

Minuta de reunión de devolución de resultados
Monitoreo del Convenio General de Colaboración para
la Atención de la Emergencia Obstétrica

SEDE: SECRETARÍA DE SALUD DEL D.F., ALTADENA 23, COL. NÁPOLES,
DELEG. BENITO JUÁREZ, 19 DE JULIO DE 2012

INICIO: 09:25 hs.

FINALIZA: 11:10 hs.

Elaboración de minuta: Hilda Argüello Avendaño

Minuta de reunión de devolución de resultados Monitoreo del Convenio General de Colaboración para la Atención de la Emergencia Obstétrica, Distrito Federal.

Detalles de la reunión

- Objetivo: Devolver los resultados del monitoreo y creación de acuerdos.
- Fecha y hora: 19 de julio de 2012, 09:00 horas.
- Ubicación: Secretaría de Salud del D.F., Altadena 23, col. Napoles, del. Benito Juárez.

Orden del día:

- 1) Presentación de resultados
- 2) Dar lectura a la problemática, y recomendaciones para llegar a acuerdos y fechas de cumplimiento.

Asistentes

<http://www.omm.org.mx/images/asistencia%20df.pdf>

Como primer punto de la agenda la Dra. Freyermuth explica lo que es el OMM y su quehacer: Se crea en 2009, tiene cuatro grupos de trabajo. Los resultados del día de hoy están en el marco del grupo de trabajo de monitoreo. Se dio seguimiento a dos políticas públicas: AFASPES y el Convenio interinstitucional de la AEO, se llevó a cabo en tres estados y DF (tabasco, Oaxaca y Chiapas).

Como segundo punto de la agenda, la Dra. Guadalupe Ramírez presenta los resultados del monitoreo.

SSA: Posteriormente se proceden a los acuerdos, se pregunta a los directivos de los hospitales de la SSA-DF quiénes conocen el convenio, y la mayoría reconoce que lo conoce.

Da la voz a los directivos de los hospitales:

Dr.1: Al sur de la ciudad tenemos problemas, hay una población muy amplia. Los directores nos hemos estado reuniendo de manera sistemática, sobre el tema de atención de urgencias obstétricas. En el proceso operativo hemos tenido respuestas importantes de Milpa alta, Xochimilco, Gea González. Belisario Domínguez a pesar de la aparente cercanía para transitar de Xochimilco, Milpa Alta, Tláhuac, es mucho tiempo por lo que buscamos el acercamiento interinstitucional. Yo me voy a referir con mucho respeto a quienes realizaron el trabajo de investigación, que la ejecución fuera en todos los turnos de las áreas operativas, parece que la percepción que están teniendo viene de un problema serio de carácter económico y de definición de estrategias de lo que hay que hacer para la resolución de los problemas de cobro para las personas que no tienen afiliación o servicios de gratuidad. En nuestro hospital sucede que somos visitados por pobladores, cercanos a la zona de Xochimilco, del Estado de México (EDOMEX), que llegan con una condición que nuestra normatividad no nos permite exentarlos del cobro, no se ha establecido todavía la portabilidad incluso dentro del Seguro Popular (SP) de algunos de estos servicios y por tanto tampoco están establecidos los mecanismos de cobro de una entidad a otra, de una institución a otra. Nuestra población [de fuera] no es tan baja en Xochimilco atendemos a 20% de pobladores de EDOMEX, en Chalco es aún más.

Dr. Hosp. Iguarán: El hospital Juárez de México nos ha recibido usuarias con urgencia obstétrica. Nosotros hemos sido receptores de abortos incompletos, con sangrado activo, efectivamente a esas pacientes se les hace un convenio. [En la SSA] tenemos el módulo Mater, en otras instituciones se les conoce como el Equipo de Respuesta Inmediata (ERI), aquí, tenemos algo similar, tenemos esa respuesta en todos los turnos, pero como en el IMSS e ISSSTE también tenemos carencia de personal. También tenemos una red de atención. Saliendo del quirófano tenemos ya establecida el contacto. El ERI o REMA para nosotros es el módulo Mater.

Dra. Castellanos: en el área de calidad, estaba revisando, los dos hospitales de DF sí están acreditados. Algo que me preocupa, es que todo el trabajo es hacia el hospital de Iztapalapa.

SSA-DF: Esto fue un muestreo, esta no es la imagen total de los hospitales de la SSA. Hacen alusión a la referencia-contrarreferencia institucional.

Dr. Gustavo (Iztapalapa): después de la visita que tuvimos en nuestro hospital hemos tomado medidas importantes, como el código Mater, ya lo establecimos así como el triage obstétrico, a veces por la falta de recursos humanos no podemos mantenerlo 24 horas. Con la red hospitalaria nos movemos en una especie de triángulo. Sí se da el cobro porque tenemos el 38% de asistencia de usuarios de EDOMEX.

