

Marzo 19, 2013

03-02-13

Observatorio de Mortalidad Materna en México

Objetivo: Conocer los resultados obtenidos en el segundo monitoreo al Convenio Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica (Convenio AEO) y al Acuerdo para el Fortalecimiento de las Acciones de Salud Pública en los Estados (AFASPE).

SEDE: Casa Chata del CIESAS, Salón Rojo

INICIA: 10:00 hs

FINALIZA: 14:30 hs

Elaboración de la minuta: Laura Elena Martínez B.

ORDEN DEL DÍA

HORA	ASUNTO
10:00 - 10:15	Graciela Freyermuth: Introducción general
10:15 -10:45	Guadalupe Ramírez: Resultados del monitoreo al Convenio AEO
10:45 - 11:00	Sesión de preguntas y respuestas
11:00 - 11:20	Presentación del Proyecto: Luz Soto
11:20-11:35	Sesión de preguntas y respuestas
11:35-11:50	Receso
11:50 - 12:00	Hilda Argüello: Introducción al monitoreo de los AFASPE
12:00 - 12:10	Héctor J. Sánchez: Resultados AFASPE Chiapas
12:10 - 12:20	Jennyfer Jiménez: Resultados AFASPE Querétaro
12:20 - 12:30	Denice G. Soriano: Resultados AFASPE San Luis Potosí
12:30 - 12:40	Lilia Encinas: Resultados AFASPE Sonora
12:40 -13:00	Sesión de preguntas y respuestas
13:00 - 13:30	Conclusiones y acuerdos

DESARROLLO

Guadalupe Ramírez (GR): **Presentación de resultados del segundo monitoreo al Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de Emergencias Obstétricas (ver presentación).** Antecedentes, desarrollo, resultados y recomendaciones del OMM sobre el segundo monitoreo al Convenio para la AEO en cinco entidades de la República Mexicana: Chihuahua, Oaxaca, Chiapas, Tabasco y Distrito Federal.

Preguntas y respuestas (en mayúsculas están las respuestas de GR, salvo indicación específica):

Silvia Loggia (SL): Dentro de las mujeres rechazadas ¿cuántos casos entrevistados hubo? ¿Por qué no está clasificado dentro de unidad resolutoria alta? Si no tiene personal, UCI o UCIN ¿tiene que ver con recurso humano o con qué? SE CUENTA CON INFORMACIÓN DE CINCO MUJERES, EN GUANAJUATO Y CANCÚN, PERO NO SE ACUDIÓ A MONITOREAR.

Sobre Chiapas, hay duda sobre la clasificación de desarrollo humano y aclaración sobre el caso del Temazcal. SE CHECARÁ. SE ENTRÓ AL TEMAZCAL Y NO SE SABE USAR Y LA INSTALACIÓN NO ES LA CORRECTA.

Esperanza Delgado (ED): Las redes están mejorando, hay más pero ¿cuál es la percepción en términos de mejora? SE ESTABLECIÓ, EN MUCHOS ESTADOS, CÓMO IBA A FUNCIONAR LA RED. TABASCO Y OAXACA YA TIENEN DEFINIDOS LOS ESTABLECIMIENTOS DE SU RED DE SERVICIOS, LA OPERACIÓN NO ES LA ÓPTIMA Y HAY VICIOS QUE PRIVILEGIAN A ALGUNA INSTITUCIÓN.

Graciela Freyermuth (GF): También se monitorea la capacidad de las redes. ¿Cuándo estarán los resultados? ESTÁ PENDIENTE PORQUE SE ESTÁ EN LA ETAPA DE ANÁLISIS Y LOS MÉDICOS QUE FALTAN EN CADA TURNO, ESTO TODAVÍA SE ESTÁ ANALIZANDO. HAY QUE SEPARAR

ENTRE LO QUE DICE LA INSTITUCIÓN SOBRE ADECUACIÓN INTERCULTURAL Y LO QUE EL OMM ESPERA (QUE LAS MUJERES DECIDAN) Y LO QUE SE PLANTEA DESDE LA DGPLADES Y LA DIRECCIÓN DE INTERCULTURALIDAD.



