

Minuta de reunión 8 de noviembre de 2012

Objetivo: Revisar el protocolo de investigación, principalmente la estrategia metodológica.

SEDE: Casa Chata, Col. Tlalpan, Deleg. Tlalpan, Sala de consejo

INICIO: 09:30 hs.

FINALIZA: 12 hs.

## Elaboración de minuta: Hilda E. Argüello Avendaño

### Minuta de reunión 8 de noviembre

#### Detalles de la reunión

- Objetivo: Revisar el presentación del protocolo de investigación para el nuevo monitoreo del Convenio de AEO,
- Fecha y hora: 08 de noviembre de 2012, 09:00 horas.
- Ubicación: Casa Chata, Sala de consejo, Col. Tlalpan, Deleg. Tlalpan.

#### Orden del día:

- Protocolo de investigación
- Objetivos del monitoreo
- Estrategia metodológica
- Cronograma de actividades

#### Asistentes

<http://www.omm.org.mx/images/stories/documentos/ASISTENCIA%208%20de%209%20a%2012%20noviembre%202012.pdf>

Graciela Freyermuth Enciso	GFE
Guadalupe Ramírez	GR
Paola Sesia	PS
Sergio Meneses	SM
Matthias Sachse	MS
Carlos Arellano	CA
José Muños	JM
Ana Laura Domínguez	ALD
Laura Elena Martínez	LEM
Hilda Argüello	HA

Guadalupe Ramírez (GR): Inicia con una introducción en la que brinda detalles del monitoreo realizado en 2011. Explica los apartados que integran el convenio: anexo 1 (unidades médicas), anexo 2 (costos) y el convenio de adhesión. Dentro de las conclusiones principales del monitoreo anterior están: el que no existe una red interinstitucional sino que el funcionamiento es sólo a nivel institucional. También se evidenció que no existe un catálogo único de beneficiarias, que dificultan el pago cruzado para la SSA.

Ahora se pretende dar continuidad al monitoreo, puesto que la estrategia es pionera para pensar en universalizar otros servicios, coadyuva a la reducción de la mortalidad materna (MM). A partir de las mesas de trabajo de la devolución de resultados en los estados. Ellos sugirieron continuarlo con redes seleccionadas. En Oaxaca eligieron a Miahuatlán, la Chontalpa en Tabasco, la zona sur en D.F. y en Chiapas la Altos. En Oaxaca, Chiapas y Tabasco son zonas indígenas.

Lo que ahora pretendemos monitorear es la calidad. Nosotros esperamos a partir de este estudio otorgar evidencia suficiente para la toma de decisiones para el mejoramiento del convenio y también para el beneficio de la población usuaria. El fundamento teórico es la definición de redes integradas de servicios de salud.

Graciela Freyermuth Enciso (GFE): un punto de discusión es que el convenio no habla de redes. En la pasada reunión uno de los puntos era lo de las redes, estoy de acuerdo con Guadalupe en que se tienen que ver redes. Estamos hablando de que las mujeres tienen mala calidad de la atención o las mujeres no están llegando a donde deberían. Una de las decisiones que tenemos que tomar aquí es lo de la visión de redes o sólo tomamos segundo nivel como Patricia Uribe lo sugirió.

Ing. Carlos Arellano (CA): El convenio no tiene vencimiento.

Sergio Meneses (SM): ¿cuándo se llevó el trabajo de campo?

GR: de agosto a noviembre de 2011.

SM: Platiqué con directores de hospital que no se habían enterado del convenio. Se supone que ahora todos estarán informados. En estas conversaciones informales hablaban de la integración funcional, comento esto por el funcionamiento en redes.

Paola Sesia (PS): Yo creo que es donde se ve la contradicción de la política pública, ante la disyuntiva de si vemos la red o sólo segundo nivel. En la política de MIDAS hay un fuerte intento por impulsar las redes de atención, de acuerdo a esta política para poder revisar el convenio considero que habría que verlo desde redes, los estados deberían tenerlas organizadas, sería interesante ver cómo está funcionando el primer y el segundo nivel.

