una importante área de oportunidad para mejorar el Programa.

5. RECOMENDACIONES

A pesar de que son muchos los logros obtenidos en la instrumentación del *Programa APV*, todas las redes visitadas requieren continuar

con procesos de mejora, tanto en las tareas asignadas a los equipos jurisdiccionales, como en el cumplimiento de la normatividad y la instrumentación de las acciones de APV en las unidades médicas. En este sentido, se recomienda instalar y sostener un sistema de certificación de aplicación periódica, que contemple en su diseño elevar gradualmente el nivel de exigencia, para así estimular un mayor avance hacia el logro del objetivo final del programa.

A continuación se enuncian algunas de las principales recomendaciones para continuar fortaleciendo la operación del *Programa Arranque Parejo en la Vida*, comunes a las seis redes de servicios, las cuales están organizadas en correspondencia con los componentes sustantivos y estratégicos de programa.

Embarazo, parto y puerperio

- Establecer mecanismos de búsqueda y seguimiento de embarazadas para la atención temprana y continua del control prenatal.
- Sistematizar la solicitud y reducir las barreras para la toma de estudios de laboratorio en los centros de salud y de manera especial, en aquellos ubicados en áreas rurales.
- Focalizar esfuerzos para la detección oportuna, estabilización y manejo de urgencias obstétricas en unidades del primer nivel de atención. En este sentido, valorar la inclusión de un paquete similar a la Caja Roja hospitalaria en centros de salud para estabilizar pacientes de morbilidad grave, incluyendo hemorragia.
- Reforzar las acciones de información y consejería en identificación de factores de riesgo y planificación familiar, y para el caso de este último, garantizar la oferta y oportunidad del servicio.
- Continuar desplegando esfuerzos para la valoración e interconsulta de embarazadas en Módulos MATER, pero se recomienda revisar los criterios utilizados para identificar condiciones de riesgo, haciendo uso de la evidencia actualmente disponible en cuantos a la efectividad de este enfoque.
- Lograr acuerdos con autoridades locales para garantizar la disponibilidad de traslado para la embarazada que lo requiera, en áreas del primer nivel de atención.
- Incrementar la plantilla de personal calificado en hospitales inte-

grales para que sean resolutivos de partos en cualquier momento, así como disponer de unidades de sangre de manera permanente.

- Sistematizar y fortalecer las consultas durante el puerperio. Para ello, es indispensable que las unidades de primer nivel reciban la contrarreferencia hospitalaria del postparto y se instrumenten acciones proactivas de búsqueda de pacientes.

Recién nacido

- Garantizar la aplicación de la prueba tamiz neonatal y de la vacuna BCG a todo recién nacido, así como su registro en el expediente que corresponda.
- Garantizar que el primer nivel de atención reciba los resultados del tamiz neonatal y los informes de seguimiento de niños con hipotiroidismo congénito.
- Continuar la promoción de estrategias SINDIS en todo el país y establecer sus vínculos con las redes de servicio de la entidad respectiva.
- Seguir haciendo énfasis en la capacitación de personal de salud en reanimación neonatal, facilitando el equipo necesario en las áreas resolutivas.

Participación social

- Incrementar el trabajo en y con la comunidad en el primer nivel de atención, tanto en áreas urbanas como rurales.
- Promover la existencia de transporte institucional en áreas estratégicas, o en su caso, asegurar incentivos económicos o en especie para los traslados voluntarios en aquellas comunidades con menor acceso a los servicios de salud.
- Desarrollar iniciativas de vinculación, capacitación y seguimiento de parteras tradicionales, haciendo énfasis en la reorientación de sus destrezas hacia la prevención en el control prenatal y la derivación oportuna a las unidades de salud.

Fortalecimiento de la estructura institucional

- Mejorar la función estratégica de los hospitales integrales con

recursos humanos especializados, equipo e insumos, para que puedan ofertar cuidados obstétricos integrales las 24 horas del día.

- Consolidar el concepto de Módulo MATER como una oportunidad de atención inmediata para embarazadas que requieran una valoración y/o interconsulta. Asimismo, establecer un lineamiento específico de la función del Módulo MATER para conocimiento de los diferentes niveles de la red de servicios.
- Valorar la necesidad de establecer Posadas AME en las redes de servicio que las justifiquen, así como hacer la promoción de estos servicios dentro de la población usuaria de la misma.
- Promover la instrumentación de la estrategia SINDIS en todo el país, integrando el concepto de Clínicas en su operación. Vincular el SINDIS con las redes de servicio y promover los beneficios que ofrece para la prevención y manejo oportuno de problemas o identificación de defectos al momento del nacimiento.