Dr. Meiner: Los hospitales de la zona sur estábamos trabajando, lo motivó el primer nivel de atención, han estado trabajando desde hace tiempo el comité referencia y contrarreferencia del sur. Aquí son las jurisdicciones Magdalena Contreras, Tlalpan, Xochimilco y Coyoacán las que han llevado el peso más fuerte de este trabajo. Están ya establecidas las referencias de primer a segundo nivel de atención, en cada hospital hemos venido trabajando diferentes convenios. Además vamos a hacer capacitación de parto humanizado. Por otra parte, es difícil que los convenios interinstitucionales funcionen en tanto cada institución no trabaje adecuadamente. Para hacerlo de manera sistemática, cada institución debería estar bien organizada, así como la vinculación del primer con el segundo nivel y con el tercer nivel. Del tercer nivel no están participando todos todavía, pero cada vez es más fuerte. El Instituto Nacional de Pediatría (INP) trabaja de manera sistemática en el comité de referencia-contrarreferencia de la zona sur. Es la clave también para la vinculación con las otras instituciones.

Dr. Isauro: Nosotros ya tuvimos dos supervisiones federales en el hospital Belisario Domínguez, nos hicieron observaciones importantes sobre emergencia obstétrica, de la primera visita cubrimos el 85%, después tuvimos una segunda visita, del 85% ya logramos el 100% respecto de la primera visita y estamos en el 85% de la segunda visita. En el hospital bajamos el número de muertes materna, de dos a una, e impactó en la zona de Iztapalapa. Acerca del Convenio: nosotros nos manejamos con gratuidad y en segundo lugar con cero rechazos, por lo que para nosotros implica que a veces estemos sobrepasados. El problema es que cuando nos hablan y nos preguntan si hemos atendido personas del seguro o del ISSSTE no lo sabemos. Es importante que se revise la muerte materna que se va teniendo en los hospitales para ir viendo los avances y el tipo de paciente que se recibe además de hacer revisiones constantes, ésta [investigación] la hicieron en el mes de agosto del año pasado y de ahí ahora han habido bastantes cambios.

Dr. Ernesto: Sí me llama la atención que ustedes llamen a una red de hospitales, a una red interinstitucional. Los cobros también se hacen en los hospitales de alta especialidad, ponen la condición de que los familiares paguen o que la SSA del DF pague. Recibimos todo, pero los institutos nos ponen obstáculos: tienen que llevar una serie de documentos, hoja de referencia, y la condición del cobro.

Dra. Freyermuth: Efectivamente ustedes han hablado de las redes institucionales. Qué bueno que ya hay redes de primer a segundo nivel, nos gustaría contar con esas redes para ponerlas a la disposición de toda la población, la propuesta del OMM es que se haga una red interinstitucional. Dicha propuesta surge del área sur, del Gea González, a eso es a lo que se

refiere el OMM pensar en redes, para que cuando un hospital está sobresaturado pueda ser atendida en hospitales por otra institución. Primero se tendrían que tener claras las redes de la SSA y después incluir en éstas redes a las otras instituciones. Tabasco también tiene el mismo problema con Chiapas [que el de D.F. con EDOMEX]. Creemos que sí es muy importante asegurar la gratuidad de las mujeres. Se puede hacer un convenio con la SSA del EDOMEX, y ya existe este antecedente. El tercer elemento que vemos complicado, es que la SSA recibe paciente de IMSS e ISSSTE, hay esta elección de algunas mujeres por acudir a estos servicios, pero no hay manera de conocer quiénes son afiliadas [a otras dichas instituciones]. Ayer estuvimos en Tabasco, una propuesta del estado fue que la SSA tenga acceso a los padrones de afiliación, como un primer avance hacia un padrón de usuarias de la SSA. Es una propuesta inicial de tener acceso a los padrones de beneficiarios para que la SSA pueda tener pagos cruzados. Es avanzar en la gratuidad de las mujeres, quienes llegan de manera espontánea al ISSSTE o IMSS son atendidas, el convenio se está usando a través de las mujeres, entre instituciones no se hace referencias, cuando loasen las mujeres son quienes tienen contacto con los servicios de salud no está bajando a quienes lo necesitan. En este primer ejercicio, podríamos hacer el análisis de una red completa para identificar los nudos o problemáticas para el acceso rápido de las mujeres a la AEO.