CA: El convenio inicia en forma en 2011. Indiscutiblemente un elemento fundamental es la operación en redes, en algunos estados hemos observado un trabajo inicial de redes, esto ha facilitado el convenio, el hecho que tengan un contacto directo ha sido bastante benéfico, no es así en todos los estados, el hecho de contar con redes va a fortalecer el instrumento, el convenio es el instrumento, pero no se puede dejar de lado la comunicación de las personas, el manejo de redes está ahí, se ha planteado en diversas reuniones como una inquietud, como el caso del EDOMEX al interior de la SSA, pero lo queremos llevar a nivel interinstitucional incluso no sólo IMSS e ISSSTE.

GR: El monitoreo lo estamos planteando en cuanto al cumplimiento del convenio desde un marco de calidad, el anterior fue más bien exploratorio. Realizar una aproximación mixta, acudir al estado de Baja California y hacer un análisis de casos porque ellos ya están piloteando la salud universal, y ver cómo está operando no sólo lo de AEO, sino los programas de salud de la mujer. Hacer otro análisis de los casos establecidos a través de redes en Chiapas, Tabasco y D.F. y un tercer componente serían aquellos casos que se les denomina paradigmáticos, proporcionador por Lorena de DGPLADES, son casos en los que las mujeres terminaron pagando su atención de emergencia, que narran su experiencia del por qué fueron excluidas del convenio. En el caso de la universalización de la atención de la salud de la mujer, sería de carácter exploratorio. El otro aspecto de los casos paradigmáticos, ver su itinerario, cómo fueron rechazadas. Las redes sería según lo estipulado en el anexo 1, en breve

se van a publicar los de mediana resolutiveidad y baja resolutiveidad. El convenio habla de unidades receptoras –anexo 1- y las de referencia serían todas.

CA: prácticamente se refiere a los hospitales de segundo nivel. Cuando no tienen UCI, UCIN, se refieren a otras unidades médicas. Difícilmente de un centro de salud se van a referir directamente a los del anexo 1.

GFE: algo que decía Patricia Uribe es que, como tenemos este esquema de la red. En Chiapas hemos visto que con la certificación del SP varias unidades que atendían partos dejaron de hacerlo, las mujeres que no quieren salir de sus comunidades se atienden ahora en sus casas, hay una renuencia a salir. En segundo lugar los médicos no conocen los hospitales de referencia del anexo 1. Ella decía que primer nivel no tendría que ver, a nosotros nos parece complicado que las mujeres complicadas sólo se contengan en el segundo nivel. Ella decía se pierde el objetivo de evaluar el convenio. Usted qué piensa.

CA: el comentario que acabo de dar es lo que está ocurriendo. Sin embargo lo importante sería que el primer nivel atendiera partos normales, al hablar de redes de atención hablamos de todas las unidades médicas. Lo que puedo decirle es que en SSA lo que se ha hecho es llegar a todas las unidades médicas, lo que necesitamos es que conozcan el convenio, los anexos, para evitar el multirechazo. Que se indentifique el riesgo, que refiera a la paciente a la unidad médica más cercana que pueda resolverlo. Tenemos que bajarlo definitivamente al primer nivel.

SM: Etaba pensado en las UMR en Chiapas, en la cabecera de Tenejapa, la mitad es atendida por la UMR y la otra mitad es de la SSA. No conozco un caso específico. Pero sí se que los de la UMR refieren al IMSS, pero el hospital del IMSS tiene limitaciones en su estructura, yo me imagino que en el anexo 1 aparece sólo el de las mujeres, de modo que una UMR que refiera al Felipe Ecatepec no estaría funcionando.

GR: contemplar hospitales de mediana resolutiveidad en conjunto con los del primer nivel, y al altamente resolutiveo habría qué ver cómo funcionan, puesto que muchos están a más de 2 horas, sería ilógico de hacer un traslado de muchas horas. Estamos planteando hacerlo fines de semana y turnos nocturnos. Por las diferencias entre turnos y días festivos, fines de semana, los lineamientos operativos son distintos, se ve un gran ausentismo durante estos turnos.

GFE: poner el escenario más crítico.

