

Certificación Internacional
del **Programa Arranque Parejo en la Vida**
y Certificación del Proceso de Generación de Estadísticas
sobre Mortalidad Materna

Informe Ejecutivo



*Certificación Internacional del Programa Arranque
Parejo en la Vida y del Proceso de Generación
de Estadísticas sobre Mortalidad Materna.
Informe Ejecutivo*

Primera edición: 2006

D.R. Secretaría de Salud
Centro Nacional de Equidad de Género
y Salud Reproductiva
Homero 213, piso 7
Colonia Chapultepec Morales
Delegación Miguel Hidalgo C.P. 11570
México, D.F.

Impreso y hecho en México
Printed and made in México

Se imprimieron 1000 ejemplares
Se terminó de imprimir en noviembre de 2006
ISBN: 970-721-400-7

Esta publicación fue elaborada por:
Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA /
Organización Panamericana de la Salud, OPS / Secretaría de Salud, ss

Comité Directivo del Proceso de Certificación Internacional:
Dra. Patricia Uribe Zúñiga, Directora General del Centro Nacional de
Equidad de Género y Salud Reproductiva; Dr. Rafael Lozano Ascen-
cio, Director General de Información en Salud; Dr. Gregorio Pérez
Palacios, Director del Instituto Nacional de Perinatología;
Sr. Arie Hoekman, Representante del Fondo de Población de las
Naciones Unidas para México; Sr. Jacobo Finkelman, Representante
en México de la Organización Panamericana de la Salud.

Coordinación General del Proceso de Certificación Internacional
del *Programa APV*:
Lic. Elena Zúñiga Herrera

Citación Sugerida: ss. UNFPA, OPS, *Certificación Internacional
del Programa Arranque Parejo en la Vida. Informe Ejecutivo*.
México, D.F. ss-UNFPA, 2006.

Cualquier parte de este documento o su totalidad, podrá reproducirse
sin permiso de la Secretaría de Salud, siempre y cuando se reconozca
y cite la fuente; y la información no sea utilizada con fines de lucro.
Se agradecerán los comentarios y sugerencias de las y los lectores.
Este documento se distribuye de forma gratuita y para fines exclusivos
de capacitación del personal de salud.

DIRECTORIO INSTITUCIONAL SECRETARÍA DE SALUD

DR. JULIO FRENK MORA
Secretario de Salud

DR. ENRIQUE RUELAS BARAJAS
Subsecretario de Innovación y Calidad

DR. ROBERTO TAPIA CONYER
Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud

LIC. MA. EUGENIA DE LEÓN-MAY
Subsecretaria de Administración y Finanzas

DR. JAIME SEPÚLVEDA AMOR
Coordinador General de los Institutos Nacionales de Salud

LIC. MARÍA EUGENIA GALVÁN ANTILLÓN
Titular del Órgano Interno de Control en la Secretaría de Salud

LIC. IGNACIO IBARRA ESPINOSA
Director General de Asuntos Jurídicos

LIC. ADRIANA CUEVAS ARGUMEDO
Directora General de Comunicación Social

DR. RAFAEL LOZANO ASCENCIO
Director General de Información en Salud

DRA. PATRICIA URIBE ZÚÑIGA
*Directora General del Centro Nacional de Equidad de Género
y Salud Reproductiva*

DRA. LOURDES QUINTANILLA RODRÍGUEZ
Directora General Adjunta de Salud Materna y Perinatal

Agradecimientos

El Comité Directivo del Proceso de Certificación del *Programa Arranque Parejo en la Vida* agradece y reconoce la valiosa labor desempeñada por la coordinadora general y los integrantes del grupo técnico en el diseño, instrumentación y análisis de este proceso y en la elaboración de este reporte. Se agradece, asimismo, la participación de COMUNITEC, particularmente a su directora, Beatriz Mansur Macías, que tuvo a su cargo la realización y análisis de las entrevistas y grupos focales a usuarias de los servicios y parteras rurales. Finalmente, destacamos la labor de Gabriela Rivera, del UNFPA, en el apoyo logístico de la investigación. Expresamos nuestro agradecimiento a las autoridades de salud de Morelos y Guanajuato por permitirnos realizar las pruebas piloto del estudio en sus redes de servicios, así como a las autoridades de salud de los estados de Chiapas, Michoacán, Puebla, Querétaro, San Luis Potosí y Veracruz por su apoyo irrestricto en el proceso de certificación y, particularmente, a los equipos de las jurisdicciones sanitarias de Comitán, Uruapan, Tehuacán, San Juan del Río, Tamazunchale y Coatzacoalcos por su invaluable colaboración y total apertura en este proceso.

Integrantes del Grupo Técnico

Elena Zúñiga Herrera, Coordinadora General
Fernando Barros, experto internacional de la OPS
Gustavo Bergonzoli, experto internacional de la OPS
Betzabé Butrón, experta internacional de la OPS
Esperanza Delgado Herrera, asesora del CNEGYSR de la SS
Javier Domínguez del Olmo, experto internacional del Equipo de Apoyo Técnico del UNFPA
Fátima Juárez, Investigadora de El Colegio de México
Sofía Reynoso Delgado, asesora del CNEGYSR de la SS
Silvia Roldán, asesora del CNEGYSR de la SS

Diseño gráfico y editorial: Maritza Moreno Santillán
Ilustración de la portada: Agustín López Delgadillo

ÍNDICE

Antecedentes	/9
<i>I. Certificación del Programa Arranque Parejo en la Vida</i>	/11
Introducción	/11
1. Metodología	/11
Universo del estudio	/13
Técnicas de recolección de la información	/13
Resultado de campo	/13
Análisis de la información y proceso de calificación	/14
2. Resultados	/16
Comitán, Chiapas	/16
Uruapan, Michoacán	/18
Tehuacán, Puebla	/20
San Juan del Río, Querétaro	/22
Tamazunchale, San Luis Potosí	/24
Coatzacoalcos, Veracruz	/26
3. La perspectiva de las usuarias de los servicios de APV	/28
Atención prenatal	/28
Riesgo obstétrico	/29
Participación comunitaria	/29
Uso de la red de servicios	/30
Atención del parto	/30
Costo de los servicios	/31
Puerperio	/31
Atención del recién nacido	/31
Anticoncepción	/32
4. Comportamiento general de las redes de servicios y principales desafíos para la administración nacional del <i>Programa APV</i>	/32
5. Recomendaciones	/43
<i>Certificación del proceso de generación de estadísticas sobre mortalidad materna</i>	/49
Introducción	/49
1. Metodología	/50
El sistema de registro de las defunciones en el país y medidas instrumentadas por la Secretaría de Salud	/51
El Método RAMOS y el RAMOS Modificado	/52

2. Resultados	/54
Sobre la implementación del Método RAMOS Modificado	/54
Sobre las mejoras en el número de muertes debido al Método RAMOS Modificado	/56
Sobre las opiniones de los estadísticos, los ginecobstetras de hospitales y los responsables de salud reproductiva	/57
El nivel de la mortalidad materna	/58
3. Conclusiones	/60

ANTECEDENTES

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

Los objetivos del Programa APV son los siguientes:

1. Lograr una cobertura universal y condiciones igualitarias de atención con calidad a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio, así como a las niñas y niños desde antes de su nacimiento y hasta los dos años de edad;
2. Disminuir la mortalidad materna, con prioridad en las regiones con mayor incidencia y número de defunciones;
3. Disminuir la mortalidad neonatal e infantil y prevenir los defectos al nacimiento para reducir las diferencias entre las diversas regiones del país; y
4. Conjuntar los esfuerzos de sociedad y gobierno para la operación del Programa de acción: "Arranque Parejo en la Vida".¹

Para alcanzar estos objetivos, el *Programa APV* ha definido cuatro componentes sustantivos (embarazo saludable, parto y puerperio seguros, recién nacido sano, y niños y niñas bien desarrollados) y cuatro componentes estratégicos (desarrollo humano; red social y participación comunitaria; monitoreo y evaluación; y, fortalecimiento de la estructura de los servicios).