Sergio Meneses (SM): Sugiero que esta información esté disponible en la *web* y de manera detallada, así como incluir estadísticas de egresos hospitalarios por causas obstétricas (parto eutócico y complicaciones) y hacerlo retrospectivamente a 5-10 años con establecimientos que han incrementado su atención así como hospitales donde ha ido disminuyendo cada año la atención de eventos obstétricos.

Kinal: Es importante dar cuenta del acceso ya que los servicios de ambulancia deben ser gratuitos (esta recomendación ya la hizo el OMM). EL ÚNICO LUGAR DONDE LAS MUJERES PAGAN ES OAXACA.

Daniela Díaz (DD): No hay rendición de cuentas públicas del Convenio (sí la hay pero no en la *web*). CADA ESTADO TIENE SUS PARTICULARIDADES Y EN EL DF ES DONDE FUNCIONA MEJOR, CON EXCEPCIONES, DONDE NO FUNCIONA COMO DEBE SER ES EN OAXACA Y LAS ZONAS RURALES POR EL DESCONOCIMIENTO DE LA POBLACIÓN DE QUE PUEDEN CONTAR CON ESTOS SERVICIOS. SE HA PLANTEADO DIFUNDIR LA ESTRATEGIA PERO TODAVÍA NO ESTÁN LISTOS PARA DIFUNDIR ESTA INFORMACIÓN PORQUE SE PUEDEN CREAR CONFUSIONES: MUJERES QUE NO REQUIERAN UNA EMERGENCIA PERO QUE EXIJAN ESTE TPO DE ATENCIÓN. EN EL CNEGySR ESTAN DIFUNDIÉNDOLO A TRAVÉS DEL 01800 CALIDAD MATERNA.

Sobre el funcionamiento de las redes ¿cuáles son las recomendaciones en la zona rural y las observaciones en la zona urbana? En el DF ¿se ha contemplado un listado de hospitales resolutivos cercanos y se ha colocado en lugares visibles en los hospitales? para que las mujeres sepan a dónde ir. ¿Hay planeación sobre el Convenio identificando los recursos para

su puesta en marcha, se asigna presupuesto y se ven las condiciones desde la planeación o la entidad decide designar ciertos recursos para el Convenio?

GF: ANTES SÓLO HABÍA UNIDADES RESOLUTIVAS Y CADA INSTUCIÓN PUSO SUS UNIDADES, IMSS NO SE COMPROMETIÓ TANTO Y EL CNEGySR Y LA DGPLADES, DESDE DEL AÑO PASADO, DECIDIERON HACER DISTINTAS UNIDADES CON DISTINTOS TIPOS DE RESOLUTIVIDAD Y SE CAMBIÓ EL CATÁLOGO, LO QUE FUE UN AVANCE. DESDE EL SEXENIO PASADO (2008) SE EMPEZARON A DAR RECURSOS EXTRAORDINARIOS PARA ESTADOS PRIORITARIOS PARA MEJORAR INFRAESTRUCTURA (FORTEALECIMIENTO), PERO NO ESTÁ VINCULADA CON LA PLANEACIÓN DEL CONVENIO.

GR: EL CONVENIO ESTIPULA QUE LAS UNIDADES DEBEN ESTAR ACREDITADAS, COMPROMETIDAS A HACER ESTE PROCESO DE ACREDITACIÓN (HASTA UN AÑO) Y ALGUNOS FUNCIONARIOS COMENTARON QUE ESTÁN EN ESTE PROCESO Y EN ALGUNOS HAY UN REGISTRO DE LAS ATENCIONES QUE DAN: EN LA CLÍNICA 32 OTORGARON MAYORES ATENCIONES EN ESA ZONA A TRAVÉS DEL CONVENIO Y SE GANARON UN PREMIO POR BUEN FUNCIONAMIENTO DEL CONVENIO (COBRO INTERINSTITUCIONAL).