GR: lo que planteamos es en primer lugar, solicitar la libreta de referencias y contrarreferencias, y éste sea un punto de partida para localizar el formato de referencia para ver si cumple con lo estipulado en el convenio, si no se cuenta con ese formato solicitar el resumen clínico. Seleccionar diferentes casos y ver cómo se cumplen estos parámetros de calidad, y posteriormente aplicar el resto de instrumentos a personal clave: directivos y encargados de AEO. A través de la técnica de observación ver cómo realizan la recepción de las mujeres, análisis de toda esta información a través de matrices temáticas, habría qué ver cuándo podríamos ir a campo.

GFE: diciembre es un mes clave. Valdría la pena ver en dónde se puede estar atorando la AEO. Las épocas decembrinas son muy complicadas desde el primer nivel al segundo nivel.

SM: el primer paso es ver el registro de la libreta de referencia y contrarreferencia, en qué establecimiento.

GR: medianamente resolutiveos

GFE: incluir los centros de salud con hospitalización asumiendo que una mujer que está embarazada, el nivel más básico serían estos centros de salud con hospitalización, que están catalogados en la SSA como centro de salud. Nuestra idea era irnos a una localidad pequeña, siguiendo el plan de seguridad, si la autoridad municipal tiene una estrategia para el traslado, si los promotores saben qué hacer y no hay nadie en la clínica, si las parteras saben qué hacer si no hay nadie en la clínica, si el médico de la clínica sabe qué hacer ante EO. En lugares muy básicos si los actores estratégicos saben o sólo envían a las mujeres a una cabecera mediana. Con la otra discusión que hubo si hacemos este nivel básico básico o nos saltamos a los niveles de hospitalización.

SM: Desde Pablo Salazar todos los municipios tienen un plan de salud. A cada cabecera se les dio vehículos, ahora ya no fueron sólo a municipios sino a las unidades médicas, se les dio ambulancias. Yo creo que tiene sentido, y algunos ayuntamientos tienen ambulancias.

GR: Quedó pendiente ver las unidades de mediana resolutivead.

GFE: hacer lo que hicieron en Oaxaca con las redes de servicios desde abajo y seguir la red. Ver el caso de una mujer que hayan referido de un lugar. Estamos viendo que los convenios funcionan muy poco, funciona bien el 126 del IMSS-OP con el IMSS y del IMSS-OP con la SSA. Pero todavía no vemos el de la SSA hacia IMSS o ISSSTE. Estaría difícil encontrar a esas pacientes. Elegir no sólo casos paradigmáticos sino de mujeres que se beneficiaron del convenio. Cuando empezó el convenio quiénes se están beneficiando. La gente cercana a los trabajadores de salud, quienes tienen información estratégica, es la información estratégica de los usuarios. En Guadalajara se me antoja saber quiénes están haciendo uso del convenio. Cómo se enteraron del convenio. O llegaron al azar o se enteraron por la tele o son mujeres que tienen información estratégica, no necesariamente las que más lo necesitan.

SM: en SCLC no tiene sentido, no va a ser de la SSA al ISSSTE, que no tiene resolutivead. Sí del IMSS a SSA.

PS: en Oaxaca es lo mismo.

SM: no sé cómo esté en Mihauatlán o la Chontalpa, a donde más se refiere es a la SSA.

GFE: Tabasco tiene gran capacidad instalada con el IMSS e ISSSTE para referir a sus pacientes con base a convenios anteriores. En los otros estados la SSA no tiene un catálogo de beneficiarios, asumen que todos lo que llegan no son beneficiarios. Yo hubiese puesto a disposición de la SSA el catálogo de beneficiarios. Todos le cobran a la SSA pero no lo contrario.

SM: han cambiado algunas cosas hipotéticamente con la cobertura. Yo me enteré de casos en que cobraron a pesar de tener seguro popular.

Matthias Sachse (MS): ni te lo tendrían qué preguntar, si no lo tienes te afilian al momento.

SM: si no tienes SP es porque en teoría tienes IMSS o ISSSTE.

MS: es gratuidad universal.

GFE: es más fácil como le hacen en el IMSS o ISSSTE, como no hay un catálogo único, entonces se debería dar entrada a la SSA a los catálogos de IMSS e ISSSTE.

GR: yo creo que la construcción del catálogo llevarían menos tiempo.

PS: hay que hacer ya esas observaciones.

GFE: hay que empujarlo, ellos ya lo saben .

