

13 de diciembre, 2017

Observatorio de Mortalidad Materna en México

Devolución de resultados Región Metropolitana: Ciudad de México y Estado de México, correspondientes al Tercer Monitoreo al Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de las Emergencias Obstétricas

SEDE: Sala de Juntas, 1er. Piso, Secretaría de Salud de la Ciudad de México (SEDESA)

Dirección: Altadena 23, Colonia Nápoles, Delegación Benito Juárez, Ciudad de México

INICIA: 10:00 hs

FINALIZA: 12:00 hs

Elaboración de la minuta: Ana Lilia Meneses, Guadalupe Ramírez

ASISTENTES

Dr. José Armando Ahued Ortega , Secretario de Salud de la Ciudad de México
Dr. Román Rosales Avilés, Subsecretario de Servicios Médicos e Insumos , SEDESA
Lic. María Saraí Fabián Villa, Fundación Kinal Antzetik, miembro del Observatorio de Mortalidad Materna
Dr. José Antonio Sierra Bautista, Secretaría de Salud del Estado de México
Dr. Víctor Noé García Edgar, Dirección del ISSSTE
Dr. Carmen Contreras y Dra. Hilda María Gómez, Delegación del IMSS del Estado de México
Dr. Carlos Briones Garduño, Hospital General de México
Dra. Yolanda Ríos y Dr. Peña, Hospital de la Mujer
Dra. Gabriela Vázquez, Hospital General del ISSSTE Zaragoza
Dr. Raúl Martínez Zúñiga, DGPLADES
Dra. María Morales, ISSSTE Zona Poniente
Dr. Francisco Sánchez, Dr. Enrique León, Dra. Cristina Cerón, Lic. Alberto Vargas, Dr. José Luis Osorio, Dr. Luis Mondragón y un servidor, Secretaría de Salud de la Ciudad de México
Mtra. Guadalupe Ramírez Rojas , Observatorio de Mortalidad Materna

DESARROLLO

La reunión inició a las 10:00hs con presentación de asistentes a cargo del Dr. Román Rosales, Subsecretario de Servicios Médicos e Insumos de SEDESA. Posteriormente la Lic. Saraí Fabián Villa, de Kinal Antzetik Distrito Federal A.C y miembro del Observatorio de Mortalidad Materna en México realizo una breve introducción del quehacer del Observatorio de Mortalidad Materna en México.

Al término, la Mtra. Guadalupe Ramírez, investigadora del Observatorio de Mortalidad Materna en México, realizó la presentación de resultados correspondientes al Tercer Monitoreo al Convenio Interinstitucional de la Atención de las Emergencias Obstétricas, de la Región Metropolitana, que contemplo establecimientos hospitalarios de la Ciudad de México y Estado de México de las instituciones que participan en la estrategia del Convenio.

Entre los resultados presentados, se destacó lo siguiente:

1. Vínculos débiles entre los distintos niveles de atención que no permite que los acuerdos establecidos en el CAEO se realicen de manera efectiva en el intercambio de servicios.
2. Las instituciones tienen un cobro limitado y en ocasiones nulo, estos resultados de ven reflejados en el registro de las atenciones que se dan a través del convenio. Finalmente, el cobro es un aspecto secundario que corresponde a la parte administrativa, ya que lo más importante es la atención a las mujeres.
3. La población usuaria desconoce de esta estrategia, ya que por lo general se utiliza el servicio en una emergencia y no propiamente por una situación de parto o atención que no conlleve un riesgo.
4. Existe una ausencia de redes interinstitucionales entre IMSS, ISSSTE y Secretaría de Salud.