El *Programa APV* propone un enfoque novedoso e integral de los servicios de atención materna e infantil y pone énfasis en la reducción de la mortalidad materna y perinatal. A diferencia de los enfoques anteriores, que centraban sus esfuerzos, primero, en la ampliación de la

¹ Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud 2002. Programa de acción: "Arranque Parejo en la Vida"

cobertura y, después, en la identificación y atención oportuna de las mujeres con riesgo obstétrico, el *Programa APV*, a la vez que reconoce esas necesidades, asigna un renovado énfasis al manejo de las urgencias obstétricas.

En la coyuntura de finales de la administración 2001-2006, del Gobierno Federal, y bajo los principios de transparencia y rendición de cuentas, la Secretaría de Salud (SS) decidió impulsar un proceso de certificación externa, con la participación del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que permitiera determinar el grado de desarrollo alcanzado por el Programa.

Objetivos generales de la certificación

- Determinar el grado de conocimiento y cumplimiento de los principales componentes y procedimientos del programa.
- Determinar el grado de incorporación de dichos componentes en la operación rutinaria de los servicios.
- Identificar aquellos aspectos del programa que son susceptibles de ser mejorados.
- Valorar los procedimientos instrumentados para mejorar la captación del número de defunciones maternas, así como identificar las fortalezas y debilidades del sistema de información en la materia.

La estrategia de la Secretaría de Salud con el Fondo de Población de las Naciones Unidas y la Organización Panamericana de la Salud también tuvo como propósito generar un modelo de certificación del *Programa APV* que pudiese ser replicable en el tiempo, así como aplicable en otras entidades y redes de servicios. Los resultados del proceso de certificación se describen en los siguientes dos apartados, en el primero de los cuales se aborda la metodología, los resultados y las recomendaciones de la certificación del *Programa APV* en seis redes de servicios, mientras que en el segundo, se describe el proceso correspondiente a la certificación de la generación de los datos y estadísticas de la mortalidad materna.

I. CERTIFICACIÓN DEL PROGRAMA ARRANQUE PAREJO EN LA VIDA

INTRODUCCIÓN

En este apartado se presenta una síntesis del proceso de certificación del *Programa Arranque Parejo en la Vida (APV)*, mediante cuatro pequeños capítulos. En el primero de ellos, se describen brevemente las principales características de la aproximación metodológica utilizada para la certificación. En el segundo, se hace una síntesis de los principales resultados obtenidos por cada una de las seis redes de servicios seleccionadas. En el tercero, se señalan las principales áreas de oportunidad para la administración nacional del programa que se desprenden de la revisión de los procedimientos de *APV*, y que podrían contribuir tanto a consolidar los logros alcanzados, como a mejorar su desempeño. En el cuarto y último capítulo se presenta un conjunto de recomendaciones de utilidad para los operadores del Programa en las redes de servicios.

1. METODOLOGÍA

El proceso de certificación del *Programa Arranque Parejo en la Vida* fue dirigido por un Comité Directivo, integrado por los representantes en México del Fondo de Población de las Naciones Unidas y de la Organización Panamericana de la Salud, así como los titulares del Instituto Nacional de Perinatología (INPER), el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva y la Dirección General de Información en Salud de la Secretaría de Salud.

El proceso de certificación del *Programa APV* se basó en la observación sistemática de seis redes de servicios, incluyendo la jurisdicción sanitaria, el hospital con SINDIS,² el hospital general, la Posada AME,³ el hospital integral, un centro de salud urbano y un centro de salud rural. En éstos últimos se realizaron grupos focales a usuarias y entrevistas a parteras tradicionales.

La observación, el levantamiento de la información, el análisis y la elaboración del informe estuvo a cargo de un equipo técnico integrado por médicos y científicos sociales, tanto nacionales como internacionales.

² Servicios Integrales para la Prevención de la Discapacidad.

³ Posada de Asistencia a la Mujer Embarazada.

Unidades visitadas en cada una de las redes:

<i>Chiapas</i>	Jurisdicción Sanitaria de Comitán, HG Comitán, Clínica Sí Mujer Las Margaritas, Centro de Salud Urbano Trinitaria, Centros de Salud Rural de Independencia, Veracruz y Jalisco.
<i>Michoacán</i>	Jurisdicción Sanitaria de Uruapan, HG Uruapan, Clínica Sí Mujer Cherán, Centro de Salud Urbano Módulo 6 <i>Oportunidades</i> , Centro de Salud Rural Nahuátzen; Hospital Infantil Eva Zámamo de López Mateos (SINDIS), Morelia.
<i>Puebla</i>	Jurisdicción Sanitaria de Tehuacán, HG Tehuacán, Clínica Sí Mujer Coxcatlán, Centro de Salud Urbano Tehuacán; Centro de Salud Rural San Juan Atzingo; Hospital General de Puebla Eduardo Vázquez Nava (SINDIS), Puebla.
<i>Querétaro</i>	Jurisdicción Sanitaria de San Juan del Río, HG San Juan del Río, Centro de Salud Urbano Amealco, Centro de Salud Rural San Idelfonso Tultepec; Centro de Salud Rural Santiago Mexquititlán; Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer Dr. Felipe Nuñez Lara (SINDIS), Querétaro.
<i>San Luis Potosí</i>	Jurisdicción Sanitaria de Tamazunchale, HG Ciudad Valles, Clínica Sí Mujer Axtla de Terrazas, Centro de Salud Urbano Tamazunchale; Centro de Salud Rural Temalacaco; Hospital Central de San Luis Potosí Dr. Ignacio Moronez Prieto (SINDIS).
<i>Veracruz</i>	Jurisdicción Sanitaria de Coatzacoalcos, HG Coatzacoalcos, HG Minatitlán, HI Tonala-lapan, Centro de Salud Urbano Cosoleacaque, Centro de Salud Rural Pajapan; Hospital Regional de Veracruz (SINDIS).

Universo del estudio

Las seis redes de servicios que fueron seleccionadas entre las de mayor avance en el desarrollo del *Programa Arranque Parejo en la Vida* corresponden a las jurisdicciones de: Comitán, Chiapas; Uruapan, Michoacán; Tehuacán, Puebla; San Juan del Río, Querétaro; Tamazunchale, San Luis Potosí; y, Coatzacoalcos, Veracruz.

Técnicas de recolección de información

La estrategia general del proceso de certificación se basó en la comparación de los procedimientos y estrategias instrumentadas en la operación de los servicios con los establecidos bajo el marco normativo del *Programa APV*.

La metodología aplicada fue diseñada para sistematizar las observaciones de los grupos certificadores. Se trata esencialmente de una técnica cualitativa que no pretende ser representativa ni de todas las unidades que integran la red, ni de todos los procedimientos que se realizan al interior de cada una de ellas.

Las apreciaciones de los grupos se derivan de la aplicación de distintas estrategias de recolección de información como son:

- Entrevistas semiestructuradas a equipos de salud
- Observación y cotejo de equipos e insumos específicos
- Revisión de expedientes clínicos
- Grupos focales y entrevistas individuales a usuarias y parteras tradicionales

Resultados de campo

Número de cuestionarios y grupos focales realizados:

- 6 Entrevistas a equipos jurisdiccionales
- 7 Entrevistas a equipos de hospitales generales
- 5 Entrevistas a equipos de hospitales integrales
- 6 Entrevistas a equipos de centros de salud urbanos
- 9 Entrevistas a equipos de centros de salud rurales
- 109 Expedientes clínicos revisados

- 5 Entrevistas a equipos de hospitales con SINDIS
- 5 Entrevistas a responsables de Posadas AME
- 22 Grupos focales con mujeres usuarias de servicios
- 6 Grupos focales con parteras
- 1 Grupo focales con padres de familia
- 45 Entrevistas individuales a mujeres y padres de familia

Análisis de la información y proceso de calificación

El proceso de certificación puso énfasis en la verificación del cumplimiento de la normatividad y en la puesta en marcha de los componentes innovadores que integran el Programa. Se definieron ocho dimensiones para ser consideradas en la asignación de puntajes, las cuales son una adaptación de los componentes estratégicos y sustantivos del *Programa APV*: embarazo; parto y puerperio; recién nacido; participación social; estructura institucional; red de servicios; seguimiento de la morbi-mortalidad materna y perinatal; y enseñanza y capacitación.