Red de servicios

- Difundir el concepto de red funcional de atención como elemento de la organización de los servicios de salud materna y perinatal.
- Continuar la sistematización de la referencia de la embarazada para interconsultas y/o para atención del parto a una unidad de mayor capacidad resolutive.
- Analizar y poner en marcha iniciativas que resulten efectivas para que la contrarreferencia llegue a su destino con oportunidad.
- Revisar y diseñar una logística para que exista en la práctica un sistema de referencia y contrarreferencia funcional.
- Incrementar la capacidad resolutive de los hospitales integrales para que sean eslabones estratégicos de la red de servicios.
- Favorecer la vinculación de parteras tradicionales con la red de servicios.
- Mantener de manera permanente la intercomunicación entre las diferentes unidades de la red. El sistema de radio resulta un gran apoyo para la referencia y contrarreferencia de embarazadas y de urgencias obstétricas.

Seguimiento de la morbi-mortalidad materna y perinatal

- Revisar los lineamientos del Comité de Morbi-Mortalidad Materna y Perinatal con el objeto de simplificar el sistema de registro y de esta forma, obtener información que facilite el análisis y la toma de decisiones.
- Vincular las causales de las defunciones identificadas en los Comités con acciones de mejora inmediata para disminuir estas causas, y por ende, garantizar el adecuado cumplimiento de las recomendaciones propuestas.
- Incluir acciones para mejorar el llenado del certificado de defunción, así como mejorar la precisión de los diagnósticos médicos.
- Simplificar, revisar y estandarizar los sistemas de registro y los formatos utilizados para el seguimiento del control prenatal.

Enseñanza

- Mejorar la capacidad del personal de salud para el monitoreo y evaluación de los avances y logros del programa.
- Explorar nuevos mecanismos de capacitación en servicio para el manejo obstétrico desde la perspectiva de la red de servicios
- Incluir temáticas sobre planificación familiar de manera central en los programas jurisdiccionales de capacitación.
- Mantener la capacitación constante con la red de parteras tradicionales, haciendo énfasis en acciones de prevención y derivación oportuna del parto institucional.

Recomendaciones generales

- Dar continuidad al *Programa APV* como base de la Estrategia Nacional de Reducción de la Morbi-Mortalidad Materna y Perinatal.

- Ubicar el Programa dentro de las estrategias de salud de la más alta prioridad del país.
- Mantener el apoyo político de alto nivel para el buen funcionamiento y seguimiento del *Programa APV*, garantizando así el presupuesto, la cobertura total y la actualización normativa del mismo (Consejo Nacional de Salud, Comité Nacional de *APV*, participación de gobernadores y secretarios estatales de salud).
- Actualizar los lineamientos técnicos del programa de acuerdo a las experiencias operativas y a las recomendaciones de expertos.
- Rediseñar los lineamientos normativos de *APV* que permitan, mejorar los puntos débiles encontrados en casi todas las zonas certificadas (sistemas de referencia y contrarreferencia; censo casa por casa; transporte seguro).
- Hacer una reorientación operativa del programa para asignar mayor peso a la atención de urgencias obstétricas, además de la aplicación del enfoque de riesgo.
- Incrementar la sinergia entre programas preventivos y operativos de salud que tengan interrelación con la salud materna y perinatal, tales como inmunizaciones, planificación familiar, prevención de VIH y *Oportunidades*, entre otros.

II. CERTIFICACIÓN DEL PROCESO DE GENERACIÓN DE ESTADÍSTICAS SOBRE MORTALIDAD MATERNA

INTRODUCCIÓN

Desde hace varias décadas, la Secretaría de Salud ha mostrado interés en la generación de estadísticas de salud como un instrumento importante para diagnosticar la situación de México y para orientar las acciones de mejora de la atención médica.

Durante los últimos seis años, el sector salud ha redoblado esfuerzos para reducir las disparidades que afectan la salud materna e infantil de la población. El compromiso asumido por el Gobierno de México, de reducir en tres cuartas partes el nivel de la mortalidad materna registrado en 1990 para el año 2015, en concordancia con la Declaración del Milenio, propició no sólo que se reforzaran los servicios, mediante las estrategias planteadas por el *Programa APV*, sino que se hiciera un esfuerzo inédito por mejorar la captación de los datos de muerte materna, a fin de conocer de manera más precisa la realidad del país.