CA: hay de dos, una que dicen que no cuentan con ninguna afiliación y la otra es la que no cuentan con la afiliación, tenemos registros en el sistema donde no está identificada la afiliación, para agilizar el convenio, identificar a dónde están afiliadas. En IMSS e ISSSTE hay una serie de cuestiones que hay que revisar, se están haciendo algunas propuestas si bien no tenemos la información directa, pero que esto no sea motivo para que el convenio no marche, se están poniendo sobre la mesa algunos procedimientos para que cada institución identifique la afiliación de cada mujer, es algo en el que estamos trabajando, llegar desde la unidad médica poder saber si tienen o no afiliación, ahora tenemos que ir por etapas, es básico y lo tenemos identificado.

PS: La SSA tiene un papel preponderante, y el Seguro Popular (SP) es su brazo financiero, poner sobre la mesa que en la práctica se dan mecanismos perversos. Se utiliza al SP para canalizar a clínicas privadas, por ejemplo cesáreas, de personas de clase media, hay casos de esa naturaleza que hay que tomar en cuenta. Lo hemos documentado en el hospital Valdivieso. Utilizan diagnóstico de EO para realizar eso.

CA: a nosotros nos interesa este contacto con el campo, nos permite identificar estos puntos críticos, con algunos elementos que no podemos identificar de manera directa, en este segundo trabajo **identificar cuáles son los casos en los que cobran a las pacientes**, no debería cobráseles en absoluto, **nos interesa mucho si no pueden apoyar con esta información**. Queremos obligar a las unidades médicas que brinden la atención de acuerdo al convenio, que paguen las instituciones y no las personas.

GFE: me ponía pensar que **podemos hacer una campaña, el pago de la atención debe ser gratuita en parto**, en nosotros hemos tratado de incidir en su difusión, si la gente no se entera que no debe de pagar, si no lo sabe no lo va a hacer, más que estos usuarios privilegiados, los que están cerca del sector, que conocen gente. Si tenemos una afiliación universal, ya no tendría ningún sentido tener un sistema de afiliación. En Argentina por ejemplo si yo llego con un problema de salud me atienden, aún siendo extranjera. Por qué se sigue haciendo la afiliación, en los otros padecimientos que tiene el causes, que ya se venció.

SM: uno tiene que reafiliarse,

GFE: Ver el número de afiliados, por ejemplo en Chiapas, entonces dar el dinero para los no afiliados, está esta lógica perversa de gente que tiene las tres afiliaciones y privadas.

SM: la idea original que teníamos no sólo es la atención de la AEO. En general a la atención obstétrica y universal. Yo no sé si esta discusión con estos detalles problemáticos, desde los usuarios hasta los prestadores sobre la definición de emergencia obstétrica (EO), dadas estas situaciones se ha discutido el llevarlo a la atención obstétrica en general.

CA: hay dos puntos, uno que tiene que ver con la afiliación, en efecto podría ser más sencillo, el IMSS atiende a sus derechohabientes que están trabajando, lo mismo pasa con el ISSSTE, si se mantuviera este esquema sin importar el trabajo, eso nos limita. En cuanto a lo que se pretende, este convenio es paradigmático, porque intervienen las tres instituciones. Si lo queremos consolidar es irnos a otros tipos de intervenciones, sabiendo los puntos críticos, estamos ante esta situación llevándolo a que sea interinstitucional, y esperamos que trascienda, que no sólo se limite a EO. La idea es que no se quede en esto.

PS: un comentario y tal vez una propuesta. El comentario es que la preocupación que yo tengo va hacia un extremo en donde se cobra la atención y que no se cumple con el convenio, y todavía se documentan casos en los que se violan esas disposiciones. Pero también se utiliza el convenio para cuestiones perversas, con el SP, que con el SP se está financiando a clínicas privadas en lugar de reforzar las unidades médicas públicas.

GFE: en Guadalajara están canalizando la atención de parto a clínicas privadas, para abaratar costos están utilizando materiales de otras clínicas privadas, que porque les pagan más baratas las cesáreas. Hacen cesáreas, muy mal manejadas y les dan el alta en 24 horas.