Para cada uno de las ocho dimensiones de certificación se construyó un índice sintético, el cual se deriva del promedio de los valores de las variables implicadas en cada una de ellas y del número de observaciones (expedientes clínicos y/o unidades médicas). Se estandarizaron los valores de cada indicador, mediante la estimación del porcentaje que representa el valor obtenido respecto al valor máximo posible.

La calificación de la unidad resulta del promedio de los valores de las calificaciones de cada dimensión. Por último, se estimó la calificación de la red de servicios en su conjunto, que resulta del promedio de los valores obtenidos en cada una de las unidades de atención y la oficina jurisdiccional. El grupo técnico determinó que el valor mínimo para acreditar la certificación es 0.80, en una escala de 0 a 1.00. Este procedimiento de calificación permite que una red pueda ser certificada positivamente en su conjunto, aunque alguna de las unidades no logre alcanzar el valor umbral para acreditar su certificación de manera individual.

Cabe señalar que el proceso de certificación es válido para un periodo de tiempo limitado, ya que la instrumentación del *Programa Arranque Parejo en la Vida* puede avanzar o retroceder con relativa facilidad. Por ello, es recomendable establecer mecanismos periódicos de recertificación.

Índices e indicadores de certificación por componente

COMPONENTES				
1 Embarazo saludable (sólo para unidades médicas)	2 Parto y puerperio (sólo para unidades médicas)	3 Recién nacido (sólo para unidades médicas)	4 Participación social (unidades médicas y jurisdicciones)	5 Fortalecimiento de la estructura (unidades médicas y jurisdicciones)
Índices				
Seguimiento Riesgo obstétrico Control prenatal	Atención del parto Urgencia obstétrica Puerperio Traslado	Manejo del recién nacido	Vinculación con agentes comunitarios	Módulo MATER Posada AME SINDIS
Indicadores				
Censo/Registro Búsqueda de Inasistentes Identificación de riesgo Referencia o interconsulta Examen físico Manejo Adecuado Examen de laboratorio Consejería	Anticoncepción Recursos humanos Estructura física Equipo Insumos (caja roja) Disponibilidad de sangre No. de consultas en el puerperio Oportunidad 1ª consulta Disponibilidad de traslado Traslado vigilado de U.O.	Registro de Aplicación de tamiz neonatal Y BCG Vitamina K Cloranfenicol Atención por pediatra	Vinculación con grupos organizados Presidentes municipales Y OSC Parteras capacitadas Parteras informantes	Conocimiento del concepto, y de la ubicación del Módulo MATER, Posada AME, SINDIS Equipamiento y funcionamiento del Módulo MATER de la Posada AME y número de Posadas AME

COMPONENTES			
6 Red de servicios	7 Seguimiento de la Muerte Materna (sólo para hospitales y jurisdicciones)	8 Enseñanza (sólo para jurisdicciones)	
Índices			
(Unidades médicas) Referencia y contrarreferencia Red funcional	(Jurisdicciones) Red de servicios Equipo 4x4 Seguimiento de embarazadas	Comités de MMMP Vigilancia Epidemiológica	Programas de capacitación
Indicadores			
Existencia de hoja de referencia Existencia de contrarreferencia Conocimiento de la red Iniciativa para seguimiento de contrarreferencia Radio-comunicación	Organización de la Red Radio-comunicación Integración del equipo 4x4 Censo Seguimiento de los casos con riesgo obstétrico	Integración del Comité Funcionamiento Recomendaciones Notificación inmediata Aplicación de metodología RAMOS	Existencia de Cartas descriptivas Capacitación en: Planificación Familiar Urgencia Obstétrica Reanimación Neonatal

2. RESULTADOS

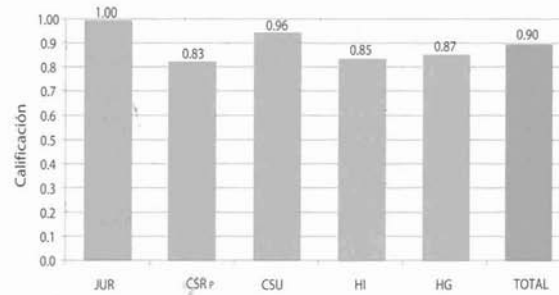
Comitán, Chiapas

El índice de desempeño del *Programa APV* en la red de servicios de Comitán es de 0.90, una de las más altas entre las seis redes visitadas. La oficina jurisdiccional destaca por haber obtenido el valor más alto posible (1.0) bajo el modelo de certificación utilizado. En esta red se visitaron un centro de salud urbano y tres centros de salud rural, tres de los cuales ocuparon el segundo lugar con la puntuación más alta —el Centro de Salud Urbano La Trinitaria y el Centro de Salud Rural con hospitalización Independencia, ambos con puntajes de 0.96, y el centro de salud rural Veracruz con 0.90—, mientras que los hospitales general e integral obtuvieron 0.87 y 0.84, respectivamente. Sólo el centro de salud rural de la comunidad de Jalisco obtuvo una calificación por debajo del estándar establecido como aceptable (0.63).

La oficina jurisdiccional cuenta con una amplio liderazgo en los servicios de salud, así como con una gran capacidad gerencial y de coordinación, lo que ha favorecido que se consolide el enfoque funcional de la red de servicios, con una buena comunicación e interconectividad entre los distintos niveles de atención, favoreciendo una mayor cobertura y mejor calidad de la atención de las mujeres embarazadas en su tránsito por la red. La reducción de la mortalidad materna se ubica entre las principales prioridades de la agenda de salud. Con ese propósito se ha logrado que los centros de salud y la misma oficina jurisdiccional conozcan, a través del censo comunitario, a las mujeres de su área de influencia que presentan riesgo obstétrico y realicen el seguimiento activo de las embarazadas. Comitán ha logrado facilitar el traslado de mujeres embarazadas que lo requieren de un nivel de atención a otro, a través de vehículos institucionales copatrocinados por las autoridades municipales, así como a través de otro programa estatal que cuenta con un fondo para préstamos a los miembros de la comunidad que requieren hacer pagos por el traslado a los centros de salud u hospitales.

La dimensión que, si bien obtuvo un índice aceptable, requiere más atención es la que corresponde a embarazo saludable. Los aspectos en los que se registraron las fallas son: en los centros de salud rurales de las localidades dispersas, se requiere facilitar el acceso a estudios de laboratorio, reforzar la referencia al Módulo MATER⁴ para la valoración de riesgo obstétrico y dotar de insumos básicos para la estabilización

⁴ Módulo de Atención para las Embarazadas de Riesgo.

Comitán, Chiapas: calificación por unidad de atención

Fuente: Certificación Internacional del Programa APV, 2006.

*Comitán, Chiapas**Calificación por dimensión, centros de salud rurales*

Indicadores	Embarazo Saludable 1	Parto y Puerperio 2	Recién Nacido 3	Particip. Social 4	Estruct. Institucional 5	Red de Servicios 6	Comité MMMP 7	Enseñanza 8	Total
CSR VERACRUZ	0.83	0.89	0.75	1.00	1.00	0.90	n.a.	n.a.	0.90
CSR JALISCO	0.87	0.61	0.00	1.00	0.50	0.80	n.a.	n.a.	0.63
CSR INDEPENDENCIA	0.94	0.90	1.00	1.00	1.00	0.90	n.a.	n.a.	0.96
Valor PROMEDIO	0.88	0.80	0.58	1.00	0.83	0.87	n.a.	n.a.	0.83

n.a.: no aplica.