Una de las acciones más relevante de la SSA para encarar el problema de la mortalidad materna fue la publicación en el *Diario Oficial de la Federación* del “ACUERDO por el que se establece la aplicación obligatoria en las instituciones públicas y privadas del Sistema Nacional de Salud, de los componentes sustantivos y estratégicos del *Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida* y de la vigilancia epidemiológica activa de las defunciones maternas.” (Diario Oficial, 2004, p.70). Este último aspecto propició que las muertes maternas ocuparan un lugar prioritario en la vigilancia epidemiológica del país. Asimismo, se establecieron acciones para documentar y reportar de manera inmediata a las autoridades sanitarias de los tres órdenes de gobierno cualquier fallecimiento por causa obstétrica que se presentara en el país.

Desde la creación del Sistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones (SEED) en 1989, se han realizado mejoras a la captación de los datos de defunciones, pero es hasta los años recientes que se hace un esfuerzo de carácter nacional relativo a la información de la mortalidad materna. Existe evidencia que indica que las estadísticas mexicanas en esta materia presentaban un subregistro mayor a 40 por ciento a

finales del siglo XX, debido a una subcobertura del registro de muertes maternas y a una mala clasificación de las causas de mortalidad.

Con el objeto de corregir estas fallas en la calidad del dato, la Secretaría de Salud, a través de su Dirección General de Información en Salud, instrumentó una serie de medidas correctivas que involucran desde las áreas de estadística de cada entidad federativa, hasta las oficinas centrales del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática del Gobierno Federal. En este sentido, se estableció un acuerdo entre la SSA y el INEGI para integrar las muertes mal clasificadas, identificadas por la SSA, en las bases del INEGI.

En esta sección se describe, de manera sintética, el procedimiento seguido para verificar el cumplimiento de las medidas instrumentadas para mejorar la calidad del dato de mortalidad materna, así como las opiniones técnicas de los certificadores en cuanto a: la idoneidad del método aplicado, el avance alcanzado en la implementación del método en la operación cotidiana de los servicios y los resultados obtenidos por la SSA en la mejora de la calidad de las estimaciones.

1. METODOLOGÍA

La certificación de las acciones instrumentadas para mejorar el registro y las estadísticas de la mortalidad materna se enfocó a la revisión de la implementación de la metodología desarrollada por la Secretaría de Salud, denominada Método de RAMOS Modificado. Como todo sistema nuevo su introducción requiere de la definición de un sistema de normas y procedimientos, del conocimiento y comprensión de la importancia del nuevo procedimiento por el personal a cargo de operarlo, de la capacitación al personal relevante en la aplicación del procedimiento y en la puesta en marcha de mecanismos de supervisión. Por ello, se eligieron los siguientes elementos a ser considerados en el proceso de certificación:

- Eficacia en la implantación
- Concienciación/ sensibilización y capacitación
- Mecanismos/ elementos de agilización del procedimiento
- Coordinación y supervisión
- Colaboración entre el INEGI y la DGIS

Para realizar el proceso de verificación se utilizaron diversas técnicas, como la realización de entrevistas individuales a informantes clave de las oficinas centrales, visitas de campo y observación directa de los procesos en diversos hospitales, observación participante en uno de los talleres de capacitación y aplicación de una encuesta semiestructurada dirigida a los representantes de los departamentos de Estadísticas de Salud de las entidades federativas, así como la revisión de los materiales elaborados por la DGIS que documentan uno o más aspectos de los procedimientos y de la metodología, además de la bibliografía relevante.

El sistema de registro de las defunciones en el país y medidas instrumentadas por la Secretaría de Salud

La Secretaría de Salud cuenta desde 1989 con el Sistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones (SEED), con el propósito de disponer de información oportuna para actuar de manera inmediata. Este sistema se alimenta de los certificados de defunción que entrega el Registro Civil a la Secretaría de Salud rutinariamente (semanalmente). Además, el Registro Civil entrega una copia de estos certificados al INEGI, institución responsable de las estadísticas vitales, las cuales constituyen la fuente oficial de las estadísticas de mortalidad del país.

Ambas fuentes de información adolecen de los siguientes dos problemas: mala clasificación de la causa de muerte y cierto grado de omisión en el registro de las defunciones, debido a que los deudos no acuden al registro civil a registrar la muerte (o lo hacen muy tardíamente).