Subsecretario SSA-DF: Existe un foro de la red de servicios de atención médica, y nosotros no estamos invitados, que somos los que resolvemos esta situación. El AFASPE es parte del sistema de aporte, no le daba ninguna economía al segundo nivel, se luchó que desde 2011 para acá se aportara al segundo nivel. Escuché sobre el AFASPE, pero nosotros desde 2011 para acá hemos recibido ese aporte. Quiero comentar también que en días pasados se llevó a cabo la reunión el análisis de los procesos rectores de la ciudad de México, se invitó a todos los sectores, hospitales privados y la SSA, el objetivo era éste, la función rectora que tienen la SSA-DF en razón de la salud de la ciudad de México integrada por todas las instituciones. Uno de los puntos de acuerdo fue crear la red informática a través de la red de salud y compartir los registros de los derechohabientes de cada una de las instituciones que nos permitiera, el cobro no es la única razón, es lo de menos, lo que sí es importante es atender bien, con calidad. Ya está el acuerdo, ya tenemos la bitácora de fechas, cada institución tiene sus registros de manera diferente, de seguro no será a fin de año sino será para la siguiente gestión, que en sus primeros 100 días se resuelva. Creo que queda claro que hemos estado tratando de construir, entretejer la red hospitalaria de la SSA, hemos tratado de crear la fortaleza en la red institucional, lo que se solicita es que se haga insterinstitutional, tratar de concordar con los elementos de apoyo con respecto a instituciones como IMSS, ISSSTE, ya tenemos acercamiento con el Gea González, General de México, el Juárez.

La referencia de las pacientes con SP a los institutos se hace fácilmente si hay un convenio o la parte de portabilidad que lleva el paciente al ser referido, al hacer la referencia se ejecuta la portabilidad. De cómo se cobra, los institutos cobran.

No tenemos fortalezas en cuanto a registros de usuarios de otras instituciones, es un hueco que debemos ir solventando con el tiempo. Es más fácil atenderlo que andar buscando cómo cobrarlo, que además no nos toca a nosotros, sino a los administrativos.

Que se retome lo de la AEO, no es para la atención de cualquier embarazo, si llega una persona con una dilatación tal, borramiento, y llega al IMSS, dicen eso no es una EO, es un parto, puede haber una obstrucción en el descenso, hay que atender y después averiguamos.

GFE: me gustaría su punto de vista sobre el pago cruzado con las pacientes del EDOMEX.

Subsecretario SSA-DF: Está en enlace, está en una de las mesas de trabajo. A veces es una calle lo que separa el DF del Edomex, lo entienden, Tláhuac por ejemplo, la cercanía con DF.

Dr. Roberto Ruiz Rosas roberto.ruiz.r@imss.gob.mx 5539884788 (tel. de emergencias obstétricas del IMSS): El convenio se hizo con muy buena voluntad pero poca planeación y eso complicó lo administrativo de todos. En noviembre del año pasado mientras que las instituciones peleaban en cómo cobrar las mujeres seguían muriendo. En el gremio médico hemos estado haciendo con lo que tenemos en nuestras manos, en este momento nos damos cuenta que tienen diferente formas de ver las EO. Nosotros tenemos ERI, como estrategia para la atención de la EO. Estos desconocimientos remiten a circunstancias diferentes, si los encuestadores no se enteran los reportes salen de esta manera. La 25 no tiene acreditación, no tiene G.O. no está en el anexo 1. El convenio arrancó en mayo de 2009, el instituto ha hecho un esfuerzo que no se había hecho antes, pero creo que va caminando, y va caminando bien. En cuanto al cobro no me voy a detener, la institución no vende servicios, era un problema acomodar cómo se iba a cobrar, es mucho más problema cómo vamos a pagar, además no compete al área médica.

Hemos observado que llegan pacientes con 2-3cm de dilatación o con una condición que pueden llegar a otra institución, pero que si se queda se le va a levantar una orden de atención de pago, están capacitados para no cobrar a quienes tienen una EO, pero si no la tienen, se les tienen que levantar una orden de atención y tienen que pagar, confunde a la población y piensan que se está abusando, el convenio está hecho para las EO. Estas situaciones confunden mucho a las instituciones y las pacientes en general. Pero luego nos dicen que el cobro se modifique porque en la SSA las afilian, y no podemos modificar el SRO. Si se trata de un parto normal con qué diagnóstico la meto al SRO, desde el punto de vista administrativo se complica.

La comisión que se forma con las tres instituciones, se tratan los casos de controversia. A mí me inquieta que le digan a la 25 que no es resolutivo, no está en el anexo, pero no que no sea resolutivo.

GR: el convenio contempla una plataforma llamada SRO, en lo que respecta a la SSA-DF no la conocían, porque utilizan la política de gratuidad, lo que se hace en la plataforma es el registro de las pacientes y favorece el pago cruzado.

Iztapalapa: El problema básico es que no se le da el seguimiento que se le debería de dar, deberíamos comprometernos para darle seguimiento. Nos dijeron que nos iban a dar la clave de la plataforma, y no nos la dieron. Yo creo que se debería regionalizar, para ver las capacidades de cada hospital. Si no se mete uno a fondo, esto no va a caminar, es una sugerencia, que se regionalice, qué hospitales son resolutivos en qué, qué fortalezas tenemos y

evitar la negativa de la atención de la paciente. Debería ser una atención integral y darle seguimiento, porque ha habido mejoras en los hospitales. Las autoridades se han preocupado y ocupado en mejorar los hospitales.

Los acuerdos de la reunión se recogieron en un documento aparte *ex profeso* para ello.