



Emergencias obstétricas en México: designación de concepto y uso

Emergencias obstétricas en México: designación de concepto y uso

Guadalupe Ramírez Rojas^a y Graciela Freyermuth Enciso^b

Mayo, 2013

La razón de mortalidad materna (RMM) es considerada, a nivel internacional, como un indicador del grado de desarrollo social, además de reflejar el nivel de injusticia e inequidad al interior de la sociedad. Actualmente, 99% de las muertes maternas a nivel mundial ocurre en países en desarrollo¹ y la mayoría es evitable. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, se calcula que anualmente a nivel mundial de 15 a 20% de los embarazos puede complicarse aún sin causa aparente, favoreciendo una emergencia obstétrica (EO).²

La urgencia o emergencia obstétrica se define como *aquel estado de salud que pone en peligro la vida de la mujer y/o al producto y que además requiere de atención médica y/o quirúrgica de manera inmediata*.³ Las EO son resultado, principalmente, de las siguientes cinco causas: hemorragia obstétrica o sangrado durante el embarazo, parto o después del parto, trastornos hipertensivos (incremento de la tensión arterial sistólica mayor o igual a 140mmHg y/o presión arterial diastólica mayor o igual a 90mmHg),⁴ infecciones (que se manifiestan por altas temperaturas), parto obstruido o parto prolongado (porque el bebé no puede pasar por la pelvis) y aborto, que se manifiesta por sangrado en el primer trimestre del embarazo.

Se ha estimado que el tiempo promedio para que se produzca la muerte a partir del inicio de la EO es de dos horas en el caso de una hemorragia postparto, dos días para la eclampsia y el parto obstruido así como seis días en el caso de algún proceso infeccioso.⁵ Por lo anterior, resulta de vital importancia el enfoque de la atención de las EO.

Instancias internacionales como el Programa de Prevención de la Mortalidad y la Discapacidad Materna (AMDD por sus siglas en inglés) de la Universidad de Columbia en Estados Unidos, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNICEF y UNFPA por sus siglas en inglés, respectivamente), han enfatizado la necesidad de contar con establecimientos que brinden atención médica las 24 horas los 365 días del año.⁶

En el caso de México, durante 2011 se registraron 971 muertes maternas, lo que representa una RMM^c de 50.7;⁷ cifras disponibles de 2010 registran 20% de EO atendidas en hospitales. En áreas rurales la mitad de las muertes se debe a hemorragias.⁸ Actualmente resulta claro que una EO amerita atención inmediata, aunque el significado del concepto de EO no ha sido una tarea fácil, en virtud de que la connotación de *emergencia* para la población no necesariamente se refiere a una situación de urgencia acorde con los criterios médicos. Lo anterior es conocido como “urgencia sentida” (la urgencia que es percibida por la usuaria). Esto permite distinguir entre las necesidades de la población (necesidades sentidas) y las necesidades que son percibidas por el Sector Salud, priorizándose estas necesidades a partir del perfil epidemiológico

^a Investigadora del Observatorio de Mortalidad Materna en México (OMM): amairanai@gmail.com

^b Secretaria Técnica e investigadora del OMM e investigadora del Centro de Investigaciones y Estudios en Antropología Social (CIESAS): gracielafreyermuth54@hotmail.com

^c Calculada por residencia habitual de la madre, por cada 100 mil nacidos vivos.