*Comitán, Chiapas**Calificación por dimensión y unidad de atención*

Indicadores	Embarazo Saludable 1	Parto y Puerperio 2	Recién Nacido 3	Particip. Social 4	Estruct. Institucional 5	Red de Servicios 6	Comité MMMP 7	Enseñanza 8	Total
JUR	n.a.	n.a.	n.a.	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
CSR P*	0.88	0.80	0.58	1.00	0.83	0.87	n.a.	n.a.	0.83
CSU	0.98	1.00	1.00	1.00	1.00	0.80	n.a.	n.a.	0.96
HI	0.74	1.00	0.88	0.50	1.00	n.a.	1.00	n.a.	0.85
HG	0.81	0.80	1.00	1.00	0.60	n.a.	1.00	n.a.	0.87
TOTAL	0.85	0.90	0.87	0.90	0.89	0.89	1.00	1.00	0.90

n.a.: no aplica.

Nota: P*= Promedio.

de urgencias obstétricas. Por otra parte, en el Hospital Integral Las Margaritas sobresale la falta de contrarreferencias de las mujeres que llegan a valoración de riesgo, una irregular dotación de micronutrientes a las embarazadas en control, y la falta de interconsulta o referencia al ginecólogo en casos de riesgo. El centro de salud de la comunidad de

Jalisco, es el que se ubica en la localidad más alejada de los hospitales y el que más necesidades presenta en cuanto a estructura física e insumos para estabilizar una urgencia obstétrica, y donde menos se cumple con la aplicación de BCG⁵ y tamiz neonatal a los recién nacidos. En el hospital general es recomendable sistematizar la aplicación de tamiz neonatal y de la vacuna BCG en la atención del recién nacido, así como precisar el funcionamiento adecuado del Módulo MATER.

Uruapan, Michoacán

El índice de desempeño del *Programa APV* en la red de servicios de Uruapan ascendió a 0.78, cifra ligeramente por debajo de la calificación mínima aceptable para obtener la certificación. Esta situación se repite en todas las unidades visitadas, con excepción del Hospital Regional General de Uruapan que obtuvo una puntuación muy por encima del estándar establecido.

Muchos de los instrumentos y procedimientos diseñados por el programa están presentes en las unidades que integran la red de servicios. La jurisdicción ha identificado y dado a conocer entre sus unidades la organización por redes de servicios, para orientar las referencias con base en la capacidad de respuesta de cada uno de los establecimientos. Cuenta con programas de enseñanza que incluyen diversos temas de relevancia para el Programa, con excepción de la capacitación en reanimación neonatal. Han instalado los comités de análisis de la morbi-mortalidad materna y perinatal en la propia jurisdicción y en los hospitales, los cuales hacen un seguimiento puntual de las defunciones en la materia, y de ello han derivado recomendaciones y acciones de mejora. Asimismo, destaca el desempeño del Hospital Infantil en la aplicación de la estrategia SINDIS, para la atención de los recién nacido con complicaciones.

Para mejorar la operación de programa se requiere fortalecer principalmente el primer nivel de atención. Destaca en ese ámbito la necesidad de ampliar el acceso de las mujeres a los análisis de laboratorio y dar seguimiento a la realización de los mismos cuando han sido indicados por el personal médico. Es, asimismo, necesario, fortalecer la consejería durante el control prenatal y sistematizar y registrar adecuadamente las acciones de los componentes del puerperio y del recién

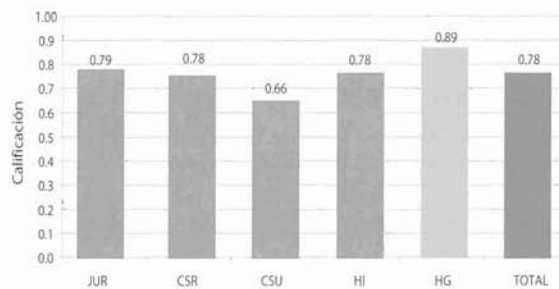
⁵ Esta vacuna protege contra la enfermedad de la tuberculosis. BCG quiere decir Bacilo Calmette Guerin.

nacido. Se requiere impulsar acciones proactivas que permitan a los equipos de salud identificar oportunamente a las embarazadas y promover la atención prenatal en el primer trimestre del embarazo, además de dar seguimiento a las mujeres que no regresan a consulta. El trabajo con las autoridades municipales para obtener apoyos para el traslado de las urgencias obstétricas es todavía incipiente, así como con otros organismos de la sociedad civil o grupos comunitarios.

Una falla que se presenta de manera similar en casi todas las redes del país que participaron en la certificación, es la recurrente ausencia de contrarreferencias en los expedientes clínicos, lo que puede traer consigo la pérdida de continuidad en la atención de las mujeres durante su tránsito por la red. El modelo actual, en el que es la oficina jurisdiccional la encargada de hacer las citas en los hospitales de las pacientes referidas por el primer nivel y de distribuir las contrarreferencias que elabora el hospital a los centros de salud parece no estar funcionando, a la vez que presiona fuertemente la carga de trabajo del equipo jurisdiccional.

Finalmente, sería conveniente valorar adecuadamente si se requieren o no los servicios de la Posada AME, la cual a pesar de haberse instalado hace más de un año no presta servicios. El Programa APV considera que la Posada puede otorgar un apoyo fundamental a las mujeres que viven en localidades alejadas del hospital, permitiéndoles acudir al servicio con oportunidad y reducir riesgos ante posibles complicaciones obstétricas. El ya contar con el espacio físico y las instalaciones de la Posada AME hace aún más urgente tomar esa decisión.

Uruapan, Michoacán: calificación por unidad de atención



Fuente: Certificación Internacional del Programa APV, 2006.

Uruapan, Michoacán
Calificación por dimensión y unidad de atención

Indicadores	Embarazo Saludable 1	Parto y Puerperio 2	Recién Nacido 3	Particip. Social 4	Estruct. Institucional 5	Red de Servicios 6	Comité MMMP 7	Enseñanza 8	Total
JUR	n.a.	n.a.	n.a.	0.70	0.60	0.92	1.00	0.75	0.79
CSR	0.72	0.60	0.75	1.00	1.00	0.60	n.a.	n.a.	0.78
CSU	0.71	0.95	0.88	0.00	1.00	0.40	n.a.	n.a.	0.66
HI	0.60	0.58	1.00	0.50	1.00	n.a.	1.00	n.a.	0.78
HG	0.70	1.00	0.85	1.00	0.80	n.a.	1.00	n.a.	0.89
TOTAL	0.68	0.78	0.87	0.63	0.88	0.64	1.00	0.75	0.78

n.a.: no aplica.

Tehuacán, Puebla

El *Programa APV* en la red de Tehuacán que fue seleccionada para la certificación obtuvo un índice de desempeño de 0.91, la más elevada entre las seis redes seleccionadas. En ella todas las unidades visitadas registraron un buen desempeño, sobresaliendo el hospital general, en donde el valor del índice fue superior a 0.9. Tres de las cinco unidades obtuvieron un índice superior a 0.9, destacando la oficina jurisdiccional con 0.98, a la vez que el hospital general y el centro de salud urbano obtuvieron, cada uno, 0.93, seguido del centro de salud rural con 0.88 y el hospital integral con 0.81.

A pesar de que los resultados son sin duda muy buenos, la red de servicios requiere fortalecer uno de los ocho componentes del programa que no acredita la certificación, tanto en el conjunto de la red como en el hospital integral y el hospital general. Se trata del componente de embarazo saludable, en el cual hay fallas, principalmente, en la solicitud y realización sistemática de análisis de laboratorio a las mujeres que atienden,⁶ al igual que en la consejería sobre planificación familiar y síntomas de alarma en el embarazo, la cual se omite con mucha frecuencia.