Cabe señalar, que las acciones de mejora de la calidad del dato, instrumentadas por la SSA, se concentran en el primer tipo de problemas, a saber en la corrección de errores relativos a la mala clasificación de la causa de la defunción (lo que generalmente conduce a una omisión de muertes maternas que fueron clasificadas en otro tipo de causa). El segundo tipo de omisión, que corresponde a la subcobertura del registro de las defunciones, es relativamente bajo en México porque el mayor número de muertes ocurre en hospitales o son certificadas por médicos, lo que favorece su registro.

La Secretaría de Salud, con base en la información del SEED, hace una selección de casos de mujeres fallecidas en edad reproductiva de 46 causas de muerte no maternas, que suelen encubrir fallecimientos por causas obstétricas. De estos casos se solicita a las oficinas estatales recabar una serie de datos de los expedientes clínicos para verificar si es una muerte materna mal clasificada, y proceder a corregir las bases de datos del SEED y de las estadísticas vitales.

El Método RAMOS y el RAMOS Modificado

Identificar y medir la muerte materna no es sencillo por su naturaleza. Sin embargo, de los diversos métodos que existen para estimar este tipo de mortalidad destaca la metodología de RAMOS (Reproductive Age Mortality Survey). Este método busca estimar el grado en que se presenta una mala clasificación de las muertes maternas en las estadísticas vitales, para lo cual se realiza una entrevista a los hogares de todas las mujeres fallecidas en edad reproductiva (independientemente de la causa) en un periodo predeterminado, así como también a los proveedores (oficiales e informales tales como comadronas, curanderos, etc.) de servicios de salud que las atendieron, y se hace una revisión de sus expedientes clínicos. A pesar de ser la herramienta que probablemente proporcione la estimación de mortalidad materna más confiable, se encuentra también entre las más costosas y complejas para ser realizada a escala nacional de forma regular.

Dadas estas dificultades, la SSA diseñó y puso en operación, a partir del año 2003, la Metodología RAMOS Modificada. Esta metodología parte de la información contenida en el SEED, sobre defunciones de mujeres fallecidas en edad reproductiva (15 a 49 años) y, en contraste con el método de RAMOS, selecciona sólo los casos de muerte de 46 causas de defunción. La selección de estas 46 causas la hizo la SSA en consulta con expertos en la materia y se considera que en ellas se encubren con mayor frecuencia fallecimientos por causas maternas.

Para verificar la causa de muerte se recolecta de manera sistemática la información clínica de cada caso, el certificado de defunción, los resultados de necropsias, los dictámenes de los comités de mortalidad, las notificaciones de muerte materna, las aclaraciones de los certificantes y las autopsias verbales. Con base en esta información, las oficinas de estadística de los estados, en coordinación con las áreas de epidemiología y de salud reproductiva analizan los casos, determinan si la causa de muerte estuvo mal clasificada y reportan sus resultados a

la Dirección General de Información en Salud (DGIS), que es la oficina de la SSA, responsable en la materia, a nivel federal. Los casos descubiertos por esta inspección, con sus diagnósticos, son incorporados a las estadísticas de muerte materna confirmadas con lo que se corrige el número y las causas. Para las defunciones maternas en las que se aclaró el diagnóstico se corrige la codificación inicial y se modifica la base de datos.

El cuadro siguiente muestra las diferencias básicas entre las dos metodologías.

Características de los métodos RAMOS y RAMOS Modificado

CARACTERÍSTICAS	RAMOS	RAMOS Modificado
EDAD		
Mujeres en edad 15-49	SÍ	SÍ
MUERTES DE MUJERES EXAMINADAS		
Muertes por cualquier causa	SÍ	NO
Muertes por causas obstétricas	SÍ	SÍ
Muertes por causas no obstétricas. Verificación de 46 causas de muerte posibles de encubrimiento obstétrico	SÍ	SÍ
FUENTE		
Encuesta de mort. para mujeres en edad reproductiva	SÍ	NO
Estadísticas vitales	SÍ	SÍ
Estadísticas de salud, datos hospitalarios, etc.	SÍ	SÍ
Estudios de comunidad	SÍ	SÍ
Necropsia	SÍ	SÍ
Autopsia verbal	SÍ	SÍ
Aclaración del certificador	SÍ	SÍ
FRECUENCIA DE LA APLICACIÓN DEL MÉTODO		
Continua	NO	SÍ
Ocasional	SÍ	NO
TIPO DE LABOR		
Muy intensiva	SÍ	NO
Intensiva	NO	NO
Intermedia	NO	SÍ
COSTOS		
Muy Alto	SÍ	NO
Alto	NO	NO
Regular	NO	SÍ