de la población y de los recursos humanos y materiales con los que se cuente. En otras palabras, aquellas enfermedades que ocurren con mayor frecuencia son las que se visibilizan como acciones prioritarias: obesidad en la población adulta e infantil, enfermedades crónicas (diabetes e hipertensión) o aquellas enfermedades que conllevan secuelas sociales que derivan en la destrucción del núcleo familiar, como es el caso del cáncer y del VIH (aunque en este rubro se incluye la mortalidad materna, no se le dimensiona como una problemática social de grandes consecuencias, en comparación con las anteriores). Es así como el Sistema Nacional de Salud evalúa las necesidades de salud de la población (o lo que considera que sean, ya que no existe consenso acerca de las prioridades en salud de ambas partes: población y Sector Salud, como se hace en los diagnósticos de salud comunitarios a nivel local, aunque esta metodología no sea empleada a niveles mayores) y, con ello, proveer de intervenciones otorgadas por los servicios de salud (por ejemplo: las intervenciones incluidas en el Catálogo Universal de Servicios de Salud -CAUSES- para la atención de la salud de las y los afiliados al Seguro Popular -SP-).

Acerca de la atención inmediata a una emergencia médica en cualquier establecimiento de salud, no resulta nuevo el tema de la obligatoriedad que tienen tanto las instituciones como los prestadores de servicios en salud. La Ley General de Salud (LGS) y su Reglamento en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica señalan que los establecimientos que brinden servicios de atención médica están obligados a tomar las medidas necesarias que aseguren la valoración médica del usuario y el tratamiento completo de la urgencia o la estabilización de sus condiciones generales, para que pueda ser transferido a otra unidad médica con el fin de preservar la vida y la integridad física de las personas, sin restricciones de ningún tipo. Un estudio realizado en la Ciudad de México da cuenta del multirechazo al que se ven expuestas las mujeres en trabajo de parto.^d

La LGS como cualquier otra ley, emana de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos⁹ que establece los derechos que poseen las y los mexicanos y aunque se encuentra en alineación con la Declaratoria Internacional de los Derechos Humanos, se ha requerido de normas y convenios emitidos por decreto presidencial para promover el ejercicio de estos derechos, ya consagrados y normados (y considerados como derechos fundamentales). Resulta claro que el definir un derecho no lo garantiza, ni tampoco el asignar recursos por ley, los genera,¹⁰ teniendo como ejemplo el hecho de que actualmente México cuenta con dos estrategias orientadas a facilitar el acceso de las mujeres para recibir atención de la EO en caso necesario: *Embarazo Saludable*, que asegura la afiliación inmediata al SP por estar embarazada y el *Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de Emergencias Obstétricas (Convenio)*. La primera estrategia contempla la atención prenatal, del parto y puerperio (fisiológico y quirúrgico) así como la atención ante EO, programa otorgado a través del Sistema de Protección en Social en Salud. El *Convenio* tiene como objetivo principal el brindar la atención expedita e inmediata (sin importar la afiliación a alguna institución de salud), de la mujer ante una EO, en cualquiera de las tres instituciones participantes:

^d Collado Peña, Susana Patricia, “Tienes que buscar otro hospital: Acceso y rechazo hospitalario en la resolución obstétrica”, División de Ciencias Sociales y Humanidades, Maestría en Estudios de la Mujer, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, sustentada el día 15/12/2010, tesis para obtener el grado de Doctorado.

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y Secretaría de Salud (SSA) sin costo para las mujeres.

Embarazo Saludable se estableció en 2008 como un acuerdo de la Subsecretaría de Promoción y Prevención a la Salud, de la SSA, con el Comité Promotor por una Maternidad Segura en México, y el *Convenio* se instauró en mayo de 2009 con el propósito de lograr la reducción de la mortalidad materna y coadyuvar al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. A través de este último se aspira a que cualquier mujer tenga acceso universal a la provisión de servicios médicos en caso de EO, independientemente de su afiliación institucional o capacidad de pago, de ahí que se asiente con el término *acceso universal ante la EO*.