PS: es una problemática seria que se tendría que investigar, son situaciones absolutamente preocupantes. Tal vez lo que habría que hacer es tomar el convenio como se está implementando y monitorearlo con ese realismo, quizás enfocarse entonces al segundo nivel de atención para ver cómo está funcionando. Porque a lo mejor no tenemos todos los elementos para hacer el análisis de redes.

GR: De cómo está funcionando,

GFE: si atiende más pacientes, tendría más demanda e hipotéticamente tendría más recursos.

MS: A nosotros nos interesa métodos de planificación familiar, sobre todo para evitar un embarazo inmediato. Mi sugerencia sería esa.

SM: es un buen punto pero se sale un poco del asunto.

PS: yo agregaría exploración manual uterina.

GFE: estabilización de pacientes con AEO.

MS: en Oaxaca incluimos en cuanto a calidad, en cuanto a la cesárea el tipo de corte que hacen, en una AEO, la horizontal la practican en la privada, pero no hay diferencia, hay como tres minutos a cinco minutos más de diferencia, poner eso sobre la mesa. La norma dice que en emergencia tiene que ser vertical.

GFE: con síndrome de hellp parecen que están bien, acaban empaquetadas, lo que veíamos en esos casos también es que lo que tú tienes es cierta formación en un médico ginecoobstetra que va a recibir estos casos y que no están formados para manejar una situación de este tipo. No tienen las habilidades técnicas, los médicos no los estamos formando para lo que se van a enfrentar, lo que está pasando es que las mujeres llegan a segundo nivel se complican fuertemente ahí, están muy mal, las mandan a tercer nivel, esa hipótesis las tendríamos que probar, ya son mujeres decerebradas, que prácticamente no se van a recuperar, se esperan 42 días y las regresan a los hospitales de segundo nivel. En la evaluación de los hospitales donde atendieron las EO, lo que pasa es que el desencadenamiento de esa muerte no se dio en el tercer nivel, es lo que pasa en las privadas, las envían a la SSA, la SSA de segundo nivel la pasan a tercer nivel, eso tenemos que checarlo, las muertes tardías habrán aumentado. ¿Por qué es eso? porque la preeclampsia es muy compleja, cada vez dudo más que sea prevenible,

SM: yo tengo conflicto, toda mujer que se muere es síndrome de hellp, sí existe pero también abusan.

GFE: Que no lo previeron, que es evidente pero dicen que no lo manejaron bien. Es que los residentes no manejan eso. Estás mandando a un médico que no lo va a poder manejar, te das cuenta que es un padecimiento muy complejo, complicado, la literatura dice tratamiento expectante, se habla un síndrome de hellp que el cuadro clínico no es claro.

SM: actualmente, para el tratamiento del aborto se sigue recurriendo al legrado, es un atraso muy serio, ni siquiera se estudia el AMEU, y misoprostol no se usa, aunque está en el lineamiento técnico, pero esto pertenece otra dimensión en el que el OMM deberían incidir. Yo creo que debería hacerse otro protocolo.

GFE: le apostamos mucho a una política pública, ya va a tener acceso al hospital el problema ahí es que tienes un nudo, por las competencias técnicas. Las residencias no tienen programas, ni lineamientos. Ahí tienes un nudo muy fuerte de la atención.

Laura Elena Martínez (LEM): en Mexfam se financiaron capacitaciones en Guerrero y Oaxaca pero el personal que enviaban a capacitar enviaban gente que no se iba a quedar.

PS: estamos trascendiendo el convenio, la evaluación de ALSO en Oaxaca, cualquier curso de capacitación a través de la mejor metodología, si el contexto hospitalario no es adecuado, el curso no va a tener efectos positivos, si es una problemática de calidad de la atención, trasciende el convenio, pero sí trazar una línea para ello. Es fundamental porque el convenio lo da por sentado. Sí habría qué pensar en ello.

GR: inclusión de una perspectiva intercultural.

GFE: pedir que de cada mujer que hizo uso del convenio poder documentar los aspectos y tratar de ver quién las refirió, ver el hospital de referencia.

MS: La mayoría no traía hoja de referencia, de primer nivel y en el estudio de calidad, se fueron solas, pero yo creo que sí es importante porque ves si la red está funcionando, muchas sí iban de primer nivel pero no llevan la hoja de referencia.