5. El modelo de atención de la Emergencia Obstétrica se remite únicamente al segundo nivel de atención. En lo que se refiere al tercer nivel existe el acuerdo de intercambio de servicios planificados en el que se especifican veintidós intervenciones relacionadas con emergencia obstétricas, aunque no todos los hospitales cuentan con un servicio de obstetricia; por lo tanto, no hay una seguridad de que en tercer nivel pueda efectuar este tipo de atención de manera segura.
6. El Observatorio parte del concepto de Redes Integradas a los Servicio de Salud y son aquéllas que convergen entre sí con un propósito común de operación, compartiendo logística y recursos. A considerar como institución rectora a la Secretaría de Salud con el objetivo y meta de la atención oportuna de las emergencias obstétricas. Los mecanismos ya están establecidos y sería a través de la plataforma del SREO de dónde se nutriría esta iniciativa e implementar esta red.
7. Los elementos para constituir la conformación y funcionamiento de esta Red Interinstitucional que elimine la inequidad y asegure el acceso universal para la atención en la emergencia obstétrica, tiene que basarse en la política pionera de brindar atención a cualquier mujer en estos casos y de manera totalmente gratuita.
8. El Monitoreo inició en 2014 mediante un análisis estratégico de las instituciones y en colaboración con los Directores de los Hospitales. El criterio para la selección de establecimientos fue que tuvieran flujos de pacientes entre estados, es decir, que estuvieran en una zona limítrofe que hiciera posible que los usuarios utilizaran los servicios de salud a través del propio convenio o de otros e inclusive de los distintos niveles de atención.
9. El monitoreo comprendió quince entidades federativas las cuáles se regionalizaron, las instituciones participantes fueron el IMSS, el ISSSTE, la Secretaría de Salud y el IMSS Prospera. En total se visitaron noventa establecimientos en los que se entrevistaron tanto a los proveedores de los servicios como a las usuarias.
10. Las regiones monitoreadas fueron las Huastecas, la Península, el Bajío, Chiapas en los alrededores de Tapachula y Tuxtla Gutiérrez, Guerrero en alrededores de la Montaña y Costa chica; y la región Metropolitana, que comprendió Ciudad de México y Estado de México.
11. Se consideraron paquetes de intervención para la atención de la emergencia obstétrica, considerando por ejemplo los procesos de gestión para canalizar y atender a las pacientes. Los criterios que utilizaban los proveedores para referir pacientes en una emergencia obstétrica hacia los establecimientos adecuados, cómo se otorgaban los servicios, la disponibilidad de personal calificado para la atención, así como la accesibilidad a otros servicios como de gabinete, de laboratorio, disponibilidad de ambulancia, medicamentos e instrumental. Asimismo, se implementaron una serie de preguntas trazadoras dirigidas al personal médico para evaluar su conocimiento y reconocimiento de una emergencia obstétrica; y finalmente saber si las instituciones incluidas en el convenio conocían la plataforma del SREO (Sistema de Registro de Emergencias Obstétricas, empleado exclusivamente para la estrategia del Convenio), si tenían acceso a él y cómo era el registro de las usuarias.
12. El análisis de la información se hace con una escala de 0 a 1, utilizando la escala del CONEVAL que se ha implementado en diversas evaluaciones de política pública. Los niveles van de bajo a bueno dónde bajo es de 0 a 0.49 y una calificación de bueno es 0.85 a 1. En el caso de la zona metropolitana fueron 16 establecimientos que se agruparon en

servicios estatales (SEDESA e ISEM); y en servicios federales representados por la SSA y los Hospitales Federales como el Hospital de la Mujer y el Hospital General de México, así como el IMSS e ISSSTE. Una propuesta que está planteando el Observatorio es la de incluir establecimientos de alta especialidad que no están en el convenio pero que en muchas ocasiones funcionan como hospitales ancla para el resto de los servicios, como es el caso del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca.

13. En general la mayoría de las instituciones presentó un nivel adecuado de atención en la referencia y atención de las emergencias obstétricas.
14. Un aspecto que hay que destacar es que muchas ocasiones la referencia del paciente se lleva a cabo de manera oportuna y adecuada gracias a las relaciones interpersonales del personal médico. Independientemente de ello, este aspecto no tendría por qué mediar en la referencia de las pacientes, ya que se ve afectada la intervención resolutoria del caso.
15. En lo que se refiere a la Interculturalidad la mayoría de los establecimientos tuvieron una baja evaluación, debido a que el idioma que prevalece es el español; sin embargo, existen hospitales con una alta concentración de pacientes de otras entidades que hablan lengua indígena y no siempre reciben una buena atención porque no hay una comprensión absoluta entre paciente y personal médico.
16. En cuanto al acceso al SREO, pudo observarse que las instituciones incluidas en el convenio no siempre utilizan esta plataforma para registrar las atenciones debido a que hay un constante movimiento de personal, evitando que haya un seguimiento del registro por personal capacitado.
17. El índice de atención de emergencias obstétricas quedó en un rango adecuado, así como la disponibilidad de medicamentos e instrumental médico. Algunos aspectos técnicos como ventiladores y otro tipo de equipamiento tuvieron puntos rojos que demuestran carencias en el servicio.
18. Los hallazgos del monitoreo demuestran que no existe colaboración interinstitucional. Los casos que son referidos se hacen de manera excepcional, incluso dentro de la misma institución. Esto nos habla de un cambio de paradigmas institucionales para abrir canales de colaboración más amplios, de tal manera que se cumpla con lo establecido en el convenio.
19. Las mujeres que utilizan el convenio lo hacen de manera fortuita y no por un conocimiento previo de su existencia.