Lamentablemente, persisten múltiples lagunas que impiden asegurar el acceso efectivo de la atención de las EO. En el caso de las dos estrategias señaladas, su aplicabilidad reside en las intervenciones que contienen, por ejemplo en *Embarazo Saludable* se consignan 14 intervenciones consideradas como urgencia obstétrica y 21 en el caso del *Convenio* (Tabla 1). Es importante mencionar que, en caso de que una paciente fuera atendida por una emergencia y ésta no se encontrara prevista en los “paquetes instituidos para la atención de las urgencias y emergencias”, tendría que pagar por la atención recibida (de manera incongruente ya que ambas estrategias persiguen la cobertura universal). Es fundamental diferenciar el concepto de cobertura universal con el acceso universal a los servicios de salud. En el primer caso dicho concepto denota la afiliación de la totalidad de la población a algún servicio de salud, en cambio en el segundo caso, la afiliación conlleva mayores obligaciones del Estado para lograr el aseguramiento de la prestación de servicios médicos ante la EO a cualquier mujer que así lo solicite de manera oportuna y de calidad, resaltando la gratuidad de los mismos.

México busca transitar de un sistema de salud segmentado y fragmentado, apostando a la fórmula de la cobertura universal, constituida a través de las estrategias señaladas. El otorgar salud a través de “paquetes”, ya sea en caso de intervenciones de prevención o promoción, de diagnóstico o tratamiento, paliativas o en situaciones de emergencia, propicia que persistan las brechas existentes porque, pese a que se piensa en focalizar esfuerzos, se propicia que no toda la población logre el libre acceso a los servicios de salud, dado que el concepto *cobertura universal* debería aplicarse como dicta su significado,[°] lo cual sería posible si el Estado ejerciera coerción ante las instituciones de salud correspondientes, con la finalidad de garantizar lo estipulado en la Constitución que, en su Artículo 1º, establece:

Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, **las condiciones de salud**, la religión, las opiniones, las preferencias sexuales, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas. (Palabras resaltadas por las autoras)

[°] Universal: Adjetivo calificativo que designa a todo aquello que sea generalizable y aplicable a un todo. Proviene de la idea de universo, empleado metafóricamente para significar que algo es completo e ilimitado, dado que todo se relaciona con dicha situación o evento.

Tanto el *Convenio* como la estrategia *Embarazo Saludable* detallan qué es considerado como una emergencia, de lo cual se desprende que en el servicio de urgencias otorgan atención inicial a las mujeres que solicitan atención de emergencia pero, en caso de que ésta sea descartada después de la valoración médica, se cobra dicha atención si la mujer no está afiliada a la institución en donde solicitó los servicios médicos. Esta situación genera grandes confusiones entre la población usuaria, ya que al solicitar atención médica de emergencia (y dado que existe la posibilidad de que la usuaria perciba y dimensione su caso como emergencia médica, como se ha mencionado), resulta que podría darse el caso de que el prestador de servicios de salud no otorgue la consulta médica (por no tratarse de una emergencia médica) y únicamente brinde orientación y derive a la paciente a su unidad de salud correspondiente, con la consecuente insatisfacción de la usuaria por no satisfacer el motivo de la demanda de la consulta. Lo anterior deriva en situaciones que redundan en el cobro de los servicios a las usuarias y además una clara discriminación a las usuarias en razón de su condición de salud, tanto en una “urgencia sentida” como en el caso de aquellas usuarias que presentan una verdadera emergencia médica que no se encuentre enlistada en la cobertura universal (véanse en la Tabla 1 las patologías que no incluyen acciones consecutivas).

De lo anterior se concluye que la construcción del concepto de emergencia, tanto en la idea, como en su uso y definición (y más importante: en su operación), no sólo requiere de alineación con decretos internacionales, sino también de unificar criterios y perseguir la inclusión de la totalidad de situaciones que podrían poner en riesgo la vida de la mujer o del producto en caso de no estar dentro de las estrategias mencionadas, por no tratarse de una emergencia y favorecer su exclusión.