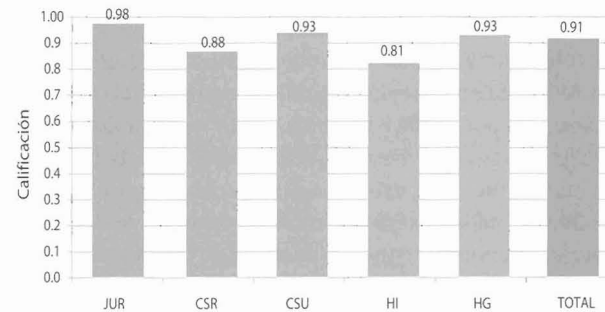
Los indicadores sobre el sistema de referencias muestran que mientras las hojas de referencia con la información clínica de las mujeres que canalizan los centros de salud llegan adecuadamente a los hospitales, en el caso de las contrarreferencias, en contraste, son muy pocas las que llegan. El problema se origina desde los hospitales, sobre todo

⁶ Se reconoce que esta falla pudiese ser más una omisión de su registro en los expedientes clínicos que de la atención médica pero, al no poder verificarse donde debiera estar reportado, se asume como incumplimiento de la normatividad.

el hospital integral, en el que no se encontró evidencia alguna sobre la utilización de este mecanismo.

La red de Tehuacán ha logrado incorporar todos los elementos innovadores del *Programa APV*, tales como el Módulo MATER, la Posada AME y la Estrategia SINDIS en la capital del estado, todos los cuales operan satisfactoriamente. Asimismo, ha obtenido grandes logros en la integración e interacción de las unidades de la red de servicios, que cuenta con apoyo comunitario y de las autoridades municipales. Por último, se ha avanzado mucho en el objetivo de asegurar el traslado de la emergencias obstétricas y se cumple satisfactoriamente con la normatividad relativa a la atención del parto y del recién nacido.

Tehuacán, Puebla: calificación por unidad de atención



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

*Tehuacán, Puebla
Calificación por dimensión y unidad de atención*

Indicadores	Embarazo Saludable 1	Parto y Puerperio 2	Recién Nacido 3	Particip. Social 4	Estruct. Institucional 5	Red de Servicios 6	Comité MMMP 7	Enseñanza 8	Total
JUR	n.a.	n.a.	n.a.	1.00	0.90	1.00	1.00	1.00	0.98
CSR	0.85	0.83	0.88	1.00	1.00	0.70	n.a.	n.a.	0.88
CSU	0.86	0.96	0.88	1.00	1.00	0.90	n.a.	n.a.	0.93
HI	0.62	0.92	1.00	0.50	1.00	n.a.	n.a.	n.a.	0.81
HG	0.78	1.00	1.00	1.00	0.80	n.a.	1.00	n.a.	0.93
TOTAL	0.78	0.93	0.94	0.90	0.94	0.87	1.00	1.00	0.91

San Juan del Río, Querétaro

La red de servicios visitada de San Juan del Río, Querétaro obtuvo 0.83 de calificación, cifra por encima del mínimo indispensable para obtener la certificación. El desempeño de la oficina jurisdiccional y del centro de salud urbano fue bueno y muy bueno el del hospital general. En contraste, los dos centros de salud rurales visitados obtuvieron calificaciones insatisfactorias. Esta red de servicios no cuenta con un hospital integral, debido a que, desde la perspectiva del personal de salud de la jurisdicción, no se considera necesario, porque esas funciones las cubre el centro de salud urbano con hospitalización de Amealco, el cual tiene capacidad para resolver partos normales, así como para otorgar consultas por especialista. Además, la distancia desde este centro al Hospital General de San Juan del Río no es mayor de 30 minutos.

Durante la certificación se observó un gran compromiso del personal de salud de los diferentes niveles de atención con la salud materna y perinatal, lo que se expresa incluso al más alto nivel jerárquico del sistema estatal sanitario con la prioridad asignada y el apoyo otorgado al *Programa APV* por el Secretario de Salud de la entidad. A lo largo de las diversas instancias visitadas, se pudo observar la motivación por reducir la muerte materna, así como el estrecho seguimiento de las defunciones que llevan a cabo los diferentes comités, donde se identificaron acciones de mejora. Destaca el desempeño del Hospital General de San Juan del Río en el cumplimiento de los lineamientos del *Programa APV*, así como el Hospital de Especialidades del Niño y de la Madre de Querétaro, en el que se ha desarrollado la estrategia SINDIS, la cual avanza hacia la integración de los servicios.

La jurisdicción cumple con las tareas de coordinación que establece el programa, al haber instalado y estar operando el equipo 4X4, tener identificadas las redes de servicios, cumplir con la conducción de programas de capacitación, vincular y fortalecer la competencia técnica de las parteras y dar seguimiento puntual a las defunciones maternas y perinatales, a través del Comité respectivo. Para elevar su puntuación la jurisdicción requiere fortalecer los lazos de colaboración con los presidentes municipales, así como impulsar la búsqueda de las mujeres embarazadas, a través de los centros de salud, y la promoción de la atención prenatal en etapas tempranas de la gestación.

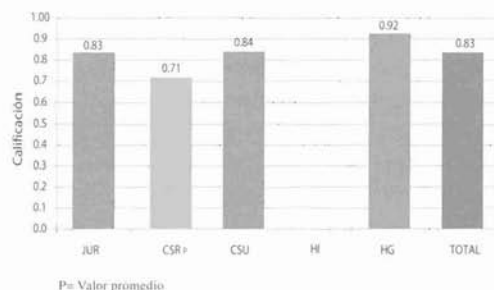
Un aspecto de relevancia, que se debiera considerar, es la revisión del concepto del Módulo MATER por parte del equipo jurisdiccional y del equipo del hospital general, a fin de que cumpla totalmente con los lineamientos normativos del programa, y promover la referencia al mó-

dulo en los centros de salud de todos los casos identificados con riesgo. Se necesita, además analizar y evaluar la importancia de instalar Posadas AME en lugares estratégicos dentro de la red de atención.

En lo referente a la atención médica se requiere fortalecer el sistema de referencias y contrarreferencias y, particularmente en los centros de salud rurales, facilitar el acceso de las mujeres a los estudios de laboratorio durante el control prenatal, instrumentar mecanismos de búsqueda activa de las mujeres que no regresan a consulta y brindar a todas las mujeres consejería para que puedan identificar los signos y síntomas de alarma durante el embarazo y sobre planificación familiar. Las intervenciones preventivas, como son la prueba de tamiz neonatal y la vacuna BCG, necesitan aplicarse de manera rutinaria a todo recién nacido, así como promover una mayor atención de las mujeres en el puerperio.

La disponibilidad de vehículos para el traslado de embarazadas y su acompañamiento por personal de salud a unidades de mayor capacidad resolutive, así como los vínculos con la comunidad requieren formar parte de la agenda operativa de estos centros de salud.

*San Juan del Río, Querétaro:
calificación por unidad de atención*



Fuente: Certificación Internacional del Programa APV, 2006.

*San Juan del Río, Querétaro
Calificación por dimensión, centros de salud rurales*

Indicadores	Embarazo Saludable 1	Parto y Puerperio 2	Recién Nacido 3	Particip. Social 4	Estruct. Institucional 5	Red de Servicios 6	Comité MMMP 7	Enseñanza 8	Total
CSR-SAN IDELFONSO	0.89	0.71	0.00	1.00	1.00	0.50	n.a.	n.a.	0.68
CSR-SANTIAGO MEXQUITTLÁN	0.73	0.78	0.50	1.00	1.00	0.40	n.a.	n.a.	0.74
CSR Valor Promedio	0.81	0.75	0.25	1.00	1.00	0.45	n.a.	n.a.	0.71

n.a.: no aplica.

San Juan del Rio, Querétaro
Calificación por dimensión y unidad de atención

Indicadores	Embarazo Saludable 1	Parto y Puerperio 2	Recién Nacido 3	Particip. Social 4	Estruct. Institucional 5	Red de Servicios 6	Comité MMMP 7	Enseñanza 8	Total
JUR	0.86	0.88	0.75	1.00	0.50	0.90	n.a.	1.00	0.83
CSR P*	0.81	0.75	0.25	1.00	1.00	0.45	n.a.	n.a.	0.71
CSU	0.69	0.98	0.38	1.00	1.00	1.00	n.a.	n.a.	0.84
HI									n.e.
HG	0.94	1.00	0.85	1.00	0.75	n.a.	1.00	n.a.	0.92
TOTAL	0.81	0.91	0.49	0.96	0.79	0.79	1.00	1.00	0.83

n.a.: no aplica.
n.e.: no existe.
Nota: P*= Promedio.