Jimena Fritz (INSP): Aclarar a qué se refiere con OTROS. EL PROBLEMA DE LAS REFERENCIAS PUEDE DEBERSE A QUE LOS MÉDICOS NO SABEN A DÓNDE REFERENCIAR A LAS MUJERES, NO NADA MÁS POR DESCONOCIMIENTO DE LAS MUJERES, EN EL PROCESO NO SE DAN LOS DOCUMENTOS NECESARIOS Y, POR TANTO, NO LAS RECIBEN EN OTROS HOSPTITALES. EL ESTADO DE MÉXICO TIENE MUY BUENAS ESTRATEGIAS DE REFERENCIAS QUE ESTÁN FUNCIONANDO MUCHO. FALTA CONOCIMIENTO SOBRE LAS FORMAS DE ATENDER EL PARTO POR PARTE DE LAS MUJERES Y LOS MÉDICOS.

GF: HAY QUE HACER UN GRUPO MÁS PEQUEÑO PARA TRABAJAR EL CONVENIO AEO, IDENTIFICANDO DESDE LOS INSTRUMENTOS PARA SABER CÓMO MEJORAR LA PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.



Rosario Cárdenas (RC): Presentación del **Programa internacional para identificar jóvenes investigadores** para apoyarlos durante nueve meses en el desarrollo de su trabajo de investigación.

Luz María Soto Pizano, Casa de la Mujer, Ixim Antsetic (LS): Presentación del protocolo **Calidad en la atención de la salud materna. Observación, seguimiento y análisis del proceso de atención en tres unidades de segundo nivel del estado de Chiapas (ver presentación).**

Preguntas y respuestas: ¿Para cada localidad, qué instrumentos se van a ocupar o cómo se va a diseñar para medir la atención?

SM: Hay una buena ventana de oportunidad porque en 2011 el Senado presentó una iniciativa para mejorar la calidad de la información: a la población indígena se le tiene que dar la información en su lengua (su diagnóstico y la usuaria tiene que decidir) y hay que incluir este punto dentro del marco de referencia normativa como derecho de las usuarias, pero no se dijo de quién es obligación y como ahora este senador es el gobernador de Chiapas, ahora tiene la oportunidad de llevarla a cabo.

Dillis Walker (DW): Mi preocupación es cómo se van a medir las cosas que se plantean, por los problemas que hay para la revisión de experiencias o interpretación de datos, o los entrevistadores dicen que saben hacer y llevan a cabo las normas, pero en la realidad nadie hace nada. ¿Cómo se va a medir esto que se cree que es la realidad? Otro elemento es la calidad de la atención: en el DF, donde en una urgencia nadie hace lo que se supone que debe hacer porque no saben cómo hacerlo, con falta de comunicación y liderazgo en momentos de estrés.

GF: La muestra de esta investigación son las mujeres, no los ámbitos de observación. Lo que me imagino es que vas a seguir mujeres pero no dices cuántas en cada hospital y sería importante que explicaras un poco esa metodología, por ejemplo, incluir los distintos turnos (matutino, vespertino, nocturno y fines de semana) ¿cuáles son las variables para incluir esta muestra de mujeres? y que este estudio se presente en Chiapas.

LS: NO VI LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS MUJERES Y SI SE PUEDE DAR UN SEGUIMIENTO, POR LO MENOS DURANTE LOS 42 DÍAS.

Edgar Bautista (Kinal): Vale la pena monitorear la adecuación intercultural a partir de los planteamientos internacionales, incorporando la metodología a través de un instrumento dirigido a usuarias y que el análisis permita decidir qué quieren y qué no. A partir de la mirada de derechos y aceptabilidad de los servicios: una parte de las razones por las que las mujeres no acuden tiene que ver con el puerperio inmediato que permite ver cómo se ofertan los servicios, qué ocurre en el momento del parto, más allá de la emergencia obstétrica y cómo tener la mirada generacional, haciendo esta separación.

DD: Habría que ver cómo se aplican en el servicio de salud los lineamientos en el segundo nivel de atención y cuáles son las condiciones que hay, reales, para tener una foto real de los

recursos y su funcionamiento (humanos, egresos hospitalarios y tipo de atención), para saber las condiciones de cada lugar.