Recomendaciones:

- Dimensionar el concepto de la EO como causal de muerte materna.
- Ampliar la denominada *cobertura universal* que ofertan las estrategias *Embarazo Saludable* y el *Convenio* en términos de atención de EO y lograr la verdadera cobertura universal; en otras palabras: no excluir patología alguna que ponga en situación de EO a la madre o a su bebé.
- Difundir, entre la población usuaria de los servicios de salud, el concepto **emergencia obstétrica** y los signos y síntomas por los cuales se amerite acudir al hospital más cercano.
- Construir las necesidades en salud de la población de manera conjunta entre el Sector Salud y la población usuaria de los servicios de salud, a través de consultas ciudadanas.

Tabla 1. Comparativo de intervenciones que otorgan atención de emergencias obstétricas

Emergencias obstétricas contenidas en Embarazo Saludable	Emergencias obstétricas contenidas en el Convenio	CAUSES
1. Atención quirúrgica de la enfermedad trofoblástica.	No se encuentra contenida como emergencia.	Atención quirúrgica de la enfermedad trofoblástica.
2. Tratamiento quirúrgico de embarazo ectópico.	Tratamiento quirúrgico de embarazo ectópico con laparotomía (incluye resolución del parto).	Tratamiento quirúrgico de embarazo ectópico.
3. Legrado uterino terapéutico por aborto incompleto.	Legrado uterino por aborto incompleto (incluye resolución del parto) y aborto no especificado, completo.	Procedimiento quirúrgico por aborto completo e incompleto.
4. Diagnóstico y tratamiento de preeclampsia.	Diagnóstico y tratamiento de la preeclampsia (no incluye acciones consecutivas).	Diagnóstico y tratamiento de preeclampsia.
5. Diagnóstico y tratamiento de preeclampsia severa.	Diagnóstico y tratamiento de preeclampsia severa (incluye resolución del parto).	Diagnóstico y tratamiento de preeclampsia severa.
6. Diagnóstico y tratamiento de eclampsia.	Diagnóstico y tratamiento de la eclampsia (no incluye acciones consecutivas).	Diagnóstico y tratamiento de eclampsia.
7. Diagnóstico y tratamiento de amenaza de aborto y parto pre-término.	Diagnóstico y tratamiento de amenaza de aborto (no incluye acciones consecutivas). Diagnóstico y tratamiento de parto pre-término (no incluye acciones consecutivas).	Diagnóstico y tratamiento de amenaza de aborto y parto pre-termino.
8. Infección de episiorrafía o herida quirúrgica obstétrica.	Infección de episiorrafía o herida quirúrgica obstétrica (no incluye acciones consecutivas). Infección de episiorrafía o herida quirúrgica obstétrica con laparotomía. Infección de herida quirúrgica con choque (no incluye acciones consecutivas).	Infección de episiorrafía o herida quirúrgica obstétrica.

9. Hemorragia obstétrica puerperal.	Hemorragia obstétrica puerperal con complicaciones (incluye resolución del parto e histerectomía).	Hemorragia obstétrica puerperal.
10. Diagnóstico y tratamiento de placenta previa o desprendimiento prematuro de placenta normo-inserta.	Hemorragia por placenta previa (no incluye acciones consecutivas), desprendimiento prematuro de placenta normo-inserta (incluye resolución del parto).	Hemorragia por placenta previa o desprendimiento prematuro de placenta normo-inserta.
11. Endometritis puerperal.	Endometritis puerperal (no incluye acciones consecutivas) únicamente sepsis puerperal.	Endometritis puerperal.
12. Pelviperitonitis.	Pelviperitonitis (incluye histerectomía).	Pelviperitonitis.
13. Choque séptico puerperal.	Choque séptico puerperal.	Diagnóstico y tratamiento de choque séptico puerperal.
14. Reparación uterina.	Reparación uterina (no incluye resolución del parto).	Reparación uterina.
15. No se encuentra contenida como urgencia.	Diagnóstico y tratamiento de hipertiroidismo (crisis tirotóxica en el embarazo, no incluye acciones consecutivas).	Diagnóstico y tratamiento de hipertiroidismo.
16. No se encuentra contenida como urgencia.	Diagnóstico y tratamiento de Síndrome de Hellp (incluye resolución del parto).	Diagnóstico y tratamiento de Síndrome de Hellp.
17. No se encuentra contenida como urgencia.	Diagnóstico y tratamiento de corioamnioitis (no incluye acciones consecutivas).	Diagnóstico y tratamiento de corioamnioitis.
18. No se encuentra contenida como urgencia.	Diagnóstico y tratamiento de embolias obstétricas (no incluye acciones consecutivas).	Diagnóstico y tratamiento de embolias obstétricas.
19. No se encuentra contenida como urgencia.	Diagnóstico y tratamiento de cardiopatía funcional en la mujer embarazada (no incluye acciones consecutivas).	Diagnóstico y tratamiento de cardiopatía funcional en la mujer embarazada.