Recomendaciones:

Las recomendaciones que propone el Observatorio van encaminadas al fortalecimiento de las capacidades del personal médico para homologar el proceso de referencia con un enfoque de red que se concentre en solucionar la emergencia obstétrica no sólo porque ésta suceda en el IMSS o el ISSSTE sino porque debe atenderse en cualquier institución de salud.

- A. Estructurar la Red de una manera formal que no priorice las relaciones interpersonales de los médicos o los directivos en el proceso de referencia del paciente.
- B. Crear una hoja de ruta de monitoreo continuo para detectar la eficiencia en la atención de emergencias obstétricas y del acceso universal que haga posible la disminución de las desigualdades en los servicios de salud.

- C. Estructurar una red formal que no sólo atienda las urgencias obstétricas, sino que pueda atender cualquier tipo de emergencia.
- D. Fortalecer las capacidades gerenciales homologando en las diferentes instituciones los procesos de referencia.

Breve sesión de intervenciones

Dr. Carlos Hernández

Instituto de Salud del Estado de México

- Menciona que ya existe un comité de Emergencias Obstétricas en el Estado de México y área conurbada de la Ciudad de México. Sesiona la segunda semana de enero.
- Estandarizar los mecanismos administrativos y establecer una relación formal entre las instituciones para facilitar la referencia de pacientes.

Dr. Francisco Osuna

- Actuar antes de que se tenga la emergencia obstétrica, es mejor fortalecer la referencia de embarazadas del primero al segundo nivel de atención.
- Fortalecimiento de la red desde el primer nivel para la prevención de emergencias obstétricas.

Dra. Gabriela Vázquez

Hospital General del ISSSTE en Zaragoza

- En este hospital existe un alto grado de pacientes con emergencia obstétrica. En lo que va del año han sucedido quince muertes maternas por problemas obstétricos. Esta situación ha generado que se tengan dos especialistas ginecólogos y se haya adquirido una ambulancia, mejorando la atención de estos casos.
- Las mujeres son revisadas por los gineco-obstetras y se les hace un monitoreo en su casa, ya que muchas de ellas trabajan y no tienen la posibilidad de acudir de forma frecuente a la clínica. De esa manera hay un seguimiento de su caso y se le puede referir al segundo o tercer nivel.
- En algunas ocasiones, las muertes se suscitan porque las pacientes se atienden en otras instituciones privadas como PEMEX o Marina y sólo acuden por la licencia de maternidad, lo cual dificulta el seguimiento de su embarazo o de las dificultades que puedan presentarse.

Dr. Carlos Briones

Hospital General de la Ciudad de México

- Cuando se habla de muerte materna, se debe estar consciente que ésta se determina cuando el médico detecta alguna patología en la paciente que define si es una paciente de bajo o alto riesgo y eso es indispensable que se haga desde el primero y segundo contacto que se establece con la mujer.
- Atención de las causas directas, la emergencia es un accidente. Debe existir capacidad médica tanto con el personal como con el equipamiento para dar atención. Considero que las redes son importantes, pero más que eso es indispensable que los hospitales cuenten con la infraestructura adecuada para la atención de estos casos.
- Fomentar un compromiso político, a través del incremento de presupuesto a los hospitales, que permita la atención de las mujeres embarazadas en las emergencias obstétricas y que brinde una capacidad médica a los establecimientos para que en verdad exista una disminución en el índice de mortalidad materna.

Claudia Martínez
IPAS México

- Un punto muy importante es disminuir las desigualdades a las que se enfrentan las mujeres en las diferentes regiones del país.
- Una acción complementaria para la disminución de muerte materna, y tomando en cuenta el contexto legal del DF, sería la opción que se brinda a la mujer de poder interrumpir su embarazo si es que ellas lo deciden. A pesar de tratarse de un tema difícil, considero que si se les explican los riesgos a los que posiblemente pueden enfrentarse, es factible que pueda evitarse un riesgo mayor y de esta manera se reduzca la mortalidad materna.

Secretaría de Salud del Estado de México

- Reconocer el esfuerzo de las instituciones en materia de salud materna, pese a que aún existen deficiencias, sí se ha trabajado para reducir este índice desde diversos escenarios.
- En lo que se refiere a las redes, sería conveniente que también se incluyera e núcleo familiar de las pacientes, ya que en muchas ocasiones son éstas las que también influyen en las decisiones sobre su salud y obstaculizan la intervención médica oportuna o la referencia del paciente a otra institución.