2. LOS RESULTADOS

Sobre la implementación del Método RAMOS Modificado

Eficacia en la implantación

A pesar del corto tiempo transcurrido entre el inicio de la aplicación del Método de RAMOS Modificado (2003), se puede considerar que su implementación ha sido efectiva y exitosa, ya que se logró adoptar en todo el país. Actualmente cada uno de los estados, independientemente del nivel de desarrollo, ha logrado mejorar la calidad del dato de mortalidad materna.

Concienciación, sensibilización y capacitación

La DGIS ha dado cuatro cursos de formación de instructores para la aplicación del Método RAMOS Modificado. Sin embargo, a fin de llegar a todas las jurisdicciones y hospitales del país, se han organizado otros cursos con la participación y apoyo financiero parcial o total de las autoridades de salud de las entidades federativas. En todos estos cursos se ha contado con material didáctico audiovisual, así como equipo de cómputo y ejercicios para la realización de talleres prácticos. En cada entidad federativa se ha buscado que participen en estos cursos de capacitación el responsable de estadística de cada estado, así como el responsable de epidemiología y, en lo posible, el responsable de salud reproductiva.

Los procesos de capacitación se complementan con la constante comunicación para aclaración de dudas entre el nivel central y el nivel operativo en las entidades federativas. Se expresó, durante las entrevistas, la conveniencia de contar con un manual de procedimientos, específicamente diseñado para la aplicación del Método de RAMOS Modificado, el cual aún no ha sido elaborado.

Uno de los aspectos que más se destacó durante las entrevistas y la observación participante del Taller de Capacitación fue la elevada motivación y el compromiso del personal de salud, sobre todo de las áreas de estadística, de los gobiernos federal y estatales, por mejorar el registro de la muerte materna.

*Cumplimiento oportuno en el envío
de la documentación de las causas de muerte*

A pesar de que existe un amplio consenso entre los responsables de las áreas de estadística para mejorar la calidad del dato, el cumplimiento de las oficinas estatales en el envío de la documentación para validar el fallecimiento de las mujeres clasificadas en alguna de las 46 causas seleccionadas es heterogéneo, lo cual no está relacionado con el nivel de desarrollo o de los recursos con que cuenta cada entidad, sino con otros aspectos como la concienciación y voluntad local para mejorar la calidad del dato de la mortalidad materna. Por ejemplo, Guerrero y Oaxaca presentan un envío de la información complementaria indispensable para confirmar la muerte materna “muy buena” (con 90-95% de documentación enviada), a la vez que el estado de México sólo logra enviar la documentación en menos de la mitad de los casos sospechosos (47%).

La revisión y corrección de las causas de muerte a nivel local es, asimismo, compleja, debido a errores recurrentes que derivan en un mal llenado de los Certificados de Defunción. Los problemas son diversos, pero entre los más comunes destacan el que se omita especificar adecuadamente las causas de la muerte o que éstas no sigan un orden cronológico de las complicaciones, lo cual impide conocer cómo se desarrolló el episodio de muerte para poder precisar la causa de ésta. Asimismo, el personal médico tiende a usar abreviaturas no formales que pueden conducir fácilmente a interpretaciones equivocadas. La mejora del llenado del Certificado de Defunción no ha formado parte de los esfuerzos instrumentados por la DGIS para mejorar la calidad del registro, ni está contemplado en el Método de RAMOS Modificado. Sin embargo, es un aspecto que la Secretaría de Salud (no necesariamente la DGIS) debería promover, a fin de aspirar a contar con procesos de registro que generen datos más confiables, lo que a largo plazo haría innecesario aplicar métodos de corrección como el utilizado en la actualidad.

Coordinación y supervisión

Otro de los problemas que surgen en el proceso de aplicación del Método RAMOS Modificado es la necesaria coordinación y cooperación de las áreas de estadística, epidemiología y salud reproductiva, así como

del personal médico de los hospitales generales, integrales y centros de salud, para determinar si es necesario modificar la causa de muerte de los fallecimientos analizados. En este sentido, se recomienda fortalecer la normatividad existente a fin de dar mayor claridad sobre las funciones y responsabilidades de los distintos niveles de atención y del personal médico involucrado en la atención de las mujeres fallecidas, así como de los propios Comités de Morbi-Mortalidad Materna y Perinatal en la aplicación del Método RAMOS Modificado.