<p>20. No se encuentra contenida como urgencia.</p>	<p>Diagnóstico y tratamiento de trombosis venosa profunda en la mujer embarazada (no incluye acciones consecutivas).</p>	<p>Diagnóstico y tratamiento de trombosis venosa profunda en la mujer embarazada y puérpera.</p>
<p>21. No se encuentra contenida como urgencia.</p>	<p>Atención de cesárea y puerperio quirúrgico (incluye resolución del parto).</p>	<p>Atención de cesárea y puerperio quirúrgico. Atención del parto y puerperio fisiológico.</p>
<p>22. No se encuentra contenida como urgencia.</p>	<p>No se encuentra contenida como emergencia.</p>	<p>Diagnóstico y tratamiento de diabetes gestacional.</p>
<p>23. No se encuentra contenida como urgencia.</p>	<p>No se encuentra contenida como emergencia.</p>	<p>Tratamiento quirúrgico de torsión de anexos.</p>
<p>24. No se encuentra contenida como urgencia.</p>	<p>No se encuentra contenida como emergencia.</p>	<p>Hernioplastia umbilical.</p>

Fuente: Elaboración propia con las intervenciones incluidas en cada estrategia.

Bibliografía

- ¹ Organización Mundial de la Salud, Estadísticas sanitarias mundiales, Suiza, 2009: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/ES_WHS09_Full.pdf (Consultado: 11 de febrero, 2013).
- ² RHR/OMS, Department of reproductive health and research, Systematic review on maternal mortality and morbidity, WHO, Geneva, 2004.
- ³ Secretaría de Salud (SSA), Convenio General de Colaboración que celebran la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado para la Atención de las Emergencias Obstétricas, México, 2009.
- ⁴ SSA, Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico de Enfermedad Hipertensiva del Embarazo, México, 2010: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/058_GPC_Enf.HiperdelEmb/HIPERTENSION_EMBARAZADAS_R_CENETEC.pdf (Consultado: 24 de mayo, 2013).
- ⁵ Ouédraogo, I., El tratamiento oportuno de las complicaciones obstétricas como estrategia de reducción de la mortalidad materna, 2010: http://cooperantes.proyectokalu.com/wp-content/uploads/Tratamiento_oportuno_de_las_complicaciones_obstetricas.pdf (Consultado: 11 de febrero, 2013).
- ⁶ Maine, D., *et al*, Prevention of maternal deaths in developing countries: Program options and practical considerations, Conferencia Internacional sobre Maternidad sin Riesgos, Kenia, 1987.
- ⁷ Observatorio de Mortalidad Materna de México, Numeralia 2011, México, 2013: http://www.omm.org.mx/images/stories/Documentos%20grandes/Numeralia%202011_FEB_2013_.pdf (Consultado: 11 de febrero, 2013).
- ⁸ SSA, Plan Nacional de Salud 2007-2012, México, 2008.
- ⁹ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, última reforma publicada DOF 30-11-2012.
- ¹⁰ Elizondo Mayer-Serra, C., “El derecho a la protección de la salud”. *Salud Publica Mex* 2007; 49:144-155.