Dr. Juan Carlos de la Serna
Director del Hospital General de la Ciudad de México

- Es indispensable vincularse con primero y segundo nivel, ofreciendo capacitación tanto a familiares como al personal médico. El Hospital General ha tenido un acercamiento con el personal de los Centros de Salud de la delegación Álvaro Obregón para que acudan a capacitaciones que les permitan detectar algunas complicaciones en la salud materna como preeclampsia, diabetes gestacional, embarazo en la adolescencia, entre otros.
- Se ha implementado un grupo de trabajo mensual para embarazadas donde acuden cerca de 80 mujeres, acompañadas de un familiar, en las que acuden especialistas en materia obstétrica, trabajo social, banco de leche, trámites de ingreso, etc.
- La última muerte materna se dio debido a la falta de seguimiento de la paciente, que desafortunadamente ya no regresó a atenderse al hospital el embarazo de alto riesgo y ya no se tuvo el cuidado de rastrearla y vincularnos con la jurisdicción para retomar el caso. Este es un claro ejemplo de hay mucho que trabajar desde las instituciones para poder atención oportuna a este tipo de casos.

Dra. Yolanda Rivas
Hospital de la Mujer

- No debemos olvidar en el tema de muerte materna la atención del neonato, ya que por lo general se olvida el tema. Existe una marcada carencia en camas de terapia intensiva neonatal. En muchas ocasiones no ha sido posible dar la atención adecuada porque no se tiene el espacio disponible para un neonato que requiere cuidados intensivos y por ello es necesario hacer el traslado de la paciente.
- Existe una ausencia de redes institucionales, estos acuerdos no se llevan a cabo cuando no se conoce a alguien de la otra institución, haciendo casi imposible el traslado de los pacientes. El proceso de referencia se ha vuelto despersonalizado y burocratizado. El noventa y nueve por ciento de los trámites que llevamos a cabo para la referencia de pacientes no pueden concretarse debido a que no existe disposición ni compromiso de parte de las instituciones.
- Creo que es importante que en cuestión de diagnóstico si se tenga claro que existen causas indirectas y causas directas de las muertes maternas. Saber cuáles son las causas indirectas nos ayudará a poner énfasis en esos focos rojos. En este sentido, es importante fortalecer la referencia y contrareferencia de los pacientes, así como contar con la infraestructura médica para la atención de estos casos.

Hospital de la Mujer

- Me sorprendieron los resultados que muestran que los hospitales cuentan con personal capacitado. Creo que hay una diferencia entre contar con especialistas y contar con

personal capacitado para atender emergencias obstétricas. La mayoría de los médicos obstetras del país no están capacitados en el manejo de emergencias obstétricas.

- Estoy de acuerdo en centrarse en el primer nivel, pero creo que las emergencias obstétricas se refieren a aquéllas que surgen cuando la mujer al tener un embarazo de bajo riesgo, presentan alguna complicación al momento del parto. Si el personal médico no está capacitado para atender la emergencia, la mujer morirá.
- Hacer un protocolo de emergencias obstétricas que pueda tener desde un médico general hasta un especialista. Insisto en que es indispensable que se capacite al personal para poder atender este tipo de emergencias, mientras no exista esta iniciativa, no puede reducirse el índice de mortalidad materna.

Dr. Román Rosales Avilés

Subsecretario de Servicios Médicos e Insumos, SEDESA

Quiero centrar el enfoque de la reunión en el Tercer Monitoreo que hace el Observatorio. En este trabajo un tema clave es la referencia de pacientes y todo el proceso que existe detrás, incluyendo el diagnóstico que determina la atención de esta emergencia.