Hilda Argüello (HA): cuatro cosas:

¿Cómo se aplican los lineamientos y la perspectiva de las mujeres (intérpretes en cada espacio hospitalario) y cómo te vas a aproximar a estas mujeres (traductor)? ¿Tú vas a hacer las entrevistas en el hospital o fuera de él o la combinación de las dos, porque el resultado depende de cómo te visualiza la persona entrevistada y los tiempos de observación (representaciones de lo que dice el personal de salud, de lo que dice que hace y lo que tú ves que hace), en las guías clínicas hay que acotar porque son muchas y hay que decantar (calidad de la atención y trato, por ejemplo) y qué elementos vas a retomar dentro de la guía clínica?

Javier Sánchez (JS): Los indicadores a seleccionar: es una tarea fundamental porque hay una serie de guías técnicas del IMSS, ISSSTE y SSA, y no todas pueden aplicar en los criterios de calidad que la misma institución tiene establecidos y hay que analizar esas guías para que no haya rechazo del propio personal del hospital; el criterio que se puede utilizar es que son guías internacionales (mas neutras). Hay que recopilar cierta información sobre infraestructura para conocer los procesos, no se puede olvidar el primer nivel (antes de que la mujer llegue y cuando ya egresó), es necesario explicar los mecanismos en red. La propuesta de mejora como elemento relevante de la intervención y una recomendación es que en ésta involucres al personal de la unidad y se identifique dónde se puede intervenir y cómo me comprometo como personal del hospital, porque una recomendación externa puede fracasar y cómo se van a operar (es importante que no tomes todas las guías, sugiero que sea colegiada la intervención).

SL: Sugiero que te concentres en algunos procedimientos y no en todas las guías. La calidad no incluye el componente de interculturalidad y es algo que hay que trabajar, sobre todo si aplica a parto eutócico y si estas mujeres llegan con parteras o no, cómo es el manejo de esta interrelación y el maltrato: está muy documentado pero mucho ha salido en la atención de parto.

Tanto hacia las mujeres como hacia las parteras que las acompañan, se requiere una revisión a la luz de nuevas argumentaciones y sugerencias internacionales y cómo se pueden aterrizar porque desde la SSA no se han incorporado (divorcio entre interculturalidad y médico). Hay que recortar un poco el alcance del proyecto (tres hospitales, por ejemplo), es importante reducirlo porque está muy amplio para el tiempo en que se tiene para hacer el trabajo. Matthis también está analizando la calidad de la atención en el primer nivel en Chiapas.

UNA DE MIS PREOCUPACIONES ES CÓMO LAS MUJERES PERCIBEN LA ATENCIÓN Y ESPERO CONTESTAR MUCHAS PREGUNTAS A LO LARGO DE LAS OBSERVACIONES, NO SÉ SI HACER UN INSTRUMENTO ESPECÍFICO PARA LAS MUJERES.

¿CUÁNTAS MUJERES? EN PROMEDIO SE ATIENDEN 300 MUJERES MENSUALMENTE EN LOS HOSPITALES, POR TURNO SERÍAN 20 DIARIAS.

GF: Es importante delimitar el ámbito de observación porque una mujer te puede llevar medio día (metodológicamente son dos cosas distintas, que hay que definir), una por turno, pero otra cosa es observar qué pasa en otros ámbitos, donde la unidad de observación no son las mujeres sino los espacios.

DW: El Population Council hizo un estudio para evaluar el trato y los diez derechos de las mujeres en el parto a partir de normas internacionales.

EN CUANTO A LA CONFIANZA SOBRE LAS RESPUESTAS DE LAS MUJERES TENEMOS MUJERES A QUIENES LES HEMOS HECHO ESTE SEGUIMIENTO Y ME PUEDO TRASLADAR A TABASCO PARA HACER ESTE SEGUIMIENTO Y ESTO ES LO QUE ME DA LA CONFIANZA, LA INTERACCIÓN CON ELLAS (GUÍA DE ENTRADA). EN CUANTO AL LOS INSTRUMENTOS PARA MEDIR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN, TODAVÍA NO ESTÁN COMPLETOS, FALTA REVISAR ALGUNOS (ÉSTA ES UNA DE LAS RAZONES DE ESTA EXPOSICIÓN) DE MANERA SUSTENTADA PORQUE TIENEN QUE SER INSTRUMENTOS PROBADOS Y PRECISOS.