Colaboración entre el INEGI y la DGIS

A partir de la aplicación del RAMOS Modificado se ha fortalecido la colaboración entre la Secretaría de Salud, a través de la DGIS, y el INEGI. Las dos instituciones han participado en la capacitación de codificadores e instructores en codificación de información médica a lo largo de estos años y en la difusión del procedimiento para la búsqueda intencionada de muertes maternas. A diferencia de lo que sucedía en el pasado, ahora ambas instituciones se retroalimentan, hay mayor intercambio de información, las bases de datos contienen el número de folio para identificar a la persona, lo que antes no ocurría. Se ha desarrollado una amplia comunicación y confianza entre estas dos instituciones y, además, ambas tienen el compromiso de mejorar la calidad de sus estadísticas. Se ha planteado para un futuro cercano automatizar el sistema y entonces tener una sola estadística, acción que implicaría una gran mejora en la calidad del dato de muerte.

Sobre las mejoras en el número de muertes debido al Método RAMOS Modificado

El número de muertes maternas añadidas a la base del SEED y del INEGI ha sido significativo, aunque no homogéneo en todos los estados. Durante el periodo 2002-2005, la base final del SEED logró un aumento anual de 15% en promedio en las muertes maternas directas y tardías confirmadas mediante la aplicación del Método RAMOS Modificado, lo que corresponde a un incremento de 13% en promedio de muertes maternas directas debido a la corrección de defunciones mal clasificadas.

*Sobre las opiniones de los estadísticos,
los ginecobstetras de hospitales
y los responsables de salud reproductiva*

Los cambios reconocidos como los más importantes para la mayoría de las entidades fueron:

- El apoyo que brindan las oficialías del Registro Civil para completar los registros del SEED.
- La capacitación constante al personal de nuevo ingreso.
- La asesoría mensual a los encargados de codificar en jurisdicciones y hospitales.
- La evaluación mensual del correcto llenado del certificado.
- La mayor coordinación de las tres áreas, salud reproductiva, epidemiología y estadística.

Entre los principales aspectos que faltan por hacer o mejorar, señalados en algunas entidades destacan:

- Mayor coordinación con el área de epidemiología.
- Mayor capacitación continua a los codificadores.
- Mayor acceso al Registro Civil para obtener el acta de defunción.
- Mayor coordinación con el Ministerio Público.
- Refrendar por lo menos una vez al año la norma oficial médica respecto a la operación y responsabilidad.
- Crear una cultura de buena certificación entre el personal de salud.

Algunas propuestas para acciones futuras:

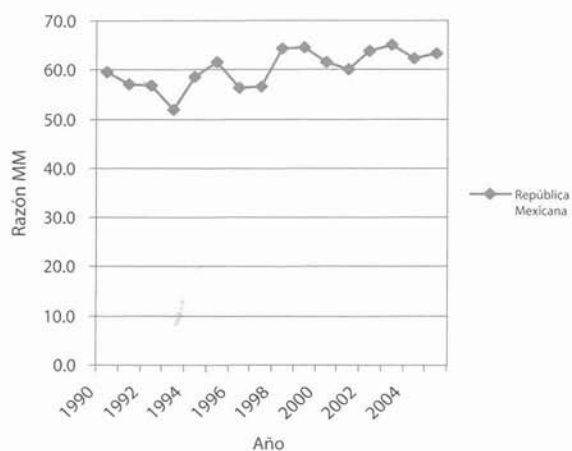
- Contar con una tercera copia del Certificado de Defunción que sea remitida a la Secretaría de Salud o a los servicios de salud por la persona que lo llena para mejorar la base del SEED.
- Asignar presupuesto para que la autopsia verbal sea realizada por una persona externa.
- Desarrollar una cultura de la calidad del dato.

El nivel de la mortalidad materna

La Razón de Mortalidad Materna (RMM) es el número de muertes maternas dividido entre el número de hijos nacidos vivos registrados en un año específico multiplicado por 100,000 nacidos vivos.