- Se midió el conocimiento acerca del convenio de colaboración entre las usuarias, identificando que muy pocas lo conocen o hace uso de él.
- Existe un foco rojo en el área metropolitana en lo que se refiere al tema de interculturalidad. Habría que hacer una propuesta o recomendación para resolver esta parte.
- Me llama la atención el tema de los medicamentos, ya que el Observatorio presenta una buena evaluación en los hospitales que están dentro del convenio de colaboración, a excepción de uno de ellos que no está incluido y que es el Hospital de la Mujer, sin embargo, al momento de realizar el monitoreo, la mayoría de ellos contaba con los insumos suficientes para la atención.
- Hay un problema con la plataforma de registro, con la capacitación del personal y con instrumental y tecnología médica. Es en estos hospitales en los que hay que centrar esfuerzos para dotarlos de una buena capacidad resolutive.
- Se ha promovido en la mayoría de las dependencias, que la mujer embarazada reciba información sobre salud sexual reproductiva y que reciba control prenatal para evitar alguna emergencia obstétrica. De ahí surgió el programa de médico en tu casa, esto ha permitido tener una cita en el domicilio y fomentar la asistencia al Centro de Salud para las consultas prenatales y que reciba por lo menos seis revisiones prenatales. Se han identificado a las mujeres con problemas de embarazo de alto riesgo y se han referido al Hospital de la Mujer o al Instituto Nacional de Perinatología.

- En efecto, hay un problema con la referencia de pacientes y es urgente que cualquier tipo de hospital, ya sea IMSS, ISSSTE, SEDENA, etc., pueda recibir a los pacientes. La realidad es que desde hace treinta años prevalece este problema y es una cuestión difícil de resolver. Hay que evitar que se niegue la atención a las mujeres y que se les solicite resolver su situación cómo puedan y con los medios que puedan. La prioridad es que las pacientes sean bien referidas.
- Enfocar la atención en la plataforma del SREO porque al parecer es un proceso de gestión que presenta varios problemas en su accesibilidad y funcionalidad. El año pasado se evaluaron 45 casos de mujeres que no tenían seguridad social y que correspondía a la SSA la atención de estas pacientes.

Secretaría de Salud de la Ciudad de México

- Pese a que este convenio ya tiene una vigencia de siete años, existe un desconocimiento por parte de la población de este convenio, incluso de las mismas instituciones. Se han presentado casos en los que notifican el traslado de una paciente por no contar con seguridad social, sin embargo, al revisar el convenio nos hemos dado cuenta de que el establecimiento sí pertenece a esta red y tiene la obligación de atenderla. En este sentido, el traslado es factible siempre y cuando el hospital no cuenta con la infraestructura para atenderla, pero en la mayoría de las veces quiere remitirse a la paciente sólo porque no tiene seguridad social. Considero que hay que fortalecer o divulgar este convenio para que todos tengan conocimiento y se haga patente el compromiso de atención.
- En la SSA no se niega la atención a nadie y si hay una saturación tratamos de referirla a otros de nuestros hospitales o a otro con los que existe una buena colaboración. En el caso de las pacientes que atendemos que van del IMSS o del ISSSTE no contamos con una base de datos ni ninguna forma de saber si realmente la paciente cuenta con seguridad social. La Secretaría cumple con darle atención y sacarla adelante, pero difícilmente nosotros podremos cumplir con la plataforma porque carecemos de información.
- Por desgracia sí existe limitación de medicamentos y en infraestructura. Algo hay que hacer para que esto deje de ser una limitante para brindar la atención a la madre y al neonato.

Dr. Mondragón

Secretaría de Salud de la Ciudad de México

- Creo que se le está apostando todo a la referencia de pacientes con emergencia obstétrica, sin embargo, considero que este catálogo de oportunidades resolutivas se

realizó con criterios muy heterogéneos, ya que se la referencia de pacientes se hace de acuerdo con las capacidades resolutorias de cada establecimiento y eso hay que tenerlo en cuenta, ya que en este caso la recomendación debe ir encaminada a la Secretaría de Salud del estado.

- Otro aspecto que hay que tomar en cuenta al momento de referir a los pacientes es que la mayoría de las veces tenemos la idea de que el hospital al que estamos recurriendo está vacío de pacientes y cuenta con todas las posibilidades médicas para su atención; por lo general no preguntamos por las condiciones del hospital, sin embargo, existe la voluntad de recibirla.
- Trabajar en las barreras de referencia y contrareferencia, fomentando la voluntad política entre instituciones sin que importe la afiliación de la misma.

Dr. Briones
Hospital General de la Ciudad de México

Propongo que se suban a la plataforma todos los problemas de emergencia obstétrica y cómo se resuelven. Creo que el trabajo del Observatorio es muy loable ya que sirve como referencia en la atención de las mujeres y pueda formar parte de la red institucional.

Guadalupe Ramírez
Observatorio de Mortalidad Materna

Deseo proponer que integremos en este protocolo un proceso de trabajo entre las instituciones y el Observatorio para mejorar el proceso de las referencias y hacer una iniciativa que permita optimizarlo. De tal forma que se identifiquen los focos rojos y pueda elaborarse un padrón de las mujeres atendidas desde el primer nivel.