GFE: en la SSA podrías identificar quiénes llegan de otros estados. No podemos verlas, ese es un reto y los otros sí están cobrando el servicio.

SM: en Chiapas yo creo que no, en Oaxaca no se cobran.

GFE: no podría incidir para que PEMEX y la SEDENA puedan incluirse en el convenio.

CA: inicialmente como fueron las tres instituciones, pero sí está abierto. Para las privadas se pueden adherir mientras cumplan con ciertos aspectos, hasta el momento no hay ninguna institución privada que esté adherida al convenio.

SM: dos puntos, definir los ámbitos, actores e insumos, quería preguntarte si en la definición, los medicamentos no sé cuál sea la normatividad, ya están las nuevas guías técnicas, las de cenetec, creo que la oxitocina no se emplea, pero no sé si en esas guías esté el misoprostol, no lo sé, pero sí están en el lineamiento técnico, te comento esto para revisar los lineamientos más recientes.

GFE: aunque no salían formalmente, el catálogo ya llevaba tiempo. Estas sí se consultaron en las guías. Igual van a ser las preguntas trazadoras, esto es el 2010 del monitoreo de inmujeres.

MS: les vamos a enviar unos lineamientos para atención del parto.

GFE: casi estoy segura que están alineadas a los lineamientos del CENETEC.

CA: en Chihuahua y D.F. es donde hacen más uso del convenio, Guadalajara no tanto.

GFE: pensando en estas redes que nos propusieron, si pudiéramos identificar estas mujeres, identificar en dónde están ocurriendo este uso del convenio, si fue fortuito, si sabían si había un convenio.

PS: ¿los estados los reportan?

CA: los estados lo reportan, de las tres instituciones, los tenemos perfectamente identificados,

PS: ¿habría acceso a esa información? Para poder identificar dónde se está aplicando éste convenio.

CA: en Chihuahua se está utilizando en las ciudades básicamente, que es donde están los resolutivos, no funciona igual en todos los estados, algunos tienen hasta una comisión interna, muchas de las preguntas es parte del resultado que podríamos proporcionales.

GFE: ¿en B.C se da ese dinamismo?



CA: en cuanto al convenio hay muy poca participación. Hay espacios que no están cubiertos y se está viendo por parte del IMSS incorporar algunas unidades médicas que están disponibles aunque no cumplan con la capacidad resolutive, hay que fortalecerlas, el tercero sin tener plena resolutive están en zonas en donde son las únicas que están ahí, es lo que se está concibiendo para la siguiente versión del anexo 1.

GFE: como ustedes están dándoles seguimiento al convenio, problemas, dudas que quisieran que se exploraran, para que el monitoreo les pudiera servir a ustedes.

CA: el cobro nos interesa, es crucial conocerlo. El hecho de que el recurso llegue a la unidad médica es un incentivo, en los estados donde se han atendido a través del convenio, son ellas mismas quienes han difundido el convenio, en Chihuahua eso ha pasado, sí logramos que el recurso llegue a las unidades médicas, por otra parte las pacientes tendrán mayor confianza de llegar a las mismas y proporcionar los datos de su afiliación, para que las mujeres que tienen alguna afiliación o derechohabencia puedan ser registrados como tal. Los estados en donde no ha habido un registro constante del convenio, los tenemos identificados, hemos pedido información a los estados al respecto.

GFE: en Oaxaca, Chiapas y Tabasco afiliados a IMSS e ISSSTE están yendo a la SSA.

CA: lo que trata el convenio es que la barrera de acceso no sea una limitante.

GFE: Les pedimos que revisen con calma el protocolo y nos hagan observaciones.

GFE: ¿cuándo estaría lo del anexo 1?

CA: pensamos que puede estar a finales de este mes.

GFE: Oaxaca obviamente que sí se va a hacer. Entonces los estados que se van a monitorear serían: Chihuahua, Oaxaca, Chiapas y Tabasco.

**ACUERDO: Se incluye a Chihuahua entre los estados que se va a llevar a cabo el monitoreo por ser uno de los estados con mayor utilización del convenio.**

**ACUERDO: Guadalupe Ramírez enviará el protocolo de investigación para hacer las observaciones y/o sugerencias que se consideren.**