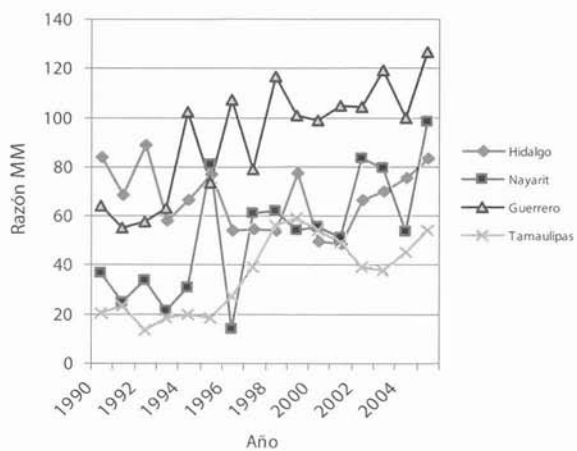
- La RMM del país no muestra una tendencia de cambio en el periodo 2002-2005 (véase gráfica 1).
- Existen diferencias en la velocidad de implementación y en el impulso que se le ha dado a la aplicación del método de corrección de las causas de defunción de mujeres.
- El numerador puede presentar distintos escenarios según el estado y reflejarse en las tendencias de la razón de mortalidad materna. Ejemplo de algunas de ellas:
 - En ciertos estados con subregistro de la muerte materna pudiera lograrse un mejor registro reciente y mostrar en la razón de mortalidad materna una tendencia a la alza (véase gráfica 2).
 - En otros estados pudieran darse mejoras en la calidad del dato de mortalidad y en la prevención de las muertes, lo que tendría como resultado un descenso en la tendencia de la mortalidad (véase gráfica 3).
- Con el Método RAMOS Modificado se ha avanzado en la calidad del numerador —el dato de muerte materna—, pero un problema no resuelto aún es la deficiencia del denominador —el número de nacimientos. Sin una buena estadística de nacimientos estamos imposibilitados para obtener una estimación de la mortalidad materna precisa.
 - La RMM para 2005 es 63.4 por 100,000 nacidos vivos utilizando la estimación de los nacimientos de CONAPO (Consejo Nacional de Población), mientras la RMM es 47.2 por 100,000 nacidos vivos al utilizar los nacimientos de las estadísticas vitales. Cabe señalar que las estadísticas vitales de nacimientos no son muy confiables, por lo que, en general, se utilizan las estimaciones de nacimientos de CONAPO.

Gráfica 1. Tendencia RMM del país



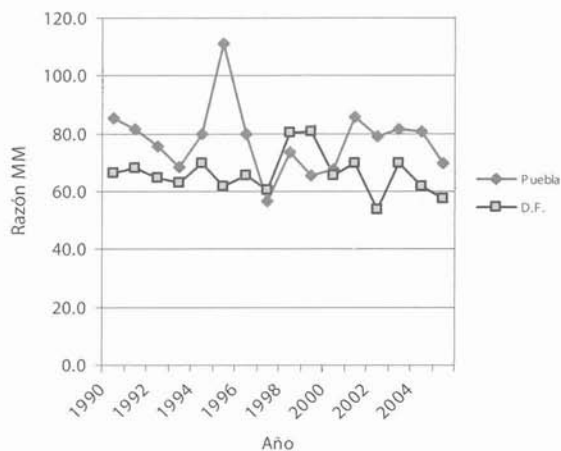
Fuente: Estimaciones propias con base en DGIS: defunciones maternas y CONAPO: nacimientos.

Gráfica 2. Tendencia RMM del país al alza



Fuente: Estimaciones propias con base en DGIS: defunciones maternas y CONAPO: nacimientos.

Gráfica 3. Tendencia RMM fluctuante a la baja



Fuente: Estimaciones propias con base en DGIS: defunciones maternas y CONAPO: nacimientos.

3. CONCLUSIONES

El dato de defunciones maternas se ha mejorado a lo largo del tiempo, pero es a partir de la instrumentación del *Programa Nacional de Salud 2001-2006* que se dio un fuerte impulso a la búsqueda de un dato de mortalidad materna de calidad, que permitiera dar seguimiento y evaluar los logros en la mejora de los procesos de atención obstétrica. Además, constituye un indicador básico para el seguimiento del cumplimiento de los Objetivos del Desarrollo del Milenio. Esta posición se vio aun más estimulada con el Acuerdo sobre la obligatoriedad de los componentes sustantivos y estratégicos del *Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida* y de la vigilancia epidemiológica activa de las defunciones maternas de noviembre 2004.