Dr. Román González
Subsecretario de Servicios Médicos e Insumos, SEDESA

Existen dos tipos de referencias la urgente y la ordinaria; y la obstétrica es una emergencia urgente y ahí es muy clara la normatividad. El médico tiene la obligación de comunicarse con el médico del otro hospital para solicitarle información sobre cómo están las instalaciones y cuál es su contexto. Los funcionarios tienen esa responsabilidad y la llamada telefónica es parte del procedimiento universal de referencia.

Dra. Gabriela Vázquez
Hospital General del ISSSTE Zaragoza

Es difícil la referencia de pacientes a nivel de todas las instituciones debido a que no se cuenta con el equipo médico ni de transporte para la atención de los pacientes. Es importante también la capacitación desde el primer nivel porque en efecto no hay un conocimiento pleno de lo que es una emergencia obstétrica.

Dr. Román González

Subsecretario de Servicios Médicos e Insumos, SSA

- Fortalecer la capacitación en el conocimiento del convenio entre la población sin importar las condiciones de derechohabiencia. Si el hospital cuenta con la capacidad médica para atenderla tiene la obligación de brindar el servicio y hacer los trámites financieros y médicos para la atención del paciente y de esta manera también fortalecer la referencia de las emergencias obstétricas en los casos en los que verdaderamente sea necesario.
- En lo que se refiere a la plataforma creo que sí sería útil contar con un padrón de los pacientes para tener un seguimiento de cómo se está atendiendo a los pacientes y cómo se está avanzando en la zona metropolitana.

Dr. Raúl Martínez

DGPLADES

- El Convenio debe ser focalizado, en la mayoría de las veces el uso del mismo es por aquellas personas que cuentan con derechohabiencia. Este año sólo mil mujeres han hecho uso de este convenio, eso no quiere decir que sólo existan mil emergencias obstétricas, seguramente hay cien veces esa cantidad pero sólo el 1% de éstas mujeres tienen acceso a una institución que no es de su derechohabiencia.
- En este sentido es importante recordar que el CAEO está considerado como un instrumento jurídico, sustentado en el artículo 64 bis de la Ley General de Salud, que nos obliga a no rechazar y nos permite a las instituciones hacer uso de sus recursos sin que esto afecte el erario patrimonial.
- Con la modificación a la Ley del 12 de noviembre el IMSS, el ISSSTE y la SSA pueden recibir a las pacientes que no cuenten con derechohabiencia y utilizar los recursos sin ninguna sanción.
- Es importante capturar en tiempo y forma los casos de emergencia obstétrica para que los recursos regresen. Si no se reportan en el momento a partir de los 60 días de la atención, la Ley de Procesos Administrativos establece que ya no se otorgarán porque aparentemente no son necesarios, esto ha generado un adeudo millonario. Los recursos

que puedan regresar son indispensables para el cumplimiento de los retos del milenio y la atención de emergencias obstétricas.

- El padrón general de salud debe realizarlo la Dirección General de Información en Salud. Ya existe un proyecto piloto con el REVS que incluye los datos del IMSS y del ISSSTE. La promesa viene desde hace seis años, pero ya casi está lista.
- En enero viene el nuevo Registro de Emergencia Obstétrica que será más amigable y dinámico. Sin embargo, hay que tener en cuenta algunas modificaciones en las políticas del Seguro Popular con quien probablemente no se establezca un CAEO sino que se apoye en un convenio de intercambio de servicios, por ejemplo con el Instituto Nacional de Perinatología o con el REPS del Estado de México o de la CDMX.
- Se ha planteado que las competencias de los directivos no han sido desarrolladas y quiero mencionar que ese tema sí compete al ámbito federal. La información que da el Monitoreo proporciona muchas preocupaciones en las que tenemos que avanzar. Todos los días se hacen muchos esfuerzos en la atención de estos casos y hago un reconocimiento a las instituciones que los llevan a cabo.

ACUERDOS

1. Ampliar la distribución de medicamentos para emergencia obstétrica dentro de los establecimientos que operan en el Convenio.
2. Conformar grupos de trabajo para agilizar la funcionalidad del CAEO.
3. Fortalecer la capacitación en el conocimiento del convenio.

Se firma la hoja de acuerdos por los representantes de cada institución y se establece como proceso de verificación una carta descriptiva de la actividad de capacitación que incluya la lista de asistentes con nombre y cargo. La fecha de cumplimiento se estableció en seis meses a partir de la firma de estos acuerdos.