Tamazunchale, San Luis Potosí

En forma general la Red de Servicios tuvo un desempeño adecuado, con un puntaje de 0.85 que la hace acreedora a la certificación. Con excepción del centro de salud rural y del hospital integral, todas las unidades observadas lograron alcanzar la calificación mínima aceptable, entre las que destacan la oficina jurisdiccional y el hospital general por obtener un puntaje mayor de 0.90.

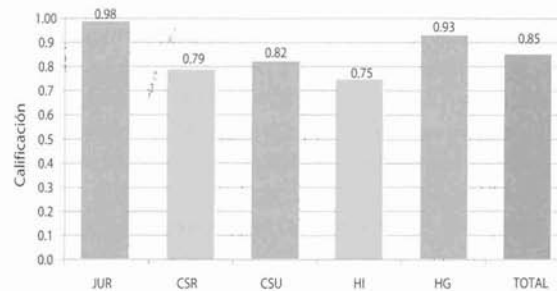
Uno de los aspectos comunes en los centros de salud es que no se realiza el censo domiciliario, sino que sólo se lleva un registro de las mujeres que acuden a consulta prenatal a libre demanda, lo que no contribuye al objetivo de APV de identificar oportunamente a las embarazadas y promover el inicio temprano del control prenatal.

Es recomendable mejorar en los centros de salud la identificación de los factores de riesgo y sistematizar la referencia al Módulo MATER de los casos que lo requieren. En la red de Tamazunchale, al igual que en muchos de los otros estados visitados, es indispensable mejorar el sistema de referencias y contrarreferencias. Particularmente, se pierde la información clínica que se genera en el hospital de las pacientes referidas por los centros de salud, ya que no llegan las contrarreferencias, lo que puede afectar la continuidad y la calidad de la atención.

En el hospital integral es necesario sistematizar la solicitud de exámenes de laboratorio y acciones de consejería durante el control prenatal. Es importante que cuente con el personal de salud calificado durante los tres turnos y garantizar la disponibilidad de sangre para que incremente su capacidad resolutive. El hospital general requiere sistematizar la consejería en planificación familiar y signos de alarma a las embarazadas y la aplicación de la vacuna BCG al recién nacido,

así como garantizar el adecuado funcionamiento del Módulo MATER y mejorar la definición y seguimiento de las recomendaciones emitidas por el Comité de Mortalidad Materna.

*Tamazunchale, San Luis Potosí:
calificación por unidad de atención*



Fuente: Certificación Internacional del Programa APV, 2006.

*Tamazunchale, San Luis Potosí
Calificación por dimensión y unidad de atención*

Indicadores	Embarazo Saludable 1	Parto y Puerperio 2	Recién Nacido 3	Particip. Social 4	Estruct. Institucional 5	Red de Servicios 6	Comité MMMP 7	Enseñanza 8	Total
JUR	n.a.	n.a.	n.a.	1.00	0.90	n.a.	1.00	1.00	0.98
CSR	0.81	0.88	0.75	1.00	1.00	0.30	n.a.	n.a.	0.79
CSU	0.86	0.88	0.75	1.00	0.50	0.90	n.a.	n.a.	0.82
HI	0.69	0.75	0.83	0.50	1.00	n.a.	n.a.	n.a.	0.75
HG	0.75	1.00	0.85	1.00	1.00	1.00	1.00	n.a.	0.93
TOTAL	0.78	0.88	0.80	0.90	0.88	0.73	1.00	1.00	0.85

n.a.: no aplica.

Coatzacoalcos, Veracruz

La red de servicios de Coatzacoalcos, Veracruz obtuvo una calificación de 0.90, lo que la ubica entre las tres redes con mejor desempeño de las seis que fueron certificadas. Todas las unidades de atención visitadas en la red de servicios de Coatzacoalcos alcanzan una calificación muy por encima del mínimo establecido para obtener la certificación, con excepción del Centro de Salud Urbano de Cosoleacaque.

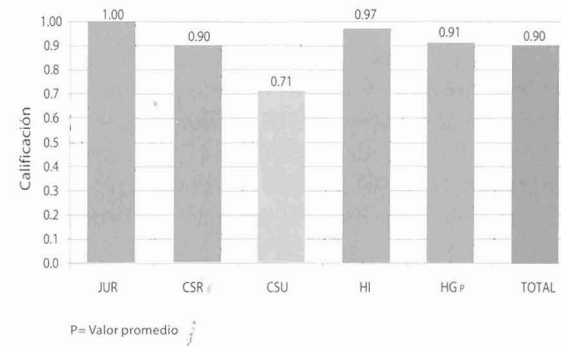
El *Programa Arranque Parejo en la Vida* se desarrolla conforme a sus lineamientos normativos. El personal de salud responsable de la dirección, gerencia y operación de dicho Programa muestra un alto compromiso para llevar a cabo acciones de mejora en la reducción de la muerte materna y perinatal. Entre los hallazgos destaca la actuación de la Jurisdicción, misma que alcanza el máximo puntaje de la certificación. Los ocho componentes analizados se desarrollan con apego a los lineamientos del programa en cuanto a la coordinación del equipo 4X4 lo que permite la conducción y seguimiento multidisciplinario del programa, la articulación de los distintos niveles de atención, la participación comunitaria, la capacitación continua del personal y el fortalecimiento de la infraestructura.⁷

De igual forma, sobresalen los resultados obtenidos por los tres hospitales certificados: el integral de Tonalapan, y los generales de Minatitlán y Coatzacoalcos. El hospital integral desarrolla acciones muy apegadas a la normatividad del Programa y mejoraría su capacidad resolutive si tuviera personal especializado en los tres turnos de atención. Por su parte los hospitales generales de Minatitlán y Coatzacoalcos mostraron buen desempeño, aunque se requiere mejorar la atención durante el control prenatal, así como sistematizar las acciones de prevención de la discapacidad en el recién nacido.

Los mayores retos para continuar con la consolidación del Programa se ubican en el centro de salud urbano. En él, se requiere avanzar en el establecimiento de vínculos con las autoridades municipales, garantizar la efectividad del sistema de referencias y contrarreferencias, mejorar la identificación de factores de riesgo obstétrico y asegurar la referencia al Módulo MATER de las embarazadas que lo requieran.

⁷ Equipo 4X4 se refiere al espacio de coordinación de los responsables de los programas relevantes en la Jurisdicción para *API*.

Coatzacoalcos, Veracruz: calificación por unidad de atención



Fuente: Certificación Internacional del Programa APV, 2006.

Coatzacoalcos, Veracruz
Calificación por dimensión, hospitales generales

Indicadores	Embarazo Saludable 1	Parto y Puerperio 2	Recién Nacido 3	Particip. Social 4	Estruct. Institucional 5	Red de Servicios 6	Comité MMMP 7	Enseñanza 8	Total
HG COATZA-COALCOS	0.57	1.00	0.80	1.00	1.00	n.a.	1.00	n.a.	0.90
HG MINATITLÁN	0.64	1.00	0.85	1.00	1.00	n.a.	1.00	n.a.	0.92
HG Valor Promedio	0.61	1.00	0.83	1.00	1.00	n.a.	1.00	n.a.	0.91

n.a.: no aplica.