Entre las acciones que se llevaron a cabo está la introducción en 2003, por parte de la DGIS, de un nuevo procedimiento denominado Método de RAMOS Modificado que mejora la calidad del dato mediante la búsqueda intencionada de las muertes maternas. En corto tiempo se ha logrado mejorar el registro de las defunciones por causas maternas.

Los logros:

- 1) La calidad del dato de mortalidad materna se ha mejorado a lo largo del tiempo, gracias a la aplicación del Método RAMOS Modificado.
- 2) Esta propuesta metodológica ha sido una buena opción ya que maximiza los recursos disponibles en el país, es decir, implanta un sistema dentro de las estadísticas continuas de SEED y del INEGI.
- 3) Se logró capacitar al personal de estadística de cada una de las entidades federativas sobre el Método RAMOS Modificado.
- 4) El proceso de búsqueda intencionada de muertes maternas (Método RAMOS Modificado) se implantó en todo el país. La eficacia de la implementación de este procedimiento varía por estado y, por consiguiente, existen diferencias aún no cuantificadas en la cobertura de muertes maternas registradas en las entidades federativas.
- 5) La base final de SEED ha logrado un aumento promedio anual de 15 por ciento en el registro de las muertes maternas directas y tardías confirmadas respecto a la base original en el periodo 2003-2005.
- 6) En general, los representantes de las áreas de estadística presentan un alto grado de compromiso en cuanto a la importancia de generar un dato de mortalidad materna de buena calidad.
- 7) Se alcanzó una colaboración efectiva entre la Secretaría del Salud, el Registro Civil y el INEGI para mejorar el dato de muertes maternas; y, al interior de la Secretaría de Salud, se consiguió establecer una mayor coordinación en tres áreas: salud reproductiva, epidemiología y estadística.

Lo que hace falta:

- 1) Consolidar la capacidad local para aplicar de manera homogénea los procedimientos del Método RAMOS Modificado en las entidades federativas del país.
- 2) Continuar con la tarea de mejorar la calidad de la información y contribuir al establecimiento explícito de prioridades.

- 3) Identificar debilidades y problemas así como áreas de oportunidad para fortalecer el Sistema Nacional de Información en Salud, que van desde aspectos operativos/organizacionales hasta legislativos.
- 4) Buscar mecanismos que permitan fortalecer las alianzas y franquear las barreras interinstitucionales en el corto plazo para continuar con mejoras en la calidad de los datos de muerte materna.
- 5) Continuar los esfuerzos para disminuir el subregistro de la muerte materna, pues hasta el momento la prioridad ha sido corregir su mala clasificación.
- 6) Valorar la conveniencia de añadir una tercera copia al Certificado de Defunción, la cual se entregaría de forma inmediata y directa a la Secretaría de Salud sin tener que llegar al Registro Civil, para evitar la pérdida de información de las muertes certificadas, fuera y dentro del hospital.
- 7) Promover con los médicos un mejor llenado de expedientes y certificados.
- 8) Apoyar y buscar activamente la mejora de las estadísticas de nacimientos, área que hasta el momento compete al INEGI pero que forma parte de la estimación de mortalidad materna (denominador de la razón de mortalidad materna), ya que una calidad deficiente de los nacimientos encubre los niveles reales de mortalidad materna.
- 9) Elaborar un manual acerca del nuevo procedimiento de RAMOS.
- 10) Como parte del desarrollo de una cultura de la calidad del dato, fortalecer los canales de difusión, así como el acceso y uso de la información.

Desafíos para el futuro:

- 1) No hay duda de que se ha avanzado en mejorar la calidad de la información de las muertes maternas; pero, debido al corto tiempo que tiene de haberse instrumentado la Metodología RAMOS Modificado, el principal desafío lo representa su permanencia como un procedimiento continuo independientemente de los cambios en el gobierno.
- 2) Crear una cultura de buena certificación entre los médicos para

resolver el problema del mal llenado de los formatos y del Certificado de Defunción, y lograr un mejor manejo de las causas de la CIE10.⁹

- 3) Incorporar al sistema de información de salud, la muerte materna no registrada y no certificada por los médicos.
- 4) Establecer los registros médicos electrónicos que puedan interoperar dentro del sistema de información de salud y el sistema de estadísticas vitales.

⁹ CIE10 se refiere a la Clasificación Internacional de Enfermedades. Edición original en inglés: ICD10, International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (c) Ginebra, OMS, 1992.