EL PROGRAMA ES DE NUEVE MESES PERO TENGO LA INTENCIÓN DE DARLE SEGUIMIENTO, INCLUYENDO EL SEGUIMIENTO AL PUERPERIO INMEDIATO.

RC: Es un ejercicio que quedará más acotado, es un esfuerzo para identificar malas prácticas (corregibles) así como buenas prácticas (replicables). La idea es que México sea un espacio donde se puedan identificar cosas replicables en otros espacios.

AFASPE

HA: Introducción: Antecedentes del primer monitoreo, desarrollo y resultados del segundo monitoreo (Colima y Tlaxcala) y del Modelo: en 2012 se implementó la solicitud vía IFAI para la certificación de gastos (apartado del Convenio AFASPE donde se tiene que sustentar y comprobar los gastos que hicieron con el AFASPE, a través de informes trimestrales). (ver presentación)

AFASPE 2012 Chiapas (ver presentación)

AFASPE 2012 Querétaro (ver presentación)

AFASPE 2012 San Luis Potosí (ver presentación)

AFASPE 2012 Sonora (ver presentación)

GF: Algunos de los aspectos de las presentaciones no están en las síntesis, habría que revisarlas y colocar los puntos faltantes (importantes). Hay elementos que hablan de falsedades de los estados (“no hay flexibilidad” y, por ejemplo, Chiapas compra 800 mil de gasolina...), es importante que si no se gasta el dinero éste se va a disminuir desde el CNEGySR y dicen que no les dan el dinero que quieren pero todos devuelven recursos. Hay que analizar el discurso de los funcionarios y los resultados obtenidos, las recomendaciones tienen que especificar a quiénes van dirigidas (cargos) para que se atiendan.

ED: Felicidades por la reunión del OMM porque va consolidando resultados y actuaciones. Hay precisiones de las presentaciones: lamento y hay que ver cómo se corrige: en estas

reuniones tienen que estar las autoridades pertinentes (por ejemplo, del CNEGySR), debe haber un compromiso y las partes integrantes del OMM deben estar (parte política); hay que ver cómo se garantiza su presencia.



Emma Reyes (ER): ¿Ya devolvieron estos resultados en los estados y cuál fue la reacción de los funcionarios? ¿Qué sigue a partir de esto? ¿Desde dónde se puede incidir con el CNEGySR para que realmente este esfuerzo tenga un mayor alcance? ¿Qué vamos a hacer con la SHCP? porque no se conocen los criterios bajo los que actúa (hay que definir una estrategia más allá del OMM).

SM: El OMM está cumpliendo con su función de velar desde la ciudadanía. No se sabe si las compras se alinean a los objetivos, pero ¿cómo se establecen estos objetivos? El OMM debe compartir esta información con la ciudadanía y con los actores, para que este trabajo tenga impacto.



JS: Se puede indagar más ¿dónde está el impacto de todo lo que se hace? Que en el OMM se agregue el componente de investigación que permita enriquecer los resultados que se tienen.

DD: Hay dos espacios de discusión: uno son las capacidades instaladas en los servicios de salud y es un elemento del cual el OMM en sus cuatro monitoreos da cuenta. El Observatorio ya tiene elementos para hacer una reflexión/análisis.

Otro punto es el documento AFASPE. Hay que recordar por qué incentivamos que se fortaleciera 2007-2009 ¿por qué lo propusimos? Porque la forma de administrar los recursos presupuestales están compuestos por grandes bolsas y los programas estaban descobijados para que tuvieran recursos financieros, esa línea hay que fortalecerla y alimentarla, hay mucha evidencia de qué significa la forma de asignar presupuestos, hay que fortalecer un instrumento que permita vincular objetivos, instrumentos y metas.