Coatzacoalcos, Veracruz
Calificación por dimensión y unidad de atención

Indicadores	Embarazo Saludable 1	Parto y Puerperio 2	Recién Nacido 3	Particip. Social 4	Estruct. Institucional 5	Red de Servicios 6	Comité MMMP 7	Enseñanza 8	Total
JUR	n.a.	n.a.	n.a.	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
CSR	0.86	0.88	0.75	1.00	1.00	0.88	n.a.	n.a.	0.90
CSU	0.90	0.91	0.75	0.00	1.00	0.70	n.a.	n.a.	0.71
HI	0.83	1.00	1.00	1.00	1.00	n.a.	1.00	n.a.	0.97
HG P*	0.61	1.00	0.83	1.00	1.00	n.a.	1.00	n.a.	0.91
TOTAL	0.80	0.95	0.83	0.80	1.00	0.77	1.00	1.00	0.90

n.a.: no aplica.

Notas: P*= Promedio.

3. LA PERSPECTIVA DE LAS USUARIAS DE LOS SERVICIOS DE APV

En este apartado se presenta una síntesis de los principales resultados obtenidos de las entrevistas y grupos de enfoque realizados a mujeres usuarias del programa. El propósito de la recopilación de información se centró en la exploración de las acciones que realizan las mujeres durante el embarazo, parto, posparto o puerperio; del nivel de satisfacción hacia los diferentes servicios de salud; así como de los obstáculos y barreras que enfrentan para acceder a los mismos. La mayoría de las entrevistas se hicieron a mujeres que tuvieron al menos una consulta prenatal en los centros de salud certificados durante el año previo a la visita, así como a mujeres en el posparto atendidas en hospitales generales.

Atención prenatal

Las mujeres usuarias reconocen la importancia de acudir al control prenatal con personal médico y valoran los servicios que ofrecen las instituciones públicas de salud. El inicio de su atención prenatal, si bien en muchos de los casos ocurre temprano en el embarazo, tiende a demorarse hasta el cuarto o quinto mes de la gestación, por la persistencia de barreras culturales y económicas. El *Seguro Popular* y el *Programa Oportunidades* han contribuido a reducir estas barreras y parecen actuar como incentivos para el uso de servicios. El censo de embarazadas, o búsqueda intencionada de gestantes, también contribuye a elevar la cobertura y la oportunidad de la atención prenatal.

Las entrevistas confirman que el personal de salud cumple con la realización de la mayor parte de los procedimientos normados por el *Programa APV*. Las mujeres asisten a varios controles prenatales y comentan que les realizan exploración física, les toman medidas de peso, talla y presión arterial y, en algunos casos, les indican pruebas de laboratorio (orina y sangre). También reciben vitaminas, ácido fólico y papillas del *Programa Oportunidades*.

Los mayores problemas que enfrentan las mujeres durante el control prenatal tienen que ver con la realización de los análisis de laboratorio, sobre todo entre las que residen en localidades rurales. El costo del traslado y, en algunos casos, el costo mismo de los exámenes de laboratorio, es la principal razón para no realizarlos. Muchas mujeres

se quejan de tiempos de espera demasiado prolongados e incluso de citas que son diferidas cuando acuden a las instituciones públicas de salud, lo que desalienta el uso de estos servicios.

El antecedente de una experiencia insatisfactoria parece influenciar el uso de servicios en los siguientes embarazos. Cuando la gestante es diagnosticada con alguna anormalidad, no es inusual que acuda a varios proveedores (tanto públicos como privados e incluso a las parteras) para ratificar o no el diagnóstico y/o tratamiento dado inicialmente. Uno de los factores que contribuyen a abandonar la atención en los servicios públicos es la prescripción de la cesárea, que para muchas mujeres es una práctica innecesaria por la que sienten temor.

Riesgo obstétrico

Las entrevistas también mostraron que las mujeres autoevalúan el nivel de riesgo de su embarazo. Motivadas por la información que reciben de varias fuentes (como pueden ser los operativos de campo, la experiencia de otras mujeres en su localidad, o la información de los controles prenatales), las mujeres identifican que algunos embarazos tienen más riesgo de tener complicaciones y, por lo tanto, buscan tener el parto en un hospital y esperan que el personal de salud preste oportuno y mejor cuidado. Tener muchos hijos, tener enfermedades previas sobre todo relacionadas con el aparato reproductivo, o ser 'grande' en edad causan preocupación en las mujeres y buscan acudir a los servicios públicos, a pesar de barreras económicas o culturales.

Llegado el momento del parto, los servicios no siempre cumplen con estas expectativas. En algunas de las redes visitadas la actitud y la poca información que brindan los proveedores son interpretadas como falta de competencia técnica. Esta situación suele crear tensión y conflicto entre las mujeres, sus familiares y el servicio. Algunos buscan otras opciones a pesar de ser familias pobres, mientras otras aceptan la situación como 'normal'.

Participación comunitaria

En las seis redes de servicios se aprecia una tendencia a desplazar a las parteras rurales por los servicios médicos. Las mujeres refieren que mientras sus madres tuvieron que atender sus partos con parteras, ellas,

hoy en día, tienen más fácil acceso a los hospitales, donde reciben mejor atención. No obstante, muchas mujeres combinan ambos tipos de atención durante el control prenatal y pueden optar por atenderse el parto con cualquiera de los dos tipos de agentes de salud. Es importante precisar que en la experiencia de las mujeres pesan mucho la actitud y la comunicación del personal, así como la celeridad en la atención.

Las entrevistas también indican deficiencias importantes en el traslado asegurado, sobre todo cuando provienen de las localidades rurales. Las mujeres acuden al hospital con sus propios medios, y fueron muy frecuentes las historias que relatan la necesidad de salir a buscar un taxi o a un pariente con automóvil privado para llegar al hospital en el momento del parto.

Uso de la red de servicios

Las mujeres identifican cada una de las unidades médicas de la red de servicios a la que tienen acceso. Reconocen que el hospital general es el que tiene mayor capacidad resolutive, pero en la mayoría de los casos se acepta la recomendación y unidad de referencia que asigne el centro de salud.

Atención del parto

En las redes que cuentan con la Posada AME, se confirmó la utilización e importancia de estos servicios para las mujeres. Sin embargo, también se detectó la necesidad de dar a conocer más ampliamente la existencia de estas facilidades, pues en algunos casos, no se sabía de ellos.

En las redes que no cuentan con Posada AME, los relatos de las mujeres entrevistadas y las visitas a los hospitales muestran que durante el trabajo de parto es común que las gestantes reciban la indicación de caminar en la sala de espera del hospital hasta que el trabajo de parto haya avanzado lo suficiente para indicar la hospitalización. Durante este tiempo el personal de salud examina periódicamente a la paciente pero su acción se limita básicamente al tacto vaginal. Los familiares o amigos, si están presentes, son los únicos que brindan soporte emocional a las gestantes. La información que recibe la paciente acerca de la evolución del trabajo de parto se limita casi exclusivamente al grado de avance en la dilatación.

En todos los casos, una vez hospitalizada, los familiares son sepa-

rados de la gestante, a pesar de que la evidencia actual indica que el soporte emocional durante el trabajo de parto trae consigo múltiples beneficios.

Costo de los servicios

El costo de los servicios fue particularmente mencionado como uno de los mayores problemas para usarlos, particularmente en los lugares donde se pide una cuota de recuperación. Muchas mujeres ingresan al hospital sin saber cuál va a ser el costo del servicio, información que se les brinda al momento de darse de alta, lo que genera mucha presión sobre las pacientes, ya que es frecuente que deban endeudarse para liquidar todos los gastos que representó el parto. La solicitud de donadores de sangre es otra de las situaciones que frecuentemente experimentan las mujeres como de alta dificultad.

Puerperio

Durante el puerperio son pocas las mujeres que acuden a revisión médica en los primeros ocho días después del parto e incluso durante la cuarentena. La asistencia a este servicio, cuando ocurre, responde principalmente al interés de las madres por llevar al recién nacido a atención médica o a revisión. En general, sin importar el lugar donde se atendieron el parto, el lugar al que se acude durante el puerperio es el centro de salud.

Atención del recién nacido

El recién nacido es prioridad para las mujeres durante el embarazo y después del parto. En general, identifican los cuidados médicos que debe recibir el bebé como son las revisiones por personal de salud e iniciar el esquema de vacunación. Pocas identifican la importancia de las técnicas de estimulación temprana. Las entrevistadas mencionaron que se les informó y se les hizo hincapié en la práctica de la lactancia materna.