SL: Uno de los temas es que estos resultados se presenten a los responsables (independientemente de las devoluciones a los estados) y se pelotean las responsabilidades; estos monitoreos deben servir de espacio para mejorar y usar las conferencias de prensa para informar estos resultados. Habría que ver qué pasa con los otros 19 programas del AFASPE. Después de batallar en la Cámara de Diputados se ve que el dinero se gasta no claramente y en insumos que no tienen que ver con el APV pero si no fuera de esta manera los estados no tendrían recursos. Hay que hacer más fuerza en la devolución de resultados en los estados para que éstos cumplan, para que no se devuelva el recurso: no se usa en lo que se tiene que usar.

Lina Berrio (LB): Todos los estados dicen que no saben quién decide las metas, hay inconsistencia con lo que dice el CNEGySR, que dice lo contrario. El Observatorio tiene que

poner también la otra parte. Hay que hacer el seguimiento a la compra consolidada. ¿Cuál es la recomendación del OMM sobre la rigidez del SIAFFASPE?

Excelente el ejercicio de alineación de metas-recursos-certificación del gasto. ¿Qué es lo que el OMM considera normal? ¿Qué se hagan compras que no están relacionadas directamente con las metas (papelería, etc.)?

La presentación de Sonora fue muy reveladora: donde no hay presión sobre el tema de MM ¿qué hacer en estados donde no se tiene presencia muy fuerte?



GF: Esto es un proceso. Ésta fue la presentación de resultados para recibir retroalimentación. El segundo elemento es la devolución a los estados. El tercero: el OMM no puede traer a las autoridades de la SSA e INMUJERES. Los procesos tienen sus dinámicas y la de ahorita es la presentación al interior del OMM, el segundo paso es con los autores estratégicos de los estados, que ahora será diferente porque ésta será con gente local (a diferencia del año pasado donde gente del OMM fue a hacer esta presentación). Sigue: vincular metas-presupuestos y qué se hace con ese dinero.

En dos de las recomendaciones se incluyó que se incorpore la personalidad de la sociedad civil y otro elemento es que no se sabe a qué se comprometen los estados, es evidente que ellos meten en la plataforma sus compromisos de compra, lo cual es un discurso tramposo al que hay darle su justa dimensión: hay que ir con el CNEGySR (con apoyo de la Coalición por la Salud de las Mujeres) porque es un elemento importante por mejorar. Algo muy malo del primer monitoreo fue el seguimiento y ahora se verá si hay dinero para hacer la devolución y el seguimiento (con un mínimo de acuerdos para poder dar seguimiento).

DD: El AFASPE tiene varias fuentes de financiamiento y valdría la pena, para el caso de APV, saber cuánto viene del programa de reducción de MM y cuánto corresponde al Seguro Popular, al Ramo 33 y cuánto a la entidad, en términos de procesos sí se hace entre el CNEGySR y la entidad pero habría que señalar de dónde viene cada parte del recurso.

GF: El SIAFFASPE es una plataforma y sí incluye todos los ramos pero este Convenio tiene dinero de la SPPS y del CNEGySR. Lo ideal es una plataforma que cruce todas las fuentes de financiamiento para el PAE APV. La plataforma SIAFFASPE es un instrumento que puede ser muy bueno si tuviera todo el presupuesto de toda la SSA, es un instrumento de políticas públicas con mucho potencial pero todavía está muy acotado.

HA: Los pasos a seguir (además de los de GF) son: utilizar el INFOMEX a nivel federal (SSA). Tenemos una entrevista con Fortino Luna (hay que transcribirla y obtener su VoBo) para colocarla en la web, que contiene: visión general del AFASPE, cómo deciden los montos para cada entidad y el CNEGySR no puede firmar el convenio en enero porque no saben cuánto dinero será para cada entidad. Otro aspecto es que, en algunos casos, según el monto de las compras, si se rebasa un límite hay que licitar, lo que complica este proceso por la premura para gastar el recurso. Las formas de reportar son diferentes por entidad (los rubros).

Sigue pedir la certificación del gasto de todos los estados que se han monitoreado.