Anticoncepción

Entre las mujeres entrevistadas, el uso de métodos anticonceptivos o de planeación de un embarazo es muy irregular. Muchas de ellas declaran no haber recibido información sobre planificación familiar durante el control prenatal. El otorgamiento de esta información varía significativamente entre las entrevistadas de las unidades médicas visitadas, lo que corrobora la falta de sistematización en la oferta de anticoncepción postevento obstétrico en muchas unidades, como se desprende también de la revisión de expedientes clínicos.

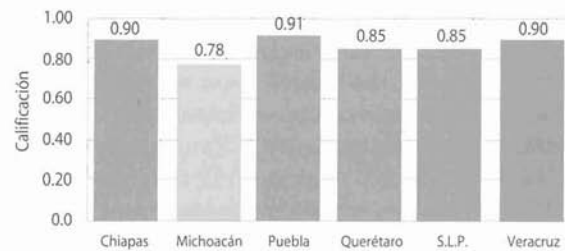
En suma, puede afirmarse que las mujeres entrevistadas confirman el cumplimiento de la normatividad del programa, a la vez que expresan la persistencia de profundas dificultades para hacer realidad muchos de sus principios, objetivos y lineamientos normativos.

4. COMPORTAMIENTO GENERAL DE LAS REDES DE SERVICIOS Y PRINCIPALES DESAFÍOS PARA LA ADMINISTRACIÓN NACIONAL DEL PROGRAMA APV

El proceso de certificación permitió confirmar que los lineamientos generales del *Programa APV*, en los ocho componentes que lo conforman, se cumplen y en alguna medida se han incorporado a la rutina diaria de las seis redes de servicios visitadas. En este sentido, se puede afirmar que se conocen y realizan las estrategias y los procedimientos que propone *APV* para elevar la cobertura de la atención obstétrica y mejorar la calidad de los servicios en esta materia, con especial énfasis en la prevención, detección temprana y manejo oportuno de las principales complicaciones de la gestación, del puerperio y del recién nacido.

La prevención de la muerte materna, aunado a la prevención de la mortalidad perinatal, se ubicó entre las más altas prioridades de las agendas de los sistemas de salud de las entidades seleccionadas. Esta aseveración se expresa en la progresiva consolidación del concepto de red funcional de servicios, —el cual sustituye el criterio geográfico en el sistema de referencias por el de la capacidad resolutive de los establecimientos—, así como en el fortalecimiento de la estructura de servicios con personal calificado, equipamiento, módulos de atención

Calificaciones generales de las redes de servicios



Fuente: Certificación Internacional del Programa APV, 2006.

especializada, y acciones comunitarias.

Con base en los criterios establecidos por el grupo técnico para certificar la operación del Programa APV en las seis redes de servicios seleccionadas, puede afirmarse que, con excepción de la red de Uruapan, Michoacán, que está muy próxima a conseguir el nivel mínimo de 0.80 para su certificación, en todas las demás se certifica que el Programa APV ha logrado superar ese umbral, con valores que oscilan entre 0.85 en San Juan del Río, Querétaro y 0.91 en Tehuacán, Puebla.

Es conveniente destacar que el Modelo de Certificación utilizado se basa en la selección de un mínimo irreductible de indicadores estratégicos para cada uno de los ocho componentes, que deja fuera otros de importancia relevante para el Programa. Es recomendable incrementar el nivel de exigencia del Modelo para su aplicación en futuros procesos de recertificación, a través de la inclusión de algunos indicadores adicionales.

También cabe señalar que, además de identificar el nivel de desarrollo del Programa en cada una de las redes de servicio seleccionadas, la certificación permitió identificar ámbitos de oportunidad para un nuevo lanzamiento del Programa en el nivel federal, cuya consideración contribuiría a consolidar los logros alcanzados así como avanzar hacia mayores niveles de calidad y efectividad de sus procedimientos.

Entre los principales ámbitos de oportunidad que se recomienda considerar en el diseño de una nueva etapa del programa destacan los siguientes:

Definir los lineamientos normativos de las tareas de las jurisdicciones en el Programa APV

Fortalecer los lineamientos normativos de las tareas de las jurisdicciones en el *Programa APV*.

El Programa no ha elaborado manuales de organización, con las responsabilidades, funciones y atribuciones de los equipos 4X4 de las jurisdicciones, que permita difundirlas y posicionarlas adecuadamente entre el personal. Esta circunstancia explica en parte la heterogeneidad en el desempeño de las tareas del *Programa APV* de las oficinas jurisdiccionales.

En la elaboración de estos lineamientos se sugiere contemplar el diseño de alguna norma que permita a estas instancias administrativas facilitar la coordinación entre el primer y segundo nivel de atención, ya que es evidente que la jerarquía del sistema de salud deja fuera a los hospitales generales del ámbito de supervisión y coordinación de las oficinas jurisdiccionales, lo que debilita su capacidad de incidencia en el funcionamiento de las redes de servicios, a la vez que dificulta la colaboración entre hospitales y centros de salud para garantizar la oportunidad, eficiencia y calidad de la atención que reciben las mujeres en su tránsito por la red.

Gran parte del esfuerzo de los coordinadores y de los miembros de los equipos 4X4 está puesto en el registro y documentación de diversos procedimientos, muchos de los cuales son repetitivos e innecesarios (como la actualización mensual del registro de embarazadas con riesgo que copian de los centros de salud mensualmente, sin que, con frecuencia, se derive acción alguna al respecto) lo que les consume recursos y tiempo. Sería recomendable eliminar algunos de estos procedimientos y asignar mayor tiempo al análisis de los datos contenidos en los formatos, de tal forma que se fortalezcan las actividades de monitoreo y supervisión del funcionamiento de la red y se enriquezca la evaluación del impacto que el programa está logrando en los indicadores de salud.

Establecer prioridades y diseñar programas de capacitación a nivel federal así como garantizar que en ellos participe todo el personal involucrado

en la atención de las mujeres embarazadas

A pesar de que la norma del programa incluye a todo el personal prestador de servicios de las instituciones, las capacitaciones parecen estar más concentradas en los aspectos médicos y menos en otras áreas de relevancia como serían enfermería, servicio social, recepción y admisión, laboratorio, entre otros. Considerar este aspecto puede ser especialmente relevante para el *Programa APV*, ya que el cuidado oportuno y la calidad de una emergencia ó complicación involucra a varios miembros del equipo de salud y no solo a los médicos.

Elevar la capacidad analítica y propositiva de los comités de Morbi-Mortalidad Materna y Perinatal (MMMP)

Los comités de MMMP de las jurisdicciones y de los hospitales generales e integrales representan una de las estrategias del *Programa APV* con mejor desempeño. Los Comités sesionan regularmente, con amplia participación de todos los responsables de las unidades o áreas de atención involucradas en la atención de las pacientes fallecidas, principalmente del área médica, utilizando la técnica de eslabones críticos, lo que ayuda a los comités a presentar recomendaciones que aborden el continuo 'gestación –parto– postparto', el continuo 'hospital –primer nivel– comunidad', así como lo clínico y lo organizacional.

Sin embargo, el proceso de certificación permitió apreciar que las recomendaciones emitidas por los comités frecuentemente se expresan en términos generales, dejando poca claridad acerca de las mejoras específicas que deben implementarse para evitar la muerte ante un caso similar en el futuro. Se recomienda, además de la formulación de recomendaciones específicas, incluir indicadores de monitoreo y evaluación que permitan dar seguimiento al cumplimiento de las recomendaciones emitidas. Esta función de los comités es esencial, pero al mismo tiempo es la que requiere de mayor apoyo y acompañamiento.

También es importante considerar que los médicos, que son los miembros más numerosos en los comités, no necesariamente cuentan con la competencia técnica necesaria para vincular los datos del caso clínico con los factores organizacionales o del proceso de